

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Inovações na Gestão em Saúde e a Resiliência do SUS:

A experiência capixaba na resposta à Covid-19

Adriano Massuda
Elisandréa Sguario Kemper

ORGANIZADORES

AUTORES

Adriano Massuda
Alessandro Bigoni
Elisandréa Sguario Kemper
Marco Antonio Catussi Paschoalotto
Rafaella Salles Lopes Gomes
Renato Tasca



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página

<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA

<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br

editora



redeunida

ORGANIZADORES
Adriano Massuda
Elisandr ea Sguario Kemper

AUTORES
Adriano Massuda
Alessandro Bigoni
Elisandr ea Sguario Kemper
Marco Antonio Catussi Paschoalotto
Rafaella Salles Lopes Gomes
Renato Tasca

Série Interloqu es Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Inova es na Gestão em Saúde e a Resiliência do SUS:

A experiência capixaba na resposta   Covid-19

1  Edic o
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Àngel MartínezHernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Èrica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália;
Maria das Graças Alves Pereira – Instituto Federal do Acre, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Sara Donetto – King's College London, Inglaterra;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Associação Rede Unida, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglianian – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Vincenza Pellegrini – Università di Parma, Itália.

Comissão Executiva Editorial

Jaqueline Miotto Guarnieri

Alana Santos de Souza

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Mario Dal Poz



DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M422i Massuda, Adriano; Kemper, Elisandr éa Sguario (org.).

Inovações na Gestão em Saúde e a Resiliência do SUS: a experiência capixaba na resposta à Covid-19 / Organizadores: Adriano Massuda e Elisandr éa Sguario Kemper. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022.

214 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 29).
E-book: 7.20 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-54329-99-9

DOI: 10.18310/9788554329990

1. Administração de Serviços de Saúde. 2. Covid-19. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadoras.

22-30180155

CDD 614:918.152

CDU 614(815.2)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública / Medicina preventiva; Estado do Espírito Santo.
 2. Medicina; Saúde pública (Estado do Espírito Santo).
-

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Prefácio

O ano de 2019 iniciou com uma cena clássica da política nacional no âmbito do SUS, troca de governo, novas polêmicas, conciliação administrativa da gestão tripartite e mais dialéticas de ruptura e continuidade na tela do sanitarismo brasileiro.

Nessa cena, o desafio para o SUS capixaba era imenso: por regra, estado e municípios não aderiram massivamente às políticas nacionais lideradas pelo Ministério da Saúde; era a quinta pior cobertura da saúde da família do Brasil; SAMU somente em 16 dos 78 municípios; menor número de UPAs do Brasil; quarta pior cobertura de CAPS do Brasil; e um modelo de organização da atenção à saúde altamente dependente da hospitalização e da atenção especializada, montadas em uma precária infraestrutura assistencial de hospitais e centros ambulatoriais.

Na macropolítica, o único governador progressista da região sul-sudeste se destacava na articulação regional do Consórcio Sul-Sudeste e nas interlocuções em temas nacionais com o governo central. Renato Casagrande (PSB) atuou como ponte de diálogo republicana entre os diversos campos políticos nacionais. Nessa orientação, a secretaria de estado da saúde passou também a projetar sua atuação nacional, especialmente no âmbito do Conselho Nacional de Secretários de Estado da Saúde (CONASS).

Regionalmente, o planejamento estratégico de governo havia desenhado e aprovado uma agenda radical de modernização do SUS. Para isso, era necessária uma estrutura de ciência, tecnologia e inovação para transformar o estado, os municípios, incluindo todos os serviços de saúde com seus territórios de abrangência em espaços para a formação profissional, para a inovação e para o desenvolvimento tecnológico. Criamos, então, o Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação, o ICEPi, uma instituição científica, tecnológica e de inovação do SUS e da gestão pública direta. Um braço, um comando direto da SESA de intervenção nos serviços de saúde.

Neste momento, somente os municípios capixabas aportam por ano mais de R\$ 150 milhões de reais em bolsas de ensino, pesquisa, extensão e inovação por meio da

cooperação com o ICEPI. Com três anos de criação, a nossa ICT (instituição de Ciência e Tecnologia) do SUS implementa uma carteira de 78 projetos de formação, extensão e inovação tecnológica, desde a atenção básica, equipes de consultório na rua, programas de modernização da atenção hospitalar e da regulação do acesso, em ciências de dados e 18 programas de pós-graduação *lato sensu* com mais de 1.200 alunos.

Destaco que ao final de 2019 lançamos o Decreto da política de expansão e estruturação do SAMU, o programa de provimento e formação profissional para a atenção básica, lançamos o Sistema de Informação para a Vigilância em Saúde (e-SUS/VS) e decidimos criar a subsecretaria de Vigilância em Saúde, que outrora era uma gerência dentro da subsecretaria de Regulação.

Ainda em 2019, para enfrentar dilemas complexos de governança, provimento e modernização da gestão hospitalar, foi criada a Fundação Estadual de Inovação em Saúde, a iNova Capixaba, com a missão principal de assumir mediante contratos de desempenho a gestão dos principais hospitais estatais do governo do estado.

O problema na infraestrutura da rede hospitalar foi enfrentado com a decisão de construir novos hospitais, reformar e ampliar os demais. Ainda em 2019, a retomada do projeto do Hospital Geral de Cariacica, a ampliação do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves – HIMABA, do Hospital Dório Silva e da construção de um Complexo de Saúde na Região Norte foram definidas e encaminhadas.

A filantropia possui centralidade na garantia do acesso a atenção a saúde no Espírito Santo, no entanto, um modelo obsoleto de contratualização precisava ser superado, garantindo sustentabilidade econômica aos contratos, responsabilidade territorial e pagamento por desempenho. Formalizadas em janeiro de 2020, as primeiras reuniões para a construção da nova contratualização foram interrompidas até o início de 2022 por conta da agenda da pandemia, materializando-se na metade de 2022 na nova política estadual de contratualização com a rede complementar.

No contexto dos rumores da nova “pneumonia atípica” reconhecida na China, o ano de 2020 foi inaugurado ao meio de chuvas e inundações na região sul do Espírito Santo, registradas no mês de janeiro de 2020. Na última semana de janeiro, reunimos na SESA um grupo de especialistas para avaliar cenários de possíveis impactos da “2019-nCoV”, como foi denominada inicialmente. A partir das avaliações iniciais, diversos cenários foram desenhados. Ainda em fevereiro de 2020, já sob o conceito do vírus “SARS-CoV-2” e da doença “COVID-19”, o governo passou a desenhar possíveis

estratégias de resistência a recente emergência internacional de saúde pública. Naquele momento a China ensinava ao mundo como isolar um vírus de risco pandêmico ao tempo que construía hospitais em 10 dias. Não sabíamos como seria o futuro, mas sabíamos que ele iria desafiar todas as instituições e sistemas políticos.

Lembro que nos dias 28 e 29 de fevereiro de 2020, em Foz do Iguaçu/PR, participamos do encontro do Consórcio de Integração Sul e Sudeste, naquela ocasião os secretários de Estado da saúde da região articularam com os governadores a pauta da resposta ao Coronavírus dentro da “Carta de Foz do Iguaçu”, dela derivou o pleito posterior de aporte de R\$ 1 bilhão de reais aos estados para preparação à emergência. Em alguns processos, na medida que os fatos ganham distância, vamos ganhando capacidade de revisá-los com melhor clareza e profundidade.

Neste livro, o leitor atento irá perceber que toda a resposta à pandemia da COVID-19 no estado do Espírito Santo foi além da síntese “leitos, máscaras e vacinas para todos”. Uma engrenagem complexa de inovação, mobilização, revisão e atualização constante da resposta estatal a pandemia focada no fortalecimento do SUS, das instituições e na defesa da vida. Hoje, as instituições do SUS e do estado do Espírito Santo estão mais fortes, consolidadas e unidas em torno de grandes consensos pelo desenvolvimento dos capixabas.

Hoje avalio que a assertividade do enfrentamento capixaba a pandemia da COVID-19 esteve no comando político do estado, que articulou uma agenda ampla de mobilização institucional e social. Reconheço nos termos apresentados por Carlos Matus que, a liderança do dirigente principal do estado determinou um teto alto de qualidade a todos os componentes da capacidade de governo. Esse foi o contexto da obra de fortalecimento do SUS que será apresentada neste livro. Finalizo este prefácio com meu reconhecimento e agradecimento sincero a todos os trabalhadores, usuários e pessoas nobres que durante toda a pandemia apostavam no bom, no melhor e no justo para todos os capixabas. Viva o SUS! #venceremos

Nesio Fernandes de Medeiros Júnior

Médico sanitário

Secretário de estado da saúde do Espírito Santo

Presidente do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (Conass)

Cariacica/ES, outubro de 2022

Sumário

Sumário Executivo	18
1. Introdução e Contextualização	21
2. Abordagem teórica e metodológica	26
2.1 Referencial teórico e o desenho do estudo.....	27
2.2 Metodologia da pesquisa.....	35
3. O SUS Capixaba: breve análise de contexto	39
3.1 Características e particularidades do Espírito Santo.....	39
3.2. Configuração do SUS capixaba.....	47
4. Desafios do SUS capixaba: problemas identificados pelos gestores	63
4.1 Desafios do modelo assistencial do SUS capixaba.....	64
4.2 Desafios administrativos e no modelo de gestão da SESA.....	69
4.3 Desafios na regionalização e nas relações interfederativas.....	74
5. Diretrizes e projetos para o Novo SUS capixaba: a aposta na inovação	79
5.1 Modernização organizacional e administrativa.....	82
5.2 Mudanças no modelo assistencial.....	87
5.3 Reorganização regional do SUS capixaba.....	120

6. O SUS capixaba na Covid-19: a capacidade de resiliência do sistema de saúde.....	125
6.1 O curso da Covid-19 no Espírito Santo.....	125
6.2 A resposta à Covid-19 no SUS capixaba	127
7. A gestão estadual do SUS: reflexões a partir da experiência capixaba.....	170
Referências	176
Apêndices.....	179
Apêndice A. Estratégias de gestão e uso eficiente da capacidade hospitalar... 180	
Apêndice B. Melhoria na qualidade assistencial por meio da implementação do modelo de Medicina Hospitalar – O caso dos hospitais públicos do estado do Espírito Santo.....	199
Sobre autores.....	211

Índice de ilustrações

Figura 1. Modelo de análise de sistemas de saúde	30
Figura 2. Modelo de análise da resiliência dos sistemas de saúde	33
Figura 3. Modelo de análise da adoção e difusão de inovações em sistemas de saúde.....	34
Figura 4. Estrutura de alocação dos(as) entrevistados(as).....	36
Figura 5. Síntese metodológica	37
Figura 6. Distribuição da população capixaba por cidades, 2019	40
Figura 7. Governadores de estado do Espírito Santo desde 1983	41
Figura 8. Total de Óbitos por Capítulo da CID-10 no ES, 2019 / 2020	47
Figura 9. Despesas totais e despesas de recursos próprios no Espírito Santo por região de saúde entre 2000 e 2019.....	52
Figura 10. Distribuição de despesa por esfera governamental nas regiões de saúde do Espírito Santo	53
Figura 11. Novo SUS Capixaba - Constelação de Projetos e Carteira de Serviços	81
Figura 12. Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar	93
Figura 13. Ampliação de Leitos SUS.....	95
Figura 14. Critérios para composição de Microterritorialização.....	101
Figura 15. Níveis de Microterritorialização da atenção especializada.....	102
Figura 16. Contexto do acesso no estado	105
Figura 17. Regulação ambulatorial.....	109

Figura 18. Resolutividade da segunda opinião formativa - ARFT.....	110
Figura 19. Percentual de Reserva de Leitos Hospitalares	114
Figura 20. Solicitações na regulação e tempo resposta.....	114
Figura 21. Média do tempo de resposta da regulação	115
Figura 22. Tempo médio de Resolução de Pendências e Pacientes atendidos.....	115
Figura 23. Tempo média de permanência hospitalar (antes e depois da MH).....	116
Figura 24. Tempo média de permanência hospitalar e número de internações.....	116
Figura 25. Painel de monitoramento das estratégias da atenção hospitalar	117
Figura 26. Divisão regional do Espírito Santo	121
Figura 27. Média móvel de casos diários reportados por mil habitantes.....	126
Figura 28. Média móvel de óbitos diários reportados por mil habitantes	127
Figura 29. Painéis informativos sobre a Covid-19	142
Figura 30. Painel Covid-19.....	143
Figura 31. Painel de Isolamento Social.....	144
Figura 32. Dados do Inquérito Covid-19	146
Figura 33. Matriz de Risco	147
Figura 34. Boxplots de distribuição da mudança relativa no total de leitos em municípios de acordo com suas regiões de saúde por tipo de leito e trimestre.....	158
Figura 35. Boxplots de distribuição da mudança relativa no total de cargos em municípios de acordo com suas regiões de saúde por categoria profissional e trimestre.....	159
Figura 36. Painel de Ocupação de Leitos Hospitalares.....	162

Figura 37. Painel de Ocupação de Leitos Hospitalares da Rede Privada	163
Figura 38. Painel de Vacinação	166
Figura 39. A plataforma Vacina e Confia	167
Figura 40. Boxplots de distribuição da mudança relativa no total de procedimentos em municípios de acordo com suas regiões de saúde por grupo de procedimento e trimestre.....	168

Índice de tabelas

Tabela 1. Distribuição da população por região de saúde.....	40
Tabela 2. Indicadores sociodemográficos por região e ano.....	42
Tabela 3. Evolução na taxa de mortalidade por causas específicas	45
Tabela 4. Evolução na taxa de mortalidade por causas específicas no Espírito Santo por região de saúde.....	46
Tabela 5. Quantidade de estabelecimentos nas regiões de saúde do estado do Espírito Santo por gestor	49
Tabela 6. Orçamento de despesas em saúde no Espírito Santo	50
Tabela 7. Profissionais por disponíveis ao SUS por 1000 habitantes	54
Tabela 8. Equipamentos disponíveis ao SUS por 1000 habitantes	54
Tabela 9. Evolução da atenção básica no estado do Espírito Santo por região de saúde.....	55
Tabela 10. Total de hospitais gerais por tipo de prestador	57
Tabela 11. Taxa de provisões de serviços hospitalares.....	57

Tabela 12. Total de procedimentos ambulatoriais por gestor.	58
Tabela 13. Total de despesas por procedimentos ambulatoriais por gestor	59
Tabela 14. Taxa de cobertura de planos de saúde.....	60
Tabela 15. Evolução da cobertura de planos de saúde nas regiões de saúde do Espírito Santo.....	60
Tabela 16. Leitos de UTI por 1000 habitantes.....	157
Tabela 17. Procedimentos por região de saúde no estado do Espírito Santo no primeiro trimestre de pandemia da Covid-19.....	167

Índice de gráficos

Gráfico 1. Índice de Desenvolvimento Humano nos estados do sudeste e no Brasil em 2017.....	43
Gráfico 2. Distribuição de Índice de Desenvolvimento Humano no Espírito Santo de acordo com os censos de 1992, 2000 e 2010	43
Gráfico 3. Razão de dependência nos estados do sudeste e no Brasil	44
Gráfico 4. Custo por saída hospitalar do Hospital Estadual Central Dr. Benício Tavares Pereira (HEC) em Vitória-ES, de dezembro de 2020 a dezembro de 2021.....	90
Gráfico 5. Taxa de satisfação do usuário do Hospital Estadual Central Dr. Benício Tavares Pereira (HEC) em Vitória-ES, de janeiro a dezembro de 2021	90
Gráfico 6. Doses recebidas.....	165

Lista de Siglas

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
Ascom	Assessoria de Comunicação Social da SESA
ARFT	Autorregulação Formativa Territorial
CAPAG	Capacidade de Pagamento do Estado
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCC	Centro de Comando e Controle Covid-19
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
COE-COVID-19	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS-ES	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo
eAB	Equipes de Atenção Básica
EGA	Escritório de Gestão de Altas
e-SUS	Estratégia de informatização do SUS
EPI	Equipamentos de proteção individual
ES	Estado do Espírito Santo
ESB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPIN	Emergências de Saúde Pública de Importância Nacional

iNOVA	Fundação Estadual de Inovação em Saúde do Espírito Santo
Icepi	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
ICT	Instituição de Ciência e Tecnologia
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
Lacen/ES	Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo
LOA	Lei Orçamentária Anual
MH	Medicina Hospitalista
MS	Ministério da Saúde
NERI	Núcleo de Regulação Interna
NIR	Núcleos Internos de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGAQ	Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade
PNO	Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a Covid-19
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPI	Programação Pactuada Integrada
PROADESS	Projeto Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAVS	Rede de Atenção e Vigilância em Saúde
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
Secom	Secretaria de Comunicação do Estado do Espírito Santo
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbitos
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UPA	Unidade de pronto atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VS	Vigilância em Saúde

Sumário Executivo

Responsável por mais de 6,5 milhões de óbitos registrados no mundo até setembro de 2022, a pandemia provocada pelo coronavírus Sars-Cov-2 (Covid-19) foi a maior prova a que os sistemas de saúde – como os conhecemos hoje – já foram submetidos. O aumento exponencial na demanda por internações em leitos hospitalares de pacientes graves levou ao colapso dos sistemas de saúde de países internacionalmente reconhecidos como bem estruturados. Além disso, a sinergia da Covid-19 com outras doenças tem levado a piora na situação de saúde global, com maior impacto sobre populações em situação de vulnerabilidade, ampliando as desigualdades no mundo.

Por outro lado, a resposta a pandemia também acelerou a adoção de diversas formas de inovações em saúde. Avanços extraordinários nas ciências biomédicas permitiram produzir em tempo recorde vacinas que amenizaram a gravidade da doença e reduziram a velocidade de transmissão. A aceleração na incorporação de tecnologias digitais em saúde, como telessaúde e o cruzamento de grandes bancos de dados, permitiu ampliar o acesso remoto a serviços, a comunicação entre equipes de saúde e a população, bem como obter maior precisão no acompanhamento da situação epidemiológica e na projeção de cenários da epidemia, sendo catalisadoras de ganhos para eficiência na gestão em saúde.

Porém, dentre as lições mais importantes da pandemia está a necessidade de os países fortalecerem a resiliência de seus sistemas de saúde. Além da estrutura organizacional, a resiliência de sistemas de saúde depende de elementos como preparação para rápida resposta ao choque; liderança para tomada de decisões; coordenação de múltiplas ações e mobilização de recursos para gestão da crise; e, sobretudo, aprendizagem com a resposta à crise. Nesse sentido, analisar como governos responderam à Covid-19 é essencial para identificar falhas e sucessos que possam oferecer lições para a ampliar a capacidade de resiliência e aprimorar a estrutura organizacional dos sistemas de saúde.

O presente estudo enquadra-se dentro dessa perspectiva. Encomendado pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Espírito Santo (ES), por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a ideia da realização deste estudo surgiu em um Seminário sobre Inovações na Atenção Primária em Saúde (APS) realizado em Outubro de 2021. Naquela oportunidade, o secretário de estado da saúde, Nésio Fernandes de Medeiros Junior, destacou o papel que o planejamento estratégico previamente elaborado pela SESA-ES teve para ampliar a capacidade de resposta do sistema de saúde à Covid-19. Segundo o secretário, a pandemia foi vista como enorme desafio, mas também como oportunidade para implementar inovações na gestão do SUS capixaba que já estavam planejadas, e reorganizar projetos e estratégias considerando os novos desafios trazidos pela pandemia.

Dessa maneira, o estudo buscou apresentar uma análise descritiva de projetos e inovações na gestão em saúde implementados pelo governo do Espírito Santo que contribuíram para ampliar a capacidade de resiliência do sistema de saúde na resposta à Covid-19. O estudo foi realizado por meio de análise documental, consulta a bancos de dados e, principalmente, entrevistas com atores-chave envolvidos na resposta a pandemia no estado. Ao todo, foram realizadas vinte e cinco entrevistas, que somaram cerca de 900 minutos de gravações. O material foi analisado usando diferentes categorias de análise provenientes do campo de pesquisas em políticas e sistemas de saúde, resiliência de sistemas de saúde e inovação em sistemas de saúde.

O presente material encontra-se dividido em seis capítulos. Após breve introdução que contextualiza o estudo, o primeiro capítulo descreve o referencial teórico, o desenho do estudo e a metodologia utilizada na pesquisa. Em seguida, o segundo capítulo apresenta uma breve análise do contexto histórico do SUS capixaba, incluindo características e particularidades do Espírito Santo e da conformação do SUS no estado. No terceiro capítulo são caracterizados os desafios do SUS capixaba identificados pelos gestores do sistema de saúde, incluindo desafios do modelo assistencial e de gestão da SESA. No quarto capítulo descreve-se as diretrizes e projetos para o desenho do “Novo SUS Capixaba”, que tem a inovação como aposta para mudanças organizacionais e administrativas da SESA, bem como no modelo assistencial e na organização regional do SUS no estado. No quinto capítulo apresenta-se o curso da pandemia no estado e a resposta do sistema

de saúde. Por fim, no sexto capítulo discute-se como a experiência capixaba pode iluminar a discussão sobre o papel da gestão estadual do SUS.

Compõe ainda este material, dois artigos sobre gestão hospitalar realizados no estado. O primeiro apresenta uma análise das estratégias de gestão e uso eficiente da capacidade hospitalar e de melhoria na qualidade, e o segundo descreve melhorias na qualidade da assistencial por meio da implementação do modelo de Medicina Hospitalar.

1. Introdução e Contextualização

Inicialmente registrada na província de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, e declarada emergência internacional de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 30 de janeiro de 2020, a doença causada pelo coronavírus Sars-Cov-2 (Covid-19) impactou o mundo de maneira bastante diferenciada. Em Setembro de 2022, com cerca de 6,5 milhões de óbitos, 43% das mortes haviam sido registradas na região das Américas, 32% na Europa, 12% na Ásia e 2,6% na África (OMS, 2022). As diferenças entre as taxas de mortalidade nas regiões do mundo foram motivadas pela inter-relação de múltiplos fatores, porém, um dos pontos decisivos para a qualidade da resposta foi a capacidade de resiliência dos sistemas de saúde (HALDANE *et al.*, 2021).

Sistemas de saúde são organizações complexas, com funções interdependentes e fortemente influenciados pelo contexto em que estão inseridos. Mudanças no financiamento, alocação de recursos e coordenação do sistema tem reflexos diretos na capacidade de prestação de serviços e nos resultados em saúde. Resiliência, por sua vez, é um conceito originário da física que descreve a capacidade de elasticidade de materiais voltarem a sua forma original após sofrerem choques. Esse conceito foi adaptado para o estudo de sistemas de saúde, buscando analisar como agentes de saúde, instituições e populações se prepararam para responder a choques, mantendo as funções essenciais do sistema sem alterar os resultados em saúde e a capacidade de se reorganizar em função das lições aprendidas.

Em geral, países de baixa renda com fragilidades na estrutura organizacional de seus sistemas de saúde apresentam menor resiliência para lidar com choques, sendo mais susceptíveis a terem serviços essenciais colapsados, afetando grupos populacionais ou toda a população (KRUK *et al.*, 2017). Por outro lado, o mau desempenho na resposta a pandemia de países ricos, considerados com sistemas de saúde resilientes, colocou em questão como o conceito de resiliência tem sido utilizado para análise de sistemas de saúde por classificações internacionais.

Além disso, a elevada taxa de mortalidade pela Covid-19 na região da América Latina tem realçado a necessidade de compreender com mais profundidade os mecanismos de resiliência de sistemas de saúde em países renda média. Nesses países, os sistemas de saúde se caracterizam pela grande segmentação e fragmentação nos mecanismos de financiamento e na prestação de serviços associadas às desigualdades na condição socioeconômica de suas populações. Dentre eles, o Brasil é um caso que merece atenção pela complexidade do seu sistema de saúde e do contexto em que está inserido.

A implantação do SUS no início dos anos 1990 possibilitou ao Brasil avanços substantivos na capacidade de preparação e resposta a emergências de saúde pública. Entretanto, a persistência de fragilidades estruturais do SUS, agravadas pela crise política e econômica e pela atuação do governo federal, levaram o país a enfrentar a pandemia com o sistema de saúde fragilizado e com limitada capacidade para utilizar recursos disponíveis para melhor controle da pandemia. Como resultado, além da piora de diversos indicadores de saúde desde 2016, em setembro de 2022 o país superou 685 mil mortes provocadas pela Covid-19, sendo o segundo mais afetado pela doença no mundo em número absoluto de óbitos (OMS, 2022).

Ao longo dos últimos 30 anos, diferentes medidas foram adotadas para preparação do SUS na resposta às emergências de saúde pública. Signatário do Regulamento Sanitário Internacional de 2005, o Brasil estabeleceu uma rede nacional de resposta a emergências de saúde pública, incluindo o estabelecimento de uma rede de Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) para monitoramento de eventos de saúde pública. Em 2011 foram regulamentados critérios para declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e para mobilização de recursos extraordinários financeiros e físicos, incluindo a criação de uma Força Nacional do SUS (FN-SUS). Além disso, ao dispor de uma ampla cobertura de APS e de equipes de vigilância epidemiológica em praticamente todos os municípios, o país conseguiu obter boas respostas no enfrentamento das epidemias como H1N1 (2009) e Zika (2015).

Na Covid-19, as equipes de vigilância do Ministério da Saúde iniciaram a preparação da resposta antes do primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus

ter sido notificado no Brasil, o que ocorreu em 26 de fevereiro de 2020. No dia 3 de fevereiro de 2020 o Ministério da Saúde já havia declarado ESPIN e estabelecido o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV). Planos de contingência orientando o estabelecimento de gabinetes de crise foram elaborados por todos os estados da federação. Entretanto, os conflitos federativos e o modo de funcionamento do governo do atual presidente da República impediram que o Ministério da Saúde exercesse seu papel de coordenação nacional do SUS na resposta à Covid-19.

Apesar dos esforços iniciais do Ministério da Saúde para comunicação sobre os riscos da pandemia terem tido efeito positivo, com boa parte da população aderindo às mudanças de hábitos, como uso de álcool em gel para higienização das mãos e de máscaras de proteção, essas orientações sanitárias esbarraram na posição e atitudes do presidente Jair Bolsonaro que contradizia as recomendações de distanciamento social, repercutia “*fakenews*” sobre a Covid-19 e advogava o uso da cloroquina como principal estratégia para enfrentamento da pandemia. O conflito sobre as medidas de controle da pandemia resultou na troca de dois Ministros da Saúde e na efetivação de um general do Exército que desfigurou o papel que o Ministério da Saúde deveria ter tido na coordenação do SUS frente a Covid-19.

Como resultado da falta de coordenação nacional, as disparidades regionais do país e do SUS foram exacerbadas. A concentração de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em poucos centros urbanos e no setor privado ampliou as desigualdades na resposta à Covid-19 entre municípios. Estudos demonstraram que diferentemente dos primeiros países afetados no mundo, em que faixa etária, estado de saúde da população e outros fatores de risco foram definidores para o curso da pandemia, no Brasil foram as desigualdades socioeconômicas que definiram a trajetória da doença, com um ônus adverso para estados e municípios em situação de maior vulnerabilidade (ROCHA *et al.* 2021; CASTRO *et al.*, 2021). Além disso, apesar do aumento de transferências de recursos federais, de infraestrutura e de profissionais de saúde, houve redução expressiva nos procedimentos realizados pelo SUS, com queda mais significativa nas regiões de alta vulnerabilidade socioeconômica (BIGONI *et al.*, 2022).

A omissão do governo federal foi em parte contrabalanceada pela ação de governos estaduais e municipais. Intervenções de saúde pública, medidas para reduzir a transmissão, estratégias para expandir leitos hospitalares foram adotadas por autoridades estaduais e municipais de saúde. Nesse contexto, destacou-se a atuação dos conselhos de secretários estaduais e secretarias municipais de saúde (CONASS e CONASEMS) ao publicarem orientações sobre estratégias para combate à pandemia e monitoramento da situação da pandemia no país. A ação de governos locais e o comportamento da população nos estados e municípios ajudaram a mitigar os efeitos da Covid-19 (ROCHA *et al.*, 2021).

Além disso, merece destaque os diferentes modos de gestão compartilhada da resposta à pandemia adotados por gestores do SUS em âmbito local. Parcerias com universidades auxiliaram no maior uso da epidemiologia como ferramenta de gestão e na ampliação da oferta de serviços, desde laboratório à atenção hospitalar. A articulação entre municípios e estados foi fundamental para organizar a resposta em âmbito da região (TASCA *et al.*, 2022).

Nesse contexto se insere o presente estudo. A análise da experiência capixaba descreve como inovações na gestão em saúde buscaram ampliar a capacidade de resiliência do SUS na resposta à Covid-19. Entretanto, grande parte das ações envolvidas na resposta à Covid-19 foi formulada em um período anterior à pandemia – em meio ao planejamento estratégico da SESA para lidar com desafios do SUS capixaba – tendo sua implementação alavancada em razão da pandemia. Por esse motivo, além da resposta à pandemia, foi necessário contemplar no estudo o período vivido desde o início da gestão da SESA que compreende o período de 2019 a 2022.

Os resultados da análise da experiência capixaba estão alinhados com achados de estudos anteriores, que chegam à conclusão de que novos instrumentos, estratégias e lideranças, são necessários para que um novo ciclo político de organização do SUS, conduzido pelos governos estaduais, se desenvolva. Nesse contexto, o esforço do Espírito Santo não deve ser considerado apenas um programa de modernização e aprimoramento da gestão, mas uma tentativa concreta de transformação da direcionalidade de atuação do estado para tornar sua ação mais efetiva e coerente com as necessidades de saúde da

população capixaba. A lição aprendida está na urgência de fortalecer o papel dos estados na indução e condução de práticas inovadoras de gestão do SUS. Portanto, mesmo que a experiência capixaba seja única e irrepetível, ela traz muitos elementos de reflexão e de inspiração não só para os estados, mas para todos os gestores do SUS.

2. Abordagem teórica e metodológica

Neste capítulo são apresentados os objetivos do estudo e a abordagem teórica e metodológica utilizada. A construção teórica combinou referenciais de análise de políticas e sistemas de saúde, resiliência de sistemas de saúde e inovação em sistemas de saúde. Descreve-se a metodologia adotada, incluindo técnicas de coleta e análise de dados e as limitações do estudo.

Os objetivos deste estudo:

Geral

Descrever e analisar projetos e inovações implementados pelo governo do Espírito Santo na resposta à Covid-19 que contribuíram para ampliação da capacidade de resiliência do sistema de saúde.

Específicos

- i) descrever e analisar brevemente as características gerais e particularidades do contexto em que está inserido o SUS capixaba;*
- ii) descrever e analisar os desafios do SUS capixaba na fala dos gestores (2019 – 2023);*
- iii) descrever e analisar projetos e inovações formulados e implementados para reorganizar o SUS no estado e que foram relevantes na resposta à pandemia;*
- iv) descrever e analisar o curso da Covid-19 no Espírito Santo entre março de 2020 e março de 2022 e a atuação do governo do estado na resposta à pandemia;*
- v) discutir como a experiência capixaba pode contribuir para reflexão sobre os desafios da gestão estadual do SUS no Brasil.*

2.1 Referencial teórico e o desenho do estudo

Para responder aos objetivos propostos neste estudo foi construído uma abordagem de estudo de caso descritivo, do tipo relato de experiência, que explorou medidas adotadas pela SESA do Espírito Santo na resposta à pandemia da Covid-19. O modelo analítico foi construído a partir de categorias de análise utilizados em diferentes referenciais teórico-conceituais aplicados a pesquisas no campo de políticas e sistemas de saúde.

Buscando retratar a experiência capixaba de resposta à pandemia, com destaque para análise de estratégias, ferramentas e arranjos inovadores que auxiliaram na ampliação da capacidade de resiliência do sistema de saúde, utilizou-se uma combinação de categorias conforme os modelos de análise a seguir:

Referenciais de modelos e categorias de análise:

Políticas e sistemas de saúde:

- Fatores contextuais: territorial, político, socioeconômico, demográfico e epidemiológico;
- Dimensões do sistema de saúde: governança, financiamento, disponibilidade e alocação de recursos e de serviços que compõe a rede assistencial.

Resiliência de sistemas de saúde:

- Capacidade de preparação e resposta à crise: dimensões do sistema de saúde e suas variações anteriores e no início da pandemia Covid-19;
- Funcionalidade do sistema durante a crise: dimensões do sistema de saúde e suas variações durante a pandemia da Covid-19.

Inovação em sistemas de saúde:

- Problema e inovação: percepção sobre o problema e a inovação;
- Sistema de adoção/implementação: liderança, coordenação entre o nível político e operacional, estratégia de gerenciamento de mudanças, investimento precoce em treinamento de profissionais de saúde para permitir a rápida operacionalização.
- Resultados: benefícios gerados à população com a implementação da inovação no sistema de saúde, com evidências mensuráveis.

i) Modelos de análise de políticas e sistemas de saúde

Pesquisas sobre políticas e sistemas de saúde requerem o uso de métodos mistos que combinem abordagem quantitativa e qualitativa para compreensão de fenômenos complexos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). As pesquisas nesse campo buscam analisar como as sociedades se organizam para atingir objetivos de saúde e como diferentes atores interagem em processos de formulação e implementação das políticas de saúde que conformam os sistemas de saúde. Como produtos, espera-se responder como os cuidados em saúde são financiados, organizados, prestados e utilizados, as políticas de saúde são priorizadas, desenvolvidas e implementadas e, como e por que os sistemas de saúde geram ou não saúde e impactos sociais mais amplos.

A definição conceitual de sistemas de saúde e a construção de modelos de análise de políticas e sistemas de saúde evoluiu substancialmente desde o final do século XX. De maneira pioneira, Field conceituou sistema de saúde como uma junção de recursos que qualquer sociedade ou nação no mundo deve dispor para atender às preocupações em saúde (FIELD, 1973). Posteriormente, Frenk identificou atores-chave envolvidos em um sistema de saúde, sendo eles: os provedores de cuidados em saúde, a população, o estado (mediador coletivo), as organizações geradoras de recursos e outros setores que de forma indireta geram efeitos na saúde coletiva (FRENK, 1994). Em seguida, Hsiao caracterizou o sistema de saúde como um 'meio' para alcance de um 'fim' com objetivo de atender às necessidades da sociedade, composto por componentes que podem ser modificados e que influenciam os resultados alcançados (HSIAO; LI, 2003). Por fim, Atun et al. descreveu os sistemas de saúde como organizações complexas, com componentes interligados que interagem dentro do contexto em que o sistema de saúde está inserido, influenciando uns aos outros com feedback positivo ou negativo, determinando coletivamente o comportamento do sistema (ATUN *et al.*, 2013).

Pari passo à evolução da definição conceitual de sistemas de saúde, foram desenvolvidas diversas iniciativas de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde (MURRAY; FRENK, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Dentre elas, destacam-se estudos sobre como os cuidados em saúde são desenhados, organizados, financiados, prestados e utilizados, com uma ótica nacional, subnacional, regional ou local em sistemas de saúde (KRUK *et al.*, 2010).

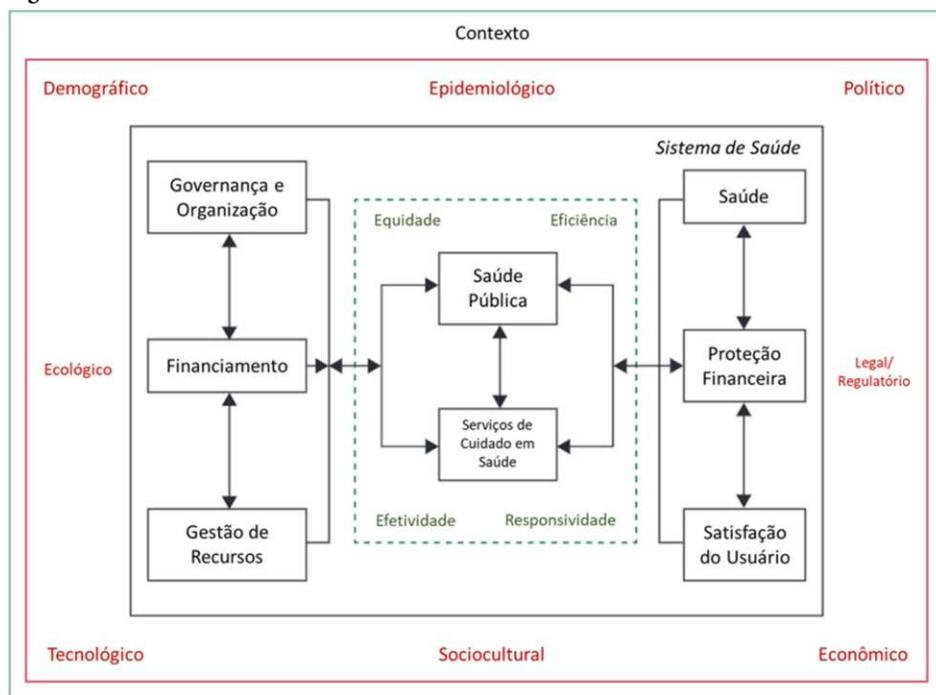
Em complementariedade, foram desenvolvidos estudos voltados para análise da formulação e implementação das políticas públicas de saúde que conformam os sistemas de saúde (GORE; PARKER, 2019). Por fim, ressaltam-se as pesquisas que relacionam a geração de conhecimentos e a construção de sistemas de aprendizagem para um melhor desempenho dos sistemas de saúde na busca de melhorar a saúde da população (SHEIKH; ABIMBOLA S., 2021).

Portanto, as pesquisas sobre sistemas de saúde possuem diferentes perspectivas de análise: macro - analisam fatores que interferem na estrutura organizacional do sistema; meso - foco nos fatores que atuam na dinâmica de funcionamento do sistema; e micro - estudam como indivíduos interferem no comportamento do sistema (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Para análise do desempenho de sistemas de saúde foram desenvolvidos diferentes modelos que articulam componentes e funções do sistema. No ano 2000, a Organização Mundial da Saúde (OMS) sistematizou os seguintes componentes dos sistemas de saúde: governança (stewardship); financiamento, geração de recursos e provisão de serviços (MURRAY; FRENK, 2000; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). Em 2007, um novo relatório técnico da OMS atualizou as dimensões que compõem um modelo de análise de sistemas de saúde, elencando sete blocos (*building blocks*): prestação de serviços, força de trabalho, informação; produtos médicos, vacinas e medicamentos essenciais; financiamento; e governança e liderança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). Esse modelo, porém, sofreu críticas pela dimensão funcionalista que não considerava a importância de fatores contextuais em que cada sistema de saúde está inserido, e que interferem na sua estrutura e funcionamento.

Buscando dar relevância ao contexto que influencia a estrutura organizacional e dinâmica de funcionamento de sistemas de saúde, Atun elencou fatores contextuais (condições socioeconômicas, políticas, tecnológicas, demográficas, epidemiológicas e regulatórias) que influenciam dimensões do sistema de saúde [organização e governança, financiamento, manejo de recurso, prestação de serviços (assistência à saúde e saúde coletiva) buscando o alcance de resultados (melhoria de situação de saúde, garantir proteção financeira e a satisfação do usuário) com equidade, eficácia, efetividades e responsividade], conforme demonstrado na figura abaixo.

Figura 1. Modelo de análise de sistemas de saúde



Fonte: Atun et al. (2013).

No Brasil, foi desenvolvido o projeto Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) que visa monitorar e avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro, buscando subsidiar gestores no planejamento de políticas, programas e ações de saúde. O modelo analítico também realça que o desempenho do sistema de saúde deve ser analisado a partir do contexto político, social e econômico que traduz a sua história e a sua conformação atual, seus objetivos e suas prioridades.

Para este trabalho, a partir dos referenciais citados, as categorias de análise que foram utilizadas são:

- Fatores contextuais: territorial, político, socioeconômico, demográfico e epidemiológico;
- Dimensões do sistema de saúde: governança, financiamento, disponibilidade e alocação de recursos e de serviços que compõe a rede assistencial.

ii) Modelos analíticos de resiliência de sistemas de saúde

Emergências em Saúde Pública testam a resiliência de sistemas de saúde e exigem respostas rápidas, coordenadas e eficazes de governos nacionais e locais. Ao mesmo tempo, abrem oportunidade para implementação de mudanças e inovações nas práticas de gestão e de atenção à saúde.

A resiliência é um conceito do campo da física que analisa a capacidade de elasticidade dos corpos voltarem a sua forma original após sofrerem choques (TURENNE *et al.*, 2019). Este conceito tem sido adaptado para os estudos de sistemas de saúde, com o objetivo de compreender a capacidade de resposta dos sistemas de saúde em casos de choques internos e externos (BIDDLE; WAHEDI; BOZORGMEHR, 2020; KRUK *et al.*, 2015).

Os estudos de resiliência dos sistemas de saúde buscam compreender o impacto e a capacidade de resposta dos sistemas frente a emergências de saúde pública provocadas por choques externos, relacionados às crises econômicas e instabilidade políticas que podem afetar a performance do sistema de saúde (OECD. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION & DEVELOPMENT, 2014; THOMAS *et al.*, 2013), quanto internos, como provocados por agravos de saúde, desastres naturais, o crescimento de resistência antimicrobiana e epidemias (ARSENAULT *et al.*, 2022; LING *et al.*, 2017).

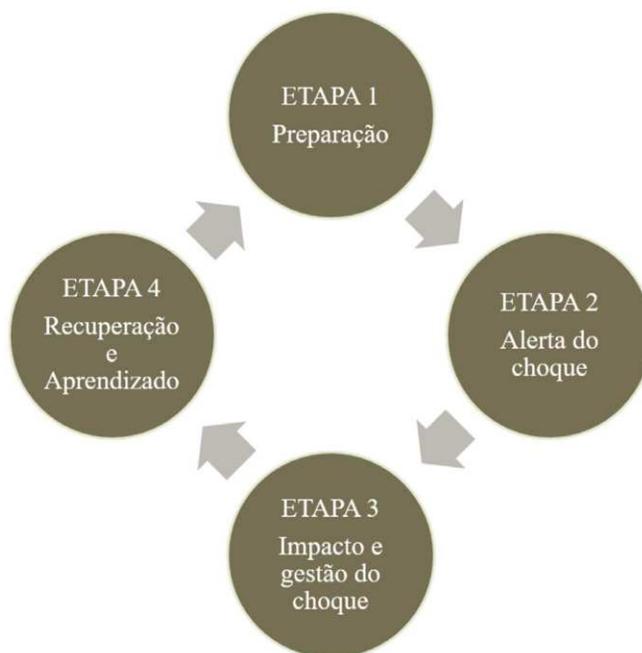
Os primeiros estudos sobre resiliência buscaram analisar capacidade de resposta dos sistemas de saúde aos impactos econômicos e políticos provindos da crise econômica de 2009 a 2013 (THOMAS *et al.*, 2013). Este tipo de análise suscitou estudos específicos de agências governamentais ou não, como os relatórios técnicos da Comissão Europeia e da OCDE (EUROPEAN COMMISSION, 2014; OECD. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION & DEVELOPMENT, 2014). Em seguida, nota-se estudos de resiliência a resposta dos sistemas de saúde à epidemia do vírus Ebola em países da África subsaariana (KAMAL-YANNI, 2015; KRUK *et al.*, 2015). Desastres naturais também ganham relevância nos estudos de resiliência (MEYER *et al.*, 2020; NUZZO *et al.*, 2019).

Porém, a pandemia da Covid-19 deu outra dimensão para o estudo de resiliência de sistemas de saúde (HALDANE *et al.*, 2021). A experiência

de países com transmissão comunitária em larga escala na pandemia de Covid-19 mostrou que mesmo sistemas de saúde bem estruturados podem ter a estrutura assistencial colapsada, diante da concentração de grande percentual da população infectada em curto espaço de tempo e, conseqüentemente, sobrecarga de demanda por tratamento de pacientes em unidades de terapia intensiva (UTI). Por outro lado, a adoção de medidas urgentes para antecipar a resolução de problemas, planejar e coordenar respostas, identificando áreas e grupos populacionais mais vulneráveis, diagnosticando precocemente casos positivos para tratamento e isolamento, pode auxiliar a romper as cadeias de transmissão e preparar seus sistemas de saúde para mitigar o impacto do surto sobre a população.

No Brasil, os estudos sobre resiliência de sistemas de saúde vêm ganhando espaço em razão do impacto da crise política, econômica, seguida por medidas de austeridade fiscal implementadas em 2016 sobre o sistema de saúde (MASSUDA *et al.*, 2018) e alcance dos objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) (DE SOUZA *et al.* 2019). Na Covid-19, foram realizados estudos que analisaram a capacidade de preparação (MASSUDA *et al.*, 2021), resposta (ROCHA *et al.*, 2021; CASTRO *et al.*, 2021) e recuperação à pandemia (BIGONI *et al.*, 2022).

Vale ressaltar aqui os trabalhos desenvolvidos pelo observatório europeu de sistemas de saúde e políticas, vinculado à OMS, que desenvolveu modelos de análise de resiliência de sistemas de saúde nos últimos anos (IRENE PAPANICOLAS *et al.*, 2022; THOMAS *et al.*, 2020). Com base nos trabalhos desenvolvidos pelo observatório europeu de sistemas de saúde e políticas recentemente (IRENE PAPANICOLAS *et al.*, 2022; THOMAS *et al.*, 2020; OMS EUROPA, 2017) e nos artigos citados acima, serão utilizadas as seguintes etapas de análise da resiliência do sistema de saúde:

Figura 2. Modelo de análise da resiliência dos sistemas de saúde

Fonte: Thomas et al. (2020).

A etapa 1 representa a preparação do sistema de saúde para um possível choque, como uma boa estrutura de governança e rede assistencial do sistema, e o estabelecimento de protocolos de resposta. Em seguida, na etapa 2, busca-se alertar o sistema de saúde quanto ao possível choque e os protocolos de atuação. Após o choque, entra-se na etapa 3, de gestão do choque e seus impactos com adaptações do sistema de saúde à sua atuação. Por fim, na etapa 4, busca-se recuperar e aprender com as lições aprendidas na resposta ao choque pelo sistema de saúde (IRENE PAPANICOLAS *et al.*, 2022; THOMAS *et al.*, 2020; OMS EUROPA, 2017).

A partir da discussão teórica realizada, as categorias de análise da resiliência do sistema de saúde utilizadas são:

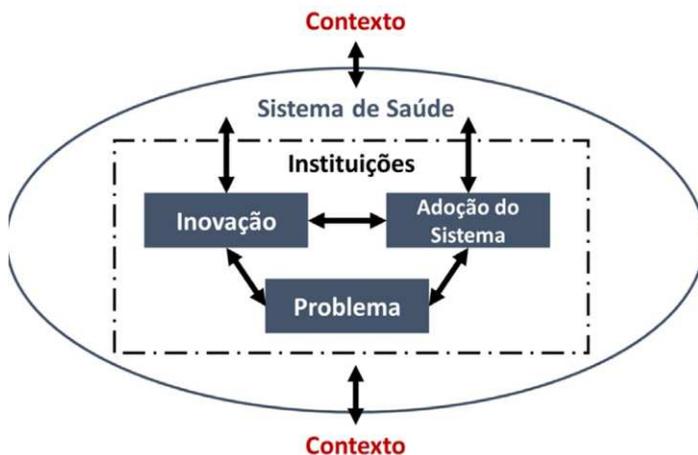
- Capacidade de preparação e resposta à crise: dimensões do sistema de saúde e suas variações anteriores e no início da pandemia Covid-19;
- Funcionalidade do sistema durante a crise: dimensões do sistema de saúde e suas variações durante a pandemia da Covid-19.

iii) Modelos analíticos de inovação em sistemas de saúde

A inovação em sistemas de saúde é conceituada como novos diagnósticos, tecnologias em saúde, medicamentos, ideias, práticas, objetos ou estruturas organizacionais que são percebidos como novidades pela sociedade ou entidades organizacionais e que produzem mudanças sobre problemas de saúde (ATUN, 2012). No âmbito dos sistemas de saúde a inovação tem um papel fundamental por ser um elemento chave para mitigar desigualdades e inequidades, bem como para aumentar a eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde (PEINE, 2019). Porém, devido à complexidade de sua organização, os sistemas de saúde possuem baixa capacidade de adoção de inovações, perdendo-se oportunidades para melhorar resultados (ATUN, 2012; LEHOUX et al., 2019).

As pesquisas sobre inovações em sistemas de saúde buscam entender os múltiplos fatores que influenciam a formulação e adoção de inovações, indo desde novas tecnologias até novos modelos de prestação de serviços e políticas de saúde (ATUN, 2012; PEINE, 2019). Com essa perspectiva, estes estudos realizam uma análise mais ampla do contexto, elementos do sistema de saúde, instituições, sistemas de adoção, percepção do problema e as características da inovação, bem como os efeitos de curto e longo prazo de uma inovação quando introduzida nos sistemas de saúde (ATUN, 2012), conforme figura abaixo:

Figura 3. Modelo de análise da adoção e difusão de inovações em sistemas de saúde



Fonte: Atun et al. (2012).

Além disso, é de suma importância compreender que esta inovação no sistema de saúde deve gerar resultados, expressos na geração de benefícios e com evidências de impacto positivo na população (TASCA, 2011).

Assim, a estrutura de análise das inovações em sistemas de saúde deve se atentar as constantes interações entre: ambiente externo, sistema de saúde, instituições, problema, inovação e sistema de adoção.

Com a perspectiva destacada anteriormente, as categorias de análise para inovações em sistemas de saúde são:

- Problema e inovação: percepção sobre o problema e a inovação;
- Sistema de adoção/implementação: liderança, coordenação entre o nível político operacional, estratégia de gerenciamento de mudanças, investimento precoce em treinamento de profissionais de saúde para permitir a rápida operacionalização.
- Resultados: benefícios gerados à população com a implementação da inovação no sistema de saúde, com evidências mensuráveis.

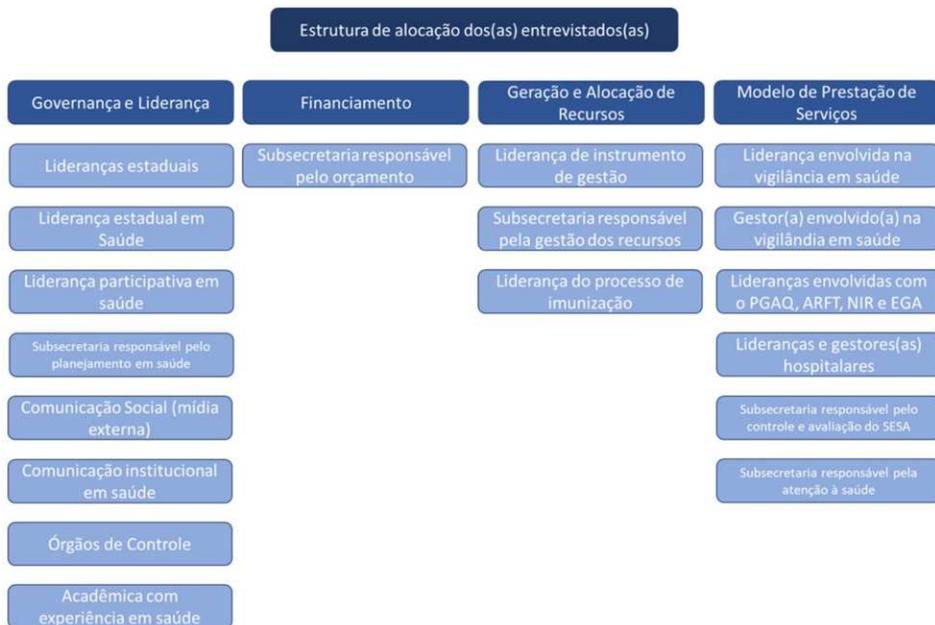
2.2 Metodologia da pesquisa

i) Coleta de dados

Para atingir os objetivos estabelecidos neste trabalho se utilizou de dados primários e secundários. Os dados secundários foram obtidos por meio de pesquisa documental nos canais oficiais do governo do Espírito Santo, da secretaria de estado da saúde do Espírito Santo, do Ministério da Saúde, entre outros órgãos oficiais.

Os dados secundários quantitativos relacionados ao SUS capixaba foram coletados nas bases de dados governamentais, enquanto os dados primários foram coletados por meio de entrevistas com atores-chave da gestão estadual, municipal e atores externos. Ao todo foram realizadas vinte e cinco entrevistas, com cerca de 900 minutos de gravações. As entrevistas foram transcritas pela própria equipe de estudo. A figura abaixo apresenta a estrutura de alocação dos entrevistados para melhor coleta das informações necessárias:

Figura 4. Estrutura de alocação dos(as) entrevistados(as)



Fonte: Elaborado pelos autores.

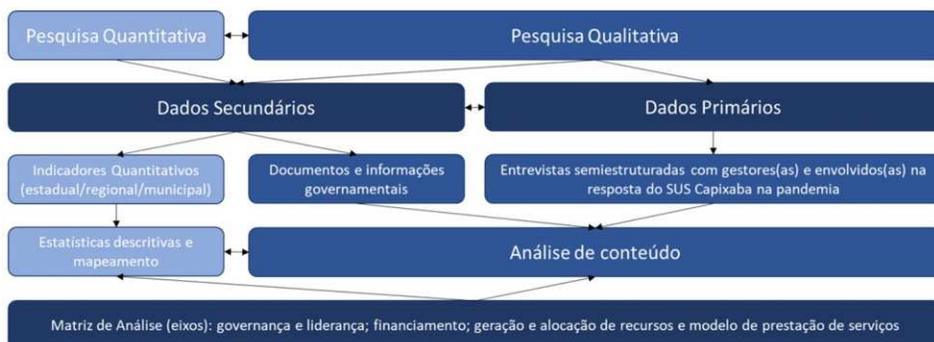
As entrevistas tiveram um papel fundamental de capturar aspectos subjetivos que os dados quantitativos não capturam, como ações de governança e liderança e aspectos centrais do modelo de prestação de serviços. Fica evidente que o número de entrevistas nessas duas dimensões foi maior, enquanto nas dimensões de financiamento e geração e alocação de recursos tiveram um caráter mais complementar das análises já realizadas. Além disso, *stakeholders* envolvidos nas entrevistas também apontam a qualidade das informações coletadas nas entrevistas, demonstrando a profundidade do trabalho realizado.

ii) Análise de dados

Para analisar os dados coletados foram utilizadas categorias distintas para cada uma das seções analisadas. Assim, utilizou-se de uma combinação de referências de análise de sistemas de saúde, resiliência de sistemas de saúde e inovação em sistemas de saúde.

A figura abaixo sintetiza a metodologia utilizada neste trabalho, de forma a demonstrar a utilização dos métodos mistos como técnica central:

Figura 5. Síntese metodológica



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na análise quantitativa foram levantados dados secundários de indicadores do sistema de saúde capixaba e analisados por meio de estatísticas descritivas e de mapeamento geográfico. Em relação à pesquisa qualitativa, foram coletados dados primários e secundários. Os dados secundários vieram de documentos e informações governamentais, enquanto os dados primários vieram de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores e *stakeholders* do Espírito Santo. Ambos os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo.

iii) Limitações

Dentre as limitações desta pesquisa destaca-se que ela explora com mais intensidade a atuação da equipe de governo do estado, narradas pelos seus protagonistas. Portanto, não se dispõe de elementos objetivos para análise em profundidade da implementação dos projetos formulados, tão pouco para avaliar de forma empírica o impacto dos projetos e intervenções inovadoras aqui relatadas.

Também é importante destacar que os dados quantitativos utilizados para contextualizar o território e caracterizar a resposta do estado foram retirados de registros governamentais oficiais e obrigatórios. Dados secundários advindos de registros compulsórios oficiais são menos sujeitos a subnotificações, mas ainda

estão sujeitos a possibilidade que ela ocorra, assim como erros e atrasos de registro. É possível também que a pandemia tenha agravado esse cenário, mas não é escopo deste trabalho avaliar o impacto da pandemia ou de sua resposta na qualidade dos dados provenientes de registros oficiais.

3. O SUS Capixaba: breve análise de contexto

Neste capítulo é realizada uma breve análise de contexto em que se insere o SUS capixaba. Apresenta-se inicialmente as características gerais e particularidades do estado do Espírito Santo, incluindo o contexto territorial, político, socioeconômico, demográfico e epidemiológico. Em seguida, são apresentadas características do SUS no estado, incluindo a organização regional, fontes de financiamento, disponibilidade e distribuição de recursos e de serviços que compõe a rede assistencial por regiões de saúde. Por fim, apresenta-se o perfil da equipe que assumiu a gestão da SESA em 2019.

3.1 Características e particularidades do Espírito Santo

- *Contexto territorial*

Localizado na região Sudeste do Brasil, com pouco mais de 4 milhões de habitantes (1,9% da população brasileira), o Espírito Santo (ES) é o quarto estado menos populoso das 27 unidades federativas do país (IBGE, 2022).

O estado possui 78 municípios e é um dos poucos estados do país em que a capital, Vitória, não é a cidade mais populosa. Quase metade dos habitantes (48,9% do total) vivem em 5 municípios: Serra (517,5 mil), Vila Velha (493,8 mil), Cariacica (381,3 mil), Vitória (362,1 mil) e Cachoeiro do Itapemirim (209 mil). Os demais são habitantes de cidades de médio e pequeno porte, sendo que 38% da população residente em municípios com menos de 50 mil habitantes.

Essa distribuição heterogênea no território é refletida nas três regiões de saúde que compõe o SUS Capixaba, como mostra a Tabela 1. A região Metropolitana é a que concentra a maior parte de recursos e da população, sendo o local de residência de quase 60% da população capixaba em 2019. A região Sul é a menor delas, com 17% da população em 2019. Um pouco maior é a região Central Norte com 24% da população.

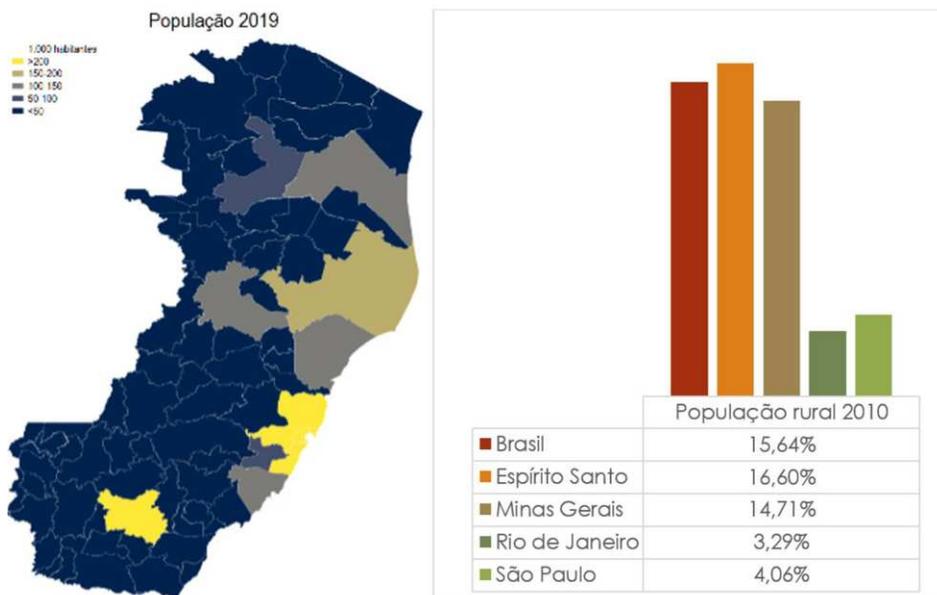
O percentual da população capixaba que vive em áreas rurais (16,6%) é discretamente superior à média brasileira (15,64%) e a dos demais estados da região Sudeste, como mostra a figura 6. Esse perfil tem se mantido constante nas últimas décadas.

Tabela 1. Distribuição da população por região de saúde

	Metropolitana		Sul		Central Norte		Espírito Santo	
Ano	2000	2019	2000	2019	2000	2019	2000	2019
População	1,815,480	2,379,130	601,372	678,071	777,398	961,446	3,194,260	4,018,650
%	56,8%	59,2%	18,8%	16,9%	24,3%	23,9%	100%	100%

Fonte: PROADESS.

Figura 6. Distribuição da população capixaba por cidades, 2019



Fonte: AtlasBR.

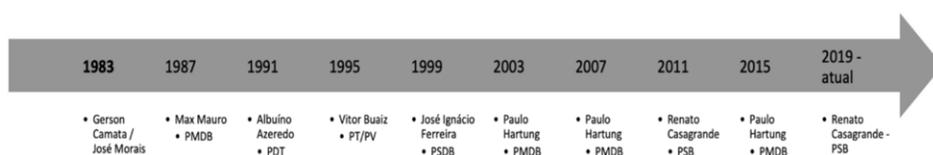
- Contexto político

“Trabalha e confia”, o lema estampado na bandeira do estado, é uma mistura de tradição religiosa jesuíta, com o positivismo moderno que representa a busca pela construção de uma identidade de um povo pré-republicano, que

ansiosamente corria atrás de resultados efetivos nas esferas políticas, econômicas, sociais e mais liberdade.

Em termos políticos, o estado é marcado por alternâncias de poder no governo do estado. Desde o período da nova República de 1985, até os dias atuais, os partidos que fizeram parte da base governista foram de bases ideológicas e composições partidárias diferentes, tendo no poder figuras do antigo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), Partido Democrático Trabalhista (PDT), Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido dos Trabalhadores (PT) e do Partido Verde (PV).

Figura 7. Governadores de estado do Espírito Santo desde 1983



Fonte: Elaborado pelos autores.

Desde as eleições de 2003, Paulo Hartung (PMDB) e Renato Casagrande (PSB) – o atual governador do estado - foram reeleitos alternadamente. Hartung comandou três mandatos (2003-2007), (2007-2011) e (2015-2019), enquanto Casagrande, dois (2011-2015) e (2019-atualmente).

- Contexto socioeconômico

A diversificada atividade econômica do Espírito Santo garante ao governo do estado uma razoável capacidade de arrecadação de recursos financeiros. A economia capixaba tem por base a exploração de riquezas naturais, como petróleo, gás e rochas ornamentais; e a agricultura, principalmente o plantio do café; e atividades portuárias. O estado é o maior exportador do mundo de pelotas de minério de ferro. Além disso, é sede da maior produtora mundial de celulose.

Em 2020, a Lei Orçamentária Anual (LOA) do estado estimou as receitas em R\$ 20,6 bilhões, registrando um acréscimo de 12% em relação à arrecadação prevista para o ano anterior, de R\$ 18,4 bilhões (TCE-ES).

A boa capacidade de arrecadação de impostos e a preocupação com a manutenção do equilíbrio fiscal garantiram ao governo do estado, em 2022, pelo 10º ano consecutivo, a nota “A”, na Capacidade de Pagamento do Estado (CAPAG), segundo a Secretaria do Tesouro Nacional (STN), do Ministério da Economia. Esse indicador permite que o estado receba garantias da União para a contratação de novos empréstimos.

Reconhecido como bom cumpridor de contratos com empresas, o governo estadual é garantidor para viabilizar a entrada de empresas no estado. Além disso, o Espírito Santo é o estado com a maior capacidade de investimento do país, proporcionalmente ao seu tamanho.

Com renda *per capita* de R\$ 1.477,00 em 2019, o Espírito Santo ocupava a 9ª posição entre os estados da Federação. Observou-se um importante desenvolvimento socioeconômico desde os anos 2000, quando a renda *per capita* era de R\$ 775,00 e mais de 70% da população vivia com até meio salário-mínimo. Em 2010, último dado disponível, a porcentagem da população que vivia com até meio salário-mínimo caiu para 46,8%.

Tabela 2. Indicadores sociodemográficos por região e ano.

	Espírito Santo		Metropolitana		Sul		Central Norte		Brasil	
	2000	2019	2000	2019	2000	2019	2000	2019	2000	2019
Renda média per capita (em R\$)	775,47 ^a	1477.00	673.03	937.77	459.49	598.66	415.6	596.27	829.59 ^a	1439
Índice de Gini	0.585	0,514 ^c	-	-	-	-	-	-	0.595	0.549 ^c
Índice de Desenvolvimento Humano	0.64	0,772 ^c	0.598	0.707	0.577	0.688	0.563	0.684	0.612	0.778 ^c
Percentual da população com renda domiciliar mensal per capita de até meio salário-mínimo	70.9	46,8 ^b	41.0	24.5	50.3	33.8	57.7	35.6	66.5	49.1b

^aDados de 2003; ^bDados de 2010; ^cDados de 2017

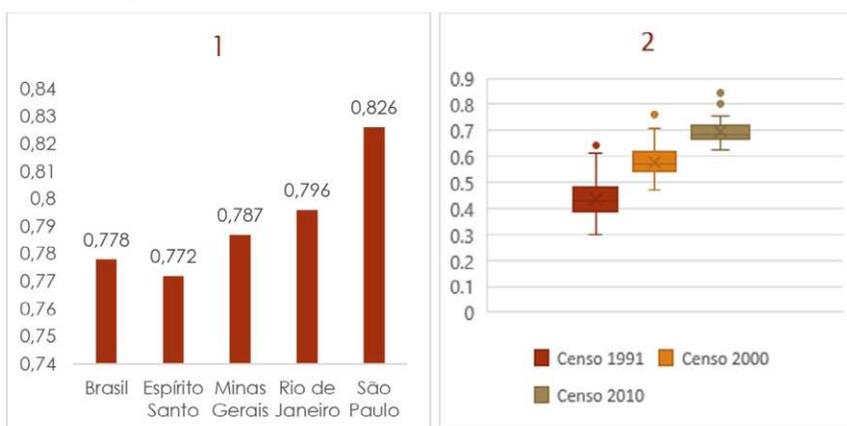
Fonte: PROADESS.

Os índices de qualidade de vida no ES são significativamente bons, quando comparados com os demais estados do Brasil. A começar pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é uma média aritmética de três subíndices (educação, longevidade e renda), que chega na marca de 0,772, sendo o 7º melhor IDH do país. As regiões de saúde, de forma semelhante, têm se desenvolvido rapidamente, entretanto, há disparidade entre elas. Somente a região Metropolitana alcançou um IDH acima de 0,7 e as outras duas regiões empataram em um índice de 0,68, valor próximo do que o ES estava na primeira década do século XXI.

Pode-se dizer ainda, que o IDH no estado teve uma evolução significativa, passando de 0,505 em 1991 – considerado como “baixo” pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – para 0,64 em 2000 – considerado “médio” pelo PNUD – para 0,74 em 2010 – considerado “elevado” pelo PNUD. Na última pesquisa da PNAD, estimativas do IDH do ES chegaram a 0,772, abaixo do valor reportado para o Brasil (0,778), mas continuou sendo o estado com o menor IDH da região Sudeste, destacado pelo gráfico 1. Entretanto, os últimos censos apontam para um aumento gradual do desenvolvimento da região, acompanhada por uma redução nas desigualdades em desenvolvimento humano dentro do estado, como pode ser visto no gráfico 2.

Gráfico 1. Índice de Desenvolvimento Humano nos estados do sudeste e no Brasil em 2017.

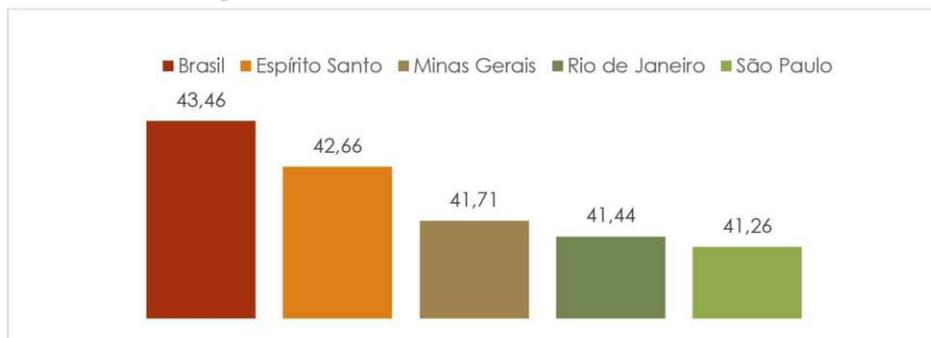
Gráfico 2. Distribuição de Índice de Desenvolvimento Humano no Espírito Santo de acordo com os censos de 1992, 2000 e 2010



Fonte: AtlasBR.

É importante ressaltar também que a razão de dependência no ES é a maior do Sudeste, o que significa dizer que o estado possui uma grande parcela de indivíduos inativos em relação à população economicamente ativa, como pode ser visto nos gráficos abaixo, o que implica em diferentes direcionamentos na elaboração de políticas públicas.

Gráfico 3. Razão de dependência nos estados do sudeste e no Brasil



Fonte: AtlasBR.

- Contexto demográfico e epidemiológico

O Espírito Santo possui um perfil epidemiológico compatível com territórios entrando em estado avançado de transição demográfica e epidemiológica. Essa transição é caracterizada por uma diminuição significativa de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, acompanhado por um aumento de óbitos por condições cardiovasculares e doenças crônicas. Porém, o estado tem passado por essa transição de maneira mais rápida do que o restante do país. Em 2000, o Espírito Santo possuía taxas de óbitos por doenças do aparelho circulatório e doenças isquêmicas do coração menores do que as nacionais. Esse perfil inverte-se em 2019, quando o estado supera a nação.

É notável também a diminuição da mortalidade infantil no estado, que caiu 43% entre 2000 e 2019, passando de 18,8 para 10,7 em óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos. De 2019 a 2021, a velocidade na queda da mortalidade infantil no estado foi ainda maior, de 33,6% em apenas dois anos, alcançando 9,8 em 2020 e, segundo dados preliminares, 7,1 em 2021. Por outro lado, chama atenção o crescimento de 87,5 % na taxa de mortalidade por

suicídios registrados no estado entre 2000 e 2019, acompanhando o aumento da taxa brasileira no período, enquanto observa-se uma redução de mortes por essa causa em âmbito global.

Tabela 3. Evolução na taxa de mortalidade por causas específicas

Mortalidade	Espírito Santo		Brasil	
	2000	2019	2000	2019
Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por 1000 nascidos vivos	18.8	10.7	21.3	12.4
Taxa de mortalidade por causas externas por 100 mil habitantes	91.9	82.2	68.2	68
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes	145.5	175.3	150.2	173.3
Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração por 100 mil habitantes	40.1	59	45.2	55.9
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100 mil habitantes	55.9	51.1	48.8	48.1
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de colo do útero por 100 mil habitantes do sexo feminino	5.5	7.3	4.5	6.1
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da mama por 100 mil habitantes do sexo feminino	6.7	17.5	9.5	16.8
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da próstata por 100 mil habitantes do sexo masculino	8	16	8.7	15.6
Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes	3.3	6.2	4	6.5

Fonte: SIM/PROADESS.

Quando se amplia a análise do estado para as regiões de saúde, observa-se disparidades internas. As diferentes regiões de saúde tiveram evoluções dos seus perfis epidemiológicos com padrões distintos entre elas.

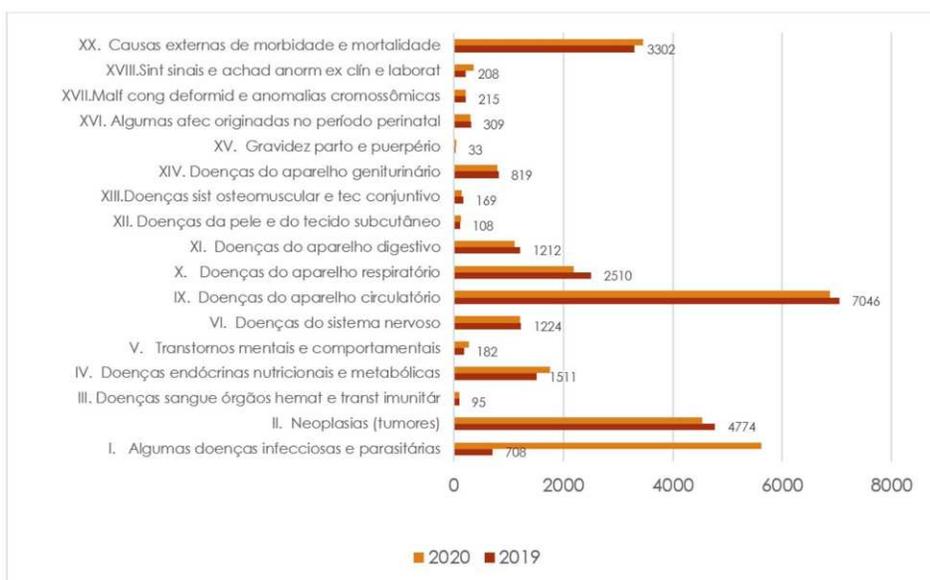
Em 2000, a região de saúde Sul do estado possuía um perfil epidemiológico que pode ser considerado como mais atrasado do que o país e as demais regiões do estado. Entretanto, esse perfil se inverte em 2019, apontando para um desenvolvimento acelerado na região quando comparado ao restante do país. Um perfil semelhante é visto na região Central Norte.

Tabela 4. Evolução na taxa de mortalidade por causas específicas no Espírito Santo por região de saúde

Mortalidade	Metropolitana		Sul		Central Norte	
	2000	2019	2000	2019	2000	2019
Taxa de mortalidade infantil (menores de 1 ano) por 1000 nascidos vivos	16.9	10.3	22.9	11.6	20.6	10.2
Taxa de mortalidade por causas externas por 100 mil habitantes	103.9	81	73.8	74.5	77.7	89.6
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório por 100 mil habitantes	145	170.4	174.1	211.5	124.4	161.8
Taxa de mortalidade por doenças isquêmicas do coração por 100 mil habitantes	41.3	56.6	46.1	74.2	32.5	54.3
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares por 100 mil habitantes	54.2	50.8	67.7	56.6	50.7	47.9
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna de colo do útero por 100 mil habitantes do sexo feminino	7.3	7.5	3	5.3	3.1	8.1
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da mama por 100 mil habitantes do sexo feminino	7.5	19.2	6.8	14.3	5	15.4
Taxa de mortalidade por neoplasia maligna da próstata por 100 mil habitantes do sexo masculino	9	15.4	9.8	16.6	4.6	17.1
Taxa de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes	3.8	6.5	3	7.1	2.6	4.9

Fonte: SIM/PROADESS.

A transição epidemiológica coloca pressão em certos âmbitos do sistema de saúde, uma vez que o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis é mais caro e se não tratadas a tempo, podem acarretar comorbidades. A maior parte dos óbitos por doenças não transmissíveis no estado são causadas por fatores de riscos prevalentes na população, como, por exemplo, as taxas de sobrepeso e obesidade que têm crescido no estado, o que contribui ativamente para mais óbitos prematuros por causas metabólicas e cardiovasculares. Óbitos por doenças metabólicas, doenças do aparelho circulatório e câncer foram responsáveis por mais da metade de todos os óbitos no estado no ano de 2019 (54,6%). Abaixo demonstra-se o total de óbitos por capítulo do Código Internacional de Doenças (CID-10) no ES.

Figura 8. Total de Óbitos por Capítulo da CID-10 no ES, 2019 / 2020

Fonte: SIM.

3.2. Configuração do SUS capixaba

- Gestão da SESA

A secretaria da saúde do Espírito Santo (SESA) é responsável pela gestão do SUS no estado, tendo o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como instâncias que reforçam o compromisso de promover a saúde e a democratização das informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

Como parte de suas atribuições pela gestão do SUS em âmbito estadual, a SESA é responsável pela elaboração das políticas estaduais de saúde, por prover recursos próprios para financiamento do SUS e gerenciá-los por meio do Fundo Estadual de Saúde (FES). A alocação de recursos financeiros visa garantir a provisão de ações e serviços públicos de saúde para a população capixaba, desde as ações coletivas de promoção e prevenção até os cuidados individuais de tratamento, cura e reabilitação.

A SESA dispõe de uma rede própria de serviços de saúde que inclui 16 hospitais, uma unidade de Hemocentro (Hemoes), quatro Hemonúcleos,

três Centros de Atenção Psicossociais, 18 Residências Terapêuticas, quatro Centros Regionais de Especialidades, um Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen) e uma rede conveniada de hospitais filantrópicos e privados. Coordena, ainda, por meio de suas Centrais de Regulação, a oferta de consultas e exames especializados, além de internações¹.

O organograma atual da SESA é composto por cinco subsecretarias: a) Vigilância em Saúde; b) Administração e Finanças em Saúde; c) Atenção à Saúde; d) Regulação, Controle e Avaliação; e) Planejamento e Transparência em Saúde; além do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (Icepi) que tem *status* de subsecretaria e a nova subsecretaria de contratualização prevista para integrar o organograma da SESA.

- Organização regional

De 2011 a 2020, o SUS capixaba esteve organizado em 04 regiões de saúde: Norte, composta por 14 municípios; Central com 18 municípios; Metropolitana com 20 municípios; e Sul com 26 municípios. Essa organização regional foi definida pelo Plano Diretor de Regionalização em 2011. Em dezembro de 2020, porém, a resolução nº153 da Comissão Inter-gestores Tripartite (CIB) unificou as regiões Norte e Centro, passando a ficar com as três seguintes regiões de saúde no estado: Metropolitana², Sul³ e Central Norte⁴. A caracterização da rede assistencial no estado apresentada nesse estudo segue essa nova organização regional.

Além de ser responsável pela gestão estadual do SUS, a SESA cumpre um importante papel como prestadora de serviços hospitalares e ambulatoriais especializados, que se encontram concentrados principalmente na região de saúde Metropolitana. Nas demais regiões, os serviços de saúde estão majoritariamente

1 Informações disponíveis em: <https://saude.es.gov.br/quemsomos>

2 Fazem parte da região metropolitana: Afonso Cláudio, Aracruz, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Ibraçu, 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.

3 Fazem parte da região Sul: Alegre, Alfredo Chaves, Anchieta, Apiacá, Atilio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, 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, Vargem Alta.

4 Fazem parte da região Centro-Norte: Água Branca, Água Doce do Norte, Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Colatina, Conceição da Barra, Ecoporanga, Governador Lindenberg, Jaguaré, Linhares, Mantenedópolis, Marilândia, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pancas, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Mateus, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Pavão, Vila Valério.

sob gestão dos municípios, como pode ser observado na tabela abaixo de total de estabelecimentos por tipo, região de saúde e gestor.

Tabela 5. Quantidade de estabelecimentos nas regiões de saúde do estado do Espírito Santo por gestor

Tipo de Estabelecimento	Metropolitana			Sul			Central Norte			Total
	Estadual	Municipal	Dupla	Estadual	Municipal	Dupla	Estadual	Municipal	Dupla	
Central De Regulação	2	7		1	3		1	9		23
Central De Regulação Médica Das Urgências	1									1
Centro De Apoio A Saúde Da Família-Casf					11			3		14
Centro De Atenção Hemoterápica E/Ou Hematológica	3							2		5
Centro De Atenção Psicossocial-Caps	2	15		1	9			10		37
Centro De Saúde/Unidade Basica De Saúde	19	265	1	4	207		11	261		768
Central De Notif. Captação E Distr. Órgãos Estaduais	1							1		2
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	834	442	3	1	195		5	292	1	1773
Consultório		1.601			603			927		3131
Cooperativa	2							1		3
Farmácia	11	62		2	99		3	63		240
Hospital Especializado	9	3		2			1	1		16
Hospital Geral	34	9		3	15	3	3	20	1	88
Hospital Dia	3	1						1		5
Laboratório Central De Saude Publica - Lacen								1		1
Laboratório De Saude Publica	1	2			4			3		10
Policlínica	61	99	2	3	61	1	2	40		269
Posto De Saúde		54			24			75		153
Pronto Atendimento		18			10			3		31
Pronto Socorro Geral					2			1		3
Serviço De Atencao Domiciliar Isolado (Home Care)	7	9			1					17

Unidade De Atenção À Saúde Indígena		6							6
Unidade De Atencao Em Regime Residencial		1							1
Unidade De Servico De Apoio De Diagnose E Terapia	207	191	3	3	127		2	157	690
Unidade De Vigilancia Em Saude	1	28			24			21	74
Unidade Mista		2						3	5
Unidade Movel De Nivel Pre-Hosp-Urgencia/Emergenci	31	1		2	1			1	36
Unidade Movel Terrestre	4	4			4			6	18
Telesaúde	3								3
Polo Prev.De Doencas e Promocao Da Saude	2				7			1	10

Fonte: MS/CNES/Tabnet.

- Fontes de financiamento

Com relação ao financiamento do SUS capixaba, ao se analisar a despesa total da SESA-ES entre 2002 e 2019, em valores deflacionados pelo IPCA para o ano 2020, observa-se que houve um crescimento constante na despesa total entre 2002 e 2014 (despesa total *per capita* cresceu de R\$ 263,98 para R\$ 848,19), seguido de queda entre 2015 e 2017 (R\$ 705,54 em 2016), com ligeiro aumento em 2018 e 2019, porém, sem alcançar os valores de 2015.

O percentual de recursos próprios da SESA em relação aos gastos totais apresentou crescimento de 65% para 70% entre 2005 e 2014. Entre 2004 e 2015 houve crescimento de 12,2% para 19% no percentual da recursos próprios estaduais aplicados em saúde, com pequenas variações nesse valor desde então (mínimo requerido pela legislação é 12%).

Tabela 6. Orçamento de despesas em saúde no Espírito Santo

	Despesa total Saúde	Despesa Total Saúde/Hab	Recursos próprios da SESA	% recursos próprios SESA/Total	%Recursos Próprios em Saúde
2002	R\$ 845.227.685	R\$ 263,98	R\$ 701.353.073	83,0%	12,9%
2003	R\$ 943.210.520	R\$ 290,21	R\$ 803.382.156	85,2%	12,7%
2004	R\$ 1.068.089.160	R\$ 323,82	R\$ 844.626.634	79,1%	12,2%

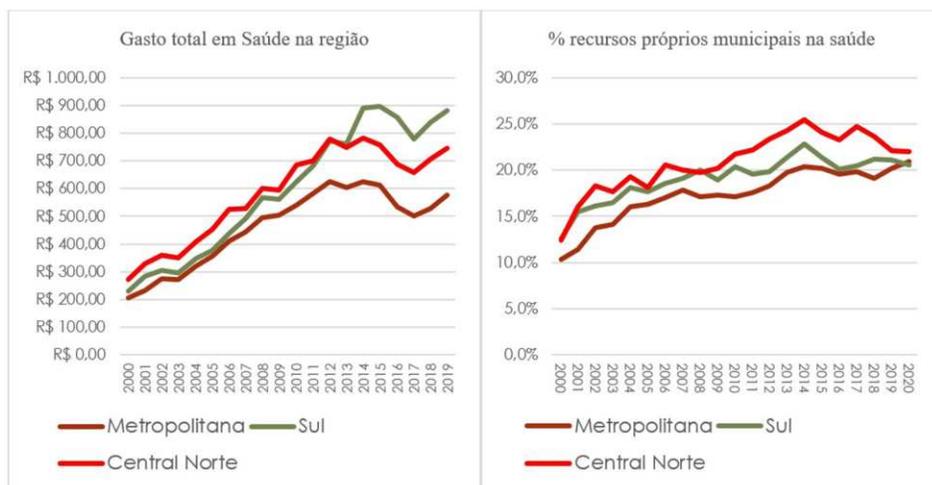
2005	R\$ 1.534.385.765	R\$ 450,19	R\$ 1.005.855.276	65,6%	12,1%
2006	R\$ 1.763.658.110	R\$ 509,09	R\$ 1.133.762.979	64,3%	10,4%
2007	R\$ 1.711.165.232	R\$ 510,54	R\$ 1.115.096.269	65,2%	9,9%
2008	R\$ 2.011.621.779	R\$ 582,46	R\$ 1.309.771.703	65,1%	10,2%
2009	R\$ 2.204.871.172	R\$ 632,28	R\$ 1.372.837.221	62,3%	11,8%
2010	R\$ 2.506.214.144	R\$ 718,71	R\$ 1.556.081.186	62,1%	12,8%
2011	R\$ 2.514.009.164	R\$ 708,77	R\$ 1.691.872.213	67,3%	12,5%
2012	R\$ 2.627.409.582	R\$ 734,31	R\$ 1.811.098.926	68,9%	13,2%
2013	R\$ 2.891.185.949	R\$ 753,03	R\$ 2.022.275.740	69,9%	16,0%
2014	R\$ 3.295.271.636	R\$ 848,19	R\$ 2.310.673.995	70,1%	18,5%
2015	R\$ 3.288.739.895	R\$ 836,85	R\$ 2.352.675.962	71,5%	19,0%
2016	R\$ 2.803.593.002	R\$ 705,54	R\$ 1.964.468.225	70,1%	18,1%
2017	R\$ 2.839.191.270	R\$ 706,90	R\$ 1.967.590.865	69,3%	18,8%
2018	R\$ 3.063.193.135	R\$ 762,68	R\$ 2.121.344.946	69,3%	19,0%
2019	R\$ 2.976.900.456	R\$ 749,40	R\$ 2.089.622.536	70,2%	17,6%

Fonte: SIOPS/MS (valores deflacionados pelo IPCA para o ano 2020).

Com relação aos gastos em saúde dos municípios capixabas, ao se analisar a despesa total da SESA-ES entre 2000 e 2019, em valores deflacionados pelo IPCA para o ano 2020, também se observa que houve crescimento constante na despesa total entre 2000 e 2012 nas três regiões de saúde, seguido por um período de estagnação no crescimento entre 2013 e 2015 e queda entre 2016 e 2017, com recuperação no crescimento a partir de 2018 e 2019. Ao longo desse período, o gasto total é menor na região Metropolitana, e maior na região Central Norte entre 2000 e 2012, sendo superado pela região Sul a partir de 2013.

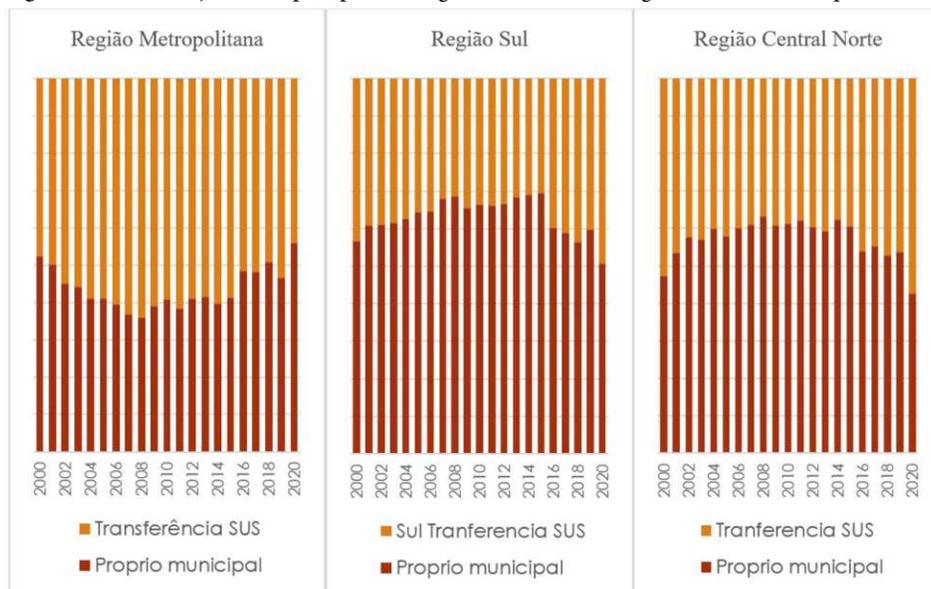
O percentual de recursos próprios aplicados em saúde por municípios é crescente nas três regiões entre 2000 e 2014, alcançando o pico de 25% na região Central Norte, seguido por período de estagnação e discreta queda. Comparando o percentual do gasto próprio municipal entre as regiões, observa-se um maior percentual na região Central Norte e menor na região Metropolitana.

Figura 9. Despesas totais e despesas de recursos próprios no Espírito Santo por região de saúde entre 2000 e 2019.



Fonte: SIOPS/Proadess (valores deflacionados pelo IPCA para o ano 2020).

Ao se analisar a composição do gasto, incluindo recursos próprios e transferências SUS, nota-se uma diferença entre a região Metropolitana e as demais. Enquanto na região Metropolitana o volume de recursos de transferências SUS é superior ao recurso próprio municipal, nas demais ocorre o inverso. Observa-se, porém, que vem ocorrendo uma mudança no padrão a partir de 2016, com maior participação de recursos próprios na região Metropolitana e maior volume de transferências SUS nas regiões Sul e Central Norte.

Figura 10. Distribuição de despesa por esfera governamental nas regiões de saúde do Espírito Santo

Fonte: SIOPS/Proadess (valores deflacionados pelo IPCA para o ano 2020).

- Disponibilidade de recursos e de serviços por região

i) Força de trabalho

A força de trabalho tem expandido no estado. Entre 2008 e 2019, o número de médicos disponíveis ao SUS aumentou em quase 50%. Porém, o maior aumento se deu no número de enfermeiros que passou de 0,42 para 1,02 enfermeiros por mil habitantes, um aumento de 138%. Em ambos os casos, a região Metropolitana foi a maior responsável pelo aumento no número de trabalhadores. Vale ressaltar que em 2008, a região Metropolitana possuía uma taxa menor de enfermeiros do que a região Sul, um padrão que se inverte até 2019.

Tabela 7. Profissionais por disponíveis ao SUS por 1000 habitantes

Região	Médicos		Enfermeiros	
	2008	2019	2008	2019
Metropolitana	1,2	1,7	0,47	1,33
Sul	1	1,3	0,50	1,16
Central Norte	0,9	1,1	0,39	0,95
Estado	1,1	1,6	0,42	1,02

Fonte: PROADESS.

ii) Equipamentos

Em 2019, a região Metropolitana de saúde contava com 1,1 mamógrafos, sendo a região com a menor taxa desse equipamento no estado. Entretanto, a região Metropolitana possuía as maiores taxas de equipamentos de diálise (11,5 por mil hab.) e respiradores (31,7 por mil hab.), ambos equipamentos associados à atenção especializada.

Na última década, a expansão de equipamentos de mamografia disponíveis ao SUS foi notável no Espírito Santo, o estado mais do que dobrou a quantidade de equipamentos e em 2019 alcançou valores acima de 1 mamógrafo por mil habitantes em todas as regiões. Equipamentos de diálise tiveram um salto mais pronunciado na região Central Norte. O número de respiradores aumentou expressivamente em 2019 na região Metropolitana.

Tabela 8. Equipamentos disponíveis ao SUS por 1000 habitantes

	Mamógrafos		Diálise		Respiradores	
	2008	2019	2008	2019	2008	2019
Metropolitana	0,5	1,1	7,5	11,5	14,7	31,7
Sul	0,5	1,5	5,7	8,8	12,1	23,6
Central Norte	0,9	2,5	4,3	10,9	7,6	15,9
Estado	0,6	1,5	6,4	10,9	12,5	26,6

Fonte: PROADESS.

iii) Serviços assistenciais

- Atenção Primária a Saúde

A Cobertura da Saúde da Família aumentou de 41,7% em 2007 para 64,5% em 2019, feito esse alcançado pelo aumento de mais de 80% no número de equipes de Saúde da Família (eSF) no estado. Apesar da região Metropolitana ser a região com o maior número de equipes (164 em 2007 e 326 em 2019), a cobertura da população residente mantém-se abaixo dos 50%.

O menor número de eSF nas regiões Sul e Central Norte refletem a baixa densidade populacional dessas regiões. Entretanto, em 2019 as equipes alcançaram uma cobertura, de 93,2% na região Sul e de 84,3% na região Central Norte.

De forma similar, a expansão na quantidade de Unidades Básicas de Saúde (USB) ocorreu de maneira mais pronunciada nas regiões Central Norte (86%) e Sul (27%) do que na região Metropolitana (20%).

Tabela 9. Evolução da atenção básica no estado do Espírito Santo por região de saúde

	Metropolitana		Sul		Central Norte	
	2007	2019	2007	2019	2007	2019
Cobertura de ESF (%)	27.95	46.04	50.24	93.25	47.78	84.35
Total de equipes ESF	164	326	106	212	122	246
Centro de Saúde / Unidade Básica	237	285	165	211	146	272

Fonte: e-Gestor AB.

- Saúde Mental

O número de Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) passou de 21 para 37 entre 2008 e 2019. A região Metropolitana concentrava quase metade do total, com 17 CAPS no final de 2019, seis a mais do que em 2008. Nesse mesmo período, as regiões Sul e Central Norte dobraram a quantidade de CAPS, passando de 5 para 10 centros até dezembro de 2019.

- Urgência e Emergência

Houve expressivo aumento de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e em estabelecimentos de Pronto Atendimento no Espírito Santo. O número de SAMU foi de apenas um em 2005 para 36 em 2019. Esse aumento foi extremamente concentrado na região Metropolitana. As regiões Sul e Central Norte, que não continham SAMU em 2005, possuíam em 2019 apenas 3 unidades e 1 unidade, respectivamente.

Um aumento modesto e centralizado também é visto para estabelecimentos de Pronto Atendimento. Em 2010, a região Metropolitana continha 7 unidades, enquanto a região Sul continha apenas 1 e a Central Norte contava com 3. Esses números saltaram para 18 na região Metropolitana e para 10 na região Sul, mas mantiveram-se iguais para a região Central Norte.

- Atenção especializada

O número de clínicas especializadas aumentou de maneira expressiva em todo o estado, passando de 374 em 2005 para 1,773 em 2019. Dessas 1.773, 72,1% encontram-se na região Metropolitana e 16,8% na região Central Norte. Esse valor é um pouco mais no que diz respeito às Policlínicas, onde somente 60% delas estão na região Metropolitana e 25% na Região Sul.

- Atenção hospitalar

A atenção hospitalar contava com 95 hospitais gerais em 2005, valor esse que decaiu para 88 em 2019. O número de hospitais especializados em 2019 era 16, mantendo-se o valor de 2005. Em 2015, dos 45 hospitais gerais presentes na região Metropolitana, 29% eram públicos, 31% eram filantrópicos e 40% eram privados. Essa distribuição é divergente da vista na região Sul, onde mais de 50% dos hospitais são filantrópicos.

Os hospitais possuem uma distribuição mais homogênea entre as regiões. Em 2019, próximo de 50% de todos os hospitais encontravam-se na região Metropolitana e a outra metade distribuída quase que igualmente entre a região Sul e Central Norte.

Tabela 10. Total de hospitais gerais por tipo de prestador

	Metropolitana	Sul	Central Norte	Espírito Santo
Público	13	5	8	26
Filantrópico	14	12	11	37
Privado	18	4	10	32

Fonte: MS/CNES/Tabnet.

A evolução de leitos por mil habitantes seguiu padrão similar, diminuindo no estado e em todas as regiões de saúde. No que diz respeito a gestão, o governo estadual tem sido responsável por mais de 60% dos leitos desde 2019.

A taxa de leitos de Unidade de terapia Intensiva (UTI) adulto disponíveis ao SUS aumentou de 3,1 para 8,4 leitos por 100 mil habitantes entre 2005 e 2019. Na região Metropolitana, as taxas saltaram de 3,2 a 9,1 durante o período, enquanto na região Sul e Central Norte, o salto foi menor, com ambas as regiões alcançando valor quase três vezes maiores do que os presentes em 2005. O aumento nas taxas de UTI Neonatal foi mais modesto, passando de 1,8 para 2,2 no estado, e apenas aumentando nas regiões Sul e Central Norte.

Tabela 11. Taxa de provisões de serviços hospitalares

	Metropolitana		Sul		Central Norte	
	2005	2019	2005	2019	2005	2019
Hospital geral	40	43	22	21	33	24
Hospital especializado	13	12	3	2	X	2
Leitos*	1.2	1.1	1.4	1.5	1.5	1.1
UTI Adulto (SUS)*	3.2	9.1	3.5	8.8	2.4	6.1
UTI Neonatal (SUS)*	2.3	2.3	1.3	2.1	1	2

*por 100 mil habitantes

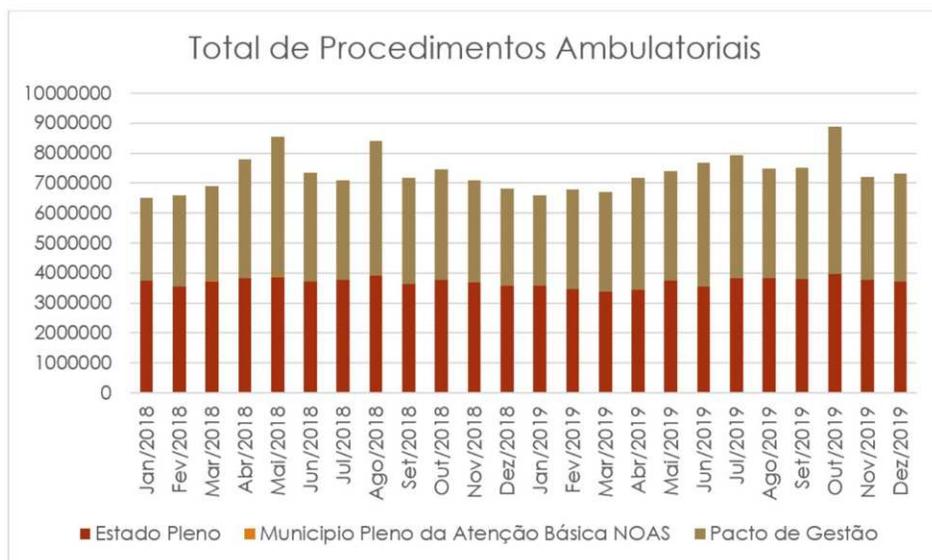
Fonte: PROADESS.

- Produção assistencial

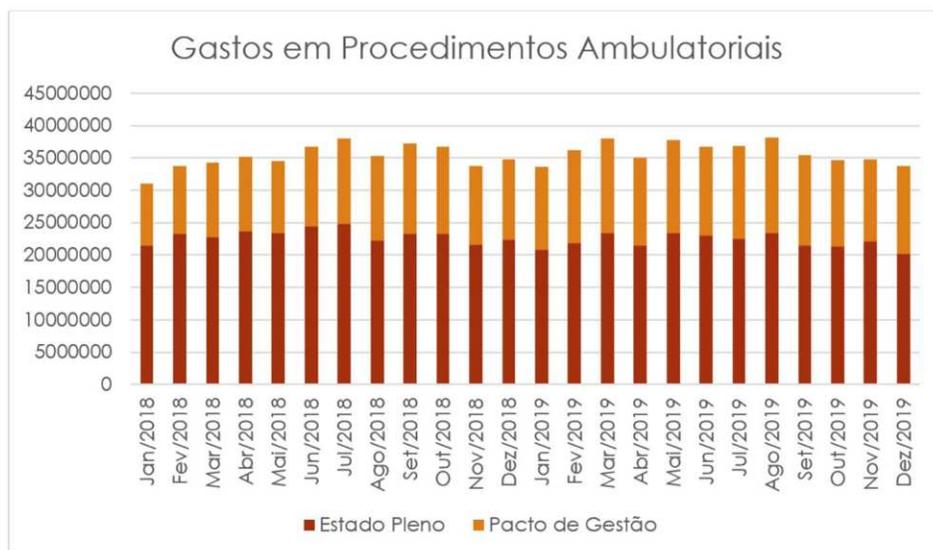
Até 2019, procedimentos de baixa e média complexidade realizados no SUS tem tido responsabilidade compartilhada pela SESA e pelo Pacto de Gestão. A responsabilidade do estado tem diminuído desde 2018, indo de 57% para 50%.

Esse mesmo padrão é visto no pagamento desses procedimentos. No ano de 2019, 88.747,214 procedimentos ambulatoriais foram realizados no ES, resultando em um gasto de 363 milhões de reais, com o pagamento dividido entre o estado e via Pacto de Gestão.

Tabela 12. Total de procedimentos ambulatoriais por gestor.



Fonte: MS/SIA/Tabnet.

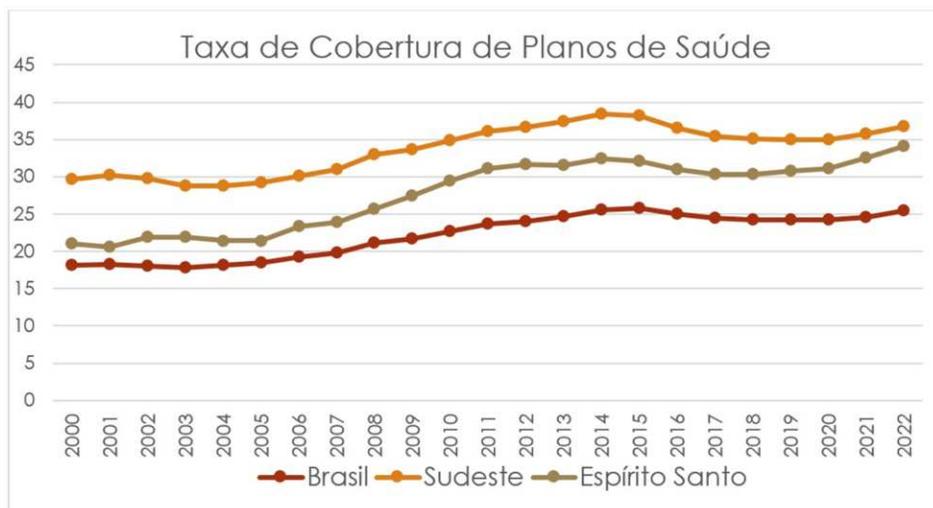
Tabela 13. Total de despesas por procedimentos ambulatoriais por gestor

Fonte: MS/SIA/Tabnet.

Um perfil idêntico é visto também nos procedimentos de maior complexidade registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O estado é responsável pela maior parte dos procedimentos, mantendo-se em 70% nos dois anos que precedem a pandemia.

iv) Cobertura de planos privados de saúde

O Espírito Santo dispõe da presença de múltiplos planos de saúde privados. Em dezembro de 2019, 64,3% da população de Vitória possuía um plano de saúde. Ao final de 2021, 32,5% da população do Espírito Santo era coberta por algum plano de saúde.

Tabela 14. Taxa de cobertura de planos de saúde


Fonte: ANS Tabnet.

A análise em âmbito regional demonstra que apesar de dispor de maior cobertura de planos privados de saúde, a Região Metropolitana foi a que teve a menor variação entre 2000 e 2019. Do lado oposto, a região Central Norte, que tinha a menor cobertura no ano 2000 foi a que registrou maior variação (194%), ultrapassando a região Sul no ano de 2019.

Tabela 15. Evolução da cobertura de planos de saúde nas regiões de saúde do Espírito Santo

Regiões de Saúde	2000	2019	Varição
Metropolitana	28,8	34,8	21%
Sul	10,8	16,3	51%
Central Norte	6,2	18,2	194%

Fonte: PROADESS.

- Perfil da equipe de Governo (2019 – 2023)

Após a eleição de Renato Casagrande para o governo do estado em 2018, foi nomeado como secretário estadual de saúde o médico sanitarista Nesio Fernandes de Medeiros Junior. Visto que o governador e o secretário tiveram papel destacado na liderança da resposta à Covid-19 no estado, bem como na

formulação e implementação das ações descritas neste trabalho, é relevante compreender as características de suas trajetórias profissional e política.

José Renato Casagrande assumiu o cargo de governador do ES pela segunda vez. Possui grande experiência política e na administração pública. Ocupou cargos de secretário municipal, foi deputado estadual e federal, vice-governador do estado e senador pelo estado do ES.

Nesio Fernandes de Medeiros Junior é médico sanitарista, com especialização em Atenção Básica e titulado em Medicina Preventiva e Social e em Administração em Saúde. Teve experiência na gestão do SUS como secretário municipal de saúde de Palmas, capital do estado de Tocantins, Antes de assumir o cargo de secretário no ES, havia feito, a pedido do governador eleito um diagnóstico da saúde no estado no período de transição de governo. A partir desse dossiê, foi composta a equipe de governo para a SESA, assim como, iniciou o planejamento para os quatro anos de mandato.

A equipe da SESA no ES foi composta por gestores que combinavam experiência e juventude. Além de profissionais com ampla experiência na gestão do SUS, incluindo ex-secretários estaduais e municipais de saúde no estado do Espírito Santo, também foram nomeados para cargos de gestão na secretaria profissionais jovens, ainda com menor tempo de experiência na administração pública e na gestão do sistema de saúde.

Síntese contextual

Elementos de contexto geral:

- *Quarto estado menos populoso das 27 unidades federativas do país.*
- *Distribuição heterogênea no território: região de saúde Metropolitana concentra 60% da população.*
- *Agenda política estadual nas últimas duas décadas intercalou compromisso com desenvolvimento social e rígido controle fiscal.*
- *Velocidade de envelhecimento populacional superior à média nacional.*
- *Rápida transição epidemiológica: diminuição significativa de óbitos por doenças infecciosas e aumento por condições cardiovasculares e doenças crônicas.*
- *Razoável capacidade de arrecadação de recursos financeiros.*
- *Importante desenvolvimento socioeconômico desde os anos 2000.*
- *População menos urbanizada do que a média nacional.*

Configuração do SUS Capixaba:

- *Três regiões de saúde no estado: Metropolitana, Sul e Central Norte.*
- *SESA prestadora de serviços hospitalares e ambulatoriais localizados principalmente na região Metropolitana.*
- *Estado aplica entre 18 e 19% no percentual da recursos próprios em saúde.*
- *Média de aplicação de recursos próprios dos municípios com saúde varia entre 20 e 25%.*
- *Expansão da força de trabalho no estado disponíveis ao SUS, porém, com distribuição desigual entre regiões.*
- *Quinta menor cobertura de Estratégia Saúde da Família entre os estados até 2019.*
- *Baixa cobertura do SAMU até 2019.*
- *Nova gestão que alia experiência e juventude assume a gestão da SESA.*

4. Desafios do SUS capixaba: problemas identificados pelos gestores

Neste capítulo são descritos os principais desafios do SUS capixaba identificados pelos gestores entrevistados no período 2019-2023, divididos em desafios de: i) organização do modelo assistencial do SUS capixaba; ii) administração e modelo de gestão da SESA; e iii) organização regional do SUS capixaba.

Para este capítulo, foram captados os problemas e desafios do SUS capixaba identificados nas entrevistas com gestores estaduais e municipais do estado do Espírito Santo. No caso dos gestores estaduais, foram ouvidos gestores de primeiro e segundo escalão. No caso dos municípios foram ouvidos secretários de saúde de cada uma das três regiões de saúde do estado.

Com base nas declarações coletadas, os entrevistados apontavam que, em geral, o SUS capixaba apresentava um desempenho ruim. Apesar de haver razoável investimento de recursos financeiros na saúde pelo governo estadual (entre os maiores percentuais de recursos próprios do país), verificava-se diversos problemas no funcionamento do SUS capixaba que resultavam em limitação de acesso e baixa resolutividade de serviços oferecidos a população nos diferentes níveis de atenção, levando a avaliação negativa da saúde pela população capixaba.

E1: “Em 2019, a realidade era assustadora, a saúde era sempre pautada na mídia, com avaliações ruins, de superlotação nos hospitais.”

No planejamento estratégico de governo realizado em março de 2019, a nova gestão estadual elencou os seguintes desafios a serem superados pelo sistema de saúde capixaba:

1. *Ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica do SUS para torná-los ambientes de acesso resolutivo e acolhedores aos usuários.*
2. *Reorientar o modelo da atenção e de vigilância em saúde, tornando a Atenção Básica mais resolutiva e integrada com a atenção especializada.*
3. *Modernizar e qualificar a resolutividade clínica e a gestão dos serviços de saúde.*
4. *Incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de formação profissional, de inovação de ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS.*

De acordo com o material coletado neste estudo, com base na análise documental e das entrevistas, foi realizado um compilado dos principais desafios identificados no sistema de saúde capixaba. Para facilitar a apresentação dessas informações, os desafios foram divididos em três seguintes áreas:

- i) desafios do modelo assistencial;
- ii) desafios na administração e modelo de gestão; e
- iii) desafios da regionalização e relações interfederativas.

4.1 Desafios do modelo assistencial do SUS capixaba

Uma das principais prioridades definidas pela equipe da SESA foi promover a mudança do modelo assistencial do SUS estadual, buscando ampliar a capacidade de oferta de serviços e de coordenação do sistema, de modo que os diferentes níveis de atenção estivessem organizados e articulados em rede.

E1: “A nossa prioridade era mudança do modelo assistencial (...) e toda engrenagem de regulação”.

O desafio era mudar um modelo de atenção que estava centrado, principalmente na oferta de serviços especializados e hospitalares, com uma frágil Atenção Primária em Saúde (APS) e mecanismos de regulação do acesso ineficiente. Além disso, a rede assistencial funcionava desarticulada das ações desenvolvidas pelas equipes de vigilância em saúde no estado.

E1: “O Espírito Santo nunca vivenciou um modelo centrado na APS, é centrado em hospitais”.

Pode-se agrupar os **desafios do modelo assistencial do SUS** capixaba como:

- *Baixa cobertura e resolutividade da APS;*
- *Oferta insuficiente e mal utilizada da atenção ambulatorial especializada;*
- *Infraestrutura precária e problemas de gestão na Atenção Hospitalar;*
- *Baixa cobertura do SAMU na Urgência e Emergência;*
- *Frágil regulação do acesso a atenção especializada e hospitalar;*
- *Baixa integração entre vigilância e assistência.*

- Atenção Primária em Saúde: baixa cobertura e resolutividade

Além de baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – 58,1% em janeiro de 2019, a quinta pior do país comparada a outros estados – resultante em grande parte da escassez de profissionais para compor as equipes, principalmente médicos, os serviços de APS também tinham baixa eficiência clínica.

Muitas equipes não tinham preparo técnico adequado para tratar os problemas de saúde mais prevalentes da população. A limitada resolutividade fazia com que o trabalho das equipes APS tivesse pouca credibilidade perante a população, além de gerar gargalos na média complexidade pelo excesso de encaminhamentos.

E1: “No ES, por regra, Diabetes e Hipertensão vai para especialista. Poucas UBS tinham a confiança clínica na APS. Era rara experiência de longitudinalidade e de médicos que seguiam carreira de Medicina de Família e Comunidade”.

- Atenção ambulatorial especializada: oferta insuficiente e mal utilizada

Na atenção ambulatorial especializada havia problemas de acesso e baixa resolutividade dos serviços ofertados. A oferta de consultas especializadas e exames

complementares era insuficiente para atender a demanda. O grande volume de demanda reprimida resultava em longo tempo de espera para realização de consultas e exames especializados, resultando em alto índice de absenteísmo, que chegava a 35% e 40%.

M2: “Temos demanda reprimida no município para diversas especialidades, como cardiologia, psiquiatria, oftalmologia, reumatologia, neurologia... enfim, para quase todas as especialidades, por isso a discussão do polo. Oftalmologia é um poço sem fundo. Não existe mão de obra para serviço público, a gente e não consegue contratar”.

Além disso, a baixa resolutividade da APS gerava grande volume de encaminhamentos de casos que poderiam ser resolvidos sem a necessidade da atenção especializada. A falta de integração entre os serviços especializados e de APS também causava prejuízos para troca de informações clínicas no fluxo de atendimento de usuários entre diferentes níveis de atenção.

E1: “A cada 1,7 consulta básica gera, atualmente, uma consulta especializada”.

- Atenção hospitalar: infraestrutura precária e problemas de gestão

A rede hospitalar, a maioria sob gestão estadual, era composta por hospitais próprios antigos e com precária infraestrutura física e tecnológica. Do mesmo modo, os hospitais filantrópicos contratados pela SESA também não apresentavam estrutura compatível para oferecer uma assistência de qualidade.

Os desafios na gestão da rede hospitalar eram classificados pela equipe da SESA como macroproblemas, entre os quais: frágil capacidade de gestão do cuidado hospitalar; baixo grau de informatização e uso de informações para controle de indicadores de gestão; deficiências na capacidade administrativa dos serviços, incluindo gestão de pessoal, equipamentos e insumos; e incipiente gestão financeira com baixa capacidade de captação de recursos. As limitações na capacidade de gestão da rede assistencial e dos serviços hospitalares levava ao mal uso de um recurso que era bastante escasso.

E2: “A gente também tem um desperdício, um paciente que não precisa estar internado e o que precisa está em casa. E, às vezes, muita coisa que pode ser resolvida a nível de atenção primária você coloca numa atenção terciária”.

Os gestores municipais relatam o déficit de leitos clínicos e de UTI no estado antes da pandemia da Covid-19 e a dificuldade de acesso para alguns serviços hospitalares que só tem em determinado hospital do estado, causando enormes filas e gargalos na regulação.

M1: “Antes da gestão atual tinha uma dificuldade muito grande, tinha um déficit enorme de leitos”.

M1: “..., mas com o Hospital Universitário em Vitória ainda temos muita dificuldade, fica um gargalo para os serviços que só tem lá. Na hora que precisa desse hospital temos muita dificuldade de acesso”.

- Urgência e Emergência: baixa cobertura do SAMU

Antes de 2019, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) estava presente apenas na região Metropolitana do estado. Alguns municípios de outras regiões possuíam somente central do SAMU, restrita ao transporte e sem serviço especializado.

M1: “Em 2019 só a região Metropolitana tinha SAMU. Eu era gestora de município na região Metropolitana e não tinha SAMU na região toda”.

Uma das prioridades do governo do estado era definir de forma clara o perfil dos hospitais e garantir o acesso dentro do princípio da regionalização. Era necessário organizar as portas de entrada, por exemplo para trauma, e a rede de atenção cardiovascular de forma regionalizada, pois estava concentrada na região metropolitana.

E3: “o SAMU ele tem dois grandes diferenciais né? Eu gosto muito. Primeiro ele cobre vazios existenciais e, ao mesmo tempo, ele obriga a gestão a organizar”.

Na atenção a urgências e emergências, o acesso a serviços no estado era limitado pela baixa cobertura do SAMU. Implantado no estado em 2005, até o início de 2019 o SAMU estava presente em apenas 17 dos 78 municípios capixabas. A insuficiência de serviços do SAMU também causava prejuízos para o transporte

da população, limitando a vazão dos serviços de porta de entrada para urgência e emergência no sistema de saúde.

- Regulação do acesso: frágil regulação da atenção especializada e hospitalar

Os problemas na oferta ambulatorial especializada e hospitalar resultavam em longo tempo de espera para consultas, exames e cirurgias eletivas, além de uma pressão contínua por internações no sistema de urgência e emergência. Além disso, não havia transparência para a população em relação a essas filas, gerando desconfiância no seu gerenciamento.

E3: “O sistema era muito fragmentado, não garantia acesso ao recurso necessário que o usuário precisava no tempo de resposta, desde a atenção ambulatorial e cirurgias eletivas até um leito de internação na regulação”.

E2: “Na gestão do acesso muita espera não só na rede de urgência e emergência, mas nas consultas ambulatoriais, cirurgias”.

Não havia uma central de regulação estruturada e informatizada para marcação de exames e consultas especializadas. O paciente pegava o pedido de encaminhamento, apresentava para a central de marcação e aguardava bastante tempo até o agendamento. No interior do estado a marcação era feita por fax e telefone. Com isso, não era incomum o mesmo paciente estar em mais de uma fila de espera ou haver regulações paralelas que não passavam pela Central de Regulação.

E3: “Atenção básica encaminha para o oftalmologista. O oftalmologista pede um exame. Ele volta pro município pra marcar. Aí, aí volta pro município, aguarda a marcação. Marcou exame? Volta pra fazer o exame. Depois ele volta e pediu pra voltar no médico novamente. Aí o médico dá um diagnóstico e já pede pra poder fazer a cirurgia. Nesse meio caminho se passa de quatro a seis anos.”

Na regulação de leitos havia problemas de governança e comunicação entre a Central de Regulação e os hospitais, resultando em alta taxa de rejeição de

pedidos de internação – que chegava a 70% – e grande morosidade para alocar um paciente em um leito hospitalar, em média 38 horas.

E4: “A regulação do estado ela era então hostil no trato. Não tinha um ambiente de diálogo (...) a SESA com pouca governança sobre esse processo”.

E1: “o tempo médio para regulação de um leito pela SESA em 2018 era de 38h”.

- Vigilância em saúde: fragmentação e baixa integração com a assistência

A área de vigilância em saúde era uma gerência vinculada a área de regulação da SESA. Por ser uma área não considerada como prioritária na secretaria, gerava queixas dos funcionários que almejam por uma vigilância mais participativa, equiparando o seu papel ao das outras subsecretarias.

A vigilância em saúde da SESA atuava de maneira fragmentada entre as áreas, seguindo as “caixinhas” de financiamento federal para programas ou doenças/condições de saúde. Além disso, não atuava de maneira integrada com os serviços da rede assistencial.

E5: “A vigilância tinha uma dependência muito alta de um gestor que se dedicava a uma área muito crítica da secretaria que é a área da regulação”.

4.2 Desafios administrativos e no modelo de gestão da SESA

Para viabilizar a implementação de mudanças na organização do modelo assistencial do SUS capixaba, foram identificados diferentes desafios relacionados a administração e o modelo de gestão da SESA. Esses desafios foram agrupados em 3 itens, que são: a) necessidade de adequar a estrutura organizacional e administrativa da SESA para melhor exercer as funções de coordenação do SUS capixaba; b) aperfeiçoar os instrumentos de gestão para obter maior eficiência no manejo de recursos disponíveis e na prestação de serviços próprios e contratados; e c) criar mecanismos para apoiar os municípios capixabas no planejamento, estruturação e organização de suas redes assistenciais, alinhadas e incentivadas por políticas estaduais.

Pode-se agrupar os ***desafios administrativos e do modelo de gestão*** da SESA como:

- *Foco da SESA na prestação de serviços e não na coordenação do sistema;*
- *Burocracia da administração pública criava barreiras para inovação;*
- *Não uso de informação para controle de processos;*
- *Baixo grau de controle sobre serviços assistenciais próprios e contratados;*
- *Baixa capacidade de gestão de pessoal;*
- *Insuficiente estrutura de compras públicas;*
- *Manter equilíbrio entre avanço nas políticas públicas e controle fiscal.*

- Estrutura organizacional da SESA: foco na prestação de serviços e não na coordenação do sistema

Por dispor de uma razoável rede própria e contratada de serviços hospitalares e especializados, a SESA concentrava esforços na administração desses serviços. Porém, para promover as mudanças pretendidas no modelo assistencial foi identificada a necessidade de fortalecer na estrutura organizacional da secretaria o desempenho de funções de coordenação do sistema de saúde, bem como dispor de mecanismos para dar suporte a adequação da infraestrutura física e tecnológica de serviços de saúde, e de provimento e formação de profissionais de saúde em áreas estratégicas para o sistema.

Para tanto, seria necessário adequar a estrutura organizacional e administrativa da SESA. Áreas estratégicas para coordenação do SUS capixaba, como planejamento e vigilância em saúde, eram subvalorizadas no organograma da secretaria. A primeira era vinculada a subsecretaria de economia e saúde e segunda a subsecretaria de regulação.

E6: “Sempre existiu uma gerência de planejamento, na verdade nós nunca tivemos na história recente dos últimos dez anos, podemos falar, nunca tivemos uma subsecretaria”.

- Capacidade administrativa: morosidade e barreiras para inovação

O excesso de burocracia da administração pública gerava diversos problemas na administração e fragilidade dos instrumentos gerenciais utilizados pela SESA. A baixa capacidade de gestão de processos levava a perda de eficiência no manejo de recursos disponíveis, bem como o limitado controle da prestação de serviços próprios e contratados.

A burocracia da administração pública também foi identificada com um entrave para implementação de mudanças pretendidas no modelo assistencial. O excesso de regras da administração pública e a falta de autonomia dos gestores atrasava a tomada de decisões, tornando os processos administrativos morosos e engessando a capacidade de prestação dos serviços ao usuário, prejudicando o desempenho do sistema de saúde.

E7: “...no nosso trabalho as dificuldades normais da burocracia da administração pública, né?”

Além disso, a burocracia também foi considerada uma barreira para a inovação. Criar estruturas administrativas para acelerar processos, agilizar compras e contratações, realizar treinamentos, viabilizar o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de extensão, propor novas tecnologias, exigiam estabelecer novos padrões da administração pública que eram pouco compreendidos pelos órgãos de controle.

E8: “Fazer inovação no Brasil é muito difícil, sair da legislação do serviço público, que é muito burocrática (...) atores de órgãos de controle compreender os padrões da inovação. Criar uma estrutura nova, que sai dos padrões da administração pública gera muita desconfiança”.

- Tecnologias de informação: falta de informatização para controle de processos

O baixo grau de informatização das estruturas da SESA e uso limitado de ferramentas de tecnologia da informação também eram problemas identificados pela gestão.

A limitação de dados e informações que permitissem produzir indicadores gerenciais dificultava o acompanhamento e controle de diferentes tipos de processos na secretaria de saúde. Além disso, dispor de dados e informações administrativas era reconhecido pela equipe como importante tanto para o planejamento e tomada de decisões, como para fomentar as discussões colegiadas e integração da equipe.

E9: “Falta de tecnologia para melhor integração dos sistemas de informação, para análise preditiva, planejamento e tomada de decisão”.

- Prestação de serviços: baixo grau de controle sobre serviços próprios e contratados

A dificuldade de dispor de informações gerenciais também dificultava o monitoramento e avaliação da prestação de serviços assistenciais, tanto de serviços próprios da SESA, quanto contratados.

E7: “...por falta de tecnologia nós não tínhamos esse controle total daquilo que a gente comprava dos hospitais filantrópicos e mesmo dos hospitais do governo do estado”.

A falta de informações criava dificuldades para resolver problemas relacionados ao cumprimento dos contratos, os quais eram baseados em pagamento por produção. Com frequência ocorria solicitações de glosas de produção, com monitoramento manual e contagem em prontuário e planilhas.

E9: “O secretário observou que os contratos eram regidos mais por números. Então ele resolveu criar um modelo baseado em indicadores. Conforme o resultado desses indicadores, o hospital vai ser privilegiado com pagamento antecipado, com pagamento acima do valor estabelecido em tabela. É critério de desempenho”.

- Compras: limitada estrutura de compras para a dimensão da SESA

Apesar da saúde ser responsável pelo maior volume de compras do governo do estado, havia uma estrutura limitada para dar suporte às ações da

área. Foi apontada a necessidade de melhorar a eficiência em todo o processo de compras, desde o planejamento da demanda até o destino, bem como, apoiar os municípios nas compras e distribuições.

E9: “A secretaria de estado de saúde do Espírito Santo é um dos maiores operadores logísticos do estado. Só que essa operação logística e complexa, de valor considerável, ela é feita hoje numa estrutura muito simples, né?”

E7: “Desde o início do governo nós desenvolvemos diversas ações com relação a contratação de serviço através de credenciamento de empresas”.

- Recursos Humanos: desafios na assistência e na gestão

Tanto nos hospitais da administração direta, como nos filantrópicos, havia problemas relacionados a recursos humanos. Como prática no estado, os profissionais de saúde trabalham em vários locais simultaneamente, cumprindo com escalas de horário verticais. É raro encontrar profissionais de rotina, que queiram trabalhar com escala horizontal. Por outro lado, o estado não conseguia pagar valores extras a escala vertical e isso não atraía profissionais suficientes para algumas especialidades.

E1: “No ES é comum o multiemprego, trabalhadores com 3, 4 vínculos empregatícios. Todos os hospitais trabalham com escala vertical. Quase não existia profissionais de rotina. Não conseguiram fazer escala horizontal”.

E7: “Profissionais de algumas especialidades tínhamos poucos. Nós pedimos uma autorização na assembleia para pagarmos escalas extras aos funcionários para a gente conseguir resolver esses assuntos mais urgentes”.

- Administração financeira: equilíbrio entre avanço nas políticas públicas e controle fiscal

O estado do Espírito Santo apresenta uma situação econômica confortável, com boa arrecadação estadual, o que tem tornado o estado um dos com maior capacidade de investimento do país. Além disso, vem apresentando por anos consecutivos, nota máxima na avaliação do Ministério da Economia,

caracterizado como uma ótima “saúde fiscal”. Porém, manter o equilíbrio fiscal também é um desafio, tendo em vista que o estado tem que respeitar o limite de gastos com custeio, o que por vezes pode ser entendido como uma camisa de força diante da pressão pela expansão da oferta de serviços de saúde.

E9: “... a gente precisa manter a austeridade fiscal. Então é um grande desafio e que a gente tem conseguido fazer equilibrar essas duas questões, o avanço nas políticas públicas, ao mesmo tempo que gente tem as nossas metas de controle fiscal.

Nós somos um dos poucos estados que tem triplo A na avaliação fiscal desde 2012. Isso é uma camisa de força, a regra era não gastar mais de 90% e o ES estava executando 83%, era exagerado, do meu ponto de vista”.

4.3 Desafios na regionalização e nas relações interfederativas

“Na regionalização, mudamos o Plano de Regionalização, extinguímos uma região, ficando apenas com três Regiões de Saúde e unificamos duas CIR (Comissão Intergestores Regional). A nova regional construída e pactuada no meio da pandemia, se materializou em 2020”.

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

A redefinição do plano de regionalização do estado em 2020, instituindo no território do estado do Espírito Santo 03 (três) Regiões de Saúde: região Central Norte, Metropolitana e Sul, gerou impacto na gestão e no perfil da rede de serviços, e por conseguinte a necessidade de reorientar os fluxos assistenciais dentro dos novos limites da regionalização do ES. Há de se destacar a necessidade de fortalecimento das superintendências regionais, desconcentrando responsabilidades sobre a rede de serviços historicamente concentradas no nível central da SESA.

Com relação as relações interfederativas, os secretários municipais entrevistados relatam que havia dificuldade em contactar os gestores estaduais

de administrações anteriores faltava diálogo entre estado e municípios sobre os problemas e as soluções a serem propostas para o SUS capixaba.

Pode-se agrupar os **desafios da regionalização e relações interfederativas** do SUS Capixaba como:

- *Concentração de serviços especializados e hospitalares em uma região;*
- *Capacidade de gestão municipal;*
- *Renovação de gestores municipais e planejamento regional;*
- *Dificuldade de diálogo entre estado e municípios.*

- Distribuição dos serviços: concentração na região metropolitana

O processo de regionalização vigente no estado gerava desigualdade entre as regiões e vazios assistenciais, fazendo com que os municípios tivessem que contratar serviços para transporte de pacientes para deslocá-los, gerando custos excessivos para os municípios e desgastes aos pacientes.

M1: “Havia desigualdade entre as regiões de saúde por conta dos vazios assistenciais. A região Norte tinha muitos vazios assistenciais”.

Os entrevistados relatam que um dos desafios da regionalização era a distribuição espacial dos serviços de saúde que estão mais concentrados na região Metropolitana. Com isso, a distância era uma barreira para o acesso da população de outras regiões do estado a cuidados especializados e hospitalares.

M1: “Antes a gente sonhava com a regionalização no nosso estado. Tinha que deslocar todos os pacientes para Vitória, eles saíam às 4h da manhã. Quando o governador assumiu, começou a enxergar a regionalização, trazer serviços mais próximos. Hoje temos atendimento próximo do município. Quando precisa encaminhar é para um município próximo, as 6h pega o paciente e as 11h ele já está em casa”.

- **Gestão municipal do SUS: maiores municípios não possuem gestão plena**

Com relação a capacidade de gestão do SUS dos municípios, foi identificado que nenhum dos grandes municípios localizados na região Metropolitana do estado possui gestão plena, tampouco a capital Vitória, como é comum em outros estados. Dos municípios com mais de cem mil habitantes, somente três possuem gestão plena: Aracruz, Colatina e Linhares.

M2: “Os quatro maiores municípios do estado não são gestão plena. Primeiro, precisa falar do recurso que precisa ser implantado, não temos recurso para sustentar. A rede hospitalar está toda no estado e parte da atenção secundária”.

Alguns entrevistados informaram que o processo de habilitação dos municípios em gestão plena, apesar de ter sido bastante discutido, teve uma característica “cartorial”. Os municípios foram estimulados a habilitação por meio de incentivo fiscal e, nesse processo, até municípios de pequeno porte fizeram adesão a gestão plena, mesmo sem ter os serviços e atender aos requisitos mínimos necessários a atenção a saúde da população.

M3: “Foi um processo cartorial. Na época foi até uma forma do governo federal promover isso aos municípios para que acontecesse. Não foi de forma obrigatória, foi até discutido, mas teve essa questão tributária”.

Segundo um dos gestores municipais, para os municípios menores a habilitação em gestão plena do sistema municipal foi mais fácil, pois tinham apoio dos consórcios, ao contrário dos municípios maiores que não contavam com apoio dos consórcios.

M1: “Na época foi discutido sim, foi bastante discutido, não foi tão obrigatório, tivemos muita discussão e os municípios assumiram o que poderiam dar conta. Para os municípios menores foi mais fácil, já tínhamos um consórcio, então assumiu o que já executava. Para os maiores era mais difícil, não tinha consórcio”.

- Planejamento regional: novos gestores e instrumentos normativos

Um dos desafios identificados na relação com os municípios era iniciar um processo de articulação loco-regional, tendo em vista os prefeitos e secretários recém-empossados (eleições municipais em 2020) e alguns dos gestores municipais terem assumido o cargo sem experiência prévia na área de gestão da saúde.

Além disso, buscou-se apoiar os municípios na elaboração dos planos municipais de saúde, para que se tornasse um plano ascendente, com participação do controle social e que pudesse realmente refletir no Plano Estadual de Saúde.

E6: “Era um desejo muito grande do secretário e nosso, discutir realmente a constituição de um plano municipal de saúde que não fosse cartorial, mas um plano ascendente, onde tinha a participação da sociedade, do controle social. A gente conseguiu pela primeira vez no Espírito Santo”.

- Dificuldade de diálogo entre estado e municípios

Um dos fatores que interfere de forma negativa nas relações interfederativas é a falta de diálogo sobre os problemas e as soluções possíveis para enfrentá-los. Ou seja, o diálogo, o acesso facilitado ao secretário e a pactuação conjunta são alguns dos pontos-chaves para o sucesso na relação entre estado e municípios.

Gestores municipais entrevistados, que foram secretários municipais em diferentes gestões estaduais relatam que não havia a facilidade de acesso com o Secretário de Saúde em gestões anteriores, tampouco discussões colegiadas sobre os problemas e as políticas estaduais necessárias para o ES.

M1: “Antes da gestão atual tinha uma dificuldade muito grande, não era fácil o contato com a gestão, tinha um déficit enorme de leitos, fizemos projetos de regionalização, mas as coisas não avançavam”.

M2: “Temos um diálogo muito estreito com o estado, temos reuniões semanais com a presença do Secretário e tudo é decidido e construído coletivamente. O colegiado participa ativamente de todas as regiões. O diálogo é muito aberto com o secretário e vamos sempre para um diálogo muito franco e sincero. O secretário é municipalista”.

Síntese dos desafios do SUS Capixaba identificados pelos gestores:

Desafios do modelo assistencial do SUS capixaba:

- *Baixa cobertura e resolutividade da APS;*
- *Oferta insuficiente e mal utilizada da atenção ambulatorial especializada;*
- *Infraestrutura precária e problemas de gestão na Atenção Hospitalar;*
- *Baixa cobertura do SAMU na Urgência e Emergência;*
- *Frágil regulação do acesso a atenção especializada e hospitalar;*
- *Baixa integração entre vigilância e assistência.*

Desafios da administração e do modelo de gestão da SESA:

- *Foco da SESA na prestação de serviços e não na coordenação do sistema;*
- *Burocracia da administração pública criava barreiras para inovação;*
- *Não uso de informação para controle de processos;*
- *Baixo grau de controle sobre serviços assistenciais próprios e contratados;*
- *Baixa capacidade de gestão de pessoal;*
- *Insuficiente estrutura de compras públicas;*
- *Manter equilíbrio entre avanço nas políticas públicas e controle fiscal.*

Desafios da regionalização e relações interfederativas do SUS capixaba:

- *Concentração de serviços especializados e hospitalares em uma região;*
- *Capacidade de gestão municipal;*
- *Renovação de gestores municipais e planejamento regional;*
- *Dificuldade de diálogo entre estado e municípios.*

5. Diretrizes e projetos para o Novo SUS capixaba: a aposta na inovação

Neste capítulo são apresentadas as diretrizes estabelecidas e iniciativas formuladas pela SESA para o SUS capixaba. Foi dado destaque para descrição e análise de projetos e programas que apresentaram arranjos organizacionais, ferramentas gerenciais e demais soluções inovadoras que foram implementadas pela SESA, tiveram impacto positivo na resposta à pandemia da Covid-19 e contribuíram para o desenho do novo SUS capixaba.

Diretrizes para o novo SUS capixaba e a construção de um ecossistema de inovação

A partir do diagnóstico dos desafios do SUS capixaba, a equipe gestora da SESA definiu em seu planejamento estratégico diretrizes norteadoras que subsidiaram a formulação de um conjunto articulado de projetos de mudanças no modelo assistencial, de gestão e de organização regional do sistema de saúde no estado.

Com apoio do projeto de Qualificação da Gestão para o Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), foram definidas cinco diretrizes norteadoras para o Planejamento Estratégico 2020-2023, apresentadas no quadro a seguir:

Diretrizes norteadoras definidas no **planejamento estratégico** da SESA 2020-2023.

- *Diretriz 1 - Organizar a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde e seus arranjos locorregionais, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.*
- *Diretriz 2 - Incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de provimento e formação profissional, de inovação em ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS.*
- *Diretriz 3 - Modernizar e inovar a Gestão do SUS-ES, fortalecendo o pacto interfederativo, com foco em resultados para a sociedade.*
- *Diretriz 4 - Implementar a Política Estadual de Regulação, Controle e Avaliação do SUS-ES, propiciando processos inovadores, sistêmicos e contínuos.*
- *Diretriz 5 - Promover o fortalecimento da cidadania, da democracia participativa e do controle social do SUS-ES.*

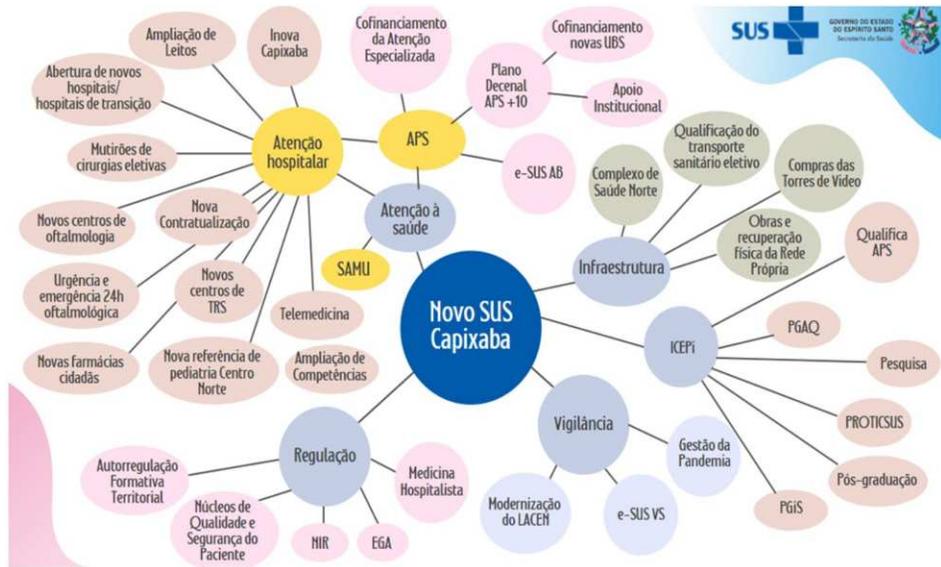
Porém, em meio ao processo de implementação das ações previstas no Planejamento Estratégico teve início a pandemia da Covid-19 (descrita no próximo capítulo). Para o enfretamento da emergência provocada pela Covid-19 alguns projetos foram antecipados ou tiveram que ser acelerados, enquanto que outros interrompidos ou reformulados.

Dessa maneira, de um modo geral a resposta à pandemia abriu uma janela de oportunidade para os gestores da SESA alavancarem a implementação do que estava proposto no planejamento estratégico.

E1: “Quando veio a pandemia, muitos projetos foram antecipados, acelerados, outros foram atrapalhados. Nós já vínhamos em um movimento de ruptura com o modelo de assistência do estado desde 2019 e a pandemia acelerou tudo isso”.

O conjunto de projetos formulados para a reforma do sistema de saúde do Espírito Santo foi denominado de “Constelação de Projetos” e “Carteira de Serviços”, os quais resultaram no que foi chamado de “Novo SUS Capixaba”, expresso na figura 11.

Figura 11. Novo SUS Capixaba - Constelação de Projetos e Carteira de Serviços



Fonte: Apresentação SESA, 2021.

Pode-se verificar um conjunto articulado de políticas, programas e projetos dirigidos para i) atenção à saúde (APS, atenção hospitalar, urgência/emergência); ii) regulação; iii) vigilância; iv) ensino, pesquisa e inovação; e v) infraestrutura física e tecnológica.

Verificou-se que a gestão da SESA priorizou a mudança do modelo assistencial, combinando ampliação da oferta assistencial e coordenação entre os níveis de atenção do sistema. Para tanto, a SESA apostou na inovação gerencial, organizacional e tecnológica para modificar também o modelo de gestão, criando um ecossistema de inovação voltado para dar suporte a implementação das mudanças no modelo assistencial, em meio ao desenvolvimento da organização regional do SUS capixaba.

E8: “Então assim, quando você fala do ecossistema de inovação capixaba, você pode colocar neste mapa, neste cenário que na saúde nós fazemos parte do ecossistema de inovação. Nós desenvolvemos processos, produtos e serviços totalmente inovadores e que se criou um ambiente, criou-se um ecossistema de inovação no âmbito da saúde, no âmbito do SUS no Espírito Santo”.

A implementação das mudanças assistenciais e na gestão do sistema foram fundamentais para a resposta do estado à pandemia. Nesse sentido, serão destacados alguns projetos e soluções implementadas pela gestão da SESA em resposta aos desafios do sistema de saúde capixaba, agrupados nos seguintes eixos: i) modernização organizacional e administrativa; ii) mudanças no modelo assistencial; e iii) reorganização regional do SUS capixaba.

5.1 Modernização organizacional e administrativa

A SESA formulou inúmeros projetos que demandavam adaptar a estrutura organizacional da secretaria e dispor de maior capacidade administrativa para dar suporte as mudanças projetadas. Com uma ampla carteira de projetos, era necessário dispor de mão de obra qualificada, estrutura administrativa e jurídica compatíveis para atender o planejado.

O excesso de burocracia da administração pública era visto como um entrave para produzir as mudanças almejadas. Dessa maneira, foram implementadas alterações no organograma da SESA e criada uma estrutura jurídica, o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação – Icepi.

Mudanças na estrutura organizacional da SESA:

- a) *Mudanças no organograma;*
- b) *Criação do Icepi.*

- Mudança no organograma da SESA-ES

Em termos de estrutura organizacional, até 2019 a SESA possuía quatro subsecretarias: i) Regulação, ii) Assistência, iii) Administração e iv) Economia e Saúde. As áreas de vigilância em saúde e planejamento, que eram estratégicas no desenho do “Novo SUS Capixaba”, não tinham *status* de subsecretaria. Assim, foram realizadas mudanças no organograma para dar suporte necessário da gestão às mudanças que estavam sendo implementadas.

E1: “Quanto a mudança no organograma da secretaria, extinguímos uma Subsecretaria e criamos a Subsecretaria de Planejamento e Transparência. Criamos o Icepi, que tem status de Subsecretaria, a Subsecretaria de Vigilância e agora a Subsecretaria de Contratualização”.

Dessa maneira, o novo organograma da SESA conta atualmente com as seguintes subsecretarias: a) Vigilância em Saúde; b) Administração e Finanças em Saúde; c) Atenção à Saúde; d) Regulação, Controle e Avaliação; e) Planejamento e Transparência em Saúde; além do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (Icepi) que tem *status* de subsecretaria e, a nova subsecretaria de contratualização prevista para integrar o organograma da SESA.

- Criação do Icepi

A criação do Icepi - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação – foi uma das mais importantes iniciativas do governo do Espírito Santo para modernização administrativa da SESA e viabilização da implantação de projetos estratégicos para o Novo SUS capixaba.

O instituto foi criado em 2019 pela Lei estadual nº 909/2019. Trata-se de uma Instituição de Ciência e Tecnologia (ICT) pública vinculado a SESA com *status* de subsecretaria e com o objetivo de atuar em projetos no âmbito do ensino, pesquisa e inovação do SUS.

E8: “Acreditamos que os processos de inovação são imprescindíveis para vencer os desafios da nossa era e o Icepi é uma aposta na inovação aliada à sensibilidade humana e social. À medida que o Icepi se consolida, ele se torna indispensável “

Fundamentado na lei federal de inovação nº 10.973/2004, o Icepi dispõe de prerrogativas para desenvolver projetos com maior flexibilidade administrativa do que a administração direta, principalmente na contratação de profissionais especializados para desenvolvimento de projetos estratégicos sem a necessidade de contratação via o regime estatutário.

E8: “A gente teoricamente teria um profissional que não seria o que a gente precisa pra tocar o projeto. Coisa que o Icepi, nos seus processos e na

organização dos seus projetos, a gente consegue ter um profissional com notório saber que vai conseguir tocar aquele projeto”.

O Icepi possui em sua estrutura administrativa um diretor e duas gerências, uma de ensino e outra de inovação. Ao todo possui cerca de 100 funcionários diretos e 2000 mil profissionais ligados a algum projeto com vínculo ao instituto. Com relação aos recursos financeiros, dispõe de um orçamento anual em torno de 200 milhões de reais, sendo 50 milhões como contrapartida dos municípios.

Os projetos desenvolvidos pelo Icepi nas áreas de ensino - projetos de treinamento e capacitação, além dos cursos de residência e de formação em saúde - contribuíram para o provimento de profissionais do SUS capixaba. Concomitante ao ensino, o Icepi trouxe incentivos para a pesquisa e a inovação.

E8: “...ele não foi criado para a pandemia. Ele foi criado como uma estrutura pra poder agilizar os processos aqui na própria SESA. E sendo que o Icepi é responsável por alguns projetos e programas dentro do plano de modernização dos hospitais. E se não houvesse o Icepi a performance nossa, principalmente a performance a nível hospitalar e na atenção primária nós teríamos dificuldade pra poder desenvolver”.

Os entraves enfrentados no processo de implementação do Icepi foram internos, vindos das outras secretarias de Governo e órgãos de controle interno, devido ao desconhecimento e desconfiança na criação de uma nova estrutura.

E8: “eu acho que a primeira dificuldade nossa foi romper com essa barreira inicial da desconfiança que é natural quando você cria uma estrutura nova, que segue padrões diferentes daqueles habitualmente visto na administração pública”.

Depois de aprovado, os desafios no início eram a operacionalização, montagem de toda a estrutura para o funcionamento, realização dos primeiros pagamentos de bolsas, e elaboração e assinaturas dos termos de cooperação com os municípios.

E8: “Começar a pagar as primeiras bolsas até que todo o sistema de processo administrativo fosse montado no Fundo Estadual de Saúde,

que se compreendesse que aqueles pagamentos estavam embasados numa lei estadual”.

Em termos de estrutura e processo, em decorrência da inovação, pode-se dizer que o Icepi contribuiu para a melhoria nos processos de regulação do acesso, da rede de atenção e dos leitos nos hospitais.

O Icepi viabilizou a contratação, provimento e a qualificação de profissionais para a APS, apoiando os municípios com dificuldade para atração e retenção de profissionais, especialmente os médicos para atuar na APS.

M3: “O Icepi nasceu de uma necessidade nossa de médico para APS. Hoje ele dá muito apoio. Foi criado de uma forma muito inteligente para atender a necessidade de contratação dos municípios. O modelo de prestação de serviços inteligente. A condição de retenção desse profissional é por meio do processo de especialização”.

M1: “O Icepi veio para ajudar nessa falta de profissionais do município. Eu só consegui montar equipe de Saúde Mental graças ao Icepi, senão, eu não conseguiria montar. Hoje a nossa equipe multiprofissional de Saúde Mental é toda com bolsista do Icepi, enfermeiro, médico psiquiatra, educador físico...”.

O Icepi também desenvolveu projetos para implementar a gestão do acesso e da clínica nos hospitais, contribuindo para o fortalecimento da atenção hospitalar. Em continuidade, o Icepi elaborou ferramentas tecnológicas para monitoramento e avaliação, fundamentais para a tomada de decisão, e diversas pesquisas em saúde.

Assim, é possível afirmar que a criação do Icepi proporcionou impacto na eficiência da atenção à saúde, contribuindo para a expansão da cobertura, acesso e qualificação da APS, e da atenção hospitalar e o apoio aos processos de regulação do sistema e gestão dos leitos.

Os gestores municipais ressaltam como principal atuação do Icepi o apoio a contratação e ao provimento de profissionais para os municípios. Como limitações, citam o perfil de alguns profissionais contratados, sendo que alguns deles são resistentes as regras estabelecidas pela gestão municipal. Citam também

a permanência limitada do profissional, que muitas vezes deixa o município após o término da residência.

M1: “Tem dificuldades em relação a profissional, mas aí não é problema do Icepi, mas de alguns profissionais que não querem aderir as regras e aí gente cobra do Icepi né, quer uma resposta deles”.

M3: “Eu tive uma médica que foi embora depois da residência, a gente as vezes não consegue reter, promove condição muito boa para conseguir”.

Abaixo estão citadas algumas iniciativas importantes para o SUS capixaba que foram desenvolvidas pelo Icepi, as quais também serão detalhadas em outros capítulos desta publicação:

Projetos:

- Núcleos Internos de Regulação (NIR).
- Medicina Hospitalista (MH).
- Escritório de Gestão de Altas (EGA).
- Autorregulação Formativa Territorial (ARFT).

Programa:

- Qualifica APS.

Ferramentas de Tecnologia da Informação, Comunicação, Inovação:

- Painel Covid-19.
- Projeto Sala de Situação.
- Programa de Desenvolvimento de Tecnologias da Informação e Comunicação e Estímulo a Inovação Aplicadas a Saúde (PROCTISUS) - por meio do qual desenvolveram os painéis de indicadores para a gestão, a plataforma Vacina e Confia e o sistema e-SUS APS.

Pesquisas:

O Icepi, também viabilizou a implementação de pesquisas desenvolvidas em parceria com outras instituições, a exemplo do estudo da aplicação de meia dose da vacina da AstraZeneca/ Fiocruz.

E8: “nós também atuamos na pesquisa, temos pesquisas importantes em parceria com instituições como a UFES e a Fiocruz, como, por exemplo, a pesquisa que estuda a aplicação da meia dose da vacina AstraZeneca no conjunto de uma população de uma cidade pra que a gente possa averiguar a eficácia dessa cobertura vacinal com apenas meia dose da vacina AstraZeneca”.

Com relação as pesquisas desenvolvidas pelo Icepi, em 2022 havia 15 grupos de pesquisa, com 60 pesquisas em andamento em 30 setores diferentes, mostrando um bom desempenho também na área de geração de conhecimentos.

5.2 Mudanças no modelo assistencial

Com um modelo assistencial vigente no SUS capixaba centrado nos hospitais, os gestores perceberam a necessidade de fortalecer a Atenção Primária, qualificar a atenção hospitalar, melhorar os mecanismos de regulação, organizando o acesso e a integração da rede de serviços. Para esses desafios, são descritos os projetos implementados pela SESA/ES visando: a ampliação da capacidade de gestão e oferta de serviços na rede hospitalar; o fortalecimento da Atenção Primária; a expansão da cobertura do SAMU; as melhorias nos processos de regulação do sistema; e o fortalecimento da vigilância em saúde.

Mudanças no modelo assistencial:

- a) Ampliação da capacidade de gestão e oferta de serviços na rede hospitalar;*
- b) Fortalecimento da Atenção Primária;*
- c) Regionalização da Atenção especializada;*
- d) Expansão da cobertura do SAMU;*
- e) Melhorias nos processos de regulação do sistema;*
- f) Fortalecimento da vigilância em saúde.*

a) Ampliação da capacidade de gestão e oferta de serviços na rede hospitalar

A equipe gestora da SESA reconhecia que havia diversos problemas na gestão da atenção hospitalar, tanto da rede própria quanto da rede contratada. O desafio de melhoria da gestão sobre a rede hospitalar é multifacetado: fragilidades na gestão do cuidado; deficiência no gerenciamento de pessoal; precariedade da infraestrutura; deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares; gestão financeira incipiente; e restrição na obtenção de recursos financeiros (PES 2020-2023).

A atenção hospitalar no estado enfrentava como desafios o excesso de burocracia da administração pública direta, necessitando de uma solução para agilizar os processos administrativos. Para os hospitais filantrópicos, por sua vez, havia necessidade de rever a contratualização que lidava com modelos antigos e obsoletos de contratos.

Para enfrentar os problemas na atenção hospitalar, em 2019 a SESA instituiu um grupo de trabalho para elaborar um Plano de Modernização Hospitalar. Era o primeiro ano da atual gestão da SESA e discutia-se a necessidade de modificar os contratos com as Organizações Sociais de Saúde (OSS), rever a política de financiamento para os hospitais filantrópicos, além de implantar no estado uma solução que já havia sido discutida em âmbito nacional: a fundação pública de direito privado. Dentre as inovações implementadas para enfrentar a ineficiência na gestão hospitalar, destaca-se: i) a criação da Fundação iNOVA capixaba; ii) a nova política de contratualização com o setor filantrópico; e iii) a revisão da lei de Organizações Sociais de Saúde (OSS) no estado.

- Fundação iNOVA capixaba

A Fundação Estadual de Inovação em Saúde – iNOVA – é uma Instituição Científica, Tecnológica e de Inovação pública, de direito privado, vinculada à secretaria de estado da saúde, integrando o SUS capixaba. A fundação foi criada com o propósito de aperfeiçoar a gestão dos hospitais próprios da rede estadual, reduzir a burocracia da administração pública e custos, aprimorar o processo de compras e dispor de metas de desempenho que pudessem ser acompanhadas por contratos de gestão.

E7: “foi pensando na redução da burocracia e na melhoria da gestão é que nós criamos a Inova né? que é a Fundação de Gestão Hospitalar”.

“Isso não se faz necessário por questões assistenciais, já que conseguimos fazer uma boa gestão assistencial dos hospitais através da gestão pública direta. Não temos, por exemplo, problemas em implantar a medicina hospitalar e as residências, ou o NIR (Núcleo Interno de Regulação). Mas, quando se trata de controle de consumo, incorporação tecnológica mais pesada, compras públicas, do provimento pelo vínculo estatutário e outros, há questões. Hoje, o vínculo estatutário traz dificuldades na gestão hospitalar” (Entrevista Secretário Nesio Fernandes para o Portal Fiocruz, 2021).

Resultados com a instituição da iNOVA

Até a produção desta publicação havia duas unidades hospitalares da administração direta do estado do Espírito Santo sob gestão da iNOVA Capixaba:

- O Hospital Antônio Bezerra de Faria (HABF), que é referência em Urgência e Emergência no município de Vila Velha, com atendimento em ortopedia, cirurgia geral e clínica médica. Foi doado para a iNOVA, sendo a transferência de titularidade realizada em dezembro de 2021.

- E o Hospital Estadual Central Dr. Benício Tavares Pereira (HEC), localizado em Vitória. É um hospital estadual de referência em Acidente Vascular Cerebral (AVC), cujo contrato de gestão foi firmado entre a iNOVA e SESA em dezembro de 2020.

E4: “O planejamento é que apenas três ou quatro hospitais da rede própria não migrariam pra fundação. O restante todos migrariam, nós estamos num processo agora de migração”.

Alguns indicadores dos hospitais administrados pela iNOVA mostram melhora no desempenho e eficiência na gestão hospitalar. Por exemplo, houve queda no custo por saída hospitalar sem diminuir os índices de satisfação dos usuários. No gráfico abaixo é possível observar que o custo por saída hospitalar do HEC diminuiu desde a assinatura do contrato (dezembro 2019) a dezembro de 2021.

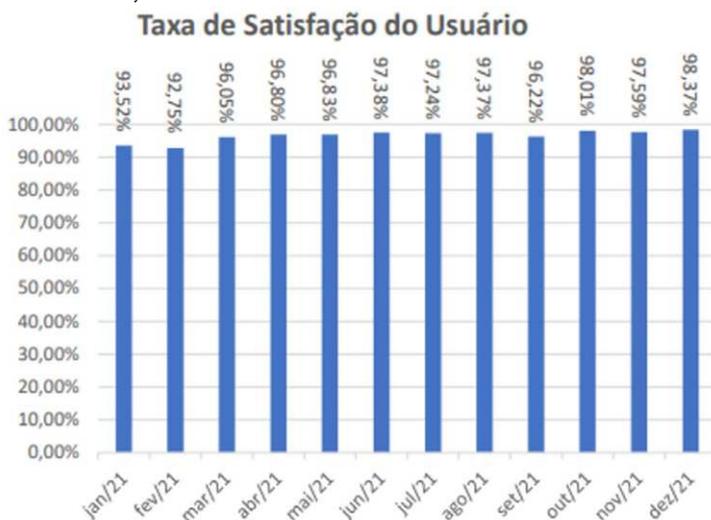
Gráfico 4. Custo por saída hospitalar do Hospital Estadual Central Dr. Benício Tavares Pereira (HEC) em Vitória-ES, de dezembro de 2020 a dezembro de 2021



Fonte: Relatório de Gestão de 2021 da Fundação Inova.

O gráfico abaixo apresenta a taxa de satisfação dos usuários do HEC no ano de 2021. Em todos os meses do ano a taxa de satisfação esteve acima de 90%, sendo a menor taxa em 92,75% e a maior 98,37%.

Gráfico 5. Taxa de satisfação do usuário do Hospital Estadual Central Dr. Benício Tavares Pereira (HEC) em Vitória-ES, de janeiro a dezembro de 2021



Fonte: Relatório de Gestão de 2021 da Fundação Inova.

- Nova política de contratualização com o setor filantrópico

Mediante o desafio de melhorar a relação com os hospitais filantrópico que contratualizam com o estado, foi construída ao longo dos últimos anos e materializada em 2022, a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao Sistema Único de Saúde no Espírito Santo.

E1: “Apresentamos um novo modelo de contratualização com hospitais. Os hospitais estavam sempre mudando o perfil e nós tivemos que congelar isso. Amadurecemos nos últimos dois anos e criamos um modelo muito avançado e mais maduro do que em 2020”.

Em maio de 2022 entrou em vigência a nova política de contratualização, que, segundo informações do estado do Espírito Santo, visa ampliar a governabilidade para a gestão dos leitos e a autonomia da gestão de recursos e serviços prestados ao SUS capixaba.

Essa nova política propõe dar soluções para os gargalos da contratualização vigente identificados pelos gestores como sendo: o pagamento por produção das internações; monitoramento manual da produção dos hospitais; solicitações constantes dos hospitais de pagamentos indenizatórios de produção acima do teto; solicitações os hospitais de inclusão de procedimentos hospitalares com valor complementar a tabela SUS; burocratização na elaboração de aditivos dos contratos; entre outros.

Os princípios da Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar ao SUS capixaba são:

- i) *Simplificação das formalidades;*
- ii) *Territorialização;*
- iii) *Garantia do acesso e desjudicialização;*
- iv) *Responsabilização pelo cuidado; e*
- v) *Isonomia nas relações entre estado e entidades complementares.*

De acordo com os gestores, os convênios com os hospitais filantrópicos eram antigos, constituídos ao longo dos anos e se orientavam em uma lógica de faturamento hospitalar baseado em produção, não apresentando isonomia dos valores de incentivo estadual. Havia constantes glosas de produção e

solicitação de inclusão de procedimentos com valor complementar a tabela SUS. O monitoramento era manual, baseado em planilhas e contagem em prontuário, o pagamento era por produção das internações e a retenção de valores era somente referente a média complexidade. Além disso, havia muita burocracia na tramitação de aditivos aos contratos.

Assim, dentro do plano de modernização hospitalar do estado do ES destaca-se como inovação a nova contratualização com a filantropia, contida na Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar. Essa política trouxe mudanças na forma de contratar e remunerar os convênios com os hospitais filantrópicos capixabas.

Estão sendo implantadas metodologias para avaliar os grupos de diagnósticos relacionados (DRG sigla em inglês indica *Diagnosis Related Groups*) e outras medidas para avaliar e dimensionar o desempenho hospitalar dos filantrópicos, de forma a poder precificar o pagamento por desempenho. Isso porque a modalidade de pagamento por produção é obsoleta e induz a contratos inexplicáveis.

A Política de Contratualização prevê para o repasse dos recursos uma nova composição do valor total a ser contratualizado, composta por orçamentação global em que é formada por uma parte pré-fixada (80% do valor do contrato) e outra pós-fixada (20%), contabilizada por produção.

A parte pré-fixada é definida com base na capacidade instalada e no perfil assistencial da unidade hospitalar. A pós-fixada é contabilizada por produção, definida com base nas tabelas de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS. Além disso, a política prevê oito grupos de indicadores de qualidade e desempenho hospitalar, cujo resultado alcançado nas apurações quadrimestrais impactará no repasse financeiro dos 20% do valor global pré-fixado.

Figura 12. Indicadores de Qualidade e Desempenho Hospitalar

INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO HOSPITALAR	SCORE MÁXIMO
1 – QUALIFICAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSOS	10,0
2 – QUALIFICAÇÃO DE PESSOAS	10,0
3 – SEGURANÇA ASSISTENCIAL	20,0
4 – EXPERIÊNCIA DO USUÁRIO	10,0
5 – ACESSO AO SISTEMA	20,0
6 – EFICIÊNCIA NO USO DO LEITO	15,0
7 – CONTINUIDADE DOS CUIDADOS	5,0
8 – AVALIAÇÃO E AUDITORIA	10,0
TOTAL	100,0

Fonte: SESA, apresentação sobre a Política Estadual de Contratualização da Participação Complementar (2022).

A nova política é estruturada definindo parâmetros iguais para todas as unidades de acordo com a quantidade de leitos e a habilitação com a SESA ao valor final do contrato, promovendo a simetria entre os preços nos hospitais. Assim, contribui também para fortalecer a política estadual de regionalização do acesso aos serviços de saúde. As unidades contratualizadas terão a grade de referência e o perfil assistencial bem definidos e pactuados, de acordo com o seu território de abrangência, favorecendo a regulação de pacientes para atendimento de urgência e eletivos.

E1: “Na nova política os hospitais terão que aderir ao projeto da autorregulação formativa, está nos contratos”.

- Atualização da Legislação OSS

Da mesma forma, a gestão estadual precisou investir nos desafios impostos pelo modelo de gestão por Organização Social de Saúde (OSS). Atualmente, quatro importantes hospitais da rede estadual são administrados por OSS.

Esses desafios envolviam a atualização da legislação e adequação dos contratos de gestão para que a gestão estadual pudesse avaliar e medir o desempenho das OSS e dos hospitais por meio de indicadores que sirvam para avaliar eficiência na gestão, nos gastos em saúde e qualidade da atenção prestada ao usuário.

E11: “Impossível fazer isso aqui em um modelo de administração direta pelo estado. Tudo foi muito rápido e ainda bem que era um modelo de gestão por OSS.

O nível de resposta que a OSS consegue ter, não estar atrelado a burocracia, as compras em grandes quantidades, tudo isso favoreceu muito, contratações médicas, foi muito bom”.

Cabe destacar que um importante hospital da rede estadual é atualmente administrado por uma OSS. Esse hospital foi o primeiro hospital definido como referência ao atendimento a Covid-19, transformando 400 leitos desse hospital em leitos exclusivos para a pandemia e transferindo o perfil de ortopedia desse hospital para outras referências. Segundo os gestores do hospital, sem o modelo de administração por OSS, não seria possível fazer as mudanças e adequações necessárias para dar suporte a pandemia.

- Expansão da oferta de leitos nos hospitais

Estava previsto no planejamento do estado em 2019 a expansão do número de leitos hospitalares apesar de a gestão apostar mais na melhoria do desempenho, com regulação dos leitos e coordenação do acesso. Com a pandemia da Covid-19, o planejamento da expansão de leitos hospitalares precisou ser revisto para ampliar a meta e acelerar a expansão, visando dar respostas ao aumento do número de casos de internação por síndrome respiratória.

Nesse movimento de expansão dos leitos hospitalares, um dos gestores municipais cita as estratégias de expansão e de fortalecimento dos hospitais de pequeno porte (HPP) em algumas microrregiões do estado.

M1: “O estado optou por não fazer hospital de campanha, investiu na estrutura própria, principalmente investindo em HPP, como é o caso do hospital no nosso município, que é referência para toda a área da microrregião”.

M1: (Um dos destaques no impacto no sistema de saúde foi) ... “a expansão e investimento em HPP e hospitais filantrópicos. Nosso hospital aqui é HPP e estamos até com projeto de trazer leitos de UTI”.

Em abril de 2020 o estado lançou o programa “Leitos para Todos” como estratégia de qualificação e reestruturação da rede de atenção à saúde, com o objetivo de garantir o acesso à atenção hospitalar a todos os pacientes que desenvolverem formas graves da Síndrome Respiratória Aguda Grave, entre elas a Covid-19.

Por meio desse programa, a SESA estruturou uma ampla reforma nas áreas físicas das unidades hospitalares próprias e um processo de contratualização de leitos em hospitais filantrópicos, federais e privados. Foram contratualizados 452 leitos em hospitais privados no estado do Espírito Santo.

Como pode-se observar nos dados da SESA, apresentados na figura abaixo, de janeiro de 2019 a dezembro de 2021 foram ampliados 1.125 leitos hospitalares.

Figura 13. Ampliação de Leitos SUS

Ampliação de Leitos SUS			
Tipo	Janeiro/2019	Dezembro/2021	Diferença
Clinico	1.973	2.499	+ 526
Complementar	631	1.230	+ 599
TOTAL	2.604	3.729	+ 1125

Fonte: SESA, relatório de prestação de contas 3º quadrimestre de 2021.

C1: “No sistema de saúde, houve repressão dos procedimentos eletivos, gerou demanda reprimida, que deve estar correndo atrás ainda, mas na medida que represou as eletivas, por outro deixou um legado, o investimento no setor (saúde)”.

b) Fortalecimento da Atenção Primária

De 2015 a 2018, houve uma estagnação da estratégia SF no estado, o que levou o Espírito Santo à quinta pior colocação da cobertura no Brasil. Com o apoio do Icepi houve um incremento de 1.022 profissionais médicos, enfermeiros, dentistas atuando nos municípios fortalecendo a estratégia de Saúde da Família.

Uma das principais diretrizes definidas pela SESA para mudar o modelo assistencial do SUS capixaba era fortalecer a APS. Para isso, a SESA estabeleceu o Plano Decenal de Atenção Primária à Saúde - Plano APS +10 - e criou o programa Qualifica APS, descritos a seguir.

- Plano APS + 10

O Plano APS +10 (Plano Decenal) definiu diretrizes, metas e estratégias para o exercício de 2022 a 2032, definindo o modelo de APS esperado pela SESA para o SUS capixaba.

Com o decreto para a criação do Plano Decenal para a Atenção Primária à Saúde no Espírito Santo, o governo do estado, por meio da SESA, junto às Regionais de Saúde Colatina, Cachoeiro de Itapemirim, São Mateus e Metropolitana, e as secretarias municipais de saúde dos 78 municípios capixabas, pactuam para o desenvolvimento das seguintes estratégias visando o fortalecimento da APS no estado:

- i) Ampliação da cobertura de estratégia Saúde da Família e Saúde Bucal, com vistas a garantir a cobertura de 100% da população;
- ii) Reorganizar o modelo de atenção à Saúde na APS, prioritariamente a partir da estratégia Saúde da Família;
- iii) Organizar a Rede de Atenção e Vigilância à Saúde (RAVS), mediante a qualificação do acesso da população à Atenção Especializada e Hospitalar por meio da Autorregulação Formativa Territorial (ARFT);
- iv) Qualificar o cadastramento da população no e-SUS APS, garantindo a identificação e cadastramento de 100% da população, em especial

- a identificação de grupos populacionais específicos e com maior vulnerabilidade;
- v) Melhorar os Indicadores de desempenho do Previnde Brasil;
 - vi) Garantir a informatização e utilização de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) em todas as UBS do município, com envio de dados para o Centralizador estadual;
 - vii) Adesão e monitoramento de programas estratégicos para a APS, de forma a garantir um cuidado integral e ampliar ações de promoção da saúde nos territórios; e
 - viii) Organização das UBS para o enfrentamento da pandemia, com a realização de campanhas de imunização, ampliação da vigilância em saúde e orientações para a comunidade quanto à redução da transmissão do vírus.

E1: “Esse movimento de ter um Decreto com 7 diretrizes e 8 políticas que vincula um cofinanciamento para infraestrutura, média complexidade e incorporação de TI, inclui vigilância em saúde, tudo vinculado a política e financiamento”.

Destaca-se no Plano Decenal da APS o programa de infraestrutura, que visa a ampliação e qualificação da infraestrutura assistencial da Atenção Primária à Saúde no Estado do Espírito Santo. Para implementar esse programa, foi aprovada uma resolução CIB (Resolução nº 080/2022) que define o valor estimado do custo médio por metro quadrado utilizado pelo Ministério da Saúde, de acordo com o porte da UBS, visando o custeio do Componente de Infraestrutura do Plano Decenal e a listagem dos municípios habilitados a receber o repasse financeiro estadual fundo a fundo.

M2: “(Tivemos) incentivo financeiro estadual para construir UBS pelo Plano Decenal. O município constrói e o estado repassa o recurso, a compra de equipamento é do município”.

A previsão é de repassar recursos financeiros aos municípios para construção de 150 novas UBS no estado, algumas delas com espaço para comportar até 6 equipes de Saúde da Família, visando funcionamento 24hs, com salas de raio-x.

M3: “Nós tivemos agora a expansão da APS, agora o Governo (do estado) veio com recurso de 750 milhões para redistribuir para os serviços que tivessem escritura de imóvel para financiar estrutura”.

M2:” temos grandes vazios assistenciais, portas estreitas na APS, somente 21 UBS. Com apoio do governo do estado agora com o plano decenal vamos construir 5 UBS com recursos exclusivos do estado”.

- Programa Qualifica APS

O Programa Qualifica APS foi implementado pela SESA para enfrentar os problemas da baixa cobertura populacional de SF no estado e a necessidade de qualificação profissional das equipes para atuação especializada na APS.

E1: “Eu reconheço que o modelo de APS com médicos generalistas está esgotado. A Formação prevista de profissionais generalistas se frustrou. O profissional a partir da graduação tem muitas insuficiências e é influenciado pelo mercado a buscar outras especializações”.

E8: “Não adianta ter médico, enfermeiro, dentista na atenção primária e querer que esse profissional consiga resolver 80% dos problemas dos usuários, se eu não, além de dar as condições, não os capacito pra isso”.

Foram criados mecanismos inovadores de cooperação entre a SESA e os municípios capixabas para provimento, formação, remuneração e supervisão de profissionais para atuação na APS. O programa também conta com suporte da SESA aos municípios para apoio institucional, informação em saúde e infraestrutura tecnológica.

E4: “O Qualifica APS como programa de provimento aconteceu em 2019 e que começou de forma mais robusta em 2020. Ele contribuiu muito com a melhoria da oferta de atendimento na APS, mesmo que quando a APS deixou de fazer atendimentos por conta das restrições relacionadas a Covid-19”.

O programa funciona por meio de chamada aberta da SESA aos municípios para realizarem o credenciamento ao programa e definirem o quantitativo de vagas por categoria profissional (médico, enfermeiro ou dentista). Os municípios

assinam um termo de cooperação com a SESA, por meio do Icepi, solicitando o quantitativo de profissionais que necessitam para compor as equipes de APS. Após o credenciamento dos municípios é aberto um edital de seleção desses profissionais para atuarem como bolsistas nos seguintes cursos:

- Medicina: Práticas Clínicas em Medicina de Família e Comunidade
- Enfermagem: Enfermagem na Saúde de Família e Comunidade
- Odontologia: Odontologia na Saúde de Família e Comunidade.

O Icepi faz o processo seletivo, contrata o profissional para desenvolver as atividades nos municípios como bolsista, ao mesmo tempo em que esse profissional será qualificado, com formação em serviço. Os profissionais selecionados têm a atuação focada na APS, articulando a prestação de serviços em conjunto com a formação, sendo 80% da carga horária em atividades práticas e 20% em atividades teóricas, como treinamentos, seminários e desenvolvimento de pesquisas aplicadas ao SUS.

MI: “As bolsas são custeadas pelo município, o Icepi faz o edital, convoca, a gente passa o perfil que necessita e o Icepi faz o processo de contratação”.

A SESA financia a formação acadêmica e em serviços, com tutores, preceptores e professores, e o município custeia a bolsa do profissional. Dessa forma, o profissional é um contratado bolsista de um dos projetos do Icepi enquanto ele é um integrante de uma das equipes de APS no município e discente em um dos cursos de formação em serviço. Esse profissional pode ficar no projeto por 36 meses e prorrogar por igual período.

Os grandes diferenciais do programa estão em utilizar de metodologias inovadoras de ensino, estimular iniciativas de pesquisas aplicadas ao SUS e diminuir a carência de profissionais em regiões de dificuldade de fixação, aumentando a oferta de profissionais de saúde no maior número de municípios.

Resultados do Qualifica APS

O Qualifica APS fez com que cem por cento dos municípios do estado do ES assinassem o termo de cooperação com o estado, por meio do Icepi. Apenas oito, dos 78 municípios não tem profissionais do Qualifica APS, mas, como

tem a cooperação, a legislação viabiliza a entrada desses profissionais quando o município tiver necessidade.

Mais de cinquenta por cento das equipes de Saúde da Família dos municípios do estado estão compostas por profissionais contratados por meio do Qualifica APS. São aproximadamente 500 equipes de Saúde da Família.

E8: “Nós temos hoje mais de aproximadamente 500 equipes que são equipes com profissionais do Icepi. E ter esses profissionais em formação cotidianamente no período da pandemia e entendendo que esses profissionais não pararam na pandemia, isso também foi uma contribuição importante”.

Foram implantadas 199 equipes de Saúde da Família e 159 equipes de Atenção Primária, ao passo de a cobertura da população cadastrada na APS alcançar 3.108.063 pessoas (2021), 77,34% da população do estado.

Quanto ao provimento, foram contratados 1.086 profissionais e 52 preceptores, com investimento anual de 6 milhões de reais. Nas residências foram 233 residentes, 140 preceptores, 37 tutores, 13 docentes e um investimento anual de 13 milhões de reais.

c) Regionalização da Atenção Especializada

O estado também regionalizou a atenção especializada dividindo o estado em um processo chamado de microterritorialização. De acordo com a Resolução CIB (071/2022) foram constituídos 14 polos regionais, sendo 04 polos na região Centro-Oeste, 03 polos na região Sul, 03 polos na região Metropolitana e 04 polos na grande Vitória-ES.

M3: “Com a construção dos polos, agora que fizemos e estamos pactuando os serviços. A criação dos polos foi exatamente para fazer a distribuição da malha de serviços ou a contratação. São os microterritórios, oferta dos serviços com a referência e revimos a nova PPI capixaba. Marcia Portugal nossa referência em PPI fez junto com os polos e municípios. Essa repactuação deu mais capilaridade, mais oferta de serviços na regulação. A PPI capixaba foi algo que os municípios precisavam. A nova PPI e a remodelação de todo o território capixaba”.

Figura 14. Critérios para composição de Microterritorialização



Fonte: Apresentação SESA/ES.

As especialidades médicas, no total de 21, foram classificadas em seis (6) níveis de acordo com a complexidade e o escopo, sendo que nos níveis de I a IV os serviços foram descentralizados para os microterritórios e os níveis V e VI continuam sendo ofertados pelo estado.

M3: “Demanda para cirurgia hoje, devido a várias contratações pelo estado diminuiu muito. Hoje nós temos cirurgia oftalmológica, cirurgia eletiva de ombro, joelho, o estado contratou pessoa jurídica que tá saindo um monte. Exames de imagem não tem fila mais. O município pede por meio da regulação formativa e 10 a 15 dias o exame está feito. Demanda reprimida só para cirurgia, mas não deve passar de 20%. As vezes o usuário não foi dar entrada, os problemas são do usuário. Cirurgia oftalmológica e exame de ultrassonografia que era uma necessidade muito grande, praticamente zerou, foi algo incrível, cirurgia de catarata também tinha uma fila muito grande”.

M1: “Antes a gente sonhava com a regionalização no nosso estado. Tinha que deslocar todos os pacientes para Vitória, eles saíam as 4h da manhã. Quando o Governador assumiu, começou a enxergar a regionalização, trazer serviços mais próximos. Hoje temos atendimento próximo do município”.

Figura 15. Níveis de Microterritorialização da atenção especializada

MICROTERRITORIALIZAÇÃO		
NÍVEL I - 8,8H/MÊS Pediatria e Ginecologia/Obstetrícia	NÍVEL II - 3,4H/MÊS Geriatria, Cardiologia, Ortopedia e Traumatologia, Psiquiatria, Angiologia	NÍVEL III - 2,8H/MÊS Dermatologia Sanitária, Neurologia Clínica Adulto, Endocrinologia e Metabologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Gastroenterologia, Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Endoscopista.
NÍVEL IV - 1,6H/MÊS Cardiologista- apoio diagnóstico, Neurologia, Pediátrica, Reumatologia, Pneumologia, Nefrologia	NÍVEL V - 0,8H/MÊS Atendimento em neurofisiologia (Eletroneuromiografia), Hematologia e Hemoterapia, Cardiopediatria, Alergologia e Imunologia, Infectologia, Mastologia, Neurocirurgia	NÍVEL VI - 0,3H/MÊS Uroginecologia, Hepatologia, Genética Médica, Urologia, Pediátrica, Nutrologia, Endocrinopediatria, Reumatologia a Pediátrica, Psiquiatria infantil, Nefrologia Pediátrica, além de 40 especialidades médicas.

Fonte: Apresentação SESA/ES.

Há um co-financiamento do estado para atenção especializada, sendo 6,30 reais per capita/ ano repassados aos municípios.

d) Expansão da cobertura do SAMU

O SAMU, como um dos componentes da rede de urgência e emergência, foi expandido no estado do ES com intuito de atender a demanda de remoção de pacientes e contribuir com a organização das portas de entrada.

E3: “Sem a expansão do SAMU por mais que nós aditivamos contratos, fizemos contratos emergenciais de remoção era impossível remover todos os pacientes sem adiantar algumas etapas. Então a pandemia também ela nos proporcionou alguns avanços né? Com relação a entrega de projetos prioritários da secretaria”.

Devido à baixa cobertura do SAMU na rede de urgência e emergência do ES, em dezembro de 2019 o estado implantou o programa SAMU para todos, com o objetivo de ampliar o acesso da população ao SAMU 192, fortalecendo a estratégia de regionalização e municipalização do SUS, de forma a ampliar a governança e co-participação tripartite na expansão para todo o território do Espírito Santo.

M1: “Quando o governo assumiu foi uma das primeiras coisas que o governador fez (expandir o SAMU). Nós tínhamos uma central de ambulância, mas funcionava só com eletiva, não tínhamos o serviço especializado do SAMU e hoje temos 100%. O Samu é por meio de consórcio, toda a região Sul participa desse consórcio”.

Em menos de dois anos de funcionamento, o programa aumentou a cobertura do serviço do SAMU de 22 municípios, o que representa 57,31% da população, para 71 municípios, atingindo 96,76% da população. Um aumento de cobertura de 2.329,469 para 3.932,762 habitantes.

Atualmente o SAMU está presente em cem por cento dos municípios, ou seja, em cada um dos 78 municípios do estado do ES há uma ambulância e estrutura de atendimento do SAMU. É o único estado brasileiro a ter o SAMU presente em todos os municípios.

Além das ambulâncias, o estado investiu na contratação de equipes médicas e ampliação das equipes de rádio operador e de guia telefônica. Além disso, houve melhoria na estrutura de regulação da rede de urgência e emergência, mantendo uma central única para o todo estado.

M3: “60% do (financiamento) do SAMU é por conta do estado”.

E3: “Na regulação da urgência e emergência, com a expansão do SAMU, nós ampliamos a regulação, a central de regulação estadual da urgência e emergência é o SAMU 192, nós a ampliamos, dobramos, né? Ampliamos o número de contratação da equipe médica, da equipe de rádio operador, ampliação de guia telefônica pra ser compatibilizado com a expansão, né? E montamos uma única central pra todo o estado do Espírito Santo, o estado é pequeno né? Não há necessidade de regionalizar a regulação”.

Com a expansão do SAMU, pode-se acelerar a remoção dos pacientes e o acesso às portas de entrada, em que os pacientes ficam menos tempo aguardando para serem atendidos ou removidos.

E4: “Com a chegada do SAMU a gente conseguiu dar mais agilidade pra essa remoção e as nossas portas de entradas ficaram menos tempo com os pacientes, que é uma característica pré-pandemia também, que nós

tínhamos portas de entrada pra urgência e emergência nos municípios que tinham pouco ou quase nada de resolução”.

Os principais resultados com a expansão do SAMU na rede estadual de saúde são:

- Aumento dos atendimentos telefônicos dos chamados de urgência e emergência;
- Realização de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência no menor tempo possível e com qualidade, aumentando a sobrevivência do paciente e reduzindo o índice de sequelas e mortalidade;
- Encaminhamento dos pacientes de urgência/emergência para locais adequados e a transferência de uma instituição de menor complexidade para maior complexidade, garantindo um tratamento mais completo;
- Inclusão dos municípios e regiões na participação de construção do processo, gestão, monitoramento e avaliação do serviço;
- Fortalecimento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

MI: “O Samu foi impacto muito bom no município, tirou a demanda de atendimento de urgência da nossa responsabilidade, porque não tínhamos uma equipe preparada como a equipe do SAMU. Os municípios pequenos não têm recurso para manter uma equipe de urgência especializada. Nós tínhamos somente o motorista. Foi uma política muito acertada do Governo”.

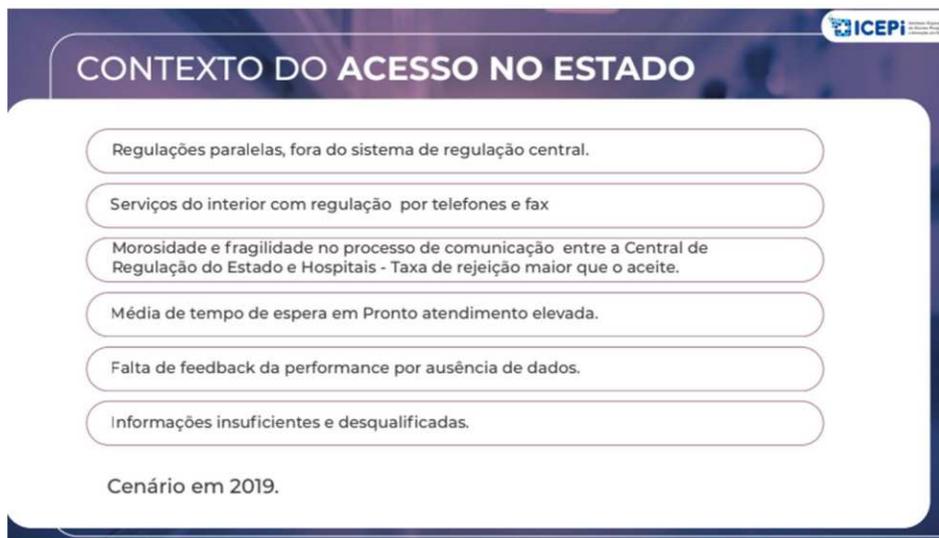
e) Melhorias nos processos de regulação do sistema

A regulação do sistema foi uma das prioridades da gestão estadual, entendendo que para o sistema atuar em rede era imprescindível que a regulação funcionasse como uma engrenagem entre os níveis de atenção, promovendo o acesso do usuário ao recurso correto e no tempo oportuno.

E1: “O usuário antes estava em 4 filas ao mesmo tempo: do consórcio, da filantropia, da administração direta, da OS”.

Na figura abaixo um resumo da SESA sobre os principais problemas na regulação do estado diagnosticadas pela atual gestão em 2019.

Figura 16. Contexto do acesso no estado



Fonte: Apresentação SESA/ES.

Complementando, de acordo com os gestores, as unidades de portas abertas estavam sempre lotadas e com 600 pacientes aguardando recurso. O sistema de regulação que estava implantado – Núcleo de Regulação Interna (NERI) – era ineficiente, assim como o sistema de informação do Ministério da Saúde - SISREG - não atendia as necessidades de regulação do estado.

O ES investiu em um próprio sistema para regulação do estado, migrando do SISREG para esse novo sistema. Agora, dentro da estratégia da autorregulação formativa, o governo está implantando um novo sistema, denominado Acesa e Confia, que possui diversos módulos e um deles é a telemedicina.

M1: “A gente tinha um sistema do SISREG com filas enormes e com esse processo de regionalização migrou a regulação para o sistema MV e hoje estamos migrando para o Acesa e Confia”.

M1: “Agora estamos tendo a telemedicina, com um sistema próprio de regulação, consegue ter a consulta de retorno no próprio município, dentro da equipe de Saúde da Família, e isso facilita o muito o acompanhamento, foram avanços muito grandes”.

A regulação do acesso ao sistema de saúde e a coordenação do cuidado entre os níveis de atenção era uma das diretrizes priorizadas pela atual gestão para melhorar o desempenho do sistema público de saúde capixaba. Nesse sentido, a SESA investiu em diversas estratégias para o acesso a atenção especializada e hospitalar via APS, sendo o profissional especialista um formador do profissional generalista da APS.

M2: “Conseguimos zerar várias filas de espera para especialistas, graças ao diálogo de médicos da APS”.

- Definição de perfil hospitalar regionalizado

Também como estratégia para o aperfeiçoamento da regulação do acesso à assistência à saúde no estado do Espírito Santo pode ser citado o processo de definição de perfil da assistência. Por perfil assistencial entende-se toda a oferta de atendimento ou de serviços assistenciais do hospital e por mudança a introdução de um novo serviço, o atendimento de um novo agravo ou a introdução de uma tecnologia, bem como a exclusão, a diminuição ou a ampliação de sua oferta.

O objeto da definição de perfil no ES foi adequar a rede hospitalar pelos perfis atuais de serviços das unidades hospitalares da rede de atenção hospitalar do SUS (pública e contratualizada) do Espírito Santo, permitindo a ampliação do acesso a partir da otimização dos recursos financeiros, materiais e recursos humanos disponíveis.

A nova definição de perfil hospitalar regionalizado faz parte das principais estratégias indutoras de mudanças nas condições e modos de funcionamento dos hospitais com recursos alocados sob financiamento estadual, visando a um processo permanente e progressivo de ampliação do acesso e de qualificação das práticas de gestão, cuidado e participação da atenção primária à saúde, por meio do modelo da autorregulação formativa territorial.

- Autorregulação Formativa Territorial (ARFT)

“A atual gestão propõe um redirecionamento desses esforços para a implementação da Regulação Formativa Territorial, que desloca o

processo regulatório da lógica da gestão da oferta versus demanda para a regulação com base na gestão da clínica, sustentado por um potente sistema informatizado, com pontos de regulação do acesso nos serviços ambulatoriais e hospitalares (NIR) e um processo de educação permanente desenvolvido de modo integrado pelos profissionais da assistência e equipes de regulação” (Vera Andrade, consultora OPAS/OMS).

A Autorregulação Formativa Territorial é um projeto pioneiro no SUS, implantado no estado do Espírito Santo e faz parte do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência nas Redes de Atenção à Saúde (PGAQ). O PGAQ busca garantir o acesso ágil e qualificado aos leitos hospitalares, às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais aos usuários da rede hospitalar no Espírito Santo.

Além da Autorregulação Formativa Territorial, fazem parte do PGAQ os seguintes projetos: estruturação dos núcleos internos de regulação hospitalar; medicina hospitalista; estruturação de escritórios de gestão de alta; e implantação de núcleos de qualidade e segurança do paciente.

O projeto da Autorregulação Formativa Territorial (ARFT) foi instituído em junho de 2020 com o objetivo de facilitar o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, e com isso, diminuir o tempo de espera e oferecer um atendimento mais qualificado aos usuários do SUS.

O profissional da UBS entra em contato com o especialista e, juntos, coordenam o tratamento, utilizando o mesmo sistema de informação, que além de ajudar na comunicação, também tem o histórico do paciente. Por meio do sistema, os profissionais trocam informações como sintomas, resultados de exames e medicações prescritas, evitando que o paciente se desloque para o local em que está o especialista sem necessidade.

Quando surge a necessidade de o paciente ir ao especialista, a comunicação segue no mesmo sistema, atualizando o profissional da Atenção Primária sobre o paciente. O diálogo entre os profissionais permanece ao longo de todo o tratamento, elaborando estratégias e intervenções juntos e facilitando para o paciente, que espera menos e se desloca apenas quando há necessidade.

Dessa maneira, o modelo permite que os profissionais de saúde atuantes na APS estabeleçam contato direto com os profissionais de referências especialistas de diversas unidades de saúde. Com isso, o manejo clínico do paciente será definido em conjunto, de forma mais adequada e agilizada.

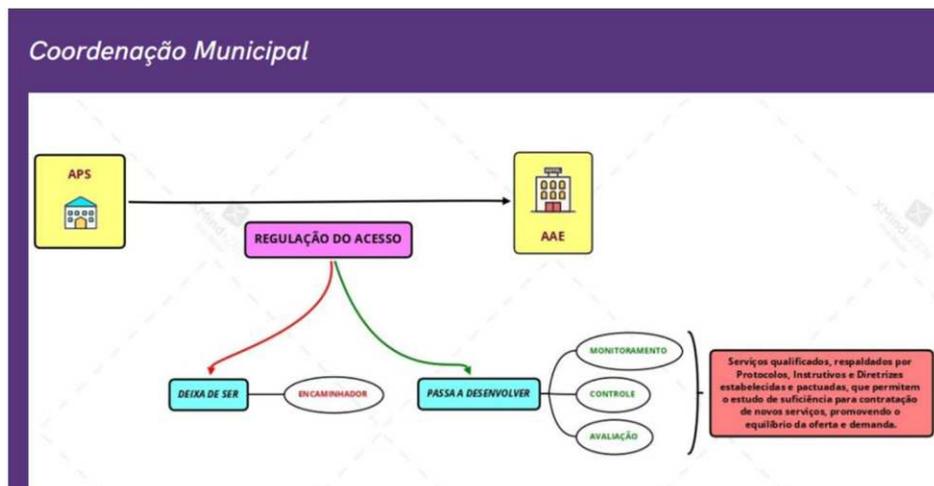
Por meio de uma nova plataforma própria (plataforma Acessa e Confia), desenvolvida para atender as necessidades do SUS no estado, a APS tem acesso a agenda do especialista quando necessita de um encaminhamento para a atenção especializada. A Plataforma é única para controle, integração e monitoramento dos fluxos de acesso à assistência, de relação com o usuário e de transparência.

Os principais benefícios da plataforma são:

- Integração de todo o complexo regulador em base e interface única;
- Utilização da teleinterconsulta síncrona e assíncrona, assim como a teleconsulta, como forma de ampliar o acesso da população a especialistas;
- Apoio à desospitalização e garantia da integralidade da linha do cuidado monitoramento e controle inteligente das consultas, exames, tratamentos e internações do complexo regulador;
- Avaliação constante dos serviços de saúde através da aplicação de pesquisa de satisfação utilizando a metodologia do NPS (net promoter score);
- Gerenciamento de recurso das rotas de transporte sanitário através de relatórios gerenciais contendo as origens dos pacientes;
- Interoperabilidade com outros sistemas, como, CNES, CNS, SIGTAP, IBGE;
- Transparência.

Por meio de portaria, a plataforma Acessa e Confia, instituída pelo estado para realização do atendimento do usuário e vinculada ao sistema de informação do estado é de uso obrigatório para regulação ambulatorial a todos os prestadores de serviços próprios e contratualizados.

Figura 17. Regulação ambulatorial



Fonte: Manual Acesso e Confia.

Por meio da ARFT o profissional da APS pode contar com o auxílio de um especialista por meio da opinião formativa, conforme o parecer, não há necessidade de encaminhamento do usuário a atenção especializada.

Com um ano e meio de implantação deste modelo na prática, pode-se afirmar que o componente de referência ambulatorial via ingresso pela APS está bem estruturado. Há, porém, a necessidade de fortalecer o componente hospitalar, em que o usuário se dirige diretamente a uma unidade de pronto atendimento ou hospitalar. Bem como, fortalecer o processo de retorno do usuário para a APS após ter sua condição resolvida na atenção hospitalar ou especializada.

E1: “A partir da nova Política de Contratualização com o setor filantrópico, a ARFT está prevista nos contratos, ou seja, os cerca de 25 hospitais filantrópicos do estado têm que aderir a estratégia da autorregulação formativa”.

Resultados da Autorregulação formativa territorial (ARFT)

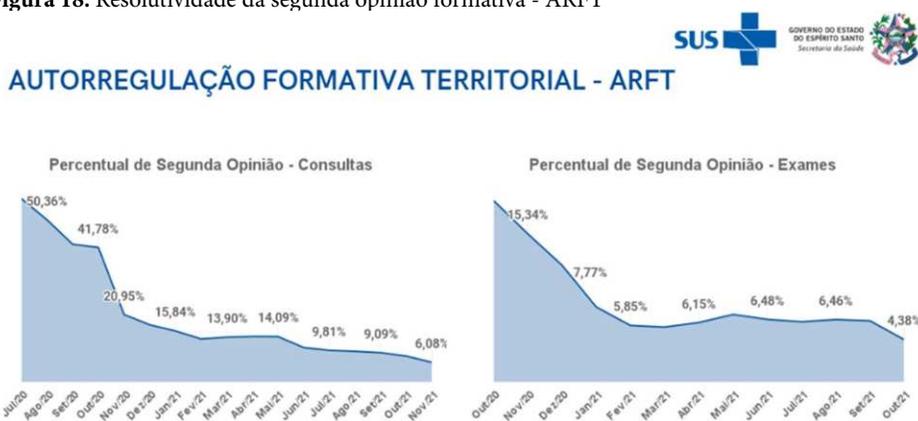
A ARFT está em 78 (100%) dos municípios do estado e em todas as UBS (1002). Conforme dados da SESA, são 157 prestadores de serviço próprios, filantrópicos ou conveniados e 10.178 profissionais treinados pela metodologia da ARFT.

Com a informatização das unidades, o novo sistema de regulação implantado e a nova aplicação customizada pela SESA, as centrais de marcação/regulação foram extintas. Agora, a UBS tem acesso direto a agenda do especialista, caso confirme a necessidade de encaminhamento. O profissional especialista passa a ser um regulador e um apoiador da APS em um processo matricial de referência.

E1: “O modelo de autorregulação faz com que o médico especialista se sinta mais útil. Se ele recebe a maioria dos pacientes que não deveria estar ali ele se sente desmotivado. Assim, o trabalho se torna mais útil, garantindo o recurso correto para quem necessita”.

A figura abaixo demonstra que a partir da ARFT, com a opinião formativa o percentual de consultas e de exames especializados caiu entre julho 2020 e novembro 2021 (consultas) e outubro 2020 e outubro 2021 (exames).

Figura 18. Resolutividade da segunda opinião formativa - ARFT



Fonte: SESA, relatório de prestação de contas 3º quadrimestre de 2021.

Um dos indicadores utilizados pela SESA para avaliar a eficiência da ARFT é a resolutividade da opinião formativa, utilizando o percentual de consultas que deixaram de ser encaminhadas para atenção especializada por terem sido resolvidas com o parecer do especialista.

De acordo com a SESA, de junho de 2021 a junho de 2022 foram 33,77 das opiniões formativas finalizadas e resolvidas, sem precisar encaminhar o paciente ao especialista.

Na avaliação dos gestores municipais, a autorregulação formativa é um projeto fantástico, que tem tudo para dar certo e já está mostrando resultados positivos, apesar de incipiente e como, quase toda inovação, precisa de um tempo para ser implementado e adequado e aperfeiçoado conforme as necessidades.

Destacam como limitações a resistência de alguns profissionais em aderir a proposta e o parecer formativo, em que os especialistas relatavam dificuldade em emitir parecer sem examinar o paciente e os médicos da APS, por sua vez registrava a dificuldade em um parecer descritivo e pontual.

M2: “A regulação formativa tem sido extremamente importante, qualificou o encaminhamento ao especialista. Conseguimos zerar várias filas de espera para especialistas, graças ao diálogo de médicos da APS”.

M1: “É um projeto fantástico, mas pena que ainda temos algumas resistências”.

Informaram que, com a viabilização da telemedicina no sistema Acessa e Confia os profissionais estão mais satisfeitos pois, o médico da APS e o especialista conseguem interagir simultaneamente e junto com o paciente.

M1: “Agora, com o teleatendimento dentro da regulação formativa os profissionais estão gostando mais. Dentro do módulo do sistema Acessa e Confia, o especialista conversa diretamente com o médico da APS, orienta e o paciente junto, pode ser examinado. Estão gostando mais, porque não é só um parecer sem ver o paciente. Antes reclamavam quando era só o parecer do médico especialista”.

- Fortalecer a regulação interna dos hospitais da rede estadual

O estado do ES tem a maioria dos hospitais sob gestão do estado e, de acordo com o diagnóstico da SESA, os hospitais além de problemas de estrutura, por serem antigos, apresentavam ineficiência na gestão, na qualidade clínica, sobretudo falhas na regulação interna. Os núcleos internos de regulação não funcionavam 24 horas por dia e nem tinham equipes completas.

A taxa de rejeição dos leitos pelos hospitais era alta, o tempo de resposta da regulação também era alto, com lentidão no giro de leitos, sobrecarga nos

hospitais de porta de entrada, excessivo tempo de permanência e grande espera por um leito de internação.

Além das falhas na regulação, foram identificados problemas na gestão da clínica nos hospitais do estado. Como uma das consequências do problema de governança clínica que havia, em que os diretores eram por indicação política, tinham baixa governabilidade sobre alguns processos e categorias profissionais.

“Faltava o componente de qualificação dos profissionais, a maioria cumprindo escala de trabalho vertical, pois, dificilmente o hospital conseguia um profissional, especialmente médico, para cumprir escala horizontal. Nesse modelo um mesmo paciente era visto, na mesma semana, por vários médicos diferentes” (Entrevista Secretário Nesio Fernandes ao Portal Fiocruz).

Com relação a regulação interna nos hospitais, no que tange aos leitos hospitalares as três estratégias, Núcleo Interno de Regulação (NIR), Medicina Hospitalista (MH) e Escritório de Gestão de Altas (EGA) foram os protagonistas na melhoria da eficiência da regulação nos hospitais que foram implantados.

O estado passou a monitorar os hospitais por meio de indicadores e uma sala de situação que se reunia semanalmente, além de inserir equipes nos hospitais fazendo *checklist* diário da situação dos leitos.

Arranjos organizacionais e ferramentas de regulação interna nos hospitais:

Núcleos Internos de regulação (NIR)

O NIR atua na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação e estabilização para atendimento de urgência e emergência. Apoia também a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços.

Escritórios de Gestão de Altas (EGA)

Como um dos facilitadores do processo de regulação interna, os Escritórios de Gestão de Altas (EGA) atuam na desospitalização, focada na melhoria dos

fluxos, na diminuição do tempo de internação hospitalar, no aumento do giro de leito e qualidade assistencial.

Consiste na implementação de uma atuação multiprofissional, visando a identificação precoce de pacientes com maior risco de hospitalização prolongada já na admissão.

Medicina Hospitalista (MH)

A medicina hospitalista foi implementada nos hospitais com foco na mudança do modelo de atenção hospitalar, mas, junto as estratégias dos NIR e EGA, a medicina hospitalistas também trouxe reflexos positivos na regulação interna.

A MH trabalha com equipes multidisciplinares para a coordenação do cuidado focando na gestão, segurança do paciente e melhoria dos cuidados assistenciais. Os profissionais hospitalistas são clínicos com qualidade assistencial muito resolutiva. Eles fazem o co-manejo do paciente, a conciliação medicamentosa, acompanham a gestão do cuidado transversal do paciente nos hospitais e promovem o cuidado longitudinal.

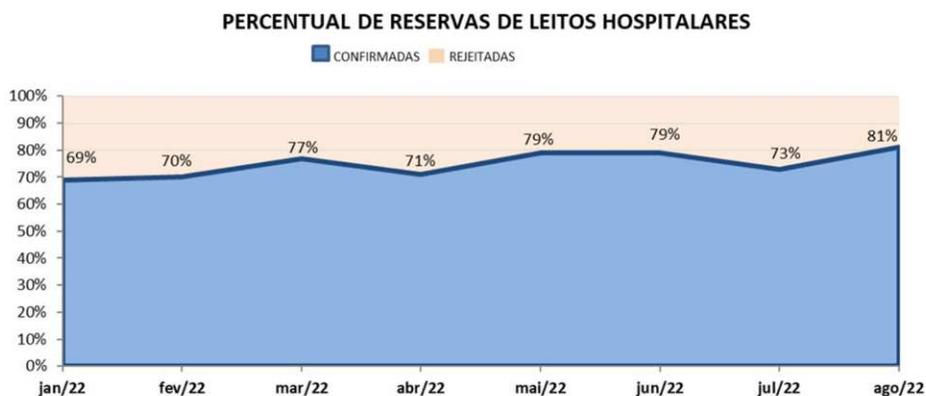
Resultados produzidos na regulação interna nos hospitais

A implantação dos NIR em cada hospital, de acordo com o modelo proposto pelo Ministério da Saúde permitiu um grau maior de governança da unidade hospitalar – as unidades passaram a monitorar o tempo médio de permanência e vários indicadores de produção e resultados.

Com a estrutura de monitoramento que a SESA implantou nos hospitais e o reforço do NIR, EGA e a medicina hospitalistas, os hospitais apresentaram melhora na relação com a SESA e nos indicadores de eficiência de regulação, como, por exemplo, o giro de leitos, o tempo de internação e as taxas de rejeição para internação.

Como pode-se observar na figura abaixo, o percentual de confirmação de leitos aumentou e diminuiu a rejeição de internação entre janeiro e agosto de 2022.

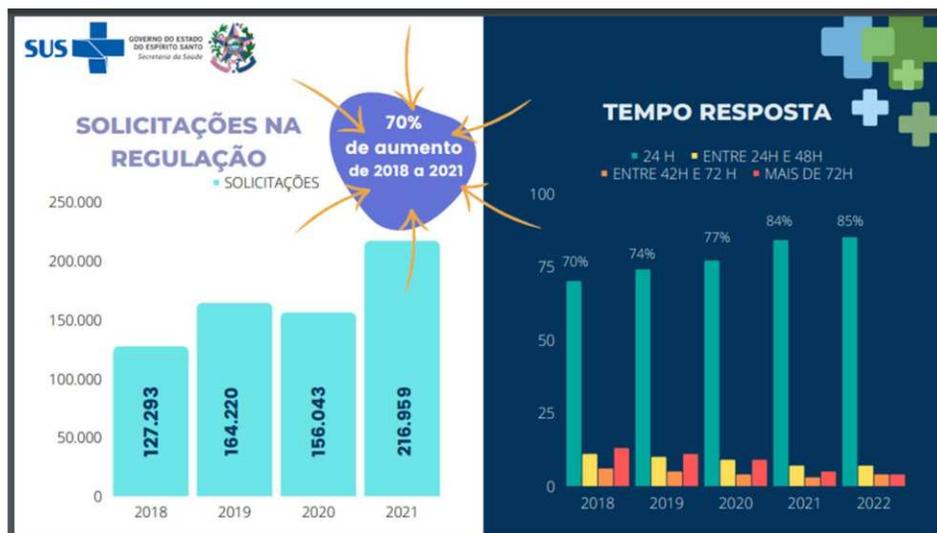
Figura 19. Percentual de Reserva de Leitos Hospitalares



Fonte: SESA, 2022.

As solicitações de regulação aumentaram 70% de 2018 a 2021 e houve redução de 62% no tempo médio de resposta da regulação entre 2018 e 2022, conforme a figura abaixo:

Figura 20. Solicitações na regulação e tempo resposta



Fonte: SESA, relatório de prestação de contas 3º quadrimestre de 2021.

Figura 21. Média do tempo de resposta da regulação



Fonte: SESA, relatório de prestação de contas 3º quadrimestre de 2021.

Com os Escritórios de Gestão de Altas pode-se observar que houve redução do tempo médio de resolução de pendências e aumento do número de pacientes atendidos de julho a novembro de 2021.

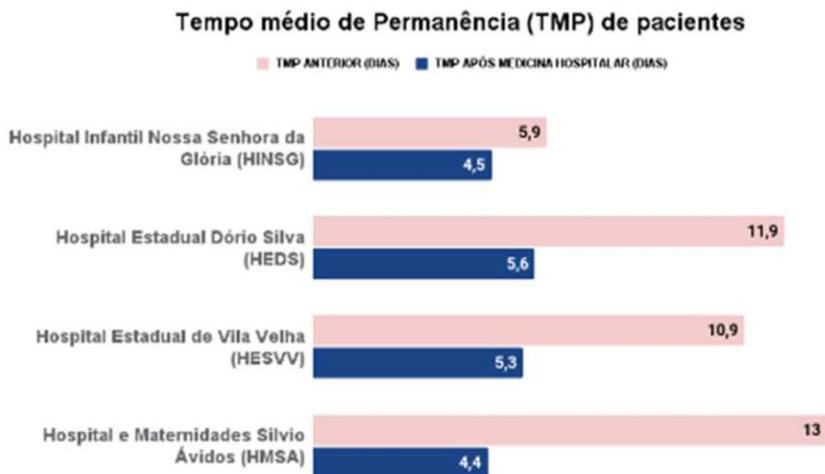
Figura 22. Tempo médio de Resolução de Pendências e Pacientes atendidos



Fonte: Icepi.

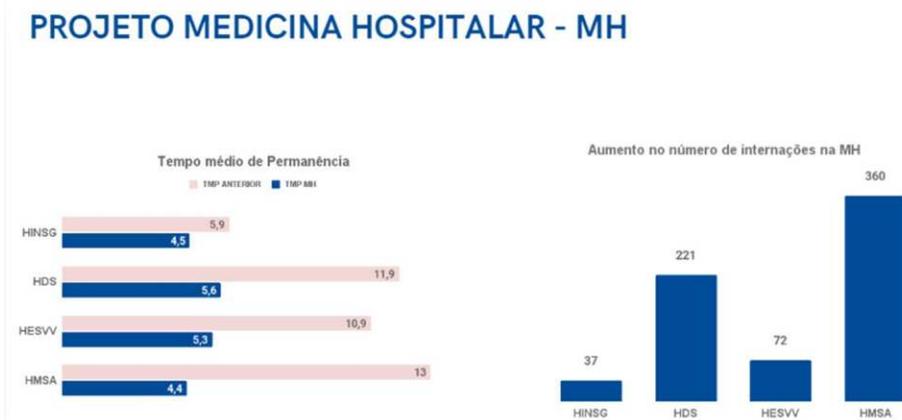
E com a implantação da medicina hospitalar, observa-se redução do tempo de permanência em quatro hospitais do estado e, conseqüentemente, aumento do número de internações.

Figura 23. Tempo média de permanência hospitalar (antes e depois da MH)



Fonte: Icepi.

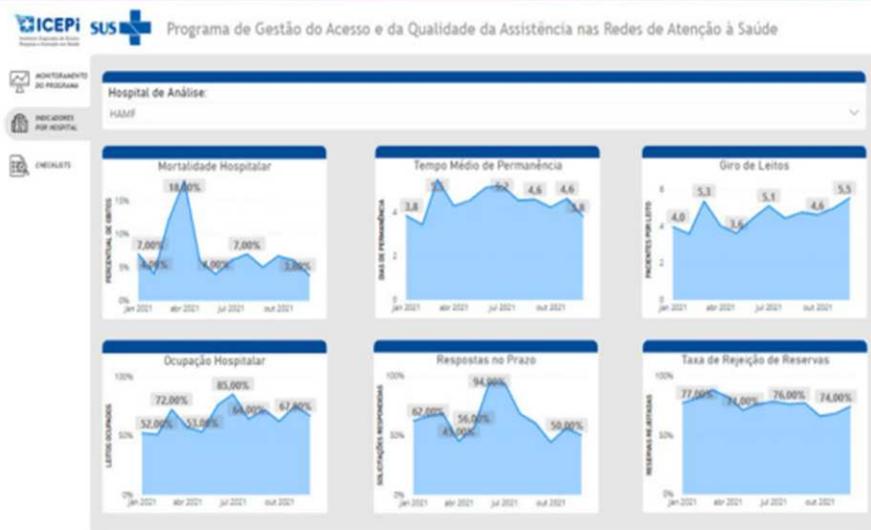
Figura 24. Tempo média de permanência hospitalar e número de internações



Fonte: SESA, relatório de prestação de contas 3º quadrimestre de 2021.

Painel de monitoramento das estratégias da atenção hospitalar como uma das estratégias do Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade da Assistência (PGAQ) do estado do ES.

Figura 25. Painel de monitoramento das estratégias da atenção hospitalar



Fonte: SESA/ES.

Em suma, a gestão pública direta do Espírito Santo tem tido avanços na mudança do modelo de atenção e de organização da qualidade do cuidado. A implantação da medicina hospitalar na gestão pública direta com o funcionamento dos núcleos internos de regulação e os escritórios de gestão de alta têm colocado as unidades públicas geridas pela gestão direta com um desempenho destacado em comparação com os outros modelos.

f) Fortalecimento da Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde era uma gerência vinculada a subsecretaria de regulação. As áreas eram segmentadas, reproduzindo o financiamento do Ministério da Saúde e o trabalho fragmentado.

E5: “É uma segmentação muito forte das áreas da vigilância. Ao longo do tempo a vigilância se organizou como muita coisa sendo com base no financiamento do Ministério da Saúde que financia ainda ações em separado, né?”.

Um dos desafios no âmbito macro da vigilância em saúde do estado era mudar o modelo de vigilância, integrar as áreas em torno de uma gestão colegiada, integrada com a assistência, para que refletisse nos territórios, na saúde coletiva, na população.

E5: “Então o meu grande interesse foi buscar uma gestão colegiada em que a gente sabe que é difícil romper com uma lógica vertical, verticalizada, porque isso é enraizado anos e anos no cotidiano das pessoas e você precisa de uma estratégia pra romper com isso”.

Para isso, havia a necessidade de provimento de pessoal nas estruturas de vigilância nas regionais e nos municípios, para que a vigilância funcionasse como uma rede. Bem como, qualificar os profissionais, formando técnicos e especialistas nas áreas da vigilância em saúde.

E5: “...nós precisamos construir uma rede de vigilância que alcance o município através de provimento de pessoal nas nossas estruturas regionais e nos municípios através de um programa de provimento que nós temos através do Icepi e que cheguem no município com qualificação um uma formação ao né?”

E5: “Então esse é o foco que nós vamos trabalhando daqui por diante né? É transformar essa vigilância não mais num aglomerado de caixinhas, de áreas, mas sim numa política que desague no município, com capacidade de identificar problemas no território, alinhar isso com a atenção que vai ser desenvolvida naquele território”.

Uma das preocupações também da gestão que foi citada nas entrevistas era a cobertura vacinal do estado, que vinha sendo registrada baixa desde 2015.

E8: “...e na parte da vacina intensificar já que a gente tem esse problema desde 2015 com a queda das coberturas vacinais”.

Com a chegada da pandemia, a vigilância do estado teve que focar todos os esforços na produção e o monitoramento de dados para subsidiar a tomada de decisão. Foram inúmeros protocolos, notas técnicas e outros instrumentos normativos elaborados com apoio da vigilância, treinamento dos profissionais do estado e dos municípios, apoio aos municípios para implementar as estruturas municipais de vigilância em saúde e, com isso, os projetos definidos pela gestão tiveram que ser interrompidos, alguns foram acelerados e outros modificados.

E5: “Ah, a pandemia atropelou tudo, né? A pandemia atropelou não apenas a vida das pessoas, né? O cotidiano das pessoas, a convivência social, o emprego, enfim...mas atropelou aqui da mesma forma porque nós tivemos que desviar muita energia de todas as áreas que atuavam pra ações voltadas para o enfrentamento da pandemia”.

Mesmo no contexto desafiador da pandemia, a vigilância em saúde do ES conseguiu inovar, principalmente no que se refere a produção de dados para apoiar a gestão na tomada de decisão.

Por meio de inquéritos epidemiológicos, a vigilância fornecia dados atualizados em tempo real para as salas de situação, além de outras ferramentas como os painéis de informação, que contribuíram também para a transparência com a sociedade.

Destaca-se ainda o sistema de notificação de agravos próprio do estado do ES, que foi uma ferramenta imprescindível para a agilidade na produção de informações para a gestão. Além, claro, da testagem para Covid-19 em massa na população e, assim que foram disponibilizadas as vacinas, as estratégias de vacinação.

Desse conjunto de inovações na área de vigilância em saúde, os autores deste estudo priorizaram para este item da publicação as estratégias de produção e monitoramento de dados para a gestão: sala de situação, mapeamento de risco dos municípios, inquéritos epidemiológicos e o sistema e-SUS/VS. Como estratégia de produção e disponibilização de informações para a sociedade a Plataforma Covid-19 e com relação a ampliação da oferta de serviços a testagem em massa e a vacinação. Essas estratégias da vigilância em saúde do ES estão descritas e detalhadas no capítulo de resposta a pandemia da Covid-19.

5.3 Reorganização regional do SUS capixaba

Na regionalização, os entrevistados relatam que o desafio maior era a distribuição espacial heterogênea dos serviços de saúde, que estão mais concentrados na região Metropolitana da grande Vitória, contribuindo, assim, para dificuldades no acesso da população ao Sistema.

Até 2019, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2011 dividia o estado em 4 macrorregiões, as quais: região Central composta por 18 municípios; região Metropolitana com 20 municípios; região Norte com 14 municípios; e região Sul com 26 municípios.

E1: “Na regionalização, mudamos o Plano de Regionalização, extinguímos uma região, ficando apenas com três Regiões de Saúde e unificamos duas CIR (Comissão Intergestores Regional). A nova regional construída e pactuada no meio da Pandemia, se materializou em 2020”.

A equipe de gestão da SESA, em pactuação com os municípios, em dezembro de 2020 mudou o Plano de Regionalização do estado, extinguindo uma Região, ficando com três regiões de Saúde e unificando duas Comissões Intergestores Regional (CIR).

M1: “A região Norte tinha vazios assistenciais. Agora consolidaram a região Central com a Norte e estão indo serviços para lá. Estão investindo em HPP e hospitais filantrópicos com potencial de atendimento”.

As superintendências regionais do estado têm estrutura de secretaria executiva das CIR, policlínicas regionais do estado, vigilância em saúde e estruturas de regulação ambulatorial. As superintendências regionais estão localizadas nos municípios de São Mateus, Colatina, Cachoeira do Itapemirim e Cariacica.

Uma importante iniciativa da SESA, em 2021, foi a elaboração e o desenvolvimento do projeto de Fortalecimento dos Processos de Governança, Integração e Organização da Rede de Atenção à Saúde: Regionalização. Esse projeto tem como objetivos ampliar e fortalecer o processo de regionalização da rede de atenção à saúde, além de conduzir de forma compartilhada o Planejamento

Regional Integrado (PRI) e assessorar os entes federativos na governança das regiões e na capacidade de monitoramento e avaliação do PRI.

Esse projeto está sendo conduzido pela SESA em parceria com o Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde do Espírito Santo (Cosems), o Ministério da Saúde e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, que executa o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

E1: “Outra coisa foi regionalizar as especialidades, descentralizar, garantindo melhor resolutividade nas próprias regiões”.

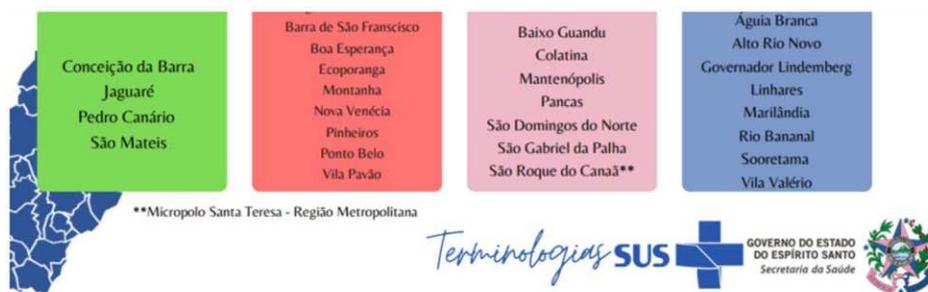
- Organização territorial da saúde por polos regionais

É a ampliação do acesso aos serviços de média complexidade ambulatorial especializada reorganizando todo escopo assistencial do estado.

M1: “O estado é dividido em 3 regiões de saúde, conforme o PDR. Dentro das regiões foram divididos os micros polos. Antes falávamos em regionalizar em macro e agora já estamos falando em micro”.

A divisão será em 04 polos na região Central/Norte, 03 polos na região Sul e 07 polos na região Metropolitana.

Figura 26. Divisão regional do Espírito Santo





Fonte: SESA/ES.

Os polos regionais são territórios adscritos definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção à saúde, com oferta de serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção. São entendidos como a parte mais central ou importante de uma determinada área.

M3: “A criação dos polos foi exatamente para fazer a distribuição da malha de serviços ou a contratação. São os microterritórios, oferta dos serviços com a referência e revimos a nova PPI capixaba”.

Os micropolos de saúde são agrupamentos de territórios sanitários municipais regionalizados, sendo o seu conjunto em dada região de saúde denominado Polos Regionais de Saúde.

M1: “O avanço que tivemos na regionalização. Hoje falamos em polos microrregionais, o Caparaó é uma microrregião do estado, a facilidade que estamos tendo com o Governo atual é muito grande”.

- Apoio ao planejamento e aumento da capacidade de gestão dos municípios

Assim que assumiu a gestão do Espírito Santo, a equipe incorporou no seu papel o apoio e a liderança aos municípios do estado, visando reestruturar e melhorar o desempenho do sistema de saúde capixaba. Para isso, era necessário investir tanto nos serviços sob gestão do estado, quanto nos municípios, para que o sistema funcionasse como rede de atenção, coordenado pela APS.

O estado desenvolveu o seu papel nas ações de planejamento, coordenação e liderança, apoiando os municípios na elaboração dos planos municipais de saúde de forma ascendente, para que pudessem refletir as especificidades regionais no Plano Estadual de Saúde.

Nas ações de desenvolvimento do sistema de saúde, o estado apoiou os municípios nas estratégias de provimento, fixação e formação dos profissionais de saúde, onde, por meio de cooperação com o Icepi, os municípios puderam aderir a esses programas estaduais. Bem como, a SESA instituiu programas de cofinanciamento visando apoiar a construção de Unidades Básicas de Saúde.

Nessa ação de apoio do estado aos municípios, os gestores municipais entrevistados destacam o SAMU, em que sessenta por cento do custo total é do estado, o componente de apoio a construção de UBS pelo Plano Decenal, a estratégia da Autorregulação Formativa e o Icepi pelo componente de provimento e formação de profissionais para a APS. Um dos gestores aponta também os sistemas de informação, inclusive o provedor fornecido a alguns municípios e totalmente custeado pelo estado, visando a integração dos prontuários eletrônicos do estado.

M1: “Como política estadual de incentivo financeiro ao município destaco o SAMU e os sistemas de informação, o sistema próprio de vacina custeada 100% pelo estado. O e-SUS AB que hoje a gente usa provedor estadual, custeado pelo estado. Parceria com estado para usar o tronco do estado para unificar os prontuários. Hoje a gente usa o sistema oficial do Ministério da Saúde e o provedor do estado. O estado está trabalhando com a integração de prontuário único, coisa que o MS deveria ter feito para o prontuário eletrônico, ser unificado. O estado está provendo tudo isso”.

Além disso, a conjuntura exigiu que a SESA tivesse que assumir também o papel do Ministério da Saúde no que se refere a pactuação de metas e monitoramento dos resultados.

E6: “O Pacto pela Saúde no MS não tem mais, mas aqui no estado estamos mantendo. Pacto bipartite, colocamos 23 indicadores importantes para continuar monitorar, avaliar, mesmo que o MS já renunciou a isso”.

6. O SUS capixaba na Covid-19: a capacidade de resiliência do sistema de saúde

Neste capítulo é apresentado inicialmente o impacto provocado pela pandemia da Covid-19 no estado do Espírito Santo. Em seguida, descreve-se a atuação do governo estadual e da SESA-ES na resposta à pandemia, apontando medidas de planejamento e coordenação da resposta, ações adotadas para prevenção da transmissão e organização da rede assistencial, com o objetivo de ampliar a capacidade de resiliência do SUS capixaba. Por fim, detalha-se o impacto da pandemia na funcionalidade do sistema a partir da análise da produção assistencial do SUS no estado.

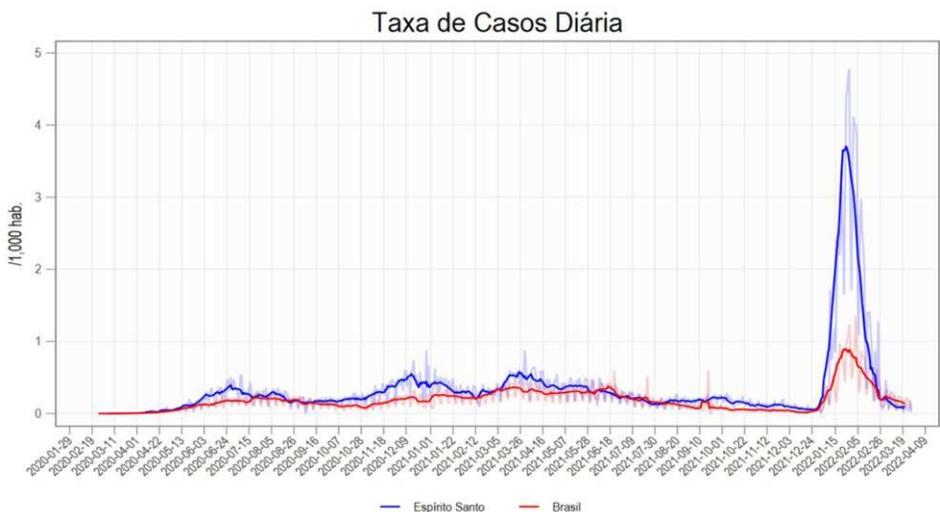
6.1 O curso da Covid-19 no Espírito Santo

A Covid-19 é uma doença causada por uma variante de coronavírus SARS-CoV-2 identificado pela primeira vez em dezembro de 2019. O vírus se alastrou rapidamente pelo Brasil. Para contextualizar a pandemia no território, é importante pontuar que o vírus SARS-CoV-2 sofreu mutações durante a pandemia, alterando sua capacidade infecciosa e de letalidade.

O primeiro caso de Covid-19 registrado no Brasil ocorreu em São Paulo no dia 26 de fevereiro de 2020. A confirmação do primeiro óbito viria a ocorrer poucos dias depois, no dia 12 de março de 2020. No Espírito Santo, o primeiro caso foi registrado no dia 6 de março de 2020 e o primeiro óbito demorou quase um mês para ocorrer, sendo registrado no dia 2 de abril de 2020.

O estado do ES obteve padrão semelhante ao do país no que diz respeito ao comportamento das tendências de casos e óbitos. As taxas de novos casos eram maiores do que as nacionais, mas não com grande discrepância, uma vez que o governo estadual investiu logo cedo na ampla testagem.

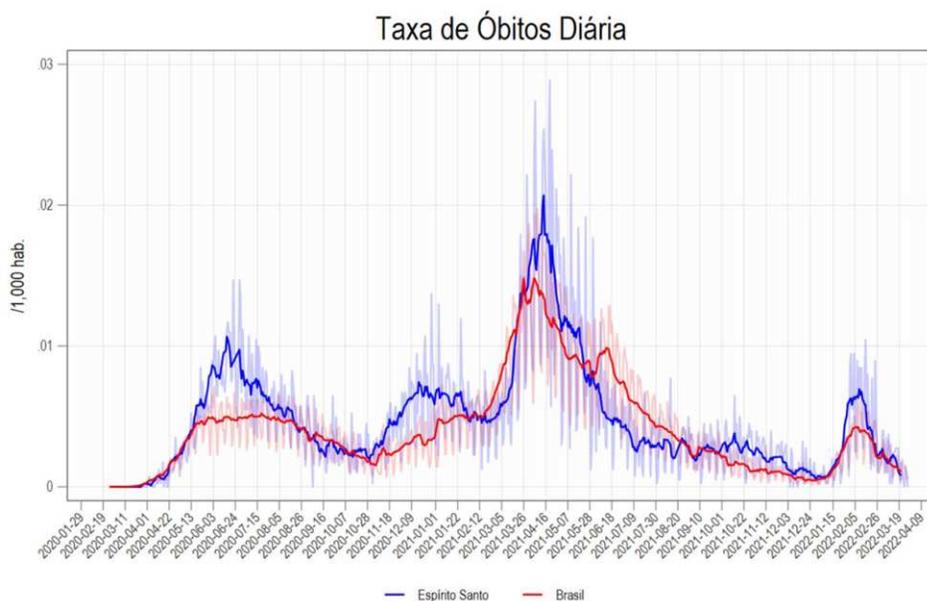
Figura 27. Média móvel de casos diários reportados por mil habitantes



Fonte: Brasil IO.

A evolução das taxas diárias de óbitos apresenta padrão bem próximo ao nacional. Apesar disso, entre maio e setembro de 2021, as taxas brasileiras superaram a do estado do ES. No dia 31 de março de 2022, o Espírito Santo havia registrado 1.045,695 casos e 14.391 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 3,5% e de 254,5 casos por mil habitantes. O Brasil, por sua vez, havia registrado 29.947,895 casos e 659.570 óbitos, totalizando taxas de mortalidade de 3,1% e de 140,4 casos por mil habitantes.

As regiões de saúde foram impactadas de maneira diferente, sendo que na região Metropolitana teve a confirmação de mais de 562 mil casos, uma taxa de 230 casos a cada mil habitantes. A região Central Norte teve 301 mil casos, com uma taxa de 307 casos por mil habitantes, a maior taxa de casos entre as regiões. A região Sul obteve uma taxa ainda acima da região Metropolitana, com 251 casos por mil habitantes.

Figura 28. Média móvel de óbitos diários reportados por mil habitantes

Fonte: Brasil IO.

6.2 A resposta à Covid-19 no SUS capixaba

Neste item, estão descritas algumas das iniciativas implementadas pelo governo do estado do Espírito Santo durante a pandemia da Covid-19. Essas iniciativas foram consideradas inovadoras por produzirem resultados positivos tanto para o sistema de saúde capixaba, quanto para o sucesso do conjunto das medidas adotadas pelo estado em resposta a pandemia.

A partir do material coletado nas entrevistas, observa-se uma preocupação do Governo estadual em agir rapidamente no planejamento de um amplo escopo de ações em resposta à pandemia, que incluíram o fortalecimento do sistema de saúde para o desenvolvimento de ações de prevenção da transmissão e organização da rede assistencial, conforme descreve-se a seguir.

Respostas do Espírito Santo a pandemia da Covid-19:

- i) Planejamento e coordenação da resposta;*
- ii) Medidas para prevenção da transmissão;*
- iii) Organização da rede assistencial;*
- iv) Vacinação.*

i) Planejamento e coordenação da resposta

O governo do estado do ES atuou em diversas frentes para a resposta a pandemia, sempre se antecipando às crises, com medidas precoces adotadas pela gestão, com a elaboração do plano de contingência para nortear as ações do estado.

Neste item, serão abordados os diferentes arranjos organizacionais e instrumentos de planejamento utilizados pelo estado, destacando nesse processo a liderança do governador e do secretário de saúde na coordenação intragovernamental e nas relações interfederativas, além do engajamento da sociedade civil.

A construção do Plano de Contingência do estado do ES serviu de guia para elaboração das ações comunicadas a população, potencializando o papel da assessoria de comunicação e a promulgação de atos normativos.

Apesar do aumento de repasses federais em 2020, a falta de coordenação nacional foi um entrave para o planejamento e coordenação de resposta a pandemia no estado.

Os gestores municipais foram unânimes em afirmar que se, de um lado faltou apoio do governo federal, de outro houve liderança e coordenação estadual junto à cooperação municipal, na resposta aos desafios da pandemia.

Os gestores de órgão de controle do estado também ressaltam a atuação positiva do governo do estado do ES na pandemia, com especial enfoque nas decisões baseadas na ciência e ampliação de serviços permanentes para o estado. Conforme as citações no box a seguir:

C1: *“Falando de forma geral parece que as decisões foram corretas, firmes e seguiram as melhores orientações internacionais e da ciência, isso é o mais correto. Aqui não houve contratação de hospitais de campanha, houve investimento na rede própria e muito esforço para que não faltasse leitos de UTI. Então, em um primeiro olhar o estado seguiu as melhores técnicas. No ES não faltou hospital e nem tratamento para ninguém. Infelizmente tivemos muitas mortes, mas não faltou atendimento.*”

O processo de vacinação do estado foi muito competente e arrefeceu o número de internados e o número de óbitos.

De maneira geral, e é uma constatação prévia, de que o estado do ES foi muito bem-sucedido, as instituições também ajudaram muito, Ministério Público, TCE”.

C2: *“Eu verifiquei que no ES o resultado do trabalho do estado, do ponto de vista do MP foi positivo, primeiro permitiu que os órgãos de controle participassem, tivessem acesso, não precisamos de medidas judiciais, se fosse diferente teríamos muito mais mortes.*”

Destaco a adoção da matriz de risco e os painéis de dados, o ES foi pioneiro. Foram sendo adaptados, porque ninguém tinha manual de como deveria atuar. Então foi um trabalho baseado em tecnologia, em evidência, em boa gestão. Eu via no MP em outros estados que a colega ficava sozinha. E aqui foi um trabalho conjunto. Quando atua em colaboração, ninguém fica sozinho e isso auxilia que as medidas, as decisões sejam feitas com mais qualidade.

Destaco: 1) o diálogo, chamar todo mundo para conversar, os grandes segmentos, envolver todas as searas possíveis, tomar decisões um apoiando o outro. Estamos juntos, com atuação dialógica, não era proteger; 2) A atuação da matriz de risco, estabelecer a regra de jogo, as premissas que já existiam. Se o indicador x estiver assim, o município estará assim, por cores; 3) transparência, quanto mais dados e informações publicamos, disponibilidade e ocupação de leitos em tempo real, quantidade de respiradores... isso traz uma tranquilidade para algumas pessoas. Tem que obedecer às regras. Destaco a comunicação. Então, a atuação colaborativa e dialógicas, segundo as evidências, trabalhar no que tinha de evidência, a matriz de risco, transparência e comunicação. Hoje, na era da fake News os órgãos precisam divulgar a informação”.

O engajamento da sociedade civil também foi um fator importante no apoio ao estado e aos municípios.

- Liderança na resposta

Diante da ausência de coordenação nacional, o governo estadual assumiu a liderança da resposta a pandemia no estado, com decisões pactuadas junto aos municípios, baseadas em mapas de riscos e evidências científicas. Assim, os gestores locais tiveram respaldo em suas decisões mediante a população dos municípios, amparadas pelo governo do estado.

M1: “O estado apoiou muito, como temos contato direto, falamos a qualquer hora com o secretário, isso facilita muito. Tanto o secretário quanto os subsecretários”.

P1: “Considero o governador do ES, um dos melhores gestores do Brasil, e um grande democrata. Primeiro porque não é fácil, governar em meio a uma pandemia e tomar as decisões quando há poucos parâmetros para nos guiar. E segundo, porque um democrata se revela, quando você discorda dele”.

Além dos municípios disporem de diferentes capacidades de resposta, identificava-se que sem uma resposta coordenada no estado não se produziria efeito de contenção da pandemia, devido à proximidade e conexão entre as cidades.

Grande parte dos municípios esteve alinhado ao governo estadual, em razão de que as decisões que tinham um custo político eram amparadas e atribuídas ao governo do estado.

E7: “Nós aqui tomamos a decisão de assumir a coordenação da pandemia, porque tem município que conseguiria tomar as decisões, outros não, aí não tem uma decisão ampla, igual para todo o estado, você não provoca o efeito na contenção e redução do contágio”.

Além disso, a experiência política do governador foi ressaltada como aspecto positivo para articulação de diferentes atores em torno de uma resposta coordenada à pandemia no estado, incluindo o Ministério Público, Defensoria Pública e a sociedade em geral.

E1: “O governador teve uma liderança muito importante, reuniu atores econômicos, o poder legislativo, a defensoria pública, teve o Ministério Público como parceiro nesse processo. Tudo isso com um governador que não é um outsider, é um político que ocupou diversos cargos”.

C1: “O governador Casagrande e o secretário seguiram a ciência e as melhores recomendações, mas havia algumas resistências, e então aqui abrimos 3 frentes de trabalho: - primeiro foi acompanhar o poder de polícia e de fiscalização dos municípios, se as regras restritivas estavam sendo cumpridas pelos municípios, se estavam cumprindo os decretos e normas do governo do estado; segundo, com a chegada das vacinas, tinha preocupação com acompanhamento das filas de vacina. Aí descobrimos que grande parte das unidades nos municípios não tinha câmara fria para conservação adequada das vacinas, conforme preconiza o manual do MS, para garantir a qualidade da vacina; terceiro, com as aulas remotas também colocamos auditores em campo para verificar o desempenho das aulas a distância e se as regras estavam sendo cumpridas com o retorno presencial das aulas”.

C2: “Duas vezes por semana parava o governador para dizer o que deveria ser feito. Teve uma fala de que compras estavam retidas na China, precisava fazer transporte pela África, só que o frete era mais caro. Tinha que tomar decisões difíceis, mas foram feitas com transparência. A força tarefa era de todo o MP, ação coordenada e uniforme para todo o estado, adotar as diretrizes do STF e as evidências das melhores escolas de saúde, da OMS e MS. O Supremo dizia que o estado poderia estabelecer medidas mínimas e municípios medidas mais duras. O estado é quem tinha visão mais sistêmica. O MP se orientou a parir disso”.

- Gestão ampla da resposta

A partir do reconhecimento das dimensões potenciais de impacto causados pelo SARS-Cov-2, o governo do Espírito Santo decidiu organizar uma resposta ampla à pandemia no estado, orientada por três frentes de trabalho: saúde, para preparar o SUS capixaba para a pandemia; proteção social, para proteção as famílias em situação de risco e vulnerabilidade; e econômica, como apoio financeiro aos empreendedores frente aos impactos da crise.

E7: “Para a gente poder fazer uma gestão mais ampla da pandemia e diminuir os impactos (...) atuamos aqui em três frentes (...) uma frente da

saúde, que era naturalmente necessário. Uma área na frente de trabalho social, pra gente proteger as famílias, criamos um auxílio específico, distribuição de cesta básica (...) e uma frente de trabalho pra proteger os empreendedores que também sofreram nesse tema”.

M3: “O Renato (Governador Renato Casagrande) ataca em todas as frentes, mas na saúde ele tem um carinho, um diferencial, mas ele colocou uma pessoa muito experiente em avanço dos serviços”.

- Preparação da resposta

A preocupação antecipada da equipe de governo do estado do Espírito Santo gerou uma preparação anterior das ações de resposta a pandemia, assim que foram divulgados os primeiros casos de infecção pelo novo coronavírus na China no final de 2019 e início de 2020.

E7: “O secretário Nésio veio com a equipe da secretaria dizendo que precisávamos nos preparar porque o vírus poderia chegar ao Brasil (...) O estado precisaria ampliar a estrutura hospitalar para dar atenção a pessoas (...) então, com certa antecedência a gente começou a se preparar”.

Destaca-se nesse movimento de preparação da resposta a busca pelo embasamento científico para a tomada de decisões. Em um cenário de muitas incertezas e desconhecimento sobre a doença, uma das primeiras providências adotadas pela equipe da SESA foi reunir-se com especialistas, sociedades médicas, epidemiologistas, procurando estar amparados pela ciência a todo momento.

E1: “Quando houve a divulgação dos casos na China, no início de 2020, nós já fizemos a primeira reunião com especialistas”.

PI: “Como vice-reitora no início da pandemia, como sou epidemiologista com experiência em pesquisa na área de doenças infecciosas, falamos desde o dia 11 de março quase diariamente”.

- Instrumentos normativos e de planejamento

Desde o início do surto do novo coronavírus no país, o governo estadual publicou diversos atos normativos como decretos, leis, portarias e notas técnicas com orientação sobre a resposta do estado à pandemia. Dentre eles, destaca-se o Plano de Contingência Estadual para a Doença Respiratória Aguda pelo 2019-nCoV, publicado em sua primeira versão em fevereiro de 2020, seguindo as orientações do Plano de Contingência Nacional.

M3: “Tanto é que a gente ficava alinhado (com o estado) a tal ponto que todos os municípios aguardavam as notas técnicas e resoluções do estado para tomar as decisões. Estamos alinhados com defensoria pública, Ministério Públicos e outros”.

O objetivo definido no plano de contingência estadual era redução do risco de introdução do vírus, a detecção e confirmação rápida dos casos, oferta de assistência qualificada e a garantia de uma resposta adequada. Para tanto, o plano apresentava um conjunto de ações dirigidas para as áreas de i) portos e aeroportos; ii) comunicação; iii) notificação; iv) vigilância em saúde do trabalhador; v) vigilância laboratorial; e iv) organização da rede assistencial.

Com a notificação, mapeamento de casos adscritos e monitoramento, o plano orienta que as secretarias municipais de saúde devem compartilhar com as equipes que atuam na APS dados epidemiológicos sobre a circulação do vírus corona e outros vírus respiratórios, bem como orientar os profissionais sobre as medidas de controle e a condução dos casos suspeitos.

“Todos os profissionais das unidades de atenção primária devem estar capacitados para identificação dos casos operacionais (suspeito e provável) e fazer o manejo para condução da confirmação ou descarte dos casos o mais precoce possível. Estes profissionais se incluem em todos seus espaços de cuidado: recepção, acolhimento e classificação de risco, atendimento de enfermagem, atendimento odontológico, farmácias, salas de vacina, consultas médica, de enfermagem e multiprofissionais e em visitas domiciliares e visita aos espaços comunitários do território (escolas, centro comunitários, igrejas, praças etc.)”

Com relação a organização da rede assistencial, observa-se que além da preocupação em definir uma rede de hospitais de referência, o plano dá enfoque ao papel da APS para prevenção, controle e tratamento a pacientes com Covid-19. A APS é definida como coordenadora e ordenadora do cuidado, por isso a necessidade de padronizar as ações para a detecção precoce de pessoas caracterizadas como casos suspeitas de infecção pelo novo coronavírus e realizar manejo inicial, acionando transporte e encaminhamentos dos casos suspeitos para a unidade de referência de forma oportuna e segura. Além disso, o plano orienta que a APS deve:

- *Registrar adequadamente as informações clínicas, histórico de viagem internacional ou contato com caso suspeito ou confirmado;*
- *Adotar medidas de proteção individual (profissional) e coletiva no atendimento ao caso suspeito;*
- *Realizar a referência e receber a contrarreferência adequadamente, com todas as informações pertinentes e completas;*
- *Investigar e registrar dados de contatos próximos;*
- *Realizar a notificação imediata;*
- *Mapear sua área de adscrição e seus casos para monitoramento assistencial;*
- *Adotar medidas para evitar casos graves e óbitos; e*
- *Orientar a população sobre medidas de prevenção.*

- Coordenação intragovernamental

Para integração da equipe de governo estadual na resposta à pandemia foram criados diferentes arranjos e o envolvimento de todos os agentes governamentais.

Por meio de portaria publicada em 2 de março de 2020, a SESA estabeleceu o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19). O COE era coordenado pela Gerência de Vigilância em Saúde (GEVS), como um mecanismo estadual da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito estadual, envolvendo as secretarias municipais de saúde.

E1: “Na SESA, tínhamos o Centro de Operações Especiais, tínhamos reuniões semanais com todos os secretários municipais de saúde. A avaliação do cenário era compartilhada com secretários municipais”.

No dia 13 de março de 2020, foi decretado estado de emergência em saúde pública no estado, com o estabelecimento de medidas sanitárias e administrativas para prevenção, controle e contenção dos riscos, danos e agravos, decorrentes do surto de coronavírus. Esse decreto também estabeleceu uma sala de emergência em Saúde Pública (sala de situação) com objetivo de disponibilizar informações que subsidiassem a tomada de decisão e a gestão da Covid-19. Além da SESA, a sala de situação era composta pelas secretarias de governo, da educação, da segurança pública e defesa social, da justiça, de trabalho, assistência e desenvolvimento social e procuradoria-geral do estado do Espírito Santo. Esses dispositivos ampliavam a articulação entre as equipes.

E1: “O governador criou o Centro de Comando Integrado, tínhamos uma sala de situação que reunia uma, duas vezes na semana”.

E5: “Você acaba rompendo também com as casinhas quando você vai olhar pra aquele evento”.

P1: “A partir de então, Nesio e o governador do estado Renato Casagrande, nos convidaram para participar da Sala de Emergência para o Coronavírus, e partir do dia 30/03, eu e meus colegas da matemática da Ufes, Etereldes, Fabiano e Helio iniciamos os trabalhos de análise dos dados da pandemia no ES. Os meses que se seguiram foram de intenso trabalho, tínhamos acesso aos dados de casos e óbitos notificados no ES e fazíamos as análises para apresentação na Sala de situação do governo”.

P1: “...assim, na Sala de Emergência do governo estadual discutíamos semanalmente as estratégias do estado, assim como, outros estados passaram a ter seus próprios comitês técnicos”.

Em 21 de março de 2020 foi ativado o Centro de Comando e Controle (CCC) Covid-19. Além da secretaria de saúde e outras secretarias do estado, o CCC era composto por representantes do Corpo de Bombeiros Militar, Defesa Civil, Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN) e Universidade Federal do Espírito

Santo (UFES). Nas reuniões eram feitas avaliações de cenários orientados por matriz de risco que subsidiavam as decisões relativas a medidas de restrição de atividades comerciais e de isolamento social.

E7: “A pandemia virou um assunto para ser gerenciado não só pelas pela secretaria de saúde, mas por todo o governo (...) esse sistema de comando e controle passou a analisar os dados diariamente assim de projeção de contágio, analisar estatisticamente percentual de pessoas internadas de acordo com o número de pessoas contagiadas. Isso deu ao estado uma capacidade de gestão na pandemia (...) estivemos sempre um passo à frente da doença. A doença nunca atropelou a gente”.

Além disso, o Centro de Comando e Controle também auxiliava no monitoramento dos leitos para ampliação da rede hospitalar, seja agilizando obras de infraestrutura ou a contratação de leitos privados, bem como a compra de insumos necessários ao enfrentamento da pandemia. Com isso, ganhou-se agilidade nos processos, sendo registrado que em nenhum momento houve desabastecimento de insumos nos serviços de saúde do estado.

E7: “Os profissionais de controle foram organizar compras (...) agilizar as obras nos hospitais, contratar mais leitos nos hospitais filantrópicos, na identificação de hospitais privados que poderiam fornecer leitos”.

E7: “Lógico que tinha noite que a gente assim ia tentar descansar, mas não conseguia pela quantidade de pacientes, de pessoas necessitando de internação hospitalar, necessitando de um respirador. E conseguimos fazer compra de respiradores que vieram da Itália, que vieram da China. Recebemos alguns respiradores do Governo Federal, mas fizemos compras aqui em um número significativo em que enviamos respiradores pros municípios, pras UPAs”.

E9: “Foi uma estrutura que funcionou muito bem. A gente teve um tempo de resposta ótimo, o estado do Espírito Santo não teve nenhum caso de desabastecimento de insumo, né? Quando a gente vê nos estados com problema com fornecimento de oxigênio, de EPIs, álcool”.

P1: “Também foi criado o Núcleo Interinstitucional de Estudos Epidemiológicos (NIEE), integrando a SESA, Corpo de Bombeiro da

Militar do Espírito Santo (CBMES), Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN) e Laboratório de Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e o NIEE ficou então, sob coordenação do IJSN”.

P1: “O NIEE foi criado devido à necessidade de adoção de ações coordenadas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância estadual e internacional, decorrente do novo coronavírus e teve por objetivo subsidiar as decisões do poder executivo estadual nas medidas de enfrentamento de emergências em saúde pública”.

- Relação Interfederativa

Apesar da forte articulação da resposta à pandemia com as prefeituras, a relação com o governo federal foi relatada como contraditória. Por um lado, devido a pressões do Congresso Nacional, foi criado um orçamento extraordinário que permitiu aumentar o repasse de recursos financeiros federais significativo em 2020 e estabelecer um auxílio emergencial mensal para população de seiscentos reais, vigente por 19 meses desde abril de 2020. Por outro lado, a falta de interlocução e coordenação, frequente troca de ministros, posturas e falas do presidente como impulso para fakenews, ataques dirigidos a gestores estaduais, criaram dificuldades para a resposta a pandemia.

E7: “Eu não posso dizer que a gente não teve apoio do governo federal. Nós tivemos apoio financeiro (...) agora o que faltou, que foi grave para nós, foi a falta de coordenação nacional (...) isso prejudicou muito o nosso trabalho. Porque ao mesmo tempo que a gente orientava numa direção que os governadores todos praticamente orientavam numa direção, muitas vezes o presidente da República dava sinais totalmente contrários, alimentou pessoas negacionistas, (...) começava um debate insano de produção de ataques aos gestores dos estados. Então essa falta de coordenação, essa falta de empatia, de solidariedade, no momento que as pessoas estavam perdendo vida, isso dificultou muito e limitou muito a nossa ação. Se nós tivéssemos tido um governo que além de financiar, pudesse nos chamar para gente tomar decisões juntos. Imagina só uma decisão avaliada pelo presidente da República, pelos governadores, pelos prefeitos que podia não ser única. Em cada momento, em cada em cada região, mas pudesse ser uma decisão tomada unânime. Isso teria facilitado muito a nossa vida, então isso é um registro negativo que a gente tem que fazer da falta de interação e de coordenação do governo federal.”

Os municípios entrevistados destacaram a liderança e apoio do governador e do secretário de saúde, reforçando a disponibilidade do secretário em atender os gestores municipais, realizar reuniões semanais com todos os municípios, atualizar as informações da pandemia e discutir de forma colegiada as soluções.

M1: “(A atuação do estado na pandemia) foi primordial para a gente, tínhamos praticamente um contato diário, atualização toda semana dos dados e informações, toda sexta a gente se reunia, para discutir estratégias, trazer números, orientações sobre portarias, ver a necessidade dos municípios, a troca de experiência entre os municípios”.

Em relação a relação entre municípios e governo federal, os gestores municipais avaliam como uma relação fraca, ausente de coordenação nacional e prejudicial no que tange as *fakenews* que se espalhavam pela população, gerando embates e polêmicas acerca de métodos ou medicamentos sem comprovação científica de eficácia.

M1: “A gente não teve muito apoio não (do governo federal). As coisas não vinham e quando vinham já tinha passado o momento. Precisávamos de resposta rápida, nossos municípios estavam morrendo. Quem nos ajudou mesmo foi o estado”.

M2: “Graças a Deus que temos um secretário bem articulado, então supriu a ausência do governo federal. Todas as críticas ao governo federal, antes tinha uma condução com Mandetta e depois ficamos à deriva”.

- Engajamento da sociedade civil

O engajamento da sociedade civil foi importante ponto de apoio na resposta a pandemia. Além de doações, a relação entre o governo e setores da sociedade civil organizada foi importante para esclarecimento da população sobre a pandemia.

M1: “Foi o que salvou a gente. A gente não conseguiu a comprar, o estado doou muita coisa, empresas privadas também fizeram doação e entre os municípios a gente se ajudou bastante”.

E7: “Destaco a parceria com empresas que fizeram doações ao governo do estado, aos municípios, aos hospitais. Destaco até movimentos comunitários que fizeram trabalho de conscientização nas comunidades. Então, assim, teve um trabalho aqui conjunto que produziu efeito (...). O setor empreendedor, a Federação de Indústria, Geração de Comércio e Transporte, todos participaram dos debates nossos (...) as igrejas ajudaram muito, tanto a igreja católica, evangélicas, acolhendo pessoas necessitadas, tanto com a palavra de apoio psicológico, como a complementação do alimento, então as igrejas deram a colaboração grande nesse trabalho”.

Uma das iniciativas do governo do estado para estimular a participação da sociedade civil foi o programa “ES Solidário”, cujo objetivo era organizar a arrecadação de doações em dinheiro, serviços, cestas básicas, além de kits de limpeza e de higiene pessoal para ajudar às pessoas que estavam enfrentando dificuldades por conta da Covid-19. Foram arrecadadas 31.402 cestas básicas e verdes, kits de limpeza e de higiene pessoal e R\$ 630.461 mil. Para direcionar as doações arrecadadas, o ES Solidário cadastrou organizações que desenvolviam projetos sociais em áreas vulneráveis para recebê-las e assim repassá-las às famílias mapeadas.

ii) Medidas para prevenção da transmissão

As ações de prevenção da transmissão articularam medidas de comunicação e reforçaram o papel da vigilância na capacidade de diagnóstico da situação epidemiológica, por meio de testagem e monitoramento dos casos, contribuindo para subsidiar a gestão na tomada de decisões.

Nesse sentido, estão descritas as ações do estado do ES voltadas para comunicação em saúde, contribuindo para a transparência das informações e para a adesão da população às medidas preventivas, o monitoramento e a produção de dados por meio dos inquéritos epidemiológicos, a ampla atuação da vigilância em saúde em todas as frentes e, por fim, as medidas de distanciamento social.

Medidas para prevenção da transmissão:

- *Comunicação em saúde;*
- *Publicização e Transparência;*
- *Monitoramento e vigilância;*
- *Medidas restritivas e de isolamento social.*

- Comunicação em Saúde

A comunicação foi uma prioridade no Plano de Contingência do estado. Em março de 2020, o governo estadual lançou um site com orientações gerais sobre o coronavírus. A iniciativa visava agilizar o acesso a informações de prevenção ao vírus, sob a responsabilidade da Assessoria de Comunicação Social (Ascom) da SESA.

A assessoria de comunicação da SESA esteve a todo momento acompanhando o que a secretaria vinha desenvolvendo, em alinhamento com a Secretaria de Comunicação (SECOM) do governo. O desafio principal era passar a informação mais completa possível, em um cenário em que as decisões ainda estavam sendo tomadas e as ações sendo planejadas, porém, com uma inquietude da imprensa sempre ávida por informações.

E10: “Então o nosso principal desafio foi passar informação mais completa possível dentro de um cenário que a SESA ainda estava elaborando estratégias, elaborando aquilo que precisava ser desenvolvido. Então se eu tinha uma informação sobre respirador pra dar eu não tinha ela completa. Entendeu? Então isso gerava pra gente um certo retrabalho ou o retorno da imprensa querendo complementos de informação”.

Havia uma preocupação do governador e do secretário de saúde em passar o máximo de informações para a população, sendo o mais transparentes possíveis. Para isso, a área de comunicação da saúde ficava responsável por organizar as coletivas de imprensa, sempre com a presença do secretário de saúde e do subsecretário de vigilância em saúde. No início da pandemia as coletivas eram semanais, em determinados períodos de crise até mais de uma vez por semana.

E10: “O secretário e o sub de vigilância religiosamente davam coletivas online toda semana, às vezes mais de uma vez por semana, pra deixar todo mundo atualizado uniformemente sobre tudo que estava acontecendo (...) a gente conseguiu manter toda a mídia informada de tudo que estava acontecendo, porque o nosso Governador, ele nos ordena ser transparente”.

O trabalho da assessoria de comunicação foi fundamental para dar visibilidade a população das atividades e estratégias de enfrentamento da pandemia que estavam sendo desenvolvidas pela SESA.

E10: “Não existe plano de comunicação que dê conta de uma pandemia, né? (...) a gente precisou acompanhar tudo que a SESA estava desenvolvendo (...) o nosso principal desafio foi passar informação mais completa possível dentro de um cenário que a SESA ainda estava elaborando estratégias”.

Além de articular com o COE (2019-nCoV) a preparação e distribuição de materiais informativos para a população e profissionais de saúde, a Ascom também coordenava o atendimento às demandas de imprensa.

As ações de comunicação em âmbito estadual coordenadas pela SESA foram ainda mais importantes em razão da lacuna do governo federal na orientação à população quanto a gravidade das doenças, e da necessidade de confrontar notícias falsas disseminadas pelo presidente da República.

E10: “O próprio governo federal não alertava a população sobre a gravidade do que estava acontecendo, né? (...) Então depois veio a polêmica do medicamento, né? Do kit covid pra a onda da cloroquina (...) foi um mau exemplo, que houve sim uma faixa grande aqui no Espírito Santo que aderiu (...) então foram esses dois caminhos”.

- Publicização e Transparência

Diferentes estratégias foram estabelecidas pelo governo capixaba para dar transparência aos dados relativos à pandemia. Por duas vezes o Espírito Santo ficou em 1º lugar na divulgação dos dados referentes à pandemia da Covid-19, segundo a ONG *Open Knowledge* Brasil (OKBR), em razão de disponibilizar microdados sobre os casos notificados de Covid-19.

Vale a pena destacar algumas ferramentas de disponibilização de dados e informações relativas à pandemia que foram desenvolvidas pelo governo do estado do Espírito Santo:

- Site Coronavírus (<https://coronavirus.es.gov.br/>)

Foi lançado em março de 2020 o espaço na *web* com informações consolidadas sobre o novo coronavírus, com foco na situação da pandemia no estado do ES e as medidas e ações desenvolvidas pelo governo do estado. Nesse espaço, o estado disponibiliza toda a legislação relacionada ao coronavírus, os boletins epidemiológicos, mapas de riscos, todos os materiais e informativos utilizados como campanhas publicitárias de alerta e informação a população. Destaca-se neste site os painéis informativos sobre a Covid-19, que são consolidados de dados agregados em ferramentas de *Business Intelligence* (BI) e disponibilizados para o público em tempo real.

Figura 29. Painéis informativos sobre a Covid-19



Fonte: SESA.

- Painel Covid-19

O Decreto nº 4593-R, também lançou um sistema público para consulta dos dados intitulado - Painel Covid-19 – o qual disponibilizaria informações atualizadas sobre a situação da doença no estado do Espírito Santo. O painel

Covid-19 foi lançado pelo governo do estado do Espírito Santo como um sistema público para consulta dos dados. Esse ambiente virtual, situado no sítio eletrônico <https://coronavirus.es.gov.br>, disponibiliza as informações sobre a situação da doença no estado de forma transparente e diária.

As informações a respeito da Covid-19 geram painéis com os dados da epidemia. Nele é possível conferir, em tempo real, informações sobre a Covid-19 no estado, como, por exemplo, o número de casos confirmados, casos em investigação, pacientes curados, óbitos e o números de testes de RT-PCR em tempo real. Também possibilita checar a situação por regiões de saúde, municípios, bairros, faixa etária, sexo e comorbidades, como pode ser visto na figura abaixo:

M2: “O Painel Covid, a leitura epidemiológica, o estado foram muito inovador, utilizávamos dados do painel para que pudesse fazer a intervenção em tempo oportuno”.

Figura 30. Painel Covid-19



Fonte: SESA.

- Painel de Isolamento Social

Em 21 de maio de 2020, o governo do estado do ES lançou o painel público com os dados do índice de isolamento social em cada município do Espírito Santo. Como mais uma funcionalidade no site do coronavírus, o Painel de Isolamento social utiliza as informações fornecidas pelas operadoras de telefonia móvel para

monitoramento do deslocamento dos usuários de celulares, através da aglutinação e anonimização dos dados, para não desrespeitar a privacidade de cada cidadão. O painel foi criado pelo Instituto de Tecnologia da Informação e Comunicação do Estado do Espírito Santo (Prodest).

Figura 31. Painel de Isolamento Social



Fonte: SESA.

- Monitoramento e Vigilância

A Vigilância em Saúde (VS) teve papel central na resposta a pandemia no SUS capixaba. Desde o início, a VS assumiu a responsabilidade de elaboração do plano de contingência e o gerenciamento das ações de enfrentamento a Covid-19 no estado. Para tanto, foi necessário promover inúmeras mudanças na organização e no modo de atuação das equipes de vigilância.

A necessidade de dados sobre a evolução da doença para orientar a tomada de decisões governamentais e informar a população exigiu criar e aprimorar os instrumentos de diagnóstico em saúde pública, incluindo a ampliação de testagem e a realização de inquéritos de saúde pública. Isso possibilitou implementar medidas e soluções que poderão ser aplicadas em outros eventos.

M1: “O convívio semanal com o secretário e o convívio diário com subsecretário de vigilância e o gerente. Sem esquecer dos técnicos das regionais, que foram super importantes”.

- Inquéritos epidemiológicos

Coordenado pela SESA, o estado do ES realizou inquéritos epidemiológicos da Covid-19 de base populacional. Foram realizadas quatro etapas de inquérito domiciliar e duas etapas de inquérito escolar. O objetivo foi estimar o percentual de pessoas infectadas pelo SARS-CoV2 no município e no estado do ES, a velocidade de disseminação da infecção e o percentual de sintomas entre os positivos.

P1: “Em abril, o secretário Nesio me convidou para participar de um grupo que estava pensando alguns estudos para o ES. A ideia de fazermos um inquérito epidemiológico se impôs, naquele momento ainda tínhamos poucos testes e estimar o número de casos que tínhamos no estado era importante para pensarmos as políticas públicas”.

O inquérito Covid-19 escolar teve como objetivo estimar a prevalência de estudantes e trabalhadores (professores e profissionais de apoio) da rede estadual, municipal e da rede privada, de ensino fundamental e médio, no estado do Espírito Santo infectados com o SARS-CoV-2.

Segundo informações da gestão, os inquéritos contribuíram para mostrar o percentual de pessoas que já tiveram contato com a doença, utilizar as variáveis do inquérito, como, informações do território, demográficas, e, identificar quem eram as pessoas mais vulneráveis.

E5: “nós compreendemos que inquéritos sorológicos são ferramentas importantes pra lidar com determinados agravos, determinadas doenças”.

E12: “um grande aprendizado em relação a parte dos inquéritos em si foi a velocidade com que nós conseguimos trabalhar informação”.

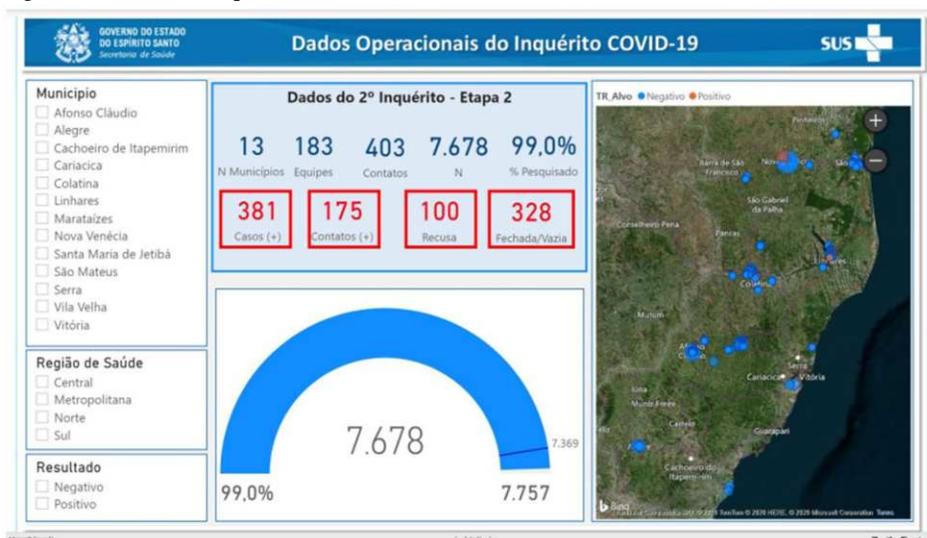
P1: “Nosso estado foi o segundo a realizar um inquérito epidemiológico de base populacional e que forneceu subsídios para entendermos o espalhamento da doença no estado”.

Além disso, a SESA realizou censo nas escolas e na comunidade indígena de Aracruz, que tem cerca de quatro mil indígenas.

P1: “Além do Inquérito populacional, um trabalho feito a muitas mãos entre pesquisadoras e pesquisadores da Ufes, do IJSN e da SESA, realizamos juntamente com a secretaria de justiça o inquérito no sistema prisional cujos resultados foram importantes para aprimorar os protocolos de controle da doença no sistema prisional”.

P1: “Fizemos também um inquérito sorológico na população indígena que está em fase de análise. Assim, muitas pesquisas científicas foram possíveis de serem realizadas, graças ao financiamento do governo estadual, que priorizou a ciência para a tomada de decisão”.

Figura 32. Dados do Inquérito Covid-19



Fonte: SESA.

- Mapeamento de Risco

Em abril de 2020, por meio do Decreto nº 4636-R, o governo do estado do ES instituiu o mapeamento de risco para estabelecer medidas para o enfrentamento da Covid-19.

O mapeamento de risco consistiu no estabelecimento de critérios epidemiológicos para o enquadramento de cada município do estado do Espírito Santo em um dos seguintes níveis de risco, em caráter crescente de gravidade: I - Risco baixo; II - Risco moderado; III - Risco alto; e IV - Risco extremo.

M3: “No mapa de risco o estado fazia o balizamento com prefeitos e secretários junto com Governador do Estado e segurança pública. Todo apoio na parte legal. Dr Nesio e toda a equipe tinha uma resposta muito rápida. As notas técnicas saíam rápidas, concomitante a OMS. Isso trouxe uma segurança muito grande para os municípios”.

O governo do estado publicou um documento intitulado Estratégia de Mapeamento de Risco e Medidas Qualificadas no Espírito Santo, com um consolidado da estratégia de mapeamento de riscos e das medidas implementada pelo estado do ES e municípios no enfrentamento à pandemia, tendo como premissa a avaliação de ameaças de forma equilibrada com relação à cada região e à cada município do estado do Espírito Santo.

Figura 33. Matriz de Risco



Fonte: SESA.

- e-SUS/VS Espírito Santo

E12: “...o e-SUS/VS já era uma prioridade antes da pandemia”.

O Sistema de Vigilância em Saúde do Estado do Espírito Santo (e-SUS/VS) foi lançado oficialmente pelo governo em 2020. Durante o ano de 2019 ele foi desenvolvido e os 78 municípios do estado passaram por capacitações de como manejar o sistema.

De acordo com as informações coletadas, o estado do ES resolveu desenvolver seu próprio sistema de vigilância e notificação de agravos, tendo em vista as limitações do Sistema de Notificação de Agravos do Ministério da Saúde (Sinan) e, para permitir o acesso, em tempo real, das informações em saúde do estado, facilitando a tomada de decisão.

E5: “É claro que nós tínhamos ferramentas que foram construídas antes da pandemia, mas que entraram efetivamente em funcionamento na pandemia, como um único sistema de notificação. Ele permite toda a transparência que está dada hoje dos dados da pandemia”.

Os técnicos de vigilância nos municípios alimentam o sistema e o estado fica responsável pela consolidação das informações. Com isso, as atividades “meio” e as rotinas dos operadores de vigilância em saúde foram amplamente transformadas, dispensando inúmeras etapas burocráticas, como: impressões de formulários, dependência de deslocamento sistemático para recolhimento de fichas para digitação futura, retorno de formulários mal preenchidos e uma infinidade de tarefas manuais para propiciar a segurança dos dados, desde a sua origem até a digitação destes no sistema antigo.

Apesar do curto período transcorrido desde a implantação, o sistema se fortaleceu e, mesmo diante das dificuldades tradicionais da vigilância de um agravo novo, como a Covid-19, evitou a criação de planilhas paralelas e se consolidou como a principal ferramenta no monitoramento da pandemia.

E12: “a questão das notificações no e-SUS VS o sistema também sustentou muito bem porque tem mais de... acho que mais de três milhões de

modificações nesse sistema. Não é só de acordo com Covid, envolvendo tudo, mas a maioria é Covid”.

Além disso, projetou o estado do Espírito Santo para a liderança na transparência, com disponibilidade de dados válidos e oportunos em painel epidemiológico dinâmico, com informações focadas na resposta estadual à ameaça provocada pelo novo coronavírus.

- Serviço de Verificação de Óbitos (SVO)

A pandemia contribuiu para o fortalecimento dos sistemas de informação e as estruturas de vigilância do estado, tendo em vista a necessidade de gerar dados, de preferência em tempo real, para subsidiar a tomada de decisão.

O Serviço de Verificação de Óbitos do estado, responsável por realizar necropsias com a finalidade de esclarecimento de óbitos de causa não definida, foi estruturado com uma sala de situação exclusiva para investigar óbitos, tendo em vista as medidas de restrição para realizar necropsias durante a pandemia. Para cada óbito por Covid-19 era realizado um dossiê com informações sobre o caso.

E5: “...SVO hoje é uma estrutura muito mais adequada que era antes porque na medida em que a pandemia se instalou nós tivemos um regramento em que você deveria evitar as necropsias, né? pelo risco de contaminação. Então o SVO fez uma grande adequação. Ainda claro temos pendências, mas é um serviço muito mais adequado do que era anteriormente”.

E1: “tínhamos uma sala de situação para investigar óbitos, temos um excelente banco de óbitos no estado, sendo que, para cada óbito por Covid-19 há um dossiê”.

- Testagem para Covid-19

E1: “Tivemos a quantidade de testagem ampliada, testagem em massa, inquéritos soropidemiológicos no início para entender a pandemia. Criamos uma Matriz de Risco para classificar os municípios”.

O governo do Espírito Santo apostou na testagem em massa da população. Distribuíram-se pontos de testagem em todo o estado, com a utilização dos equipamentos e aplicativos dos inquéritos epidemiológicos para a notificação em tempo real.

E1: “No início da Pandemia, já projetávamos que o Lacen pudesse fazer 10 mil PCR por dia. Compramos quantidade imensa de equipamentos para o Lacen e para a rede como um todo”.

E12: “nós criamos mais de 740 pontos de testagem no estado e ainda colocamos os pontos complementares da secretaria”.

Para isso, foi necessário ampliar a capacidade do Laboratório Central de Saúde Pública do Espírito Santo (Lacen), que passou de 40 para 1000 amostras por dia ainda em abril de 2020.

De acordo com um dos gestores, o Lacen do estado do ES tem capacidade hoje de fazer até 10 mil amostras por dia de RT-PCR (para Covid-19), superando e muito a capacidade anterior. Além disso, o Lacen se estruturou melhor com equipamentos e tecnologias, incluindo a possibilidade de fazer análise genômica, biologia molecular, de forma a expandir o diagnóstico para outros agravos além da Covid-19.

E12i: “hoje temos capacidade de fazer até dez mil amostras dia de RT-PCR sempre que for preciso, nossa capacidade era de mil e oitocentos a duas mil amostras/dias”.

Junto a isso, o governo do estado distribuiu 6.500 testes rápidos para os 78 municípios do estado e realizou a compra de 50 mil testes na China. Foi relatada também a compra de mais de 750 mil testes de antígeno pelo estado, o qual é disponibilizado aos municípios mediante a demanda e solicitações dos gestores. Para isso, o estado gerencia esses testes dentro do programa Vacina e Confia.

Com apoio do estado na compra e distribuição dos testes de antígeno, os municípios puderam ampliar a testagem a população.

M1: “O estado investiu muito nos testes de antígeno, fazia a compra e distribuía para os municípios, alavancou as testagens para Covid-19”.

M1: “No meu município testamos 7.415 mil pessoas, mais que 50% da população inteira. Testamos 100% das escolas, mas tínhamos dificuldade na autorização dos pais, no teste ou vacina. Na casa de amparo testamos a cada 2 meses ou quando tem caso, testam todos os idosos. Em janeiro testamos todos os comércios, os donos chamavam para testar os funcionários.”.

Medidas restritivas e de isolamento social

A suspensão do funcionamento dos estabelecimentos comerciais e outras medidas de isolamento ou restrição social foram decretadas pelo governo do estado do ES por meio do Decreto nº 4605-R, de 20 de março de 2020, com caráter complementar a outras ações já constantes nos Decretos nº 4.597-R, de 16 de março de 2020, 4.599-R, de 17 de março de 2020, 4.600-R, de 18 de março de 2020, 4.601-R, de 18 de março de 2020 e 4.604-R, de 19 de março de 2020, e em atos normativos editados previamente no âmbito do estado do Espírito Santo.

Diversas outras normas foram publicadas pelo governo do estado do ES com medidas para que os estabelecimentos comerciais e de serviços em todo território estadual reforçassem as boas práticas e os procedimentos de higienização, assim como garantissem as condutas adequadas de higiene pessoal, o controle de saúde dos colaboradores e o estabelecimento de medidas de atendimento seguro ao cliente, a fim de minimizar o risco de transmissão do novo coronavírus.

A implantação das medidas restritivas teve adesão inicial da população em razão do medo em relação a doença.

E7: “no início da pandemia não precisou fazer nada para as lojas fecharem (...) foi um momento de muito medo da população, medo dos profissionais de saúde, de como lidar com a doença (...) depois nas outras ondas também a gente teve muita pressão, mas você já tinha já um certo costume”.

Porém, ao longo do tempo, a manutenção das atividades de isolamento social, bem como a coordenação de resposta enfrentaram o problema das *fakenews*.

M3: “outra questão foi a contenção da população, aderir o isolamento social, usar máscaras, não querer se vacinar, deu trabalho epidemiológico muito desgaste.

E7: “tivemos que enfrentar nesse tempo todo assim uma onda de fake News (...) na pandemia isso se potencializou muito e de uma perversidade sem tamanho porque todos deveriam estar na mesma direção tentando estruturar o serviço de saúde para atender a população. O inimigo maior que a gente enfrentou foi a produção de fake news. Isso foi um grave problema que a gente enfrentou na pandemia”.

M3: “Uma das questões de mais estresse que me causou e quase acometeu minha exoneração, uma das piores coisas que eu vivenciei foi com relação a cloroquina. Um fármaco sem evidência e trouxe um momento de muito estresse, colocava o município em cheque”.

iii) Organização da Rede Assistencial

Apesar das medidas adotadas para prevenção da Covid-19, o estado enfrentou picos de demandas exigindo ampliar rapidamente a rede assistencial, principalmente de leitos hospitalares, além de aprimorar o uso dos recursos disponíveis.

Ao mesmo tempo em que a pandemia contribuiu para alavancar alguns projetos prioritários, como a expansão dos leitos hospitalares, o fortalecimento da APS e a coordenação do acesso e da regulação, alguns procedimentos eletivos tiveram que ser suspensos, retardando a implantação das mudanças planejadas para a atenção especializada.

E3: “Poderíamos ter avançado muito mais na atenção especializada (...) para ampliar o número de leitos ativos nós tivemos que suspender alguns procedimentos eletivos (...) ao mesmo tempo a gente teve que adiantar a reforma da nossa rede própria, dos hospitais próprios, estamos expandindo o SAMU”.

Neste item, estão destacados alguns arranjos e soluções implementadas na rede assistencial do SUS capixaba em resposta a pandemia da Covid-19, no que tange a APS, a atenção hospitalar, a rede de urgência e emergência e a regulação do acesso e dos leitos. Além da apresentação dos dados e informações que demonstram o impacto da pandemia na produção do sistema.

Estratégias para organização da rede assistencial:

- *Agenda de resposta rápida na APS;*
- *Definição de referências regionais nos hospitais;*
- *Expansão dos leitos hospitalares;*
- *Atenção as urgências e emergências;*
- *Estratégias de regulação.*

Atenção Primária a Saúde**- Agenda de resposta rápida**

Segundo o Plano de Contingência do ES, a organização da rede assistencial deveria dar enfoque para assistência na APS de ações de prevenção, controle e tratamento da Covid-19.

“O objetivo da organização da rede a partir da Atenção Primária em Saúde, como coordenadora e ordenadora do cuidado é a padronização das ações para a detecção precoce de pessoas caracterizadas como casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19) e realizar manejo inicial, acionando transporte e encaminhamentos dos casos suspeitos para a unidade de referência de forma oportuna e segura.”

Com intuito de orientar a reorganização da atenção à população nas Unidades Básicas de Saúde, o empoderamento dos territórios e as potencialidades das equipes de APS, uma das iniciativas foi a Agenda de Resposta Rápida da APS.

Com objetivo de reposicionar a APS do estado no enfrentamento à Covid-19 – sem pretensão de fazer recomendações clínicas dada a existência de protocolos do Ministério da Saúde e da própria SESA – o guia apresenta orientações para a organização da atenção à Covid-19 no âmbito da APS, destacando seu potencial indutor de promoção da saúde, prevenção de doenças e do cuidado continuado às pessoas de seus territórios.

Além disso, a SESA lançou um *checklist* como ferramenta para uma Agenda de Resposta Rápida para APS no enfrentamento à Covid-19, que serve como base para identificação de necessidade e o apoio institucional aos municípios.



Atenção hospitalar

- Definição de referências regionais para a Covid-19

Para a atenção hospitalar, uma das primeiras providências tomadas pelo governo do estado foi a definição de hospitais de referência para o atendimento a Covid-19 nas regiões do estado e a expansão da quantidade de leitos.

Foram definidos hospitais para a primeira, segunda e terceira linha de atendimento aos pacientes com síndrome respiratória aguda. Os casos suspeitos de Covid-19 eram atendidos nos hospitais da primeira linha e, caso o diagnóstico fosse confirmado, o paciente era transferido para os hospitais da segunda ou da terceira linha de atendimento.

E1: “A decisão de transformar um Hospital de 400 leitos do estado, com 250 leitos de UTI, como referência para a Covid-19 foi muito acertada, pois gerou uma curva de aprendizado. Tínhamos a 1ª, 2ª e 3ª linha de atenção a Covid-19, chegamos a ter 250 leitos de isolamento. Quando confirmado

o diagnóstico o paciente ia para um hospital da 2ª linha e quando estivesse lotado para um da 3ª linha. Fomos aprendendo com o processo”.

E3: “Primeiro, hospitais da primeira linha (...) a gente tinha lamentavelmente uma morosidade na confirmação do PCR, não tinha o teste rápido ainda, o antígeno que dava mais agilidade (...) aquele paciente que eu descartava já colocava no leito com mais rapidez. E aquele que positivava, dependendo do seu quadro clínico, eu já referenciava para os hospitais de apoio da segunda e terceira linha”.

Inicialmente, a SESA transformou o Hospital Jayme dos Santos Neves, que é o maior hospital do estado e com perfil de ortopedia, maternidade e atendimento a queimados, em hospital de referência para Covid-19. Neste momento outros hospitais da região tiveram os seus perfis atualizados, além de contratar um novo hospital com perfil de ortopedia.

E3: “foi quando nós tivemos que pegar, por exemplo, nosso maior hospital que é o hospital Jaime Santos Neto e daí nós transformamos o Jaime né? Que era um hospital de média e alta complexidade com porta aberta, perfil de ortopedia e passando ele para atendimento a Covid-19, ficando apenas o que é médio queimados e a maternidade de alto risco. Transformar o hospital com duzentos e cinquenta e oito leitos de UTI (...)foi o segundo maior hospital Covid do Brasil, quarto da América Latina”.

Na sequência, foi o Hospital Dório Silva, o segundo maior hospital da região Metropolitana e que foi transformado em atendimento exclusivo para Covid-19, retirando o seu perfil anterior de clínica médica e ortopedia.

E assim foram sendo definidos hospitais de referência para a Covid-19 em todas as regiões do estado, baseado em um planejamento regionalizado.

E3:” ...com planejamento inicial né que é importante nós começamos de forma regionalizada. Por exemplo, na região norte quem vai ser a nossa referência de covid para atendimento? O Hospital Roberto então lá na região norte tem uma referência pra atendimento covid. Na região central quem era o nosso hospital estruturante de referência? Era o hospital Silvio Avidus”.

Em março de 2020, havia seis hospitais de referência para Covid-19 nas regiões do estado, os quais: região Metropolitana - Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória em Vitória e Hospital Estadual Jayme Santos Neves (HEJSN) em Serra; região Sul - Hospital Estadual Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), em São Mateus; Hospital Estadual Silvio Avidos (HESA), em Colatina; e região Centro-Oeste - os hospitais Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (SCCI) e Infantil de Cachoeiro de Itapemirim, ambos filantrópicos.

Em seguida, foram sendo reeditadas portarias com novas definições de perfis dos hospitais e a ampliação dos leitos hospitalares, visando melhor adequação da rede de atenção do estado frente a pandemia da Covid-19.

E3: “o melhor desempenho da rede foi quando nós efetivamente planejamos o que nós queríamos. Durante a pandemia, sob a liderança do secretário e do governador nós fizemos uma reconfiguração de toda a rede. Isso foi primordial para que nós pudéssemos ter êxito no enfrentamento à pandemia”.

De acordo com os gestores municipais, nos municípios menores também foram utilizados hospitais de referência para a Covid-19, alguns deles hospitais de pequeno porte.

M3: “No meu município o paciente ficava aguardando um dia, um dia e meio, mas no estado não faltou leito. Porque meio a contragosto do familiar, as vezes tinha que ir para outro município”.

- Estratégias para expansão de leitos

E1: “O que não tínhamos tão ousado era um plano de expansão de leitos. Estava previsto em 2019 no planejamento chegar a 300 leitos de UTI a mais. Nós apostávamos mais na melhoria de desempenho, na melhoria giro de leitos. Mas, com a Pandemia tivemos que expandir, chegamos a ter 1500 leitos de UTI”.

Com a avalanche da pandemia, a meta de expansão do número de leitos precisou ser revista, tendo sido definidas diferentes estratégias para expansão de

leitos, como reforma, ampliação e estruturação dos hospitais próprios do estado, além da contratação de leitos em hospitais privados e filantrópicos.

E3:” então começamos com algumas adequações, com reforma do hospital com ampliação de leitos de UTI, de enfermaria, de tendas, né?”

Em março de 2020, o estado tomou a decisão de que a rede de atenção seria permanente, evitando a possibilidade transitória de expansão de leitos por meio da contratação de hospitais de campanha.

E2: “Alta gestão apostou: não construir hospitais temporários, mas ampliar os hospitais próprios e comprou leitos privados de hospitais.

Em 23 de abril de 2020, o Espírito Santo contava com 170 leitos de UTI e 178 leitos de enfermaria para a Covid-19. Naquele período existia grande dificuldade para aquisição dos insumos, como os equipamentos de proteção individual (EPI) e de assistência de alta complexidade, e os respiradores para leitos de UTI.

Após transcorrido exatamente um ano, em 23 de abril de 2021, o Espírito Santo contava com 1.067 leitos de UTI e 1.045 leitos de enfermaria Covid-19. Em 12 meses, o número de leitos de UTI Covid-19 de UTI e de enfermaria expandiu-se em seis vezes.

Tabela 16. Leitos de UTI por 1000 habitantes

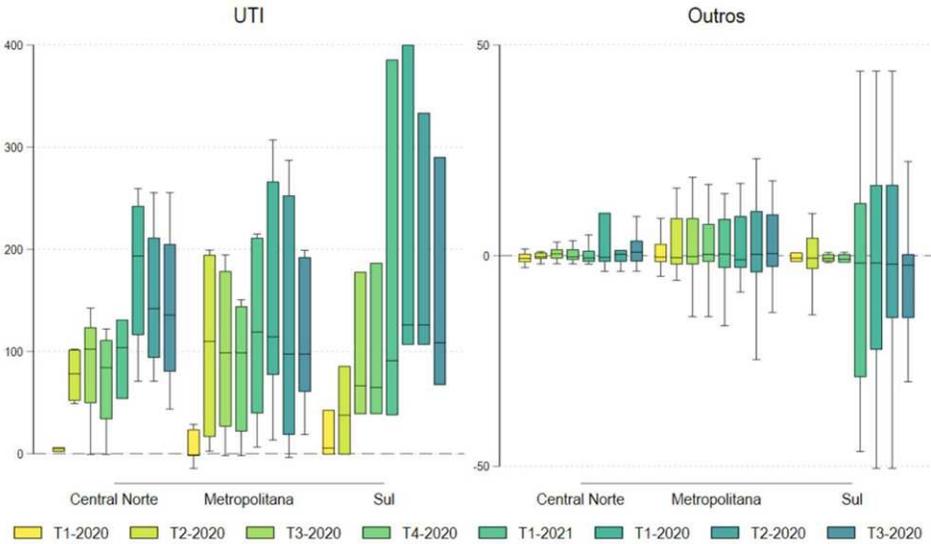
	Central Norte			Metropolitana			Sul		
Leitos	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Outros	1.84	1.85	1.98	2.14	2.13	2.14	2.65	2.69	2.57
UTI	0.13	0.23	0.34	0.20	0.35	0.49	0.14	0.23	0.43

Fonte: MS/CNES/Tabnet.

Os leitos de UTI aumentaram em 86,8% no estado. Na região Central Norte, ao final de 2021, chegou a 0,34 leitos de UTI por mil habitantes. Na região Metropolitana após o aumento de quase 100% dos leitos de UTI no segundo trimestre de 2020, os valores mantiveram-se estáveis até o final de 2021. O

maior aumento proporcional de leitos de UTI é visto na região Sul, onde alguns municípios experienciaram um aumento de mais de 300%.

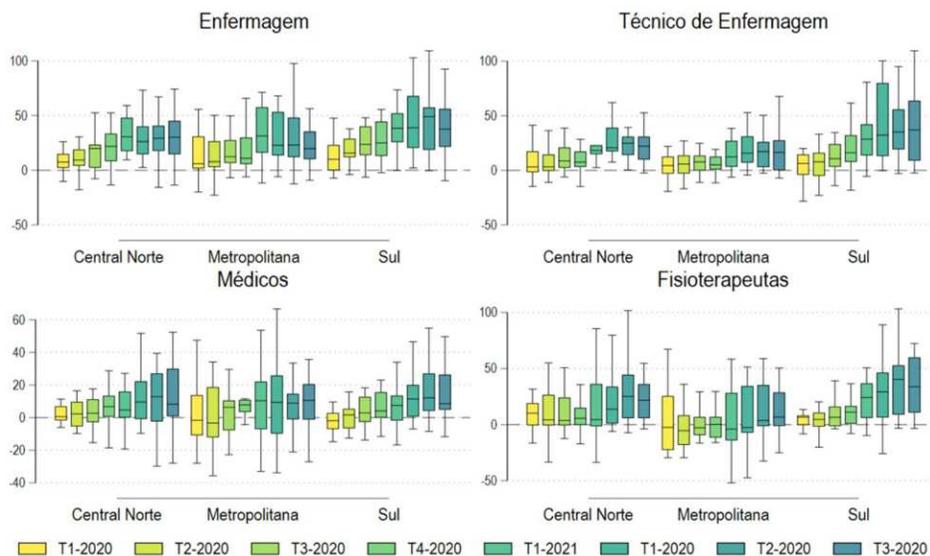
Figura 34. Boxplots de distribuição da mudança relativa no total de leitos em municípios de acordo com suas regiões de saúde por tipo de leito e trimestre



Fonte: MS/CNES.

No que diz respeito a força de trabalho, vemos um aumento de contratações de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas. Contrastante com o impacto em procedimentos e com o aumento de leitos de UTI, o impacto da pandemia na força de trabalho de profissionais não médicos toma corpo após um ano de pandemia. Para profissionais médicos, o incremento é vagaroso, mas constante.

Figura 35. Boxplots de distribuição da mudança relativa no total de cargos em municípios de acordo com suas regiões de saúde por categoria profissional e trimestre



Fonte: MS/CNES.

Os gestores municipais destacam a atuação do estado na expansão dos leitos clínicos e de UTI, contribuindo para dar suporte ao aumento de internações durante a pandemia. Dessa forma, fica como um legado para o estado do ES que, mesmo antes da pandemia já havia um déficit de leitos para atender a população.

M1: “No início houve falta de leitos, com a expansão conseguimos transferir pacientes. O estado apoiou muito, como temos contato direto, falamos a qualquer hora com o secretário, isso facilita muito. Tanto o secretário quanto os subsecretários. Os leitos de UTI que foram expandidos foram adaptados para outros agravos e isso foi muito bom, porque tínhamos um déficit de leitos. Essa pandemia teve a decisão correta de investir em estruturas permanentes e suprir o déficit que a gente tinha”.

M2: “Fornecimento de EPI, o diálogo, transporte de pacientes, ampliação dos leitos, ficou como legado para a população capixaba”.

- Atenção as urgências e emergências

Com a ampla expansão de leitos para Covid-19 no estado, chegando em determinado momento a 1.098 leitos de UTI e a 1.099 leitos de enfermaria exclusivos para Covid-19, havia grande demanda de remoção de pacientes. Mesmo tendo sido realizados contratos emergenciais com empresas para o transporte de pacientes, ainda assim, não era suficiente para atender a necessidade.

E3: “O estado do Espírito Santo chegou a mil e noventa e oito leitos exclusivos de UTI para atendimento a covid. Em mil e noventa e nove leitos de enfermaria exclusivo para a Covid”.

Assim, o estado investiu na rede de urgência e emergência para encobrir dois gargalos: i) melhorar o acesso regionalizado às unidades de porta aberta do estado e, ii) a regulação dos leitos de urgência e emergência, bem como, auxiliar na remoção de pacientes.

Ressalta-se então, a contribuição da expansão do SAMU, que iniciou em dezembro de 2019 e, em menos de dois anos foi expandido para todos os municípios do estado. Ou seja, em cem por cento dos municípios há uma base do SAMU, contribuindo para transporte de pacientes e vazão as portas de entrada de urgência e emergência.

Estratégias de Regulação

- Regulação do acesso

Para a melhoria da regulação do acesso, o estado elencou indicadores e passou a monitorar e avaliar os resultados desses indicadores por meio de uma sala de situação, chamada “sala de situação de acesso”. A sala de situação realizava reuniões semanais com as equipes da regulação e da assistência e, eventualmente contava com a participação da vigilância em saúde. Participavam representante de todos os hospitais, tanto os próprios do estado, da administração direta ou aqueles administrados por Organização Social em Saúde (OSS), além dos hospitais filantrópicos e privados.

E2: “a gente elaborou além do monitoramento de indicadores a gente estabeleceu uma reunião sistemática de avaliação dos dados, que a gente chama de sala de situação do acesso, que até hoje existe, quer dizer, pra mim não acaba nunca, né?”

E3: “Aí a sala, a sala de situação ela é composta pela equipe da SESA regulação e assistência”.

Como estratégia para coordenação do acesso e, conseqüentemente, melhorar a regulação do acesso, pode ser citada a Autorregulação Formativa Territorial (ARFT). A ARFT está implantada em todos os municípios e todas as Unidades Básicas de Saúde do Estado facilitando o acesso dos usuários as consultas e procedimentos especializados e exames complementares, diminuindo o tempo de espera e oferecendo um atendimento mais qualificado.

E1: “A Autorregulação forma uma concepção de que a rede é um sistema e que dá conta de todos os níveis de atenção”.

- Regulação dos Leitos Hospitalares

As estratégias para a melhorar a regulação dos leitos do estado foram os Núcleos Internos de Regulação (NIR) e os Escritórios de Gestão de Altas (EGA) implantados nos hospitais do estado. Como contribuição indireta, pode-se citar o projeto de Medicina Hospitalista (MH) que, apesar de não ser uma estratégia criada com foco na regulação interna, gerou impacto positivo na regulação.

Além disso, foram definidos indicadores para que a equipe de gestão e os hospitais pudessem monitorar o giro de leitos, as rejeições ou aceites de pacientes para internação no hospital.

E3: “Nós implantamos indicador hospitalar para que hospitais possam efetivamente dar o aceite ou a justificativa da rejeição do paciente no prazo mínimo de duas horas. Nós tínhamos esse indicador que foi assim importantíssimo pra poder a gente conseguir”.

A partir de junho de 2020 o estado resolveu fazer o “Censo de Leitos”, em que todos os hospitais da rede tinham que preencher obrigatoriamente um formulário para coleta diária de informações sobre a ocupação de leitos na rede hospitalar pública e contratualizada. A partir dos dados dos formulários do censo, o estado disponibiliza no site coronavirus.es um painel com todas as informações sobre a ocupação de leitos da rede pública.

Painel de Ocupação de Leitos Hospitalares

Figura 36. Painel de Ocupação de Leitos Hospitalares



Fonte: SESA.

Em março de 2021 o censo de leitos hospitalares se estende também aos hospitais da rede privada do estado do Espírito Santo, por meio da Portaria nº 063-R, de 31 de março de 2021. A partir daí foi possível disponibilizar também no site coronavirus.es o Painel de ocupação de leitos da rede privada do ES.

Figura 37. Painel de Ocupação de Leitos Hospitalares da Rede Privada



Fonte: SESA.

Diversos registros foram feitos pelos gestores entrevistados neste estudo de que “nenhum capixaba veio a óbito por falta de assistência no serviço público de saúde do estado”. Diferentemente do que foi registrado em alguns estados do país, em que pessoas que tiveram a condição de saúde agravada pela Covid-19 e, infelizmente, vieram a óbito sem conseguir um leito de terapia intensiva.

E3: “Não faltou leito para nenhum paciente”.

Os gestores municipais corroboram com a informação que, após a expansão de leitos no estado não houve desassistência, assim como falta de insumos ou medicamentos.

M1: “No início houve falta de leitos, com a expansão conseguimos transferir os pacientes. O estado apoiou muito”.

M2: “Com relação a falta de leitos, oxigênio, nada disso tivemos problema (no município)”.

No Espírito Santo também, em apoio ao país, o sistema de saúde disponibilizou leitos para pacientes oriundos de outros estados. No auge de

uma das ondas provocadas pela pandemia da Covid-19, o estado do ES recebeu pacientes dos estados do Amazonas, Rondônia e de Santa Catarina, os quais receberam alta e foram transferidos de volta a seus estados.

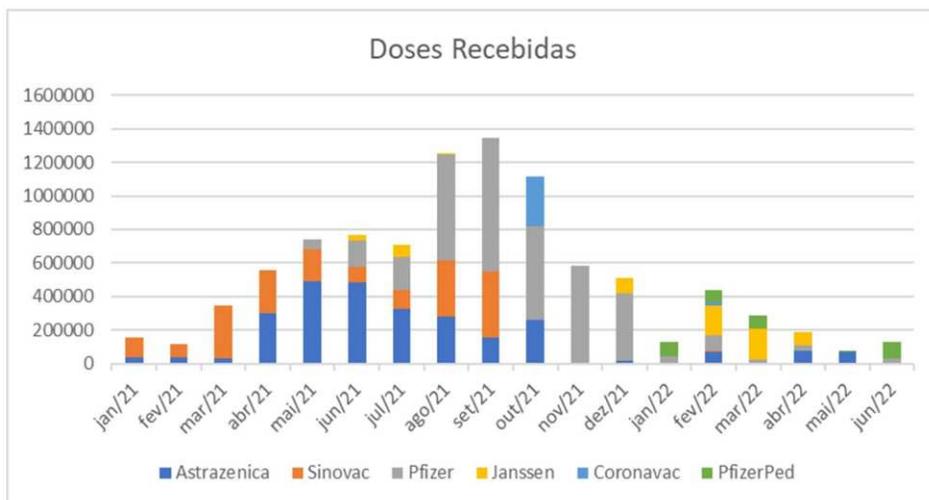
E3: “Todo o estado se mobilizou para o recebimento desses pacientes de Manaus, SC e RO. Foi um grande sucesso nessas admissões. Muitos profissionais Envolvidos’.

v) Vacinação

Após o início da pandemia, diferentes instituições ao redor do mundo começaram a se mobilizar para desenvolver uma vacina que fosse eficaz contra o SARSCoV2. O uso emergencial de vacinas e sua ampla utilização começaram apenas no último trimestre de 2020.

No Brasil, a primeira vacina a conseguir a aprovação para uso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) foi a CoronaVac, desenvolvida pelo instituto Butantan em São Paulo-SP. A primeira dose foi administrada no dia 17 de janeiro de 2021.

No dia seguinte, em 18 de janeiro de 2021, o Espírito Santo recebeu as primeiras doses da vacina contra o novo Coronavírus (Covid-19), dando início à campanha de vacinação no estado. Alguns municípios iniciaram a vacinação no dia 19 de janeiro, quando o governo do estado – por meio da secretaria da saúde – iniciou a distribuição das doses da CoronaVac para atender ao público-alvo definido pelo Plano Nacional de Operacionalização da vacinação contra a Covid-19 (PNO).

Gráfico 6. Doses recebidas

Fonte: Painel COVID do estado do Espírito Santo.

Segundo informações coletadas, o estado se antecipou nas compras de insumos, como agulhas e seringas, conseguindo compor um estoque a preços justos por atas de registro de preços. Ampliaram a capacidade de armazenamento e implementaram a logística de distribuição das doses para os municípios.

O ES foi um dos primeiros estados a comprar vacina diretamente da Fiocruz, ocasião em que o governo federal processou a Fiocruz por quebra de contrato, por ter feito a venda direta a uma Unidade Federativa.

M1: “O governo estadual comprou vacina da CoronaVac e ficamos à frente de muitos estados e isso foi muito importante”.

Além da estratégia de vacinação, cabe destacar as ferramentas que o estado implementou para monitorar os dados de vacinação do estado (Painel de Vacinação), ampliar a transparência, estimular a população a aderir as campanhas e ofertas dispositivos que facilitassem o agendamento da população e o controle dos gestores (Vacina e Confia).

- Painel de Vacinação

Situado no site coronavirus.es, o Painel de Vacinação contém todas as informações do estado, também a nível municipal, relativas à vacinação da Covid-19.

Apresenta a distribuição de doses por municípios, população vacinada por dose, por faixas etárias e grupos prioritários para vacinação

Figura 38. Painel de Vacinação



Fonte: SESA.

- Vacina e Confia

É uma plataforma desenvolvida em parceria com o Laboratório Lais do Rio Grande do Norte e é utilizado para todas as vacinas do calendário, além da vacina da Covid-19.

O usuário pode baixar o aplicativo em seu celular e agendar para tomar as doses de vacina, acessar seus dados de vacinação, e saber se tem alguma vacina pendente por meio do cartão de vacina.

A plataforma Vacina e Confia serve também como ferramenta para o gestor fazer a programação, estabelecendo quantas doses estão disponíveis na unidade e quantos agendamentos podem ser realizados.

M1: “Quem nos ajudou mesmo foi o estado. Na compra da vacina, nos testes de antígenos que eles doaram, além de equipamentos de EPI, temos estoque até hoje. E as atualizações diárias, o sistema Vacina e Confia que conseguíamos monitorar mais rápido”.

Figura 39. A plataforma Vacina e Confia



Fonte: SESA.

- Funcionalidade do sistema durante a crise

O impacto da pandemia na produção ambulatorial e hospitalar do SUS foi imediata e aguda já no primeiro trimestre de 2020. No primeiro trimestre de pandemia ocorreram diminuições em procedimentos de diagnóstico, rastreio, cirurgias de baixa e média complexidade, cirurgias de alta complexidade e consultas clínicas, sendo a região Sul a mais afetada, com a exceção de procedimentos diagnósticos, onde o impacto maior se deu na região Metropolitana.

Tabela 17. Procedimentos por região de saúde no estado do Espírito Santo no primeiro trimestre de pandemia da Covid-19

Procedimentos:	Central Norte	Metropolitana	Sul
Rastreio	-43.20	-61.31	-81.90
Consultas Clínicas	-45.97	-52.01	-54.09
Cirurgias (SIA)	-17.29	-29.29	-35.59
Cirurgias (SIH)	-11.15	-27.03	-28.49
Diagnóstico	-27.85	-55.52	-46.78

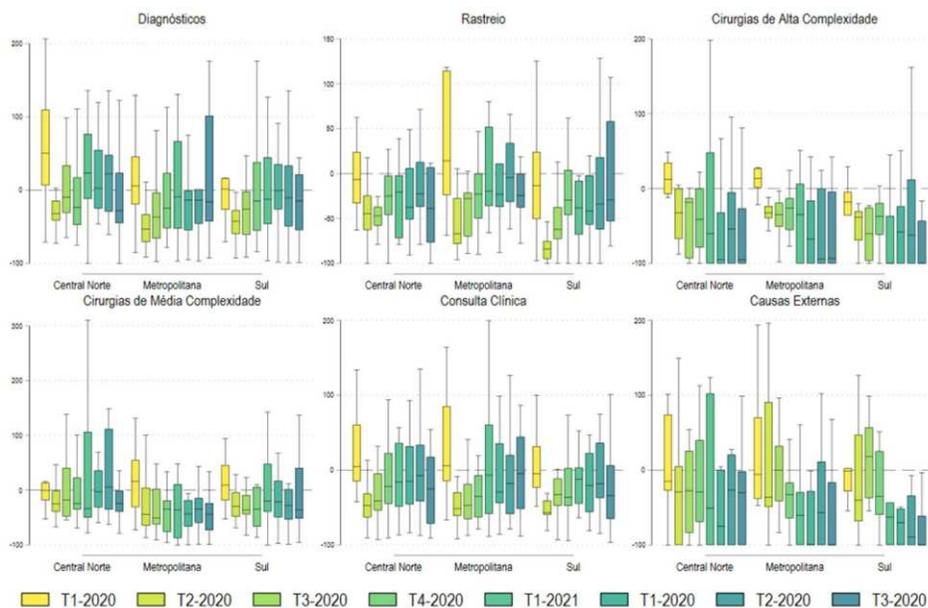
Fonte: MS/SIA e SIH.

É notável a discrepância do impacto da pandemia nas diferentes regiões de saúde do estado, assim como a sua recuperação. Na região Central Norte observa-se, de forma geral, uma queda seguida de uma imediata tendência de recuperação, sendo a única

região a quase recuperar as taxas médias de procedimento diagnósticos e cirurgias de baixa e média complexidade. Na região Metropolitana, ocorre uma drástica diminuição em procedimentos por causas externas, padrão esse visto em outros países e comumente atribuída a diminuição de acidentes de trânsito devido às políticas de isolamento. A região Metropolitana é a única região onde cirurgias de baixa e média complexidade não apresentavam padrão de recuperação até o final de 2021.

Em todas as regiões, os procedimentos de baixa complexidade e diagnóstico, rastreamento e consultas clínicas apresentam um perfil gradual de recuperação. Entre todos os grupos de procedimentos, as cirurgias de alta complexidade apresentam o pior perfil de recuperação em todas as regiões de saúde do estado. O aumento da amplitude nos gráficos de distribuição presentes na figura 16 indicam também um aumento nas disparidades dentro das regiões de saúde.

Figura 40. Boxplots de distribuição da mudança relativa no total de procedimentos em municípios de acordo com suas regiões de saúde por grupo de procedimento e trimestre



Fonte: MS/SAI e SIH.

Registro importante:**- Decisões baseadas em evidência e nas necessidades**

Registro importante foi a decisão do governo do estado em não aderir a estratégia de construção de hospitais de campanha. Apesar da pressão de determinados setores da sociedade, o Governador sustentou a decisão da pasta da saúde em investir na estrutura própria do estado, ampliando os leitos dos hospitais próprios ou contratualizados, para que ficassem permanentemente a disposição da população no sistema de saúde capixaba.

Outra polêmica em que o estado se posicionou em favor da ciência e atendendo as orientações da área da saúde foi a não recomendação da cloroquina, reforçando as orientações com base em evidências científicas, contrariando, até mesmo, algumas posições políticas.

E1: “A liderança do governador foi muito positiva, final de maio já havia a contraindicação de Cloroquina no estado. O governador, orientado pela saúde, “peitou” essa decisão de não aderir a estratégia dos hospitais de campanha, tendo em vista essa estrutura ser frágil, não trazer resultados positivos”.

Para os gestores municipais entrevistados, a decisão de não aderir a estratégia de hospitais de campanha e o posicionamento do governo do estado contra indicando a cloroquina foram decisões acertadas. Primeiro porque investiu em estruturas permanentes e cobriu o déficit de leitos hospitalares que os municípios necessitavam. Segundo porque deu suporte aos secretários municipais no enfrentamento dos posicionamentos radicais nos municípios.

M1: “No início houve falta de leitos, com a expansão conseguimos transferir pacientes. Os leitos de UTI que foram expandidos foram adaptados para outros agravos e isso foi muito bom, porque tínhamos um déficit de leitos. Essa pandemia teve a decisão correta de investir em estruturas permanentes e suprir o déficit que a gente tinha”.

7 • A gestão estadual do SUS: reflexões a partir da experiência capixaba

O governo do estado do Espírito Santo entre reformas e pandemia

De acordo com um diagnóstico realizado pela equipe que assumiu a gestão em 2019, a secretaria de saúde do ES apresentava fragilidades de gestão que limitavam a sua capacidade de governança das redes de atenção do estado.

Com base nos problemas identificados nesse diagnóstico, a nova gestão foi marcada pela realização de um portfólio de projetos estratégicos, visando reorganizar as práticas de gestão em saúde do estado. De acordo com o relato dos(as) entrevistados(as), o conjunto destes projetos respondia a um desenho de fortalecimento da capacidade do estado em impulsionar avanços no acesso, qualidade e gestão do SUS capixaba.

Em 2020, em pleno processo de implantação dos projetos estratégicos, veio a pandemia da Covid-19. Os gestores do estado entenderam que a crise podia ser um acelerador dessas reformas e um teste para a resiliência das inovações e mudanças que já tinham sido introduzidas quando a emergência em saúde pública explodiu.

Por meio das entrevistas, é possível perceber que a pandemia condicionou positivamente o processo de reforma da SESA-ES em dois aspectos: por um lado, a pressão da resposta agilizou a superação dos entraves burocráticos, facilitando a institucionalização de projetos inovadores; por outro lado, foi possível testar a eficácia das novas medidas e práticas e, reajustá-las. Dessa forma, os gestores estaduais do ES, em um tempo relativamente breve, conseguiram construir um programa que envolve diversas áreas e serviços, visando o fortalecimento institucional da secretaria estadual de saúde.

Além da pandemia, outras situações de contexto, independentes da específica atuação da gestão, viabilizaram ou facilitaram a implementação do programa de

fortalecimento do SUS capixaba. Em primeiro lugar, há que se destacar o apoio político do governador do estado e a consequente disponibilidade de recursos financeiros.

De acordo com o que foi relatado, o secretário de estado da saúde teve plena autonomia gerencial, o que lhe permitiu escolher as pessoas-chaves para integrar a equipe e conduzir os projetos estratégicos. Isso foi determinante para assegurar as condições necessárias a levar em frente o processo de mudança e enfrentar a pressão da pandemia sobre os serviços de saúde.

Entre os fatores favoráveis se destacam a liderança e o carisma do Secretário de Saúde, que emergem de forma natural e nítida dos depoimentos dos membros da equipe.

Essas condições de contexto fazem com que o processo de fortalecimento do SUS no estado do ES seja uma experiência única e não replicável no espaço e no tempo. Contudo, é possível extrapolar dela conhecimentos e estratégias inovadoras que podem auxiliar os gestores de outros estados a aperfeiçoarem suas gestão e melhorarem o acesso e qualidade dos serviços da rede.

Inovação como instrumento de fortalecimento institucional

Desde o início da gestão, em 2019, o elemento caracterizante da SESA-ES foi a propensão a utilizar a inovação como estratégia-chave para aprimorar a gestão, visando a transformação e ampliação da atuação do papel do estado na gestão do SUS. Prova disso são os diversos projetos estratégicos de cunho fortemente inovador descritos nos capítulos anteriores.

Por meio das entrevistas, foi possível captar os relatos da presença de um “ecossistema de inovação” na secretaria de saúde, cujo instrumento central é constituído pelo *Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação – Icepi* - descrito nesta publicação. Essa entidade, com *status* de subsecretaria, representa o centro vital do processo de inovação da SESA, realizando a tríplice função de incubador, disseminador e facilitador da implementação de práticas inovadoras. A partir do estudo realizado, observa-se que o Icepi foi um dos atores principais (às vezes, o próprio executor) na implementação dos projetos estratégicos. A criação formal do Icepi, com sua estrutura, equipe e recursos dedicados, institucionaliza e possibilita a incorporação da inovação nas estratégias da SESA.

A maioria dos projetos estratégicos introduz mudanças relevantes nas práticas gerenciais. Um bom exemplo de projeto é o *Programa de Gestão do Acesso e da Qualidade (PGAQ)*, que tem como objetivo implantar na rede própria de atenção hospitalar do Espírito Santo um novo modelo assistencial buscando a melhoria na gestão da qualidade. Nesse caso, o modelo inovador é fortemente inspirado na “medicina hospitalista”, prática com evidências de bons resultados para melhorar a eficiência, qualidade e segurança no atendimento.

Pertence a essa categoria também o projeto *Autorregulação Formativa Territorial*, que visa facilitar o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames e procedimentos, realizado através do fortalecimento (ou criação) de conexões estáveis entre profissionais da APS e especialistas da rede. Essas duas iniciativas – PGAQ e Autorregulação Formativa – tem em comum o fato de intervirem mediante mudanças radicais dos processos de trabalho, introduzindo novas práticas, papéis, responsabilidades e funções.

Já outras iniciativas se focaram em fortalecer e consolidar modelos e estratégias com comprovada eficácia, mas que ainda apresentavam lacunas na operacionalização ou problemas de financiamento. Esse é o caso do projeto *Qualifica APS*. Esse projeto, com um desenho similar ao do exitoso Programa Mais Médicos, apoia os municípios no fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família mediante provimento de profissionais de saúde, formação (inclusive residências em saúde da família) e outros serviços de suporte. Nesse caso, a inovação não consiste na criação de novas práticas ou modelos, mas na ampliação do papel do estado para reduzir as brechas assistências da APS capixaba.

Algumas lições aprendidas da experiência capixaba

Em síntese, os resultados da nossa análise permitem identificar alguns elementos que caracterizaram a experiência capixaba de fortalecimento da gestão estadual do SUS:

- *A capacidade de olhar para o sistema de saúde de forma integrada, sem concentrar os esforços, como é comum, nos recursos próprios ou nas áreas de maior visibilidade política. Todos os níveis de atenção foram*

objeto de inovações, com uma atenção especial ao fortalecimento da APS e a vigilância em saúde. Isso permitiu intervir em alguns modelos centrais de governança de redes de atenção, como o da regulação assistencial, da relação entre APS e atenção especializada e em áreas administrativas.

- *O compromisso de fundamentar com argumentos científicos as inovações* de políticas, diretrizes e programas do estado. Nesse sentido a contribuição do Icepi foi essencial, mostrando que a introdução de práticas inovadoras na rede precisa de pesquisa, suporte e assessoria permanente para ter impacto e ser sustentável.
- *A capacidade de saber aproveitar dos períodos de crise como oportunidades para a mudança.* Ninguém poderá comprovar se a pandemia facilitou o processo de mudança no estado do ES. Entretanto, o estudo aqui apresentado indica que a resposta à crise da Covid – 19 no estado foi um catalizador do percurso da reforma e resiliência das inovações que estavam sendo progressivamente implementadas.
- *A capacidade de manter sob um único desenho uma multiplicidade de projetos.* Devido à grande dispersão das áreas de atuação dos projetos estratégicos, os gestores do estado conseguiram progressivamente construir um marco conceitual, definido como “constelação de projetos”, capaz de colocar na mesma página todas as iniciativas realizadas ou programadas. Esse desenho unificado resultou em um instrumento útil para manter a equipe alinhada, motivada e atualizada sobre os avanços da Secretaria como um todo.

A experiência do ES e o papel do gestor estadual no desenvolvimento do SUS

Durante a resposta à pandemia da Covid-19, assistimos a uma situação de descoordenação federativa que obrigou os estados e municípios a buscar caminhos e saídas para enfrentar a crise. O protagonismo do gestor estadual no ES ficou claramente visível nesta fase, indicando um progressivo esgotamento do ciclo de desenvolvimento do SUS impulsionado pelo governo federal.

A pandemia desenhou um novo cenário que restituiu ao estado seu papel de autoridade sanitária, responsável pela coordenação do sistema regional de serviços de saúde. A experiência capixaba mostra que o gestor estadual pode ser o ator central de um novo ciclo do SUS, contribuindo junto aos municípios na construção de modelos efetivos e resilientes de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Os resultados da análise da experiência capixaba estão alinhados com resultados de estudos anteriores, ao apontarem que novos instrumentos, estratégias e lideranças, são necessários para que um novo ciclo político de organização do SUS, conduzido pelo estado, se desenvolva de forma oportuna. Nesse contexto, o esforço do Espírito Santo não deve ser considerado apenas um programa de modernização e aprimoramento da gestão, mas uma tentativa concreta de transformação da direcionalidade de atuação do estado de forma mais efetiva e coerente com as necessidades de saúde da população capixaba. A lição aprendida é a urgência de fortalecer o papel dos estados na indução e condução de práticas inovadoras de gestão do SUS. Portanto, mesmo que a experiência capixaba seja única e não replicável, ela traz muitos elementos de reflexão e de inspiração não só para os estados, mas para todos os gestores do SUS.

Resultados e impacto deste estudo

É importante chamar a atenção que este estudo se limitou a análise descritiva da experiência de gestão do SUS capixaba, pela lente dos gestores e atores externos que não representam necessariamente a voz dos usuários. Dessa forma, torna-se necessário um estudo aprofundado sobre os diferentes mecanismos, arranjos e soluções inovadoras implementadas pela atual gestão do estado do Espírito Santo, medindo e avaliando impacto e/ou resultados alcançados, em termos de eficácia, efetividade e produtividade, mas também de condições sanitárias da população.

Os resultados deste novo estudo podem ser extremamente úteis para produzir evidências sobre o papel de gestão e governança do sistema estadual de saúde, e das estratégias propostas, contribuindo para o planejamento estratégico do Espírito Santo e outros estados.

Aspectos éticos

Este trabalho atende às conformidades éticas estabelecidas, verificada por meio da aprovação emitida pelo Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos da Fundação Getúlio Vargas (CEPH/FGV), em parecer datado no dia 03 de maio de 2022, nº 126/2022.

Agradecimentos

Aos atores entrevistados neste estudo.

Ao governo do estado do Espírito Santo e a secretaria de estado da saúde do Espírito Santo (SESA).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS-OMS Brasil).

A Fundação Getúlio Vargas – FGV/SP.

Referências

ARSENAULT, Catherine et al. COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries. **Nature Medicine**, 28: 1314–1324, 2022.

ATUN, Rifat. Health systems, systems thinking and innovation. **Health Policy and Planning**, 27 (suppl.4): iv4–iv8, 2012.

ATUN, Rifat et al. Universal health coverage in Turkey: Enhancement of equity. **The Lancet**, 382(9886):65–99, 2013.

BIDDLE, Louise; WAHEDI, Katharina; BOZORGMEHR, Kayvan. Health system resilience: A literature review of empirical research. **Health Policy and Planning**, 35(8): 1084–1109, 2020.

BIGONI, A. et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. **The Lancet Regional Health – Americas**, 10: 100222, 2022.

CASTRO, M. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, 394: 345–56, 2019.

CASTRO, M. C., et al. Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil. **Science**, 372(6544), 821–826, 2021.

CONASS. Conselho de Secretários Estaduais de Saúde. A Resposta dos sistemas de saúde à Covid-19: Breve análise sobre o SUS. Massuda, A e Tasca, R. Coleção Covid-19, Vol 1, 2021

DE SOUZA LE, et al. The potential impact of austerity on attainment of the Sustainable Development Goals in Brazil. **BMJ Global Health**, 4(5): e001661, 2019.

EUROPEAN COMMISSION. Communication from the Commission: On effective, accessible and resilient health systems. European Commission, Brussels, 2014.

FIELD, Mark G. The concept of the “health system” at the macrosociological level. **Social Science & Medicine**, v. 7, n. 10, p. 763–785, 1973.

FRENK, Julio. Dimensions of health system reform. **Health Policy**, v. 27, n. 1, p. 19–34, 1994.

GORE, Radhika; PARKER, Richard. Analysing power and politics in health policies and systems. **Global Public Health**, v. 14, n. 4, p. 481–488, 2019.

HALDANE, Victoria et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. **Nature Medicine**, v. 27, n. 6, p. 964–980, 2021.

HSIAO, William C.; LI, K. T. What is a Health System? Why Should We Care? **Working Paper Series**, Harvard School of Public Health, 2003.

KAMAL-YANNI, Mohga. Never Again: Building resilient health systems and learning from the Ebola crisis. Oxfam Briefing Paper, **Oxfam**, 2015.

- KOGA, Natália Massaco et al. Instrumentos de políticas públicas para o enfrentamento do vírus da Covid-19: uma análise dos normativos produzidos pelo executivo federal. 2020.
- KRUK, Margaret E, et al. Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. **Social Science and Medicine**, v. 70, n. 1, p. 89–97, 2010.
- KRUK, Margaret E, et al. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. **The Lancet**, 385(9980): 1910-1912, 2015.
- KRUK, M. E et al.. Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. **BMJ Global Health**, 357, j2323, 2017.
- LEHOUX, Pascale et al. What Health System Challenges Should Responsible Innovation in Health Address? Insights From an International Scoping Review Scoping Review. **Int J Health Policy Manag**, v. 8, n. 2, p. 63–75, 2019.
- LING, Emilia J., et al. Beyond the crisis: Did the Ebola epidemic improve resilience of Liberia's health system? **Health Policy and Planning**, v. 32: iii40–iii47, 2017.
- MASSUDA, A. et al (2020). Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. **Nota Técnica n. 6**. IEPS: São Paulo, 2020.
- MASSUDA, A et al. (2021) “A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à Covid-19.” **Cadernos EBAPE. BR**, 19): 735-744, 2021.
- MASSUDA, Adriano, et al. The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, 2018.
- MEYER, Diane, et al. A checklist to improve health system resilience to infectious disease outbreaks and natural hazards. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 8, 2020.
- MURRAY, Christopher J. L.; FRENK, Julio. A framework for assessing the performance of health systems. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 6, p. 717–731, 2000.
- NUZZO, Jennifer B., et al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, 2019.
- OECD. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION & DEVELOPMENT. Guidelines for Resilience Systems Analysis: How to analyse risk and build a roadmap to resilience. OECD Publishing, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2022). Weekly Epidemiological Update: coronavirus disease 2019 (Covid-19).
- PAPANICOLAS, Irene, et al. Health system performance assessment. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Europe, 2022.
- PEINE, Alexander. The Co-Constitution of Health Systems and Innovation – Comment on “What Health System Challenges Should Responsible Innovation in Health Address? Insights From an International Scoping Review.” **Int J Health Policy Manag**, v. 8, n. 11, p. 665–667, 2019.
- ROCHA, R. et al.. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **Lancet Global**

Health, 9: e782-92, 2021

SHEIKH, K; ABIMBOLA S. Learning health systems: pathways to progress. Flagship report of the Alliance for Health Policy and Systems Research. Geneva, 2021.

TASCA, R, et al. “Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar.” **Saúde em Debate**, 46: 15-32, 2022

TASCA, R. Inovação na gestão dos sistemas de saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras, 137p., 2011.

THOMAS, Steve, et al. A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. **BMC Health Services Research**, v. 13, n. 450, 2013.

THOMAS, Steve, et al. Strengthening health systems resilience. **Policy Brief 36**, Key concepts and strategies health systems and policy analysis, 2020.

TURENNE, Charlotte Paillard, et al. Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. **Social Science and Medicine**, 232: 168-180, 2019.

OMS EUROPA. Strengthening resilience: a priority shared by Health 2020 and the Sustainable Development Goals. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health policy and systems research: a methodology reader. World Health Organization; 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Guidance on Research Methods for Health Emergency and Disaster Risk Management. World Health Organization, Geneva, 2021.

Apêndices

Apêndice A. Estratégias de gestão e uso eficiente da capacidade hospitalar

Autores

André Wajner, Caroline Brum Rosso

Co-autores

Ana Catarina Soares Storari, Ana Paula Fabbris Andreatta, Cassiana Gil Prates, Flávia Luchi, Vinicius Sabedot Soares

INTRODUÇÃO

O segmento da saúde está em constante evolução, passando por transformações significativas ao longo dos últimos anos. O cenário aponta para um aumento crescente dos custos em decorrência de diversos fatores, dentre os quais se destacam a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, o aumento da expectativa de vida e a incorporação de tecnologias em saúde, o que resulta em procedimentos cada vez mais complexos e onerosos. (ANS 2019).

A discussão sobre o aperfeiçoamento da utilização dos recursos em saúde tem se intensificado, aprofundando o debate em torno da necessidade de melhoria da qualidade do cuidado e dos resultados em saúde. Há um consenso sobre a necessidade de revisão do predominante modelo de cuidado, tradicionalmente hospitalar, centrado na figura do médico e organizado para atender quadros agudos por meio de intervenções curativas, para uma perspectiva que inclui, além da reformulação do modelo de atenção, novas formas de remuneração aos prestadores que privilegiem a qualidade e não apenas o volume de procedimentos executados. (ANS 2019)

Em meio a essa discussão, em 2020 o mundo enfrentou uma pandemia sem precedentes na história: COVID-19. Um vírus desconhecido, com uma alta

capacidade de transmissibilidade, provocou uma crise de grandes proporções, com repercussões tanto para a saúde pública mundial, quanto para o contexto socioeconômico. Se, por um lado, os profissionais da linha de frente foram reconhecidos e valorizados pela população como “heróis”, por outro, as fragilidades e deficiências do sistema foram expostas como alta demanda por atendimento em hospitais e pronto atendimento, colapso do sistema, falta de leitos, equipamentos e insumos, atraso e erros de diagnóstico, sobrecarga de trabalho, estresse e esgotamento emocional dos profissionais, entre outros fatores.

Passado o pior momento, os sistemas de saúde começam a se reerguer e nesse cenário de reestruturação, eficiência é a palavra de ordem. Nos hospitais brasileiros, estima-se que 53% dos custos assistenciais são consumidos por desperdícios causados por falhas na entrega de valor. Apesar de alarmante, evidências demonstram que existe um caminho para aumentar a qualidade do atendimento e dar mais acesso ao sistema de saúde, sem a necessidade de ampliar os recursos investidos.

É possível fazer mais e melhor com o mesmo. Com base nessa premissa, o estado do Espírito Santo, através de um processo inovador de desospitalização, supera as dificuldades impostas pela pandemia e revoluciona a sua gestão de acessos. O objetivo deste capítulo é apresentar esse modelo e para tal, abordaremos o contexto da gestão de acessos no sistema de saúde e a experiência da implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e do Escritório de Gestão de Altas (EGA), uma parceria entre governo do estado, Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS) e a empresa Eficiência Hospitalista.

1. GESTÃO DO ACESSO NO SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema de Saúde é complexo. Realizar a gestão do acesso dos usuários do Sistema de Saúde Único (SUS) é uma complicada tarefa compartilhada entre Federação, Estados e Municípios. Em 2008, a Portaria 1.559 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, na qual fica definida a estruturação da regulação em nível macro no SUS, tornando claro o papel de cada ente, além de instituir o papel do complexo regulador.

A elaboração da legislação sobre complexo regulador foi um grande passo para o SUS organizar suas portas de acesso para os usuários. As atribuições do complexo regulador são: fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; estabelecer e executar critérios de classificação de risco; executar a regulação médica do processo assistencial.

Dando continuidade na estruturação do SUS, em 2013, o Ministério da Saúde instituiu a portaria Nº 3.390 na qual definiu-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nessa diretriz foi definido o conceito do hospital como uma instituição complexa que compõem uma rede complexa, a qual deve estar articulada com a rede de atenção básica à saúde. Ademais, estabelece que a missão e perfil assistencial do hospital devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS, sendo o acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

Nesta mesma portaria, instituiu-se a estrutura Núcleo Interno de Regulação (NIR), definida como:

“Constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados”

O estado do Espírito Santo, em 2018 por meio da PORTARIA Nº 074-R instituiu a Política Estadual de Regulação da Assistência do Sistema Único de Saúde - SUS, na qual o complexo regulador ficou intitulado de Núcleo Especial de Regulação de Internação - NERI, tendo competência de realizar a gestão dos leitos hospitalares da rede própria e rede prestadora contratualizada.

O macroprocesso de regulação da RAS Estadual, após a regulamentação, possibilitou organizar o papel de cada ponto solicitante da rede e o da unidade

executante (que recebe o paciente) (figura 1). Também é definido o papel do NERI como complexo regulador, recebendo as demandas de internações e identificando o status da rede, verificando qual hospital tem maior capacidade de receber pacientes com perfil determinado.

A figura 1 esquematiza a dinâmica da regulação no Espírito Santo.

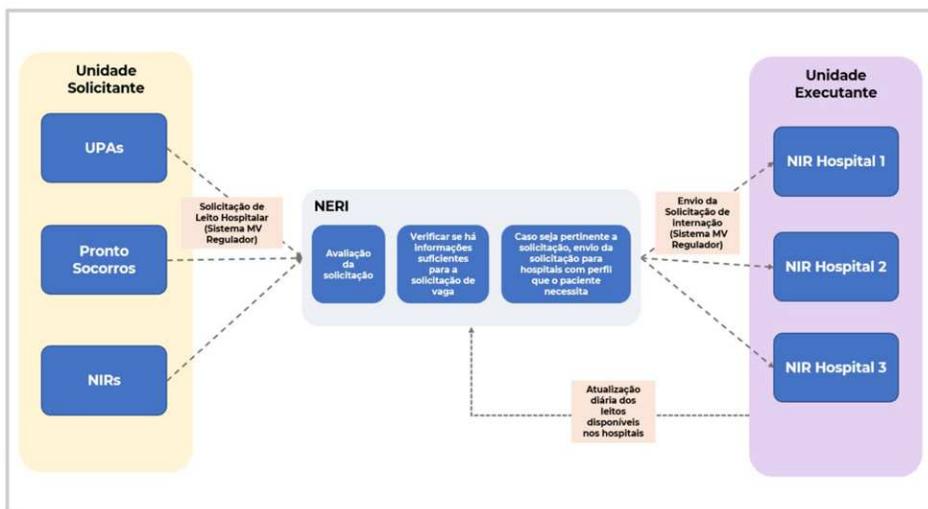


Figura 1. Regulação no estado do Espírito Santo

Vale ressaltar que a Secretaria de Saúde do Espírito Santo (SESA) tem papel fundamental para estruturar legalmente o sistema de regulação no Espírito Santo, uma vez que é basilar construir o alicerce para que seja possível a regulação dos fluxos de pacientes que necessitam acessar o sistema de saúde público.

Em 2019, discutiu-se na SESA a necessidade de construir estruturas e fluxos mais eficientes na RAS. Para isso, buscou-se alternativas que gerassem inovação nas rotinas de trabalho do sistema de regulação capixaba. Nesse sentido, no mesmo ano foi iniciado o planejamento de projetos estruturantes para aumentar a eficiência dos serviços que prestam assistência hospitalar sob gestão da SESA.

Um passo muito importante nesse caminho de eficiência e qualificação foi a criação, em abril de 2019, do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (Icepi). O Icepi tem papel central na inovação que o sistema capixaba vem vivenciando desde 2019.

Em busca de melhorias e qualificação da gestão de acesso e regulação de leitos, o estado do Espírito Santo, por meio do Icepi realizou uma parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS) com objetivo de contratar uma empresa que apresentasse grande experiência na construção, implementação e capacidade de educação de recursos humanos neste tema.

2. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Em fevereiro de 2020, o Icepi iniciou o Projeto de Implementação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e realizou o primeiro edital de seleção de enfermeiros bolsistas reguladores após a constatação de que havia falta de profissionais treinados em regulação de leitos hospitalares. Nesse edital, foram selecionados 39 enfermeiros para 13 hospitais nas 04 regiões de saúde do estado

Esse edital foi o marco de início do projeto que seria a base para o desenvolvimento de uma estrutura robusta de regulação no estado do Espírito Santo. Em maio de 2020, durante a pandemia de COVID-19, os enfermeiros reguladores ingressaram nos hospitais. A estratégia que a SESA e o Icepi adotaram para a entrada dos enfermeiros reguladores nos hospitais foi por meio do Projeto de implementação de NIR, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a empresa Eficiência Hospitalista. Para garantir a metodologia, capacitação e operacionalização dessas novas equipes de regulação, uma empresa licitada e com expertise em implementação de NIR deveria planejar e executar o cronograma necessário do projeto. Porém, devido ao contexto conturbado da pandemia de COVID-19, o projeto de implementação com a OPAS não teve seu início sincronizado com o início da atuação dos enfermeiros nos NIRs.

Após a primeira onda da pandemia de COVID-19, a SESA, Icepi e OPAS articularam-se no mês de agosto de 2020 para o lançamento de edital para a seleção da empresa que auxiliaria na implementação do modelo de NIR preconizado pelas normativas do Manual do NIR (Ministério da Saúde, 2018). A empresa vencedora foi a Eficiência Hospitalista, trazendo ao projeto um time multidisciplinar de consultores da área da saúde (médicos, enfermeiros, administradores e engenheira de produção) com vasta experiência em gestão hospitalar e de capacidade instalada,

tendo inclusive na sua equipe profissionais que contribuíram na elaboração do Manual de Implantação e Implementação do NIR - Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados, pelo Ministério da Saúde, em 2017.

Essa empresa parceira conduziu a capacitação teórica para as todas as equipes do NIR de 12 hospitais da rede Estadual com a realização de 3 módulos de capacitação em formato de *workshop* que ocorreram no mês de outubro de 2020, janeiro de 2021 e abril de 2021 (Figura 2). A Eficiência Hospitalista conduziu ainda, em parceria com Icepi e SESA, a implementação da metodologia do NIR em 4 hospitais da rede própria Estadual - Hospital Doutor Dório Silva (HDDS) (Serra), Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC) (Cariacica), Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA) (Colatina) e Hospital Nossa Senhora da Glória - Unidade Milena Gottardi (HEINSG) (Vitória).



Figura 2. II Fórum de Capacitação - Workshop para coordenadores do NIR de 12 hospitais

Cada um desses hospitais possui perfil de atendimento completamente diferente, desempenhando assim papéis diferentes na RAS. A equipe do projeto trabalhou junto ao NERI e SESA para dar maior clareza a esses perfis, traduzindo isso em protocolos e critérios objetivos para a tomada de decisão da alocação dos pacientes no leito mais adequado, tanto em termos de regulação intra-hospitalar (NIR) quanto na interface com a macro regulação Estadual (NERI).

O perfil dos quatro hospitais iniciais com implementação conduzida pela Eficiência Hospitalista é sumarizado abaixo:

- I. **HDDS:** alta complexidade e com acesso regulado via NERI (leitos de internação) e pelo SAMU (sala de emergência). Possui grande estrutura de leitos de terapia intensiva (5 UTIs) e desempenhou papel fundamental no combate à pandemia de COVID-19, tendo

mudado o seu perfil de atendimento diversas vezes ao longo do projeto, sempre se adequando a necessidade da população em tempo hábil. Atualmente (2022), o HDDS possui perfil de atendimento clínico e cirúrgico;

- II. **HEINSG:** infantil e com 2 unidades. A unidade Santa Lúcia durante os dois primeiros anos de pandemia focou no atendimento de pacientes acometidos com COVID-19, enquanto a unidade Milena Gottarti atendeu pacientes com perfil clínico, cirúrgico e oncológico. Ambas as unidades possuem pronto socorro, unidades de terapia intensiva e centro cirúrgico;
- III. **HEAC:** com perfil de pacientes psiquiátricos e leitos de pacientes clínicos de retaguarda. O HEAC tem papel fundamental para a alocação correta de pacientes com perfil de média e baixa complexidade clínicos, auxiliando na liberação de leitos de alta complexidade para receber pacientes que estão em fase final ou em tratamentos mais longos com antimicrobianos;
- IV. **HMSA:** alta complexidade, conta com unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico e leitos de enfermaria, prestando também atendimento de pacientes via pronto socorro. Neste local, o volume de atendimentos é alto, pois o hospital é referência para 19 municípios na região central e norte do estado. Com grande demanda de pacientes agudos, precisa de um giro de leitos eficiente para admitir os pacientes que necessitam de internação e estão no pronto socorro. Este hospital ainda é um dos principais solicitantes de vagas ao NERI, necessitando vagas de internação em outros pontos da RAS para acomodar toda a demanda de internações que acolhe em sua porta de urgências e emergências.

Em outros três hospitais, Hospital São José do Calçado (HSJC), Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV) e Hospital Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), sendo dois deles situados em regiões mais distantes, iniciou-se a implementação desse projeto após a implementação desses 4 primeiros hospitais.

Método do NIR:

O método de implementação proposto pela empresa Eficiência Hospitalista nesses 4 hospitais foi estruturado em 3 macro fases compostas por diagnóstico, implementação e acompanhamento. Nessas 3 macros fases há 7 etapas, conforme detalhado na Figura 3.



Figura 3. Método Implementação de NIR

Realizado o diagnóstico de situação, o foco do projeto foi estruturar a equipe do NIR, composta por médico regulador, enfermeiro regulador e auxiliar administrativo. O quantitativo de profissionais em cada hospital foi diferente levando em consideração número de leitos, perfil assistencial, quantidade de unidades e se apresenta atendimento de demanda espontânea. Vale ressaltar que nessa etapa, garantir o modelo de atuação do NIR com equipe disponível 24 horas por dia e 7 dias por semana era fundamental para que as práticas de regulação e alocação dos pacientes fossem as mais breves possíveis. Além disso, a atuação do NIR desenvolvida no projeto previa a presença ativa na beira leito para melhor identificação das demandas dos

pacientes, qualificando as informações clínicas para as ações de regulação intra hospitalar e nas interfaces com o NERI.

Após a estruturação da equipe, as rotinas de regulação dos NIRs foram organizadas, principalmente as práticas de regulação via sistema MV regulador. Nesse momento foi desenvolvido um Manual do NIR para cada hospital, no qual constam as atribuições dos profissionais do NIR e os processos padronizados de regulação do Núcleo. Dentre essas rotinas, destaca-se a visibilidade das vagas e disponibilização dos leitos em tempo hábil para o NERI.

Com as práticas de regulação mais consistentes, desenvolveu-se também a rotina de visita à beira leito das enfermeiras reguladoras nas unidades de internação. Todos os dias, a equipe do NIR vai até os quartos dos pacientes, conferindo o censo hospitalar e se os pacientes estão nos leitos correto para as suas necessidades. Essa atualização ocorre a cada turno para disponibilizar o leito o mais rápido possível, com mapa de leitos representativo da realidade da instituição.

Essas rotinas possibilitaram a busca por eficiência, sendo meta a resposta de solicitação de vaga em até 2 horas via sistema MV regulador. O tempo para a resposta é uma das principais métricas de eficiência do processo de regulação mensuradas pelo NERI. Ainda, o médico do NIR solicita ou presta as informações necessárias para a internação do paciente em discussão de casos, quando necessário.

Outro ponto de destaque é o trabalho de atualização das informações dos pacientes que necessitam transferência externa. Existe uma pactuação sobre as informações mínimas para a transferência de um paciente, e o NIR tem o papel de capacitar a equipe assistencial da instituição para que as informações estejam atualizadas e no formato adequado.

Pensando na alocação dos pacientes no que se refere COVID-19, o primeiro protocolo implementado durante o projeto foi o Protocolo de Triagem de Pacientes COVID-19. O objetivo desse protocolo era mitigar o risco de pacientes com sintomas de síndrome respiratória fossem admitidos em unidades sem perfil para pacientes COVID-19. Antes do início da vacinação da população contra o COVID-19, o risco de pacientes com COVID-19 estarem em unidades de perfil não COVID-19 era muito grande, com poucas alternativas de tratamento para pacientes mais graves acometidos por COVID-19.

Uma das rotinas de grande impacto foi a participação do NIR em round multiprofissional, no qual é discutido o plano terapêutico multiprofissional do paciente. O round multiprofissional é o encontro estruturado dos 3 projetos do Icepi/SESA dentro das instituições hospitalares - Medicina Hospitalar, Escritório de Gestão de Altas e NIR. A articulação entre os 03 projetos na construção do plano terapêutico dos pacientes é a base para a eficiência do fluxo do paciente no hospital. A participação do NIR no round é fundamental para que haja agilidade na identificação de pacientes a serem transferidos para outras instituições de menor complexidade.

O NIR tem grande impacto sistêmico na instituição hospitalar, a fim de identificar se o hospital tem capacidade para atender a demanda de pacientes, uma das rotinas mais importantes é o Huddle. O Huddle é uma reunião estruturada de 10 minutos para identificar se o hospital tem algum problema para atender as demandas dos pacientes, assim se analisa se há pessoas, equipamentos, materiais para entender os pacientes. Essa reunião serve para antecipar grande parte dos problemas que a instituição teria ao longo do dia, isso cria uma cultura de liderança e de melhoria contínua causada pelo NIR.

A atuação do NIR garante a entrada do usuário em um leito hospitalar na unidade mais adequada para o tratamento necessário. Quando o paciente recebe alta, o projeto também atua para que o leito seja realocado como disponível o mais rápido possível. Assim, estabelece interface com os municípios e demais hospitais, promovendo o giro do leito.

Resultados do NIR:

O projeto teve grande foco na pandemia de COVID-19, auxiliando os hospitais a se organizarem para atender a demanda de pacientes. Vale destacar que o Espírito Santo foi um dos estados brasileiros que melhor conseguiu atender a demanda de pacientes COVID-19, não tendo o relato de colapso da rede prestadora de saúde como em outros estados.

Os resultados podem ser demonstrados a partir da análise dos indicadores a seguir:



O Gráfico Percentual de Reservas de Leitos Hospitalares, demonstra a grande evolução que NERI e hospitais tiveram ao longo do período de 2019 e 2022, uma vez que houve melhora de mais de 50% na taxa de aceite de pacientes por parte dos hospitais ao longo desse período. Antes o NERI encaminha os pacientes para o hospital e esse paciente era aceite em 40% na média em relação a toda a rede. Essa melhoria sem dúvida está atrelada a grandes mudanças que ocorreram na rotina do NERI, na pactuação do perfil de cada instituição hospitalar e na estruturação dos NIRs dos hospitais da RAS.



O gráfico de Tempo médio de espera representa o tempo que o paciente aguardava para conseguir uma vaga a ser regulado para ele, esse paciente por

muitas vezes estava em uma unidade de pronto atendimento (UPA). A redução no período entre 2018 a 2022 foi de 60%, mostrando o tamanho da evolução que a articulação de todos os projetos que a SESA e o Icepi conduzem causaram em aumento da eficiência do sistema de saúde capixaba.

3. ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTAS (EGA)

Após a consolidação do projeto do NIR, começou-se em julho de 2021 a estruturar o Escritório de Gestão de Altas (EGA) nos hospitais HDDS, HEING, HEAC e HMSA, HESVV, HRAS e HSJC. A metodologia de Escritório de Gestão de Altas foi fundada e implementada pelo Dr. André Wajner no maior complexo hospitalar da região sul do Brasil em 2017, o Grupo Hospitalar Conceição, apresentando no primeiro ano de atuação uma diminuição do tempo médio de permanência nos pacientes clínicos de cerca de 14%.

O EGA tem por objetivo ser uma estratégia de eficiência de fluxos hospitalares e de redes de atenção à saúde, por meio de múltiplas intervenções nos processos relacionados à assistência ao paciente hospitalizado. A organização e definição dos fluxos e processos de atuação do EGA se faz fundamental para a sua estruturação na instituição hospitalar. Tendo por foco a atuação na desospitalização dos pacientes internados no hospital, o EGA necessita identificar de forma precoce os pacientes que terão dificuldades para efetivação da alta hospitalar e assim apontar padrões sistêmicos de obstáculos ao fluxo dos pacientes.

A atuação sistêmica do EGA também ocorre através da implementação da governança clínica em toda a instituição hospitalar, propiciando uma alta segura e ágil para os pacientes internados, além de uma transição segura para o ambiente extra-hospitalar. Como resultado, o EGA terá impacto positivo na redução do tempo de permanência, aumento do giro de leito, redução de reinternação precoce e aumento da qualidade assistencial da instituição. Como objetivos secundários visa a melhora da comunicação assistencial, do aprimoramento do trabalho em equipe, de ensino de tópicos relacionados à qualidade e segurança assistencial aos funcionários e corpo clínico hospitalar e da aproximação efetiva dos gestores com as equipes com foco no cuidado centrado no paciente.

Método do EGA:

O projeto de implementação do EGA é composto por 03 macro fases - diagnóstico, implementação e consolidação. Dentro dessas etapas existem 07 sub etapas, conforme figura 04.



Figura 4. Método de Implementação do EGA

A estruturação da equipe do EGA foi composta por 04 profissionais - 01 médico, 01 enfermeiro, 01 assistente social e 01 auxiliar administrativo. Os três primeiros profissionais foram contratados via Icepi e o profissional administrativo foi uma contrapartida do hospital. Essa equipe é responsável pela atuação dentro do hospital para a implementação das diretrizes de desospitalização ativa na instituição. Dessa forma, irá conduzir e monitorar todas as ferramentas relacionadas à desospitalização. Outrossim, tem papel ativo na capacitação e transferência de conhecimento para as equipes assistenciais e equipes multiprofissionais nos conceitos de desospitalização, eficiência e qualidade assistencial.

A rotina ativa da equipe do EGA iniciou geralmente nas enfermarias de medicina hospitalar e, após resultados comprovados e treinamentos das equipes,

avançou para outras unidades de enfermarias clínicas e cirúrgicas. As equipes do EGA têm como base as seguintes atuações ativas, visando identificar potenciais pacientes que se beneficiem de sua ação:

- **Revisão de prontuário do paciente** - a equipe do EGA analisa diariamente os prontuários com o objetivo de identificar pendências para a desospitalização, identificar o plano terapêutico do paciente e previsão de alta hospitalar;
- **Round multiprofissionais** - implementação de round composto pelas equipes assistencial e EGA. Utiliza checklist padronizado, com enfoque em qualidade e segurança assistencial, planejamento terapêutico e previsão de alta hospitalar. Essa é a ferramenta mais importante para construir a mentalidade de desospitalização com a equipe assistencial.
- **Quadro eletrônico e físico de pendências dos pacientes (Kanban)** - em uma planilha são registrados os principais obstáculos para alta hospitalar dos pacientes, A partir dessa planilha é construído um quadro com cores, visando atuar de forma proativa na resolução destes com consequente alta hospitalar qualificada.
- **Huddle diário do hospital** - reunião que o NIR conduz em conjunto com o EGA, com o objetivo participar para identificar demandas que possam atuar.
- **Huddle com Medicina Hospitalar** - reunião que ocorre para aumentar a integração entre projetos para atuação sinérgica.
- **Huddle com NIR** - reunião acontece para aumentar a integração entre projetos para atuação sinérgica. Além disso, são analisadas oportunidades de transferência de pacientes para instituições de retaguarda quando é possível.

Após a resolução de pendências pontuais de pacientes utilizando as ferramentas citadas anteriormente, o EGA é capaz de identificar padrões sistêmicos de gargalos de desospitalização com indicadores que demonstram o impacto de tal pendência.

Em razão do propósito do EGA de gerar desospitalizações e principalmente de proporcionar a alta segura dos pacientes, a transição de cuidado representa ação que se destaca cotidianamente. O objetivo da transição do cuidado é proporcionar uma alta mais qualificada em que se observa um prosseguimento nos cuidados

realizados pela atenção básica e, assim, evitar a reinternação e consequentemente o agravamento das condições de saúde dos pacientes. Possibilita benefícios para as instituições hospitalares como a diminuição do número de reinternações e do tempo de internação dos pacientes que recebem alta hospitalar devido à garantia da continuidade do tratamento via rede de saúde pública.

Resultados do EGA:

O EGA foi implementado em diferentes perfis de hospitais no Espírito Santo. Observamos resultados significativos em hospitais clínico-cirúrgicos de médio e grande porte, bem como hospitais materno infantil e de retaguarda, comprovando que essa metodologia aumenta muito a eficiência do leito a despeito do perfil do paciente.

Importante ressaltar que os EGAs no estado são ainda muito recentes, prevendo-se que seus resultados sejam ainda melhores ao longo dos próximos anos. Estamos constatando que as equipes do EGA vêm apresentando evolução rápida e consistente ao longo dos meses, seguindo o princípio de melhoria contínua. Na figura 5, por exemplo, conseguimos observar, no Hospital Estadual Dr. Sílvio Avidos, como o tempo para detecção de pacientes com potencial para auxílio relacionado à desospitalização e transição segura vêm diminuindo ao longo dos meses, bem como menor tempo para resolução das pendências para alta e tempo da alta efetiva após as resoluções destas.

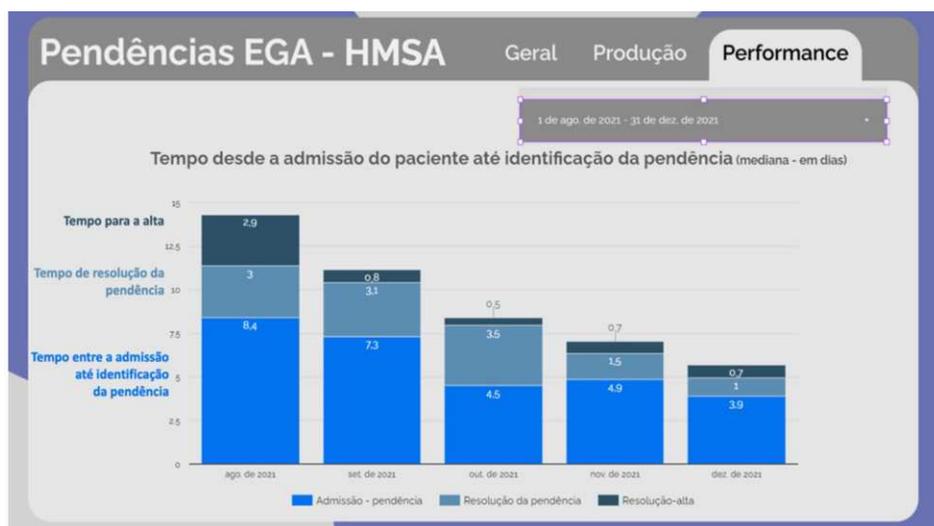


Figura 5. Indicadores de Desempenho do EGA (HMSA)

Já no hospital HEINSG, também observamos o aumento da maturidade do EGA ao longo dos meses com aumento de sua efetividade de atuação com o paciente pediátrico. Fica claro esse resultado ao analisar a redução de 58% no tempo mediano de permanência dos pacientes que o EGA atuou entre agosto de 2021 a fevereiro de 2022 (Figura 6). Além disso, houve uma diminuição do tempo médio de permanência dos pacientes do hospital, caindo de 19,2 dias para 15,1 dias, totalizando uma redução de 21%, entre agosto de 2021 e janeiro de 2022.

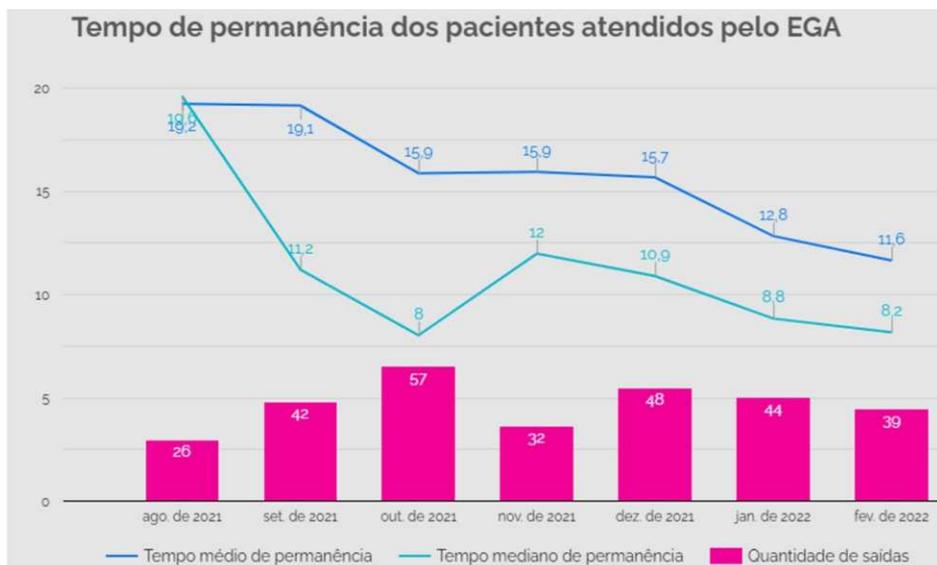


Figura 6. Tempo de Permanência dos pacientes assistidos pelo EGA do HEINSG

Os resultados obtidos em pacientes cirúrgicos trouxeram impacto no aumento da eficiência do leito, aumento do número de cirurgias e melhora da qualidade assistencial e segurança do paciente. Na figura 7, observamos significativo decréscimo dos pacientes de longa permanência do setor de traumatologia do HMSA após atuação do EGA.

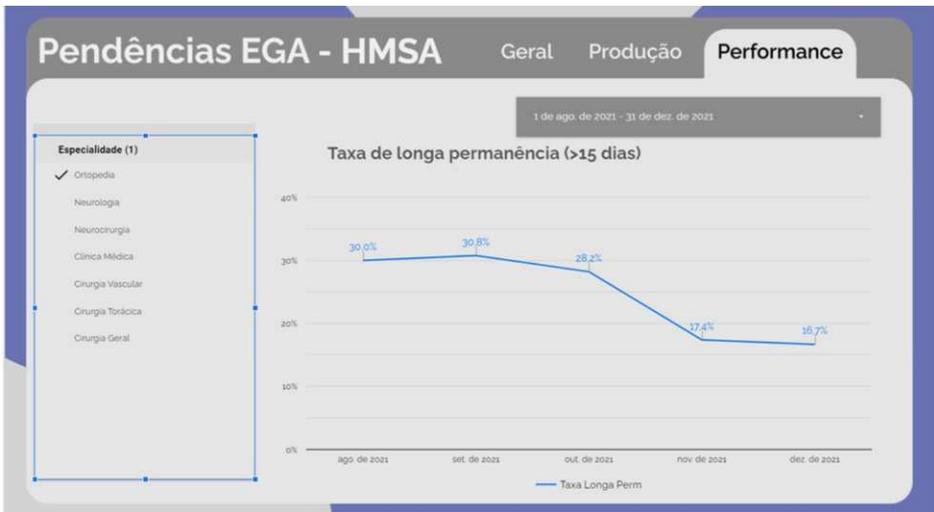


Figura 7. Taxa de longa permanência da traumatologia dos pacientes assistidos pelo EGA do HMSA

O impacto na eficiência do leito também foi demonstrado no HEAC, hospital de retaguarda para hospitais de maior complexidade no estado. Observamos uma diminuição de 25,7% no tempo médio de internação de uma enfermaria de longa permanência comparando-se o período antes (julho-agosto/2021) com os primeiros cinco meses de atuação do EGA (set/2021-jan/2022) (Figura 8).



* Tempo de permanência dos pacientes que saíram no mês

Figura 8. Tempo médio de permanência da enfermaria Arte Capixaba (HEAC)

Além dos processos relacionados à alta hospitalar, o EGA também atua em processos sistêmicos extra assistenciais. O EGA do HDDS, por exemplo, conseguiu reestruturar todos os fluxos de exames de imagem, implementando treinamentos dos novos fluxos e checklists para todos os tipos de exames internos e externos realizados por pacientes do HDDS. Esse redesenho de fluxo impactou na redução de 67% do tempo mediano entre a solicitação e o laudo dos exames, saindo de 146 horas (setembro/2021) para 48 horas (maio/2022) (figura 9).



Figura 9. Tempo mediano entre a solicitação e o laudo do exame de imagem no HDDS

Soma-se a essas atribuições, a capacidade do EGA de identificar problemas sistêmicos do hospital ou da RAS que impactem no giro do leito hospitalar. O EGA do HEINSG, por exemplo, analisou e estruturou fluxos extra-hospitalares que impactavam muito na alta de seus pacientes pediátricos. Um deles foi a solicitação da dieta enteral via Farmácia Cidadã do Estado. Foi possível reestruturar todo esse fluxo estadual na RAS, sendo possível, atualmente, o próprio hospital solicitar a dieta enteral antes da alta do paciente, em vez da família encaminhar essa demanda para a unidade básica de saúde, como ocorria anteriormente. Isso garantiu o acesso seguro da dieta no pós-alta imediato e a ausência de necessidade de o paciente ficar vários dias hospitalizado apenas aguardando a liberação da dieta pelo estado.

Vale ressaltar que o EGA também realiza papel crucial para tornar a transição de cuidado mais segura para os pacientes evitando reinternações precoces. Para tal, o EGA estrutura um checklist que tem por objetivo identificar se todas as demandas

do paciente foram organizadas antecipadamente para que ocorra a alta hospitalar. Nesse ponto, destaca-se o Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV), o qual iniciou seu EGA em novembro de 2021. O HESVV tem papel crucial na RAS no tratamento de feridas complexas. O EGA do HESVV conseguiu construir grande interface com o programa Melhor em Casa nos municípios de Cariacica e Vila Velha. Tal articulação desencadeou a desospitalização de 46 pacientes do HESVV via EGA para o programa Melhor em Casa no período de janeiro a julho de 2022.

CONCLUSÃO

O mundo está em transformação. É urgente que o ecossistema da saúde esteja alinhado às novas tendências de inovação para a sustentabilidade do segmento. Desperdícios são inaceitáveis atualmente.

As estratégias de gestão adotadas no estado do Espírito Santo estão revolucionando o sistema, garantindo acesso e gerando valor. O modelo proposto de atuação do NIR e do EGA são inovadores para regulação de leitos, gestão de acesso, continuidade do cuidado, experiência do usuário, gerando maior eficiência do giro de leitos e otimização da capacidade instalada nos hospitais da rede própria.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Guia para Implementação de Modelos de Remuneração baseados em valor. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: [Guia_-_Modelos_de_Remuneração_Baseados_em_Valor.pdf \(ans.gov.br\)](#)

DRG Brasil.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Implantação e Implementação do NIR - Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados. Brasília, 2017.

Jotz, GP et al. Escritório de Gestão de Altas. Inovação e Tecnologia no Enfrentamento da Superlotação Hospitalar: A Experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Módulo 2, p.76-84, 2018.

<https://Icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/escritorio-de-gestao-de-altas-reduz-tempo-de-internacao-de-pacientes-em-21-no-hospital-infantil-de-vitoria>. Acesso em 21 de agosto de 2022.

Jotz, GP et al. Transição de Cuidado: Interface entre Atenção Hospitalar e Atenção Domiciliar na Desospitalização Segura. Inovação e Tecnologia no Enfrentamento da Superlotação Hospitalar: A Experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Módulo 3, p.195-203, 2018.

Jotz, GP et al. A Inserção do Serviço Social na Desospitalização: Aproximação e Compromisso com as Demandas Sociais. Inovação e Tecnologia no Enfrentamento da Superlotação Hospitalar: A Experiência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Módulo 3, p.186-194, 2018.

Apêndice B. Melhoria na qualidade assistencial por meio da implementação do modelo de Medicina Hospitalar – O caso dos hospitais públicos do estado do Espírito Santo

Autor

Fabício Pimentel Fonseca

Co-autores

Altamar dos Santos Paigel, André Wajner, Cláudio Manoel Soares Nunes, Daniela Joana de Castro Cunha, Diego Proença Baisch, Debora Kelly Laurenço Fernandes e Karen Matias Silva Duarte

1) Origem e Princípios da Medicina Hospitalar

O termo Medicina Hospitalar (MH) faz referência a um remodelamento do processo de cuidado ao paciente clínico adulto e pediátrico hospitalizado, baseado nos conceitos americanos de *Hospital Medicine*, fundamentados na eficiência da assistência. O conceito de Medicina Hospitalar tem como base a instituição de um modelo horizontal de assistência médica direta, no qual o hospitalista é gestor de caso e coordenador do cuidado prestado a pacientes internados nas unidades não críticas, capaz de conduzir um crescimento sustentado de toda a equipe envolvida e dos próprios hospitais.

O produto dessa sinergia entre a lógica assistencial e a gerencial, por meio da coordenação do cuidado liderado pelo hospitalista é uma equipe envolvida com o cuidado direto prestado ao paciente centrado em sua necessidade, assim com diversos aspectos relacionados aos fluxos e processos intra-hospitalares, que eventualmente podem ser obstáculo para entrega de cuidado seguro, de qualidade e no tempo certo, possibilitando o alcance dos melhores resultados para o paciente durante o período de internação.

Esse modelo tem quatro grandes pilares de sustentação conceitual e prática: clínico, educacional, pesquisa e qualificação e liderança. no pilar clínico, são tratados temas relativos à segurança do paciente, perioperatório e comanejo clínico-cirúrgico, bem como habilidade e treinamento clínico avançado. no tema educacional, são tratados os treinamentos multiprofissionais e os rounds multidisciplinares.

Já na pesquisa, são realizadas avaliações da qualidade assistencial; análise de indicadores de desempenho e o foco de toda atuação voltada para melhoria do serviço. e no que diz respeito à qualificação e liderança, são realizadas atividades gerenciais e administrativas; trabalho de coordenação de equipes; a implementação de novas condutas baseadas nas pesquisas e o controle da qualidade.

Diante das evidências de melhorias no cuidado dos pacientes, com diminuição no tempo de internação, otimização dos recursos e diminuição dos custos e melhora em desfechos relacionados à qualidade assistencial, levou, em 2007, um grupo de médicos do sul do Brasil a fundar a Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar (SOBRAMH). No Brasil, a SOBRAMH é a principal referência técnica e científica da Medicina Hospitalar. Seus processos educativos e de aperfeiçoamento, estão voltados para capacitações, com foco na assistência médico-hospitalar, resultando no aperfeiçoamento global do sistema de saúde brasileiro.

2) Projeto de Medicina Hospitalar no estado do Espírito Santo

O governo do estado do Espírito Santo apostou na adoção do modelo assistencial baseado nos princípios da Medicina Hospitalar para os hospitais públicos do Estado, com foco em melhorias no atendimento à população. Com parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), por meio do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar (SOBRAMH) foi firmado um convênio para execução do projeto de implementação do modelo de Medicina Hospitalar, que teve como premissa a busca pela otimização da ocupação dos leitos dos hospitais da rede pública do estado do Espírito Santo.

O projeto, que tem execução em diferentes cidades capixabas, empregando grande relevância em termos de cobertura populacional, tem os seguintes propósitos:

- Criação de um ambiente de troca de experiências entre os hospitais do estado e aplicação de melhores práticas, buscando a excelência no atendimento e melhoria dos indicadores assistenciais e de satisfação dos pacientes em toda rede;
- Mapeamento de todas as rotinas assistenciais para atendimento dos pacientes dos hospitais participantes;
- Mapeamento de todas as rotinas para atendimento dos pacientes cirúrgicos, considerando a implementação de comanejo;
- Desenvolvimento de ferramentas de aplicação prática para utilização dentro dos hospitais participantes;
- Desenvolvimento e monitoramento de indicadores junto aos profissionais em formação e gestores (considerando limites da publicação de dados de acordo com a LGPD);
- Disponibilização de ferramentas de gestão para uso dos trabalhadores dos hospitais;
- Capacitação de recursos humanos nos conceitos e rotinas melhoria contínua, segurança do paciente e estratégias para melhoria da qualidade assistencial;
- Formação de profissionais para serem futuros disseminadores dos conceitos de Medicina Hospitalar para o restante da rede pública.

Ainda que não seja o objetivo principal da implementação do modelo de Medicina Hospitalar, é importante ressaltar que a estratégia além de trazer benefícios à população assistida, também tem impacto sobre as finanças, uma vez que a necessidade de compra de leitos junto à rede privada é reduzida. Para atingir os objetivos, o projeto foi estruturado em duas grandes vertentes de atuação:

- I. Implementação do Modelo Assistencial;
- II. Formação de Recursos Humanos – Equipe de Medicina Hospitalar (médicos e enfermeiros) e supervisores de serviço.

A implementação da Medicina Hospitalar nos hospitais do ES, ocorreu em duas fases, na primeira foram quatro hospitais e na segunda fase outros

quatro. Esse desenvolvimento gradativo e por fases foi essencial para a evolução do modelo, em que se notou a necessidade de treinamento e amadurecimento de todos os agentes envolvidos.

Na fase 1 foram selecionados os seguintes hospitais: Hospital Maternidade Silvio Ávidos (HMSA), em Colatina, norte do ES; Hospital Estadual Dório Silva (HDS), na cidade da Serra, Região Metropolitana da Grande Vitória; Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória – Unidade Milena Gottardi, localizado em Vitória e Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV), em Vila Velha.

Já na fase 2 do Projeto, iniciada no final do ano de 2021, foram selecionados os seguintes hospitais: Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC), em Cariacica, Região Metropolitana da Grande Vitória; Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silves (HRAS), em São Mateus, norte capixaba; Hospital São José do Calçado em São José do Calçado, sul capixaba; Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (HEINSG), unidade Santa Lúcia, em Vitória. Os hospitais da fase 1 tiveram, naturalmente, um olhar e adaptação do método para o enfrentamento dos efeitos da pandemia, pelos números de casos registrados a época.

3) Pilares do Modelo Assistencial Hospitalista

O processo de implantação do modelo assistencial hospitalista é estruturado na construção de ferramentas de qualidade e protocolos assistenciais. O cuidado centrado na pessoa, estabelecido já no momento da admissão, é realizado por meio do Plano Terapêutico Individualizado (PTI) multiprofissional, a transição segura e a coordenação do cuidado.

O PTI um conjunto de ações e intervenções terapêuticas, elaboradas a partir da análise da condição clínica de um paciente, executadas de forma dinâmica durante todo ciclo da assistência. Tem como objetivo controlar o quadro agudo e os riscos associados, promover a remissão ou redução de sintomas e preparar a alta hospitalar, quando em regime de internação.

O planejamento da assistência é uma ferramenta poderosa para assegurar a efetividade da assistência: com entrega de valor, por meio de uma assistência planejada, multidisciplinar e interdisciplinar de qualidade, no tempo certo e com custo sustentável, e consequentemente contribuindo para:

- Identificar, organizar e integrar prioridades;
- Oferecer ao paciente assistência segura, por meio da otimização de tempo e recursos, visando o melhor resultado clínico;
- Identificar as barreiras a serem ultrapassadas;
- Melhorar a comunicação e a colaboração entre a equipe e paciente/família;
- Reduz tempo médio de permanência e quantidade de recursos empregados;
- Melhora o fluxo dos pacientes, através dos níveis de cuidado (linha de cuidado);
- Reduz a incidência de eventos adversos.

As ações assistenciais são planejadas de acordo com o perfil do paciente e o problema identificado pela equipe multidisciplinar, utilizando como referência protocolos e diretrizes baseadas em evidências científicas. Um plano terapêutico bem estruturado contribui para uma desospitalização precoce, bem como a redução de custos para esse serviço, a garantia da qualidade na assistência prestada e a segurança do paciente.

Neste sentido, a base do plano terapêutico é sistematizada com foco na atenção planejada e interdisciplinar, cujo alinhamento deve ser realizado nas reuniões multidisciplinares. Para a execução do plano terapêutico, todos os profissionais devem realizar o diagnóstico de modo integral, definir e divulgar as metas terapêuticas, monitorar a execução dessas ações, medir os resultados alcançados, e por fim, realizar a transição do cuidado para a continuidade.

O modelo hospitalista promove e fortalece a assistência multidisciplinar, na qual todos os profissionais assistenciais atuam em ambiente colaborativo, para a execução o Plano Terapêutico do paciente de forma horizontal. A maior expressão dessa sistemática é a visita multiprofissional que constitui como um importante instrumento para o acompanhamento do estado de saúde dos pacientes e para a identificação de demandas por cada especialidade, favorecendo o cuidado integral ao indivíduo e a comunicação entre os profissionais envolvidos neste cuidado.

Contribui de forma significativa para a melhora do prognóstico e qualidade de vida do paciente, tendo em vista que o paciente é visto de forma integral, envolvendo não apenas o paciente, mas todo o seu entorno. Dessa maneira, o

cuidado passa a ser centrado no paciente, perpassando da hospitalização e se estendendo até a alta hospitalar, atuando com foco no problema ativo, conduta e meta, relacionado a cada profissional que compõe o cuidado multidisciplinar.

Outro pilar que sustenta o modelo assistencial é a Transição de Cuidado Segura. Transição de Cuidados assistenciais é o processo de transferência de informações relacionadas ao paciente, garantindo a continuidade da assistência integral. Ocorre entre profissionais em uma mesma unidade, por meio da passagem de plantão e entre unidades assistenciais distintas.

A estruturação de um processo seguro e efetivo de Transição de Cuidado passa pelo fortalecimento da comunicação interpessoal e o envolvimento dos profissionais, dos pacientes e seus familiares ou responsáveis, sendo fundamental o adequado entendimento entre as partes frente ao processo terapêutico, monitorando constantemente sua efetividade, incentivando a promoção da saúde e o acompanhamento da transição interprofissional do cuidado realizado.

Por fim, entre as estratégias para a fortalecer o cuidado seguro e no tempo certo, o modelo Hospitalista trabalha fortemente na capacitação da equipe para reconhecimento precoce de sinais de deterioração clínica, assim como a atuação orquestrada para atendimento efetivo nos casos de piora clínica do paciente no curso da internação. Com destaque, a estruturação de um sistema de reconhecimento precoce de sinais de alerta da piora clínica do paciente, atrelado a uma dinâmica de atendimento qualificado nestas situações, ação que envolve toda a equipe assistencial, focado no impacto positivo e na redução da mortalidade hospitalar.

4) Formação de Recursos Humanos

A implementação do método de MH dentro dos hospitais requer uma estratégia complementar para dar sustentabilidade e continuidade de médio e longo prazo. São necessários recursos humanos capacitados para aplicar e transmitir todos os conceitos para os profissionais que se agregarão às futuras equipes de MH.

Dessa forma, o projeto de MH no ES definiu dois programas de formação para os profissionais diretamente envolvidos no serviço de atenção aos pacientes:

- I. Formação de Supervisores em Medicina Hospitalar
- II. Especialização em Medicina Hospitalar

A Formação de Supervisores em MH está sendo uma etapa de capacitação das lideranças dos hospitais participantes. Em formato de aulas teóricas e acompanhamento do serviço por meio de encontros semanais, a equipe da SOBRAMH tem transmitido conteúdos com foco no planejamento e controle de atividades práticas da Medicina Hospitalar, com ênfase nas abordagens Educacional, Pesquisa e Qualificação e Liderança.

Os supervisores de MH, que estão em fase final de formação, realizam de forma mensal o desenvolvimento e aplicação de conceitos e ferramentas que são apresentadas pelo time de instrutores da SOBRAMH. Adaptações para a aplicação em cada hospital vêm sendo conduzidas pelos supervisores, de acordo com as características do hospital, perfil de pacientes, complexidades, entre outros.

O curso de Especialização em Medicina Hospitalar é o primeiro curso do país e é uma das principais realizações desse projeto. O curso tem a finalidade de qualificar profissionais de saúde no cuidado clínico de pacientes hospitalizados e a coordenação de equipes multidisciplinares, incorporando habilidades especiais para servir a estes propósitos.

O curso de especialização aplica os principais conceitos e práticas da MH – comanejo clínico-cirúrgico, qualidade e segurança assistencial, comunicação efetiva, liderança multiprofissional, trabalho em equipe, mapeamento de processos assistenciais, melhoria contínua, conceitos e aplicação de *Lean Healthcare*, excelência no atendimento, indicadores assistenciais, satisfação dos pacientes, entre outros. Além disso, contribui na habilitação e no uso de ferramentas de aplicação prática clínica e cirúrgica (comanejo clínico-cirúrgico) dentro das unidades hospitalares.

São 960 horas de formação em serviço, que potencializa o desenvolvimento das práticas profissionais a partir das competências, favorecendo a atuação do trabalho colaborativo e em equipe. O processo de formação contribui nas estratégias de educação permanente em saúde, enquanto dispositivo de afirmação do trabalhador, como agente de transformação no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.

5) Resultados

O projeto da Medicina Hospitalar no Espírito Santo acompanha cerca de 20 indicadores, divididos em Indicadores de Perfil Clínico e Indicadores de

Performance e Resultado.

Admissões e Saídas

- Altas por motivo de admissão
- Admissões detalhadas por motivo de admissão
- Saídas detalhadas por destino
- Saídas detalhadas por município
- Altas por hora
- Altas por dia da semana
- Transferências
- Charlson médio e mediano
- Tempos de permanência hospitalar e na MH
- Tempos de Permanência na MH
- Previsões de Alta
- Longa Permanência
- Desfecho dos pacientes em longa permanência
- Tempos de Permanência por Médico
- Pacientes em Comanejo
- Tempo médio e mediano das pendências
- Porcentagem por tipo de pendência
- Taxa de óbitos
- Taxa de paradas
- Óbitos com cuidados paliativos

Esses Indicadores são atualizados em tempo real à inserção de dados e auxiliam como termômetro para a instituição. Os Indicadores de Perfil Clínico visam fornecer à unidade hospitalar um retrato dos pacientes, de onde eles vêm e quais são os motivos mais frequentes da admissão. A importância desses indicadores está na preparação da equipe, na compreensão do giro de leitos, na confecção de planos terapêuticos e mesmo na contratação de novos profissionais.

Para exemplificar, seguem Painéis de Indicadores de Perfil Clínico:



Figura 1. Painel com perfil de admissões e saídas do Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória (unidade Milena)

Os Indicadores de Performance e resultado trabalham com metas, seja de redução, aumento ou estabilização de alguma métrica. A função desses indicadores é medir a evolução do cuidado, com melhora geral da média/mediana ou com redução na variabilidade dos dados mostrados. Indicadores de Performance e Resultado medem a taxa de óbitos; longa permanência, a média e a mediana de tempo de permanência; as altas pela manhã e afins.

O gráfico a seguir é um exemplo de Indicador de Performance e Resultado:

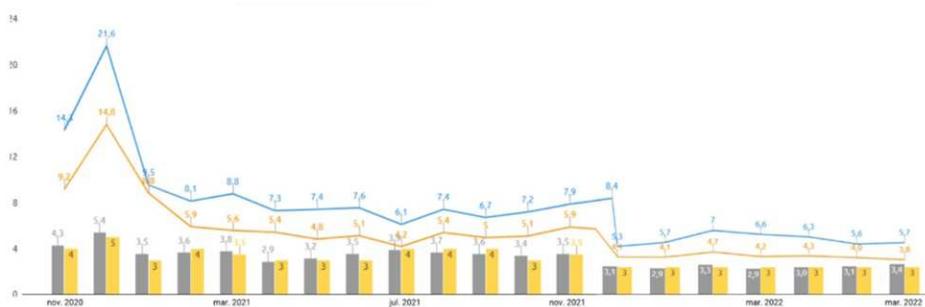


Figura 2 Redução do tempo médio e mediano de permanência vs score de Charlson no Hospital Dr. Dório Silva



Figura 3. Painel com Perfil de Pacientes em Comanejo do Hospital e Maternidades Sílvio Ávidos (HMSA)

No gráfico Painel com Perfil de Pacientes em Comanejo do HMSA, vale destacar que, com o avanço do projeto, a diferença de tempo entre os pacientes com e sem comanejo reduziu, especialmente após dezembro de 2021.

Ressalvada a importância de considerar aceitável um desvio padrão, uma vez que as circunstâncias externas interferem no resultado, uma aproximação entre os tempos com e sem comanejo evidencia, de forma salutar, que o comanejo está cada dia mais uniforme e os médicos da MH e das especialidades estão mais alinhados quanto às condutas e repasse de informações.

As particularidades de cada hospital também ficam mais claras com a análise visual e quantitativa: o que antes era um “sentimento” da equipe começa, aos poucos, a ser traduzido em linhas e colunas visuais. Agora, com a propriedade do dado compilado, a reivindicação de medidas para resolver impactadores da performance é mais possível e assertiva.

Um exemplo dessa sistematização do “*feeling*” é a redução do tempo médio e mediano de pendência, possível de ser identificado em todos os projetos, mesmo nos mais recentes. A redução do tempo de pendência denota uma maior apropriação da rotina do paciente, e a concentração da equipe em resolver os retardadores de alta. Essa melhora no cuidado pode ser ilustrada pelo gráfico a seguir:

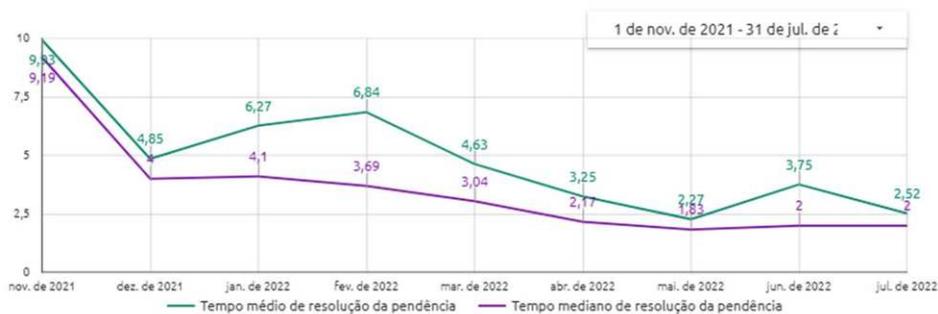


Figura 4. Redução do tempo médio e mediano de pendência no Hospital Estadual de Vila Velha (HEVV)



Figura 5. Redução do tempo médio e mediano de pendência no Hospital Estadual de Atenção Clínica (HEAC)

A presença da Medicina Hospitalar, além de aperfeiçoar o cuidado dos pacientes da enfermaria, melhora o entorno daquela enfermaria, uma vez que as solicitações feitas e as ponderações ditas pela equipe são sempre fundamentadas e objetivas. Antes de tudo, os indicadores são uma nova etapa de apropriação do processo hospitalar. Só se mede o que se executa. Só se conhece o que se mede. Só se melhora o que conhecemos.

6) Conclusão

A Medicina Hospitalar, como modelo assistencial, possui grande potencial para auxiliar na qualificação do sistema de saúde brasileiro e suas instituições, atenuando ou resolvendo gargalos crônicos do sistema. Por meio de uma abordagem que une excelência assistencial com ferramentas e práticas de gestão

do cuidado, além de uma abordagem holística do paciente, sempre baseada na multidisciplinaridade e no cuidado centrado no paciente, o modelo hospitalista reduz tempo de permanência intra-hospitalar, aumenta giro de leitos, reduz custos assistenciais, reduz desperdícios e variabilidade do cuidado, proporcionando condições para que o cuidado em saúde seja mais seguro e eficaz.

Dessa forma, o modelo hospitalista implementado nos hospitais do ES representa um enorme ganho na qualidade e segurança assistencial para o maior beneficiado pela implementação do modelo: à população capixaba. Com um melhor modelo assistencial, milhares de pacientes puderam ter sua condição de saúde restabelecida por meio de um cuidado de melhor qualidade, mais humanizado, e conseqüentemente, retornaram para os seus lares em menor tempo.

Vale ainda ressaltar quão visionário o governo do estado do Espírito Santo foi, na figura do secretário de saúde, Nésio Fernandes de Medeiros Júnior, ao repensar o modelo assistencial vigente e inovar, por meio da implementação da medicina hospitalar como modelo base dos hospitais públicos. O ganho sistêmico foi enorme, graças a coragem para mudar. Com a melhora relatada nos indicadores, a rede pública ampliou o acesso da população aos leitos hospitalares, reduziu desperdícios no cuidado em saúde e aumentou a segurança do cuidado.

Por meio do ensino em Medicina Hospitalar, médicos e enfermeiros, além de equipes multiprofissionais, foram capacitadas para atuar dentro de práticas de excelência, formando uma base de profissionais comprometidos e com capacidade para levar o modelo para outras instituições do estado, gerando um grande movimento dentro da saúde capixaba que se retroalimenta, rumo a um sistema de saúde mais sustentável e qualificado.

O projeto realizado no estado do Espírito Santo representa um grande marco, uma verdadeira quebra de paradigma, servindo como exemplo para outras unidades da federação de como melhores modelos assistenciais podem corrigir gargalos e distorções do sistema de saúde.

Sobre autores

Adriano Massuda

Graduado em Medicina (UFPR), residências em Medicina Preventiva e Social e em Administração em Saúde pela UNICAMP, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde na UNICAMP. Professor da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV) e membro do FGV-Saúde. Foi pesquisador-visitante no Departamento de Saúde Global e Populações da Harvard T.H. Chan School of Public Health (2016 - 2020). Médico em Unidade Básica de Saúde em Campinas e no Hospital de Clínicas da UNICAMP. Secretário municipal de saúde de Curitiba-PR (2013 - 2015) e secretário-executivo substituto (2011 - 2012) e secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (2015) no Ministério da Saúde. Consultor da Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (2016 – 2019).

Elisandréa Sguario Kemper

Graduada em Odontologia (Unimar-SP), com residência e especialização em Saúde da Família (UFSC), Mestre em Política Social (UnB), Doutora em Ciências da Saúde (UnB). Trabalhou como dentista em clínicas odontológicas privadas e na área pública na Secretaria Municipal de Saúde de São José-SC e no Programa Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde de Governador Celso Ramos-SC (2000-2002). Trabalhou no Ministério da Saúde (2005 – 2010) nas áreas de gestão da Atenção Básica no Departamento de Atenção Básica/SAS e na área de Promoção da Saúde no Departamento de Análise de Situação em Saúde/SVS. Trabalhou como consultora técnica na Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (2011 – 2018) atuando nas áreas de cooperação técnica

internacional e apoio a projetos na área de sistemas e serviços de saúde e na Coordenação do Programa Mais Médicos. Apoio ao projeto de cooperação técnica no Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS (2015) e assessora técnica da Superintendência Executiva do Hospital da Criança de Brasília – HCB (2018 – 2021). Atualmente pesquisadora na área de políticas públicas de saúde.

Renato Tasca

Graduado em Medicina (*Università degli Studi di Torino*) em Turim, Itália, especialista em saúde pública na Itália (*Università degli Studi di Torino, Diploma di Specializzazione, Infectious Diseases*) e na Inglaterra (*London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, diploma Epidemiology*). No Brasil foi coordenador do projeto Distrito Sanitário de Pau da Lima, realizado pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB - junto a Cooperação Italiana, nos anos de 1990. Trabalhou em outros projetos de cooperação técnica na área da saúde com várias instituições internacionais em países da América Latina e da África. Em 2008 foi Coordenador da Unidade Técnica de Serviços de Saúde da OPAS/OMS. Foi assessor internacional de Sistemas e Serviços de Saúde na sede da OPAS/OMS em Washington-DC e Coordenador do Programa Mais Médicos na OPAS/OMS Brasil. Atualmente pesquisador da FGV-Saúde e consultor do Instituto de Estudos de Políticas Públicas (IEPS).

Marco Antonio Catussi Paschoalotto

Pós-doutorando em Administração Pública e Governo pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV EAESP) e *Fellow* pela *David Rockefeller Center for Latin American Studies, Harvard University*. Doutor e Mestre em Administração de Organizações pela Universidade de São Paulo (USP - FEA/RP), com estágio pós-doutoral em Economia da Saúde pela *NOVA School of Business and Economics* (Portugal). Graduado em Administração Pública pela UNESP (Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”), com período de estudos na Universidade de Coimbra (Portugal). Atuou como professor visitante no

Instituto Politécnico de Bragança (Portugal), *visiting scholar* pela *Università degli studi di Roma Tor Vergata* (Itália) e pela *Indiana University* (EUA), professor da *Business School* Unoeste e Coordenador Geral da Pós-graduação Lato Sensu da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE).

Alessandro Bigoni

Formado em nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (2015). Durante a graduação, foi bolsista do programa Ciências sem Fronteiras na *Rutgers University* (2013-2014). Conquistou a posição de aluno de Doutorado no departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (2017). Foi pesquisador visitante no Registro de Câncer da Noruega em 2018 e pesquisador visitante no Instituto de Estudos em Políticas de Saúde (IEPS) em 2020. É pesquisador associado ao grupo de estudos FGV-Saúde da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV) e em 2020 recebeu o *Fulbright Doctoral Dissertation Research Award* (DDRA) permitindo-o conduzir parte de sua pesquisa como *Fulbright Visiting Researcher no Department of Global Health and Population da Harvard T.H. Chan School of Public Health* (2021-). Atualmente atua como consultor sênior em *real-world evidence* na IQVIA.

Rafaella Salles Lopes Gomes

Mestranda em Administração Pública e Governo pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (FGV/EAESP) e Graduada em Ciências Sociais, com ênfase em Ciência Política, pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (FGV/CPDOC), é pesquisadora em Administração e Planejamento em Saúde, com grande foco em Sistemas de Saúde.

“A resposta às emergências em saúde pública não se desenvolve com a rotina sendo realizada de modo rápido apenas. É preciso sistematizar a resposta e a vigilância é a ordenadora do cuidado, conforme previsto na Política Nacional de Vigilância em Saúde. Foi com base nesses princípios que a Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo atuou. Informações atualizadas, painéis e pesquisas embasaram a tomada de decisão e ficarão como legado desse desafio do século”.

Wanderson Oliveira

Ex-secretário nacional de vigilância em saúde do Ministério da Saúde

“Muitos aprendizados nos deixaram as mais de 670 mil vítimas da Covid-19 no Brasil. O mais inspirador para o presente e futuro foi a criatividade, capacidade técnica e resistência de gestores, trabalhadores e comunidades, estimulando nossas potências e superando irresponsabilidades e sofrimento”.

Alexandre Padilha

Deputado Federal PT/SP e ex-Ministro da Saúde

“A ciência é fundamental. A ciência existe não para nos agradar, responder ao que almejamos, ou referendar nossas ideias, mas para nos guiar em tempos sombrios, tempos de dúvidas e de insegurança. A pandemia nos ensinou que a ciência é e continuará a ser um ponto de certeza, em um oceano de incertezas”.

Ethel Maciel

Professora Titular da Ufes

e Presidente da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-99-0



9 788554 329990