

PDR

Plano Diretor de Regionalização da Saúde

ESPIRITO SANTO - 2011

SECRETARIA
DA SAÚDE



GOVERNO DO
**ESPIRITO
SANTO**

CRESCER É COM A GENTE



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

JOSÉ TADEU MARINO

Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo

GERALDO CORREA QUEIROZ

Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e
de Organização da Atenção à Saúde

LUCIO FERNANDO SPELTA

Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Administração e
Financiamento da Atenção à Saúde

GISELE APARECIDA DE LIMA OLIVEIRA E OLIVEIRA

Subsecretaria de Estado da Saúde para Assuntos de Gestão Hospitalar

LUIZA MARIA DE CASTRO AUGUSTO ALVARENGA

Gerencia de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – GEPDI



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

FABIANO MARILY

Superintendente Regional de São Mateus

CYBELI PANDINI GIURIZATO ALMEIDA

Superintendente Regional de Colatina

LUCIA MARIA LESSA SILVA

Superintendente Regional de Vitória

JAIR FERRAÇO JUNIOR

Superintendente Regional de Cachoeiro de Itapemirim

LUIZ CARLOS REBLIN

Conselho de Secretários Municipais de Saúde

CÂMARAS TÉCNICAS DAS CIBS MICRORREGIONAIS

GRUPO TÉCNICO

ELABORAÇÃO: Ana Ivone Marques, Ana Paula Santana Coelho, Erivelto Pires Martins, Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga, Maria Celeste Ribeiro Pupa, Murilo Ribeiro Spala, Sebastião Honofre Sobrinho, Solange Maria Loss Corradi, Tânia Maria de Araujo.

COLABORAÇÃO: Eloá Sena Guillen Ribeiro, Francisco José Dias, Pedro Benevenuto, Resy Neves Rebello Alves, Romildo Luiz Monteiro Andrade, Vera Lúcia Peruch.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
ESTUDOS DE REGIONALIZAÇÃO NO ESPÍRITO SANTO	5
<i>HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE</i>	5
<i>A REGIONALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DO ESTADO</i>	7
<i>DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DESIGUALDADE SOCIAL: REDE DE CIDADES</i>	10
<i>REGIONALIZAR O ESPAÇO COTIDIANO DA SAÚDE</i>	14
SITUAÇÕES DE VIDA E SAÚDE: UM RETRATO DO ESPÍRITO SANTO	15
<i>GEOGRAFIA DO ESTADO</i>	15
<i>CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA</i>	16
<i>IDENTIDADE CULTURAL – ESPECIFICIDADES REGIONAIS</i>	19
<i>CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS</i>	22
<i>SITUAÇÕES DE ADOECIMENTO</i>	26
<i>ESTUDOS DE MORTALIDADE</i>	34
O DESENHO DAS REGIÕES DE SAÚDE	48
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	54
ANEXOS	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa do Espírito Santo, divisão micro e macrorregional de saúde - 2003

Figura 2: Regionalização segundo vocação funcional

Figura 3: Regionalização segundo a Lei 5.120/1995

Figura 4: Rede de Cidades – Municípios do Espírito Santo

Figura 5: Impacto da Carteira de Investimentos

Figura 6: Pirâmide etária do Espírito Santo, 1991 - 2010

Figura 7: Proporção da população Idosa (60 e mais). Espírito Santo, 2010

Figura 8: População remanescente dos quilombos. Espírito Santo, 2011

Figura 9: Aglomerados Pomeranos no Espírito Santo

Figura 10: Incidência da pobreza por Municípios – Espírito Santo, 2010.

Figura 11: Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Figura 12: Coeficiente de Detecção de Hanseníase por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Figura 13: Coeficiente de detecção de hanseníase em < 15 anos. Espírito Santo, 2010

Figura 14: Incidência de esquistossomose por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Figura 15: Incidência de Leishmaniose Tegumentar por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010

Figura 16: Índice de Vulnerabilidade para ocorrência da Dengue. Espírito Santo, 2010

Figura 17: Mortalidade proporcional segundo principais causas (Cap. CID 10). Espírito Santo, 2000 a 2010

Figura 18: Mortalidade proporcional segundo faixa etária e sexo. Espírito Santo, 2010

Figura 19: Proporção de óbitos por doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração na população com 20 anos e mais de idade. Espírito Santo, 2010

Figura 20: Taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, segundo município de residência. Espírito Santo, 2010

Figura 21: Mortalidade proporcional por causas externas segundo Microrregiões. Espírito Santo, 2010

Figura 22: Taxa de mortalidade específica por causas externas, segundo município de residência. Espírito Santo, 2010

Figura 23: Taxa de mortalidade específica por Neoplasias, segundo município de residência. Espírito Santo, 2010

Figura 24: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos. Espírito Santo, 2000 a 2010

Figura 25: Taxa de mortalidade infantil no componente neonatal, por mil nascidos vivos. Espírito Santo, 2010

Figura 26: Primeira proposta de regionalização da saúde apresentada nas oficinas regionais para validação.

Figura 27: Plano Diretor de Regionalização da saúde. Espírito Santo, 2011.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Razão de dependência (%), por faixa etária e ano - Espírito Santo, 1991 e 2010

Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano. Região Sudeste e Brasil. 1991 e 2000

Tabela 3: Mortalidade proporcional segundo principais causas da CID-10 e faixa etária. Espírito Santo, 2010

Tabela 4: Distribuição dos óbitos de menores de um ano, segundo a causa (Cap. CID 10). Espírito Santo, 2010

Tabela 5: Plano Diretor de Regionalização da saúde. Espírito Santo, 2011.

APRESENTAÇÃO

A regionalização na saúde, prevista constitucionalmente, é uma estratégia importante para promoção de sistemas de saúde eficientes e de relações intergovernamentais mais cooperativas, visando à garantia da integralidade e da equidade na atenção à saúde. É também uma estratégia importante para a promoção do desenvolvimento sócio-econômico dos lugares, possibilitando a redução das desigualdades sociais.

No âmbito do Pacto pela Saúde, a partir de 2006, a regionalização é definida como eixo estruturante e nele a constituição de regiões de saúde deve considerar as características culturais, sócio-econômicas e os aspectos políticos interfederativos, na medida em que o funcionamento do sistema regional é fruto da pactuação entre os gestores do sistema de saúde.

A revisão do Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo de 2003 partiu da necessidade de se desenhar um sistema de saúde em redes resolutivas e com a capacidade de garantir a integralidade da atenção com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo como base o entendimento da saúde em uma dimensão multicausal com forte dependência do desenvolvimento social das populações. Fez-se necessário levar em consideração as recentes mudanças ocorridas no território estadual, relacionadas principalmente ao desenvolvimento econômico advindo da exploração e descobertas de novas fontes de gás e petróleo, que resultaram no surgimento de novas centralidades regionais, modificando a dinâmica econômica e social do estado.

Nessa perspectiva, a atual política de regionalização da saúde do estado do Espírito Santo, tem como principais objetivos: orientar o processo de planejamento em saúde com base nas necessidades e características regionais; garantir o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e serviços de saúde; garantir a integralidade da atenção à saúde em todos os níveis; avançar na equidade da política de saúde; reduzir as desigualdades regionais existentes; racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos na região.

Para tanto, amplia o escopo dos critérios adotados para a delimitação dos recortes territoriais, entendendo que os determinantes do processo saúde-doença extrapolam o setor da saúde, sendo necessário formular políticas intersetoriais e de desenvolvimento regional que favoreçam o fortalecimento das regiões e a redução das desigualdades territoriais. Dessa forma, atual política de regionalização da saúde estabelece um esforço de aproximação entre recortes regionais da saúde e o

desenho da regionalização da gestão administrativa adotada pelo governo do estado com vistas a favorecer a integração entre as diversas políticas do governo.

O presente documento apresenta o Plano Diretor de Regionalização 2011 que foi elaborado a partir do levantamento das características e das necessidades de saúde de cada região. Tal iniciativa busca avançar no reconhecimento de espaços regionais que contemplem identidades, perfil epidemiológico, vocação e possibilidades de concretização do planejamento programático e orçamentário integrados.

Por fim, este trabalho pretende representar um importante passo na direção do alcance da universalidade do SUS, servindo de base para a reordenação das práticas e ampliação do direito à saúde do cidadão capixaba.

José Tadeu Marino
Secretário de estado da Saúde

ESTUDOS DE REGIONALIZAÇÃO NO ESPÍRITO SANTO

HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE

A diretriz da regionalização esteve presente na política de saúde brasileira desde as iniciativas que antecederam o SUS, como, por exemplo, em algumas experiências estaduais de constituição de distritos sanitários, durante os anos de 1970 a 1980. Mas somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que a regionalização articulada com a descentralização, ganha *status* de princípio estratégico para a organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS).

A primeira experiência capixaba de regionalização é anterior à década de 1990, oficializada por meio da Lei nº 4.317/90, a qual instituía o sistema estadual de saúde, estabelecendo os mecanismos de operacionalização do sistema, definindo responsabilidades do estado e municípios, e assentava as bases de um novo modelo assistencial pautado na regionalização.

O modelo assistencial adotado pressupunha a organização de ações e serviços de saúde numa lógica de hierarquização, articulada à regionalização e municipalização do sistema, buscando a integralidade da assistência e a racionalização dos recursos, garantindo o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos.

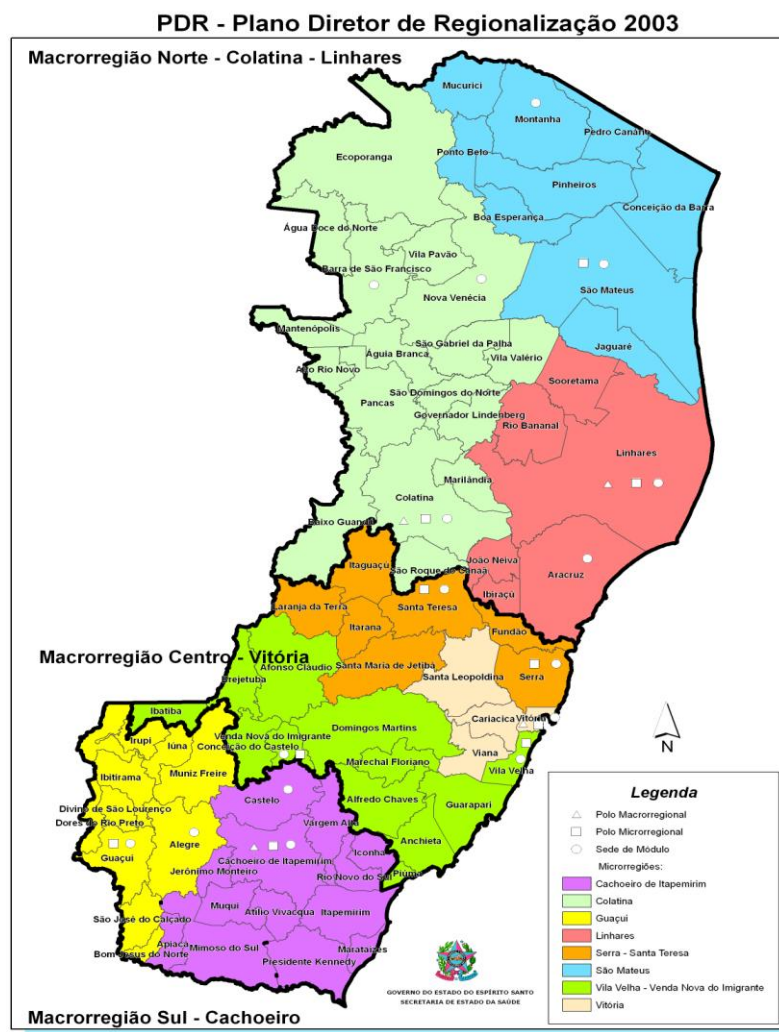
Esse documento instituía quatro regiões de saúde nas quais se situavam as respectivas Superintendências Regionais de Saúde (divisão administrativa regional da Secretaria de Estado da Saúde - SESA). Os 66 municípios existentes na época eram distribuídos conforme ilustrado na Figura do anexo 1.

Esse desenho regional foi fruto de amplo processo de discussão com envolvimento de técnicos da SESA, municípios e representantes da sociedade civil organizada, sendo uma experiência pioneira em consonância a Lei Orgânica do SUS, nº. 8080/90 que posteriormente seria publicada. O processo antecedeu também a regionalização político-administrativa que ocorreu no Espírito Santo em 1995. Neste mesmo período, seguindo os preceitos do SUS foi incentivada a criação de consórcios por região político administrativa com as Leis Estaduais nº 5.120/95 e nº 5.344/96. Desse movimento resultaram os consórcios atualmente em funcionamento.

O primeiro Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR) do Espírito Santo foi apresentado em outubro de 2003, tendo sido elaborado conforme o estabelecido na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 – NOAS/SUS 2002, visando constituir sistemas funcionais por meio da integração de pontos de atenção à saúde. O desenho final configurou-se em três Macrorregiões e

oito Microrregiões de Saúde (Figura 1) que considerou variáveis de definição espacial como acesso, economia de escala e escopo, e perfil epidemiológico. Esse foi um passo importante na perspectiva de organização do sistema de saúde no território do estado, numa lógica de otimização dos recursos e melhoria na resolutividade da atenção à saúde.

Figura 1: Mapa do Espírito Santo, divisão micro e macrorregional de saúde - 2003



Atendendo a lógica da NOAS foi criada uma divisão regional própria para o setor saúde, diferente da divisão político-administrativa do estado, o que em alguns momentos dificultou a intersectorialidade das políticas públicas, bem como a própria elaboração do Plano Plurianual (PPA), pois este é elaborado e acompanhado segundo regiões administrativas.

A rigidez nas escalas de microrregiões provocou a separação dos municípios que compõe o aglomerado denominado Grande Vitória: Vitória, Cariacica, Serra e Vila Velha, além de outros que apresentavam forte identidade.

O resultado de todo esse processo foi a convivência de três lógicas de regionalização no âmbito da saúde: consórcios intermunicipais de saúde, organização apresentada pelo PDR e aquela estabelecida pelo Governo Estadual por meio das regiões político-administrativas.

A REGIONALIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DO ESTADO

O processo de planejamento do Governo Estadual do Espírito Santo propõe a adoção de uma regionalização como forma de melhorar a distribuição de recursos públicos, além de buscar uma adequada delimitação dos espaços para a execução de ações que levam ao desenvolvimento sustentável.

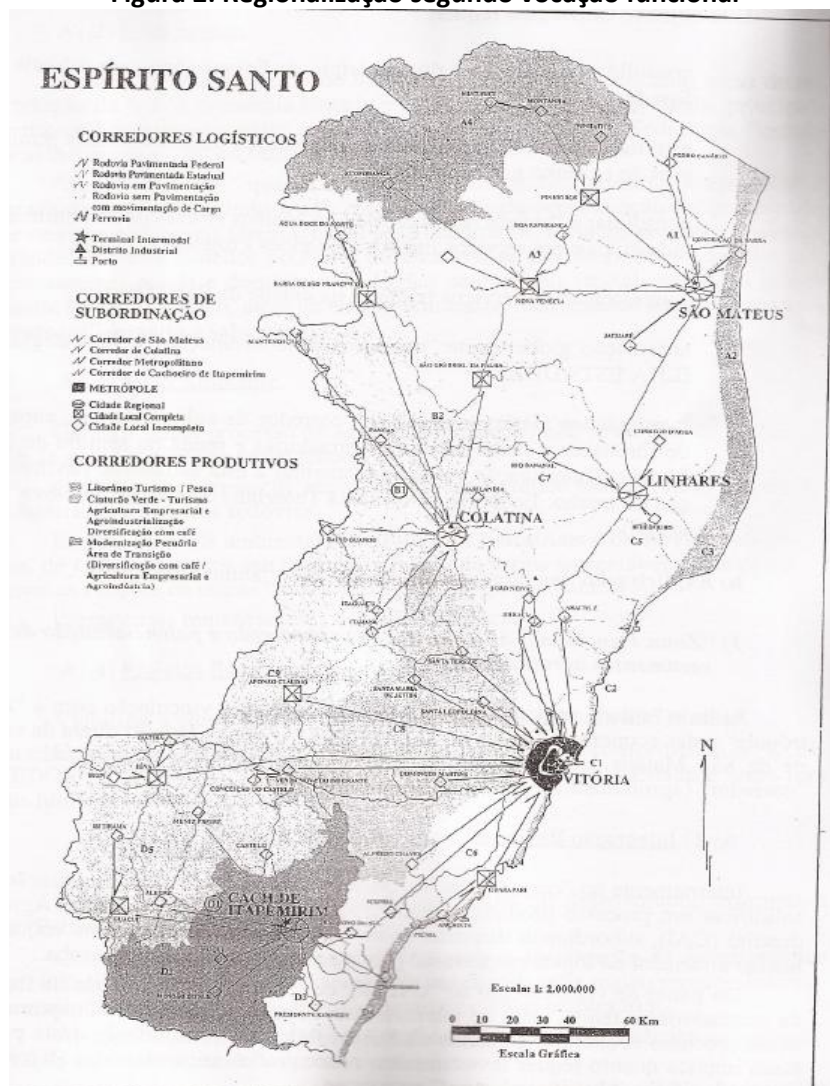
Na decisão de regionalizar um determinado espaço geográfico torna-se de fundamental importância a observação do alinhamento das políticas públicas setoriais e das ações e programas, principalmente focando a qualidade de vida da população e a redução das disparidades regionais.

A primeira proposta de regionalização econômica e administrativa do Espírito Santo foi fruto de estudo realizado em 1993 pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa do Departamento de Economia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) por solicitação do Governo do Estado (Figura 2). Intitulado “Proposta de Estratégias de Interiorização do Desenvolvimento e Descentralização de Investimentos no Espírito Santo”, visou garantir que até 2005 houvesse um desenvolvimento integral e integrado, sustentado e sustentável, capaz de gerar de forma equilibrada, condições harmônicas de vida para o conjunto da sociedade capixaba. A premissa do estudo foi de que o rápido crescimento da Grande Vitória estaria ocorrendo sem o devido planejamento, acarretando problemas de infraestrutura, provocando marginalização, submoradia, aumento da violência, criminalidade, desemprego e que somente uma articulação dos interesses públicos e privados, mediados pelo Estado, poderia reverter este processo.

Foram estabelecidas quatro estratégias básicas prioritárias: corredores logísticos, qualificação da metrópole, polinucleação urbana (subordinação à metrópole, cidades regionais, cidades locais completas e cidades locais) e a reestruturação da base produtiva agrícola com ênfase na diversificação com café.

Tendo como base o conceito de que uma “metrópole” se efetiva com a subordinação das demais regiões por ser maior e mais rica que as demais, foi dada ênfase à questão da interiorização do desenvolvimento e da consolidação harmoniosa da “metrópole” a partir da polinucleação urbana no estado. Foi estabelecida a identificação das cidades regionais para constituírem-se distritos industriais que deveriam cumprir o duplo papel de sediar de modo dominante o parque industrial capixaba e de garantir para as suas regiões de subordinação e influência o conjunto de serviços terciários necessários ao desenvolvimento regional. A articulação das cidades regionais com as cidades locais cumpriria simultaneamente o papel de desconcentradores da metrópole e agregadores de valor à produção primária.

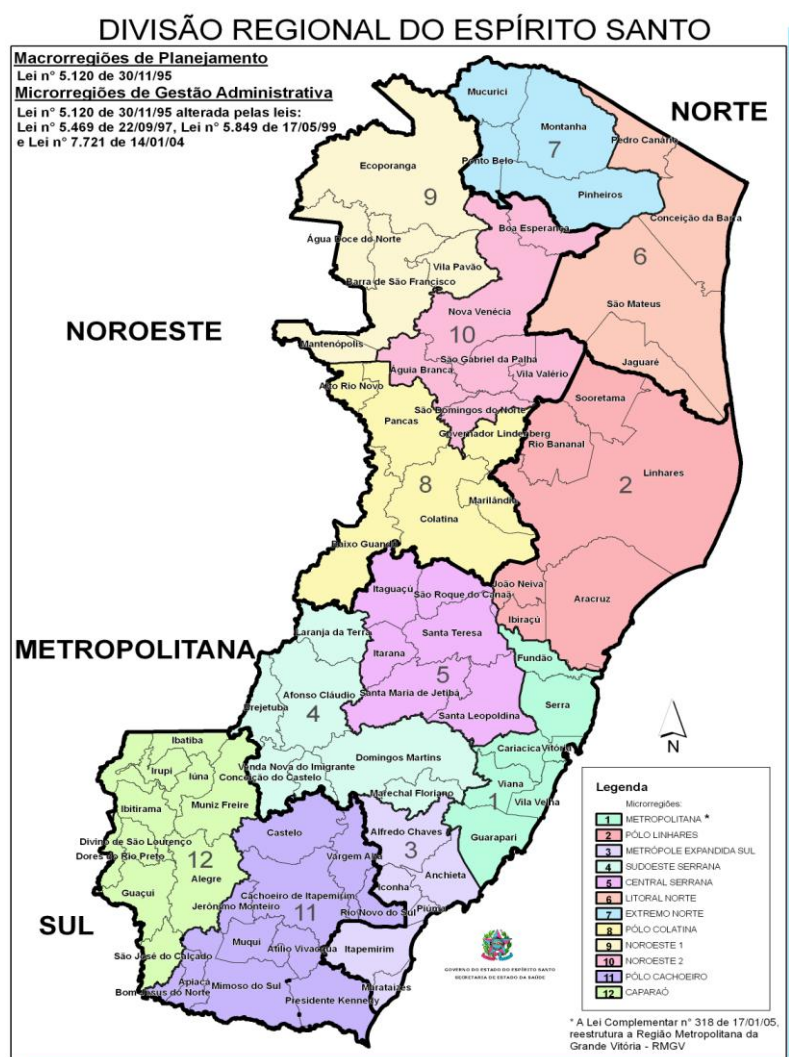
Figura 2: Regionalização segundo vocação funcional



Fonte: UFES

Com a Lei Nº 5.120/95 o Estado do Espírito Santo, em consonância com a Constituição Federal adotou a divisão territorial na perspectiva de “romper o isolamento municipal” e promover o planejamento e o desenvolvimento integrado entre os municípios e regiões reafirmando o conceito de desenvolvimento regional como meio de alcançar o desenvolvimento econômico e social. Esta lei delimitou quatro macrorregiões de planejamento: Metropolitana, Norte, Noroeste e Sul, e as sub-regiões de corte microrregional, denominadas Regiões Administrativas de Gestão, no interior das Regiões de Planejamento. Esse desenho foi objeto de poucas revisões e com a alteração final em 12 de janeiro de 2004 ficaram delimitadas as 12 microrregiões administrativas dos 78 municípios do Espírito Santo.

Figura 3: Regionalização segundo a Lei nº 5.120/1995



FONTE: IJSN

DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DESIGUALDADE SOCIAL: REDE DE CIDADES

Em 2005 o governo do estado do Espírito Santo e a sociedade capixaba, elaboraram o Plano de Desenvolvimento do Espírito Santo até 2025 (ES 2025), com a visão de futuro e com indicação de iniciativas e ações necessárias para torná-la realidade.

No estudo crítico dos dois ciclos de desenvolvimento no ES, do café, da industrialização e do recente petróleo e gás, não registram benefícios econômicos de distribuição igualitária, gerando exclusão social e concentração da riqueza e das oportunidades no litoral, sobretudo na Região Metropolitana da Grande Vitória.

Para reverter esta tendência foi construído um conjunto de iniciativas envolvendo os mais diversos atores sociais, econômicos e políticos, visando reforçar a dinâmica econômica do interior e simultaneamente qualificar a Região Metropolitana da Grande Vitória como principal intermediária das relações entre o Espírito Santo e os mercados interno e externo. Sendo proposta a construção de uma rede de cidades equilibrada, uma rede onde todos os seus nódulos estão conectados, na lógica da integração de cidades, utilizando como vetor o desenvolvimento de uma rede de serviços focada na complementaridade entre os diversos espaços sócio-econômicos.

No sentido de efetivar esta Rede de Cidades foi solicitado, pelo Governo do Estado do Espírito Santo, ao Centro de Estudo e Planejamento Regional, Cedeplar da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais a elaboração do Plano de Desenvolvimento da Rede de Cidades do Espírito Santo com os objetivos de: elaborar um estudo sobre a evolução da rede de cidades no Espírito Santo e os impactos esperados de um conjunto de investimentos (carteira de projetos) e construir uma regionalização do Estado do Espírito Santo que permita subsidiar a escolha e localização de projetos de investimentos.

Os elementos básicos que serviriam de suporte aos objetivos serão:

- (a) a magnitude econômica e populacional do aglomerado urbano;
- (b) o fluxo de trocas mercantis entre cada aglomeração com seu entorno e com outras aglomerações, definindo sua magnitude e força polarizadora;
- (c) a estrutura setorial produtiva como meio de identificar neste recorte a dinâmica centro-periferia;
- (d) o papel da logística, especialmente transportes e seu papel na polarização;
- (e) indicadores da presença de equipamentos urbanos.

Ao combinar escalas econômicas e populacionais, fluxos, estrutura produtiva, logística e amenidades urbanas será possível:

- (a) hierarquizar as atividades produtivas (indústria, serviços e agricultura);
- (b) identificar onde tais atividades estão concentradas (pólos e periferias);
- (c) e caracterizar a articulação entre essas aglomerações (rede de cidades e regiões);

A capacidade de polarização, que capta a capacidade de um município influenciar outros a partir de investimento neste município, passa a ser determinante para o entorno econômico municipal, aliado à escala do PIB, porque municípios com um valor de PIB elevado, cercado por outros com PIB também elevados, tendem a ter uma menor capacidade de polarização. Por outro lado, municípios com PIB pequenos, cercados por municípios com PIB ainda menores, poderão ter uma capacidade de polarização maior.

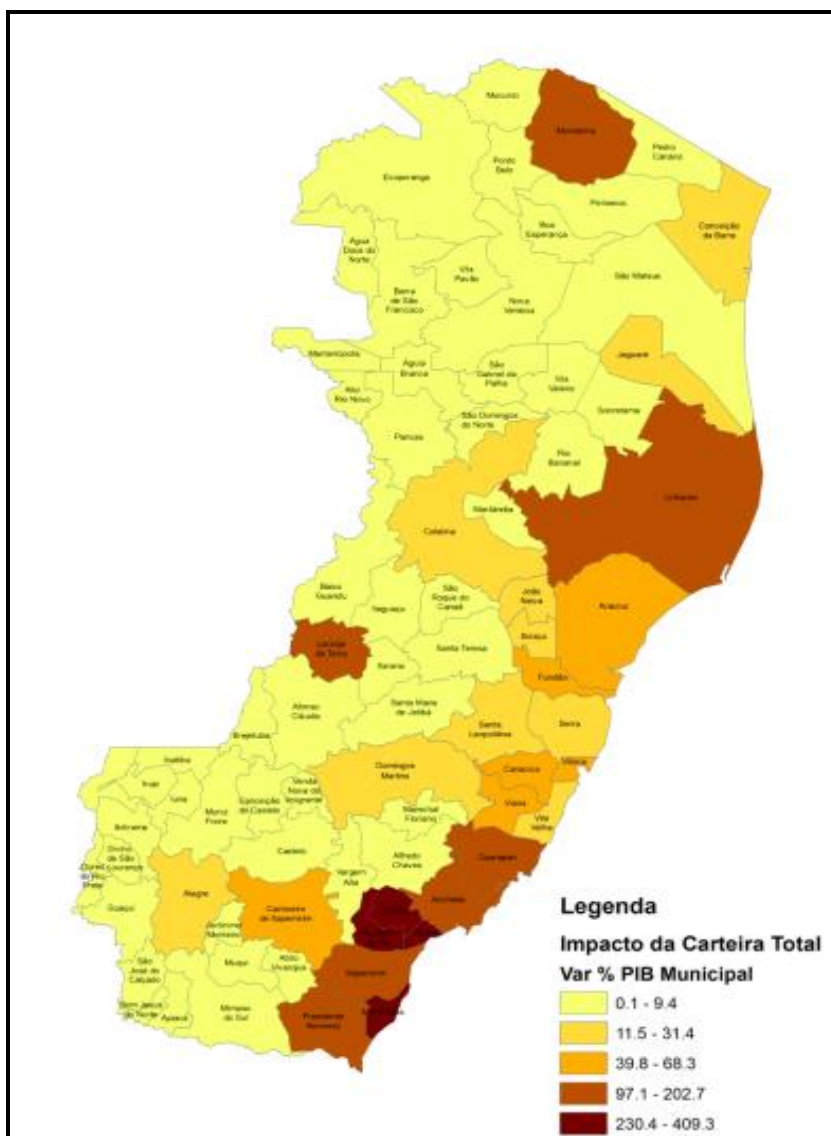
A proposta ao final estabeleceu uma Rede de Cidades Regionais com 28 municípios distribuídos em quatro níveis hierárquicos: Nível 1 o Pólo Estadual, Nível 2 o Pólo Regional, Nível 3 o Pólo Subregional e Nível 4 o Pólo Local, como podemos observar na Figura 4.

Autores como TONI e KLARMANN, (2002), referem que o tema local e/ou regional traz os mais variados recortes e estes estão na intencionalidade do contexto. Resumem que o debate sobre regionalização aponta para três tipos de critérios: polarização, homogeneidade e planejamento regional e que na regionalização por polarização a região é heterogênea, mas funcionalmente estruturada.

Outra linha de abordagem teórica, MARKUSEN (1981 apud Toni & Klarmann), questiona esse recorte na medida em que a dinâmica própria do capitalismo tenderia a homogeneizar as relações sociais no espaço, fazendo do próprio conceito de região uma categoria de menor relevância. Mas ao adotarmos o pressuposto de uma região com pólo dinamizador capaz de desenvolver os espaços relacionados, a região não está dada apenas pela área, mas sim pelos processos sociais que ali se delineiam, interferindo decisivamente nas condições de vida das populações e nas relações sociais.

O Plano de Desenvolvimento da Rede de Cidades do Espírito Santo confirma as cidades pólos regionais - Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Linhares, São Mateus, Nova Venécia, como uma rede estável. Apontando para cidades com potencial de se tornarem subpólos regionais na medida em que se realizam investimentos nessas cidades.

Figura 5: Impacto da Carteira de Investimentos



Fonte: IJSN.

A centralização econômica pode levar a uma concentração populacional e ocasionar maiores desigualdades sociais, reforçando o desequilíbrio entre as regiões. Dessa forma, a tomada de decisões estratégicas, com foco regional, é fundamental para a redução das desigualdades e o avanço do desenvolvimento regional. No caso específico do Espírito Santo, o estudo da Rede de Cidades demonstra que o setor terciário – de serviços – é uma peça chave para o equilíbrio do desenvolvimento e do crescimento regional.

No estado atualmente existem diversos recortes regionais produzidos pelos órgãos setoriais elaborados a partir de referenciais específicos de cada área de governo, e criando uma delimitação espacial da atuação desses órgãos. Um fator que une todo o Governo é o Planejamento Plurianual –

PPA – e o orçamento, que possibilita o estabelecimento dos programas intersetoriais tão necessário à qualidade de vida da população e dessa forma, a aproximação dos desenhos regionais de planejamento contribuiria para a integração entre as políticas, reduzindo o isolamento setorial e a fragmentação das intervenções.

REGIONALIZAR O ESPAÇO COTIDIANO DA SAÚDE

Os critérios científicos de regionalização mesmo não sendo definitivos e únicos sempre conferem o entendimento da espacialidade e seus limites. Vários autores tratam do tema e incorporam espaço, lugar, território e desenvolvimento influenciados pela dinâmica da globalização. Milton Santos (1997) relacionou espaço com o dinamismo das regiões e que este se define na utilização do território pelo povo. Na questão de planejamento governamental em saúde, espacializar a política de saúde teve foco nos anos 70, não apenas vinculadas às reflexões críticas da prática médica positivista, mas enquanto uma questão das condições de vida a partir da inserção dos grupos na sociedade capitalista, isto é, um determinado sistema de classes. Em termos gerais relacionou a problemática da saúde coletiva ao sistema político-econômico concentrador de renda e ao regime político autoritário (Burlandy, 1998).

Ao mesmo tempo, no campo da epidemiologia o caráter social do processo saúde-doença foi objeto de análise como categoria analítica introduzindo o paradigma da "*determinação social da doença*" ao que Breilh (1991) referiu como necessário para sua compreensão o estudo sistemático:

- Dos processos estruturais da sociedade que permitam explicar as condições particulares da vida;
- Dos perfis da reprodução social das diferentes classes e frações sociais, potencialidades de saúde e sobrevivência e riscos e
- A compreensão integral dos processos saúde-doença dos grupos e de seus indivíduos.

Região e desenvolvimento estão colocados nos princípios ideológicos e organizativos do Sistema Único de Saúde - SUS desde sua concepção, mas enquanto a regionalização tomou aspecto operacional na descentralização, as condições de vida e as políticas intersetoriais ainda buscam operacionalizar-se.

SITUAÇÕES DE VIDA E SAÚDE: UM RETRATO DO ESPÍRITO SANTO

GEOGRAFIA DO ESTADO

O Espírito Santo, em conjunto com outros estados da Federação, compõe a grande faixa litorânea brasileira, tendo 40% de área plana e 60% de área montanhosa, chegando a atingir 2.892m acima do nível mar, situando no estado o terceiro ponto mais elevado do território nacional, o Pico da Bandeira.

Os menores índices de chuvas são registrados no litoral. Especialmente ao norte o clima tropical seco se estende e se interioriza. A região constitui as chamadas “terras quentes” do estado, que representam 24% de seu território. As temperaturas podem superar os 40°C nas localidades tipicamente mais quentes e a média anual supera 22°C.

Os maiores índices de chuvas são registrados na região mais elevada do sul, que é caracterizado por um clima tropical de altitude que constitui as chamadas “terras frias”, representando 37% de seu território. A temperatura média anual fica abaixo dos 18°C, podendo descer abaixo de 0°C nas localidades tipicamente mais frias.

Encontra-se também uma espécie de zona climática de transição, correspondendo a 39% do território. Nela apresentam-se temperaturas e índices pluviométricos intermediários entre as terras frias e as terras quentes. Esta área é mais comumente verificada ao norte do Rio Doce, onde há altitudes mais amenas, apesar da presença de alguns pontões localizados na região.

Alguns registros mostram que a cada ano o clima do estado torna-se mais seco, caracterizado por muitos dias de sol e poucos de chuvas, porém, quando chove, são chuvas torrenciais aumentando os riscos relativos a desastres ecológicos.

O Rio Doce é o principal rio do Espírito Santo, com 977 km de comprimento desde a nascente em Minas Gerais, cortando o estado no sentido oeste/leste e dividindo suas terras em porção norte e sul. Vale destacar outros rios, também de importância hidrográfica para o estado, como o Itabapoana que separa o Espírito Santo do Rio de Janeiro; o Itapemirim, o Jucu e o Santa Maria da Vitória que desemboca na Baía de Vitória, além de importantes rios da região norte como o Itaúnas e o São Mateus. As principais lagoas do estado estão localizadas no município de Linhares, que possui aproximadamente 69 lagoas e lagos em sua extensão, estando aí localizada a lagoa Juparanã, considerada, por sua grande extensão, a principal lagoa do estado. Estima-se que existam aproximadamente 400 lagoas, lagos, e alagadiços em todo o estado.

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

Situa-se na região sudeste do país e constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população de 3.514.952 habitantes (IBGE, 2010), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Dentre os municípios, 52,56% possuem menos de 20 mil habitantes, 33,33% situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e somente 9 municípios (11,54%) apresentam uma população maior que 100 mil habitantes.

A região metropolitana do estado - Região Metropolitana da Grande Vitória - é composta por 07 municípios e concentra 48% do total da população do estado e 56,6% da população urbana.

O estado ocupa uma área de 46.098,1 km² e apresenta densidade demográfica de 76 hab./km². Sua região central demonstra uma grande concentração da população (190 hab./km²), que, por sua vez, está altamente intensificada na região metropolitana (724 hab./km²), chegando a expressiva marca 3.328 hab./km² na capital. Com quadro diferenciado, temos ao norte um vazio demográfico (36 hab./km²), indicando a presença de grandes latifúndios na região. O sul possui uma densidade demográfica de 63 hab./km². Na média, 16,5% dos capixabas habitam em áreas rurais e 83,5% em áreas urbanas.

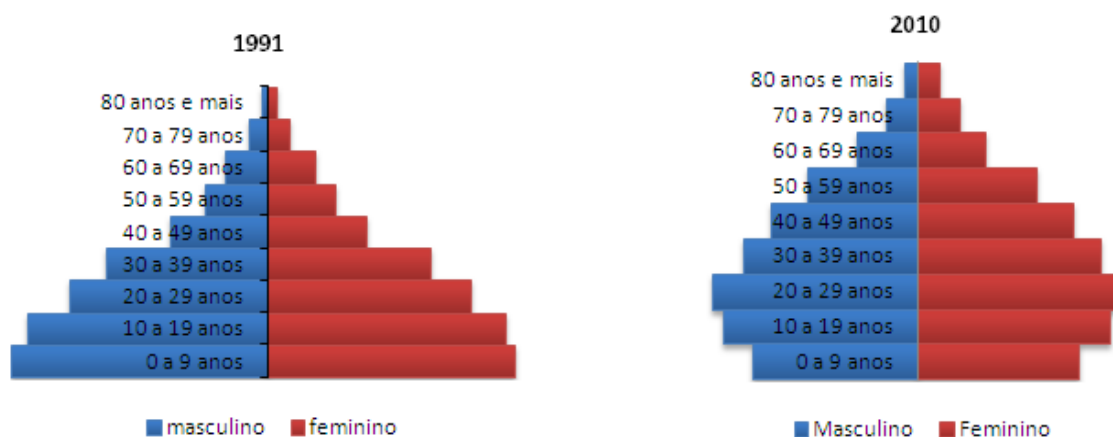
A taxa de crescimento populacional do Espírito Santo entre os censos 2001 e 2010 foi 1,14%, superior a do Brasil que apresentou 1,10% no mesmo período. Dezoito municípios capixabas apresentam uma taxa de crescimento acima da média estadual, são eles: Fundão, Sooretama, Serra, Venda Nova do Imigrante, Jaguaré, Aracruz, Linhares, Anchieta, Viana, Piúma, São Mateus, São Gabriel da Palha, Vila Velha, Guarapari, Santa Maria de Jetiba, Atilio Vivacqua, Marechal Floriano e Ibatiba. Desse grupo, oito municípios estão entre os vinte maiores do estado e dois são predominantes de população rural: Santa Maria de Jetibá e São Gabriel da Palha.

Em dezessete municípios, nos últimos dez anos, a população sofreu uma redução: Afonso Cláudio, Água Doce do Norte, Água Branca, Alegre, Apiacá, Divino São Lourenço, Ecoporanga, Ibitirama, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Mimoso do Sul, Mucurici, Muniz Freire, São José do Calçado, Santa Leopoldina e Vila Valério. Destacamos que destes nenhum município está situado na faixa litorânea do estado e em apenas oito a população é predominantemente rural.

A distribuição populacional por faixa etária tem se modificado no estado. Como se pode observar do ano de 1991 para 2010 houve um estreitamento da base e ampliação do topo da pirâmide etária (Figura 6). Essa distribuição evidencia o declínio da taxa de natalidade da população, além de indicar

maior parcela populacional vivendo até idades mais avançadas. Quanto ao gênero, a distribuição é equilibrada. Em 2010, as mulheres representavam 50,74% da população.

Figura 6: Pirâmide etária do Espírito Santo, 1991 - 2010



Fonte: IBGE.

O quadro de distribuição etária da população do estado reflete na razão de dependência que se constitui na razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade). Esse indicador mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva (Ripsa, 2009).

No computo geral a razão de dependência no Espírito Santo apresenta um declínio apesar do processo de transição demográfica. A redução dos níveis de fecundidade leva à diminuição das taxas de natalidade, implicando o decréscimo do contingente jovem da população, em contrapartida há um incremento da participação relativa e aumento absoluto do volume da população idosa, o que é compensado pela incorporação de coortes provenientes de épocas de alta fecundidade e, sobretudo pelo saldo líquido migratório de indivíduos em idade produtiva, atraídos pelas indústrias de minério e siderurgia, e que tende a consolidar-se com a indústria do petróleo (Tabela 1).

Tabela 1: Razão de dependência (%), por faixa etária e ano - Espírito Santo, 1991 e 2010

	Jovem	Idoso	Total
1991	45,4	12,75	58,15
2010	34,71	15,6	50,3

Fonte: IBGE; Censo.

Dessa forma, a tendência nos próximos anos é de envelhecimento progressivo da população, conferindo maiores valores na razão de dependência total e principalmente da população idosa, aumentando as responsabilidades sociais para com este grupo etário. Na saúde, esse quadro sugere que os gestores devem estar atentos às novas demandas que surgem no bojo desse quadro de mudança demográfica em virtude da modificação do perfil epidemiológico resultado desse processo, necessitando de readequação na oferta de serviços e nas ações de saúde, principalmente de prevenção e promoção.

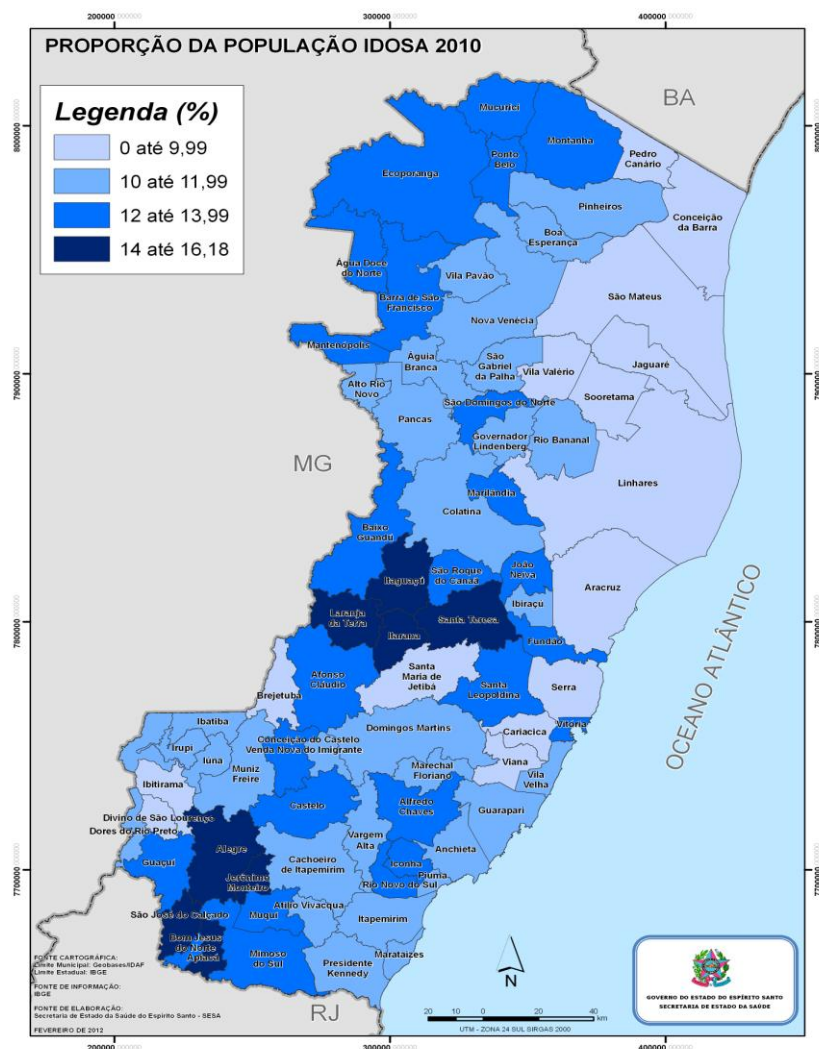
Em geral, a maioria dos municípios do estado apresenta proporção de idosos superior à média do Brasil (10,79%) e da região sudeste do país (11,86%), aproximando-se da média da região sul do país, que apresenta maior concentração de idosos da federação (12%). As regiões do estado com maior concentração de idosos são o extremo sul e metropolitana, destacando os municípios do interior do estado (Figura 7).

Essa configuração incidirá na necessária reconfiguração dos serviços de saúde, readequando a oferta e qualificação de recursos humanos para atendimento das necessidades de saúde dessa população. A atenção à saúde do idoso passa a demandar a atenção de especialistas, equipamentos e serviços de média e alta densidade tecnológica, expansão de atendimento domiciliar, expansão no acesso e adequações de medicamentos na farmácia básica, farmácia cidadã, imunização, dentre outros.

É preciso considerar a região que se transforma continuamente pela transição demográfica e epidemiológica, que agrega o ambiente natural e onde se constrói a solidariedade entre parceiros e disputa política entre diferentes atores (Guimarães, 2005). É necessário ponderar ainda, que a diferença dos territórios de uma região afeta a equidade quando a identidade sócio-espacial, o espaço do cotidiano, o espaço da participação, da mobilização e da decisão política não é levado em consideração no processo de planejamento e a homogeneidade regional se estabelece por finalidades administrativas. Há que se considerar a vinculação da população e seu território de forma a dar consistência aos atores sociais que farão a governança da Região de Saúde.

"Espaço e território não são termos equivalentes (...). É essencial compreender bem que o espaço é anterior ao território. O território se forma a partir do espaço, é resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível." (Raffestin, 1980, p. 14)

Figura 7: Proporção da população Idosa (60 e mais). Espírito Santo, 2010.



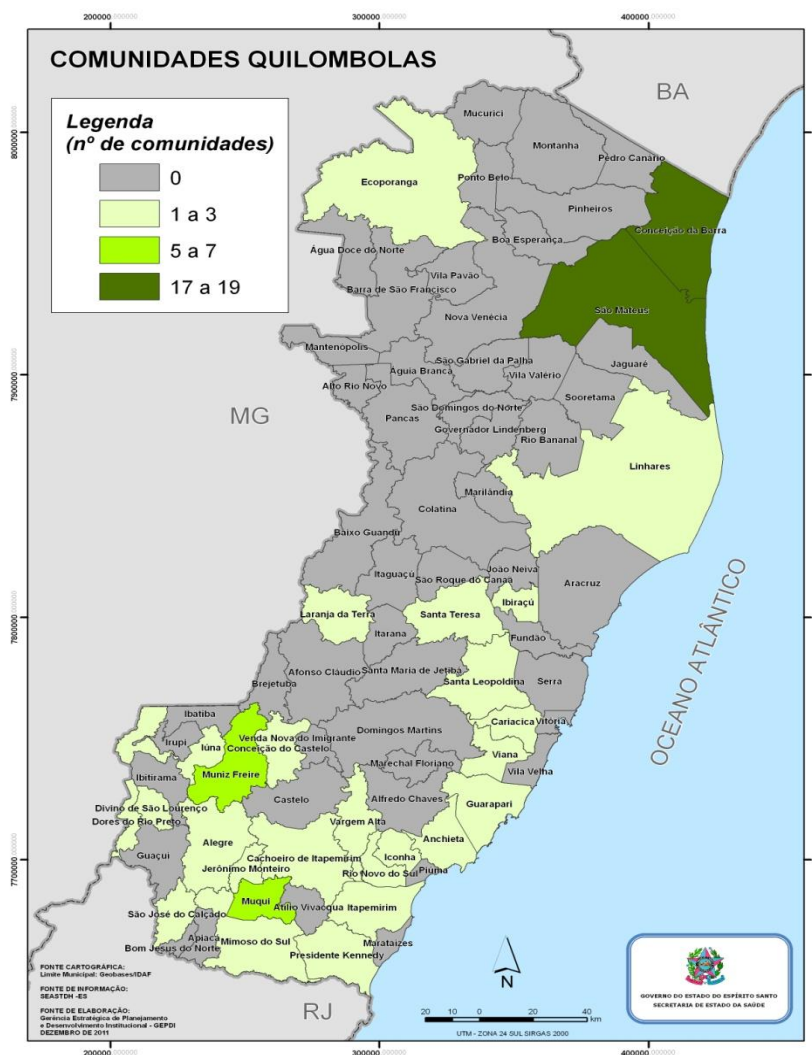
IDENTIDADE CULTURAL – ESPECIFICIDADES REGIONAIS

Espírito Santo é formado pelo resultado do encontro de raças que ao longo do tempo estabelece uma história rica em tradição e costumes. Como destaque citamos os índios, as comunidades quilombolas e a etnia pomerana.

Na região litorânea de Aracruz são encontradas as terras indígenas, reconhecidas e homologadas pela FUNAI, e estão organizadas em 07 aldeias, sendo 04 Tupiniquins: Caieiras Velhas, Irajá, Pau-Brasil e Comboios, e 03 Guarani Mbya: Boa Esperança, Três Palmeiras e Piraquê-Açú (SECULT/ES).

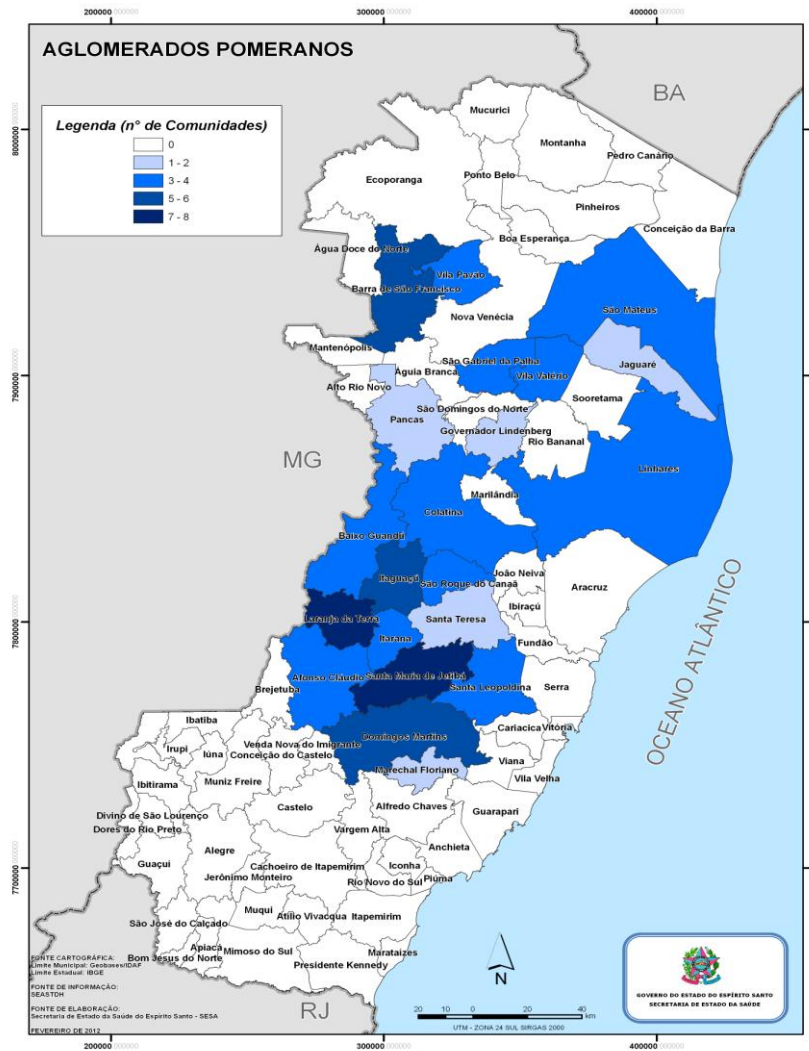
As comunidades Quilombolas, que são grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (conforme Decreto nº 4887/03). No Espírito Santo são 83 comunidades localizadas principalmente no norte e sul do Estado, com pouca incidência na região central e metropolitana (Figura 8). As comunidades ainda conservam traços culturais bem marcados, com grande influência no folclore, na culinária, nos valores e costumes.

Figura 8: População remanescente dos quilombos. Espírito Santo, 2011.



As Comunidades Tradicionais de herança européia estão presentes, principalmente na região de montanhas do interior do Espírito Santo, com a presença das etnias italiana, suíça, pomerana, alemã, holandesa e polonesa (figura 9).

Figura 9: Aglomerados Pomeranos no Espírito Santo



Fonte: SEADH e SESA.

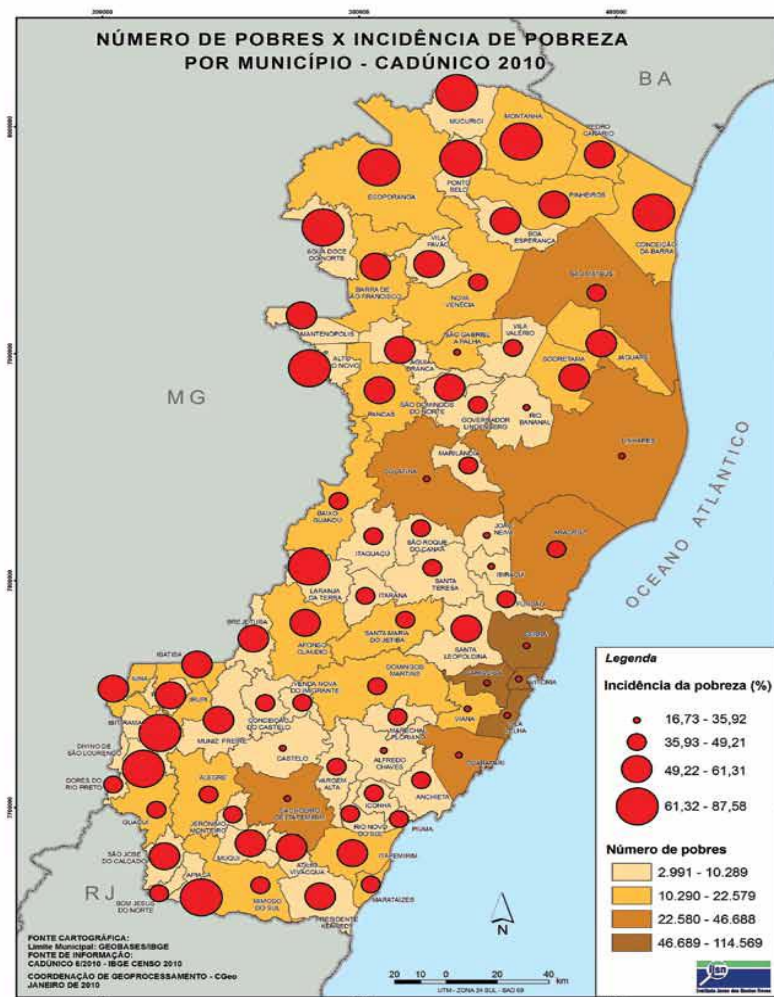
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Em consonância com as diretrizes do atual governo, a organização do sistema estadual de saúde deve expressar maior cuidado com aqueles que foram excluídos dos produtos do desenvolvimento econômico (ESPÍRITO SANTO, 2011a). Estudo que aborda a modernização econômica do Espírito Santo e suas contradições urbanas tendo como cenário os Grandes Projetos Industriais, aponta que a “[...] a evolução positiva dos indicadores econômicos que acompanharam a modernização/industrialização/urbanização seguiu um movimento muito desigual em relação à evolução dos indicadores sociais”, demonstrando que os produtos do crescimento econômico não se transformam em desenvolvimento social na mesma proporção (SIQUEIRA, 2010). Isto vem reafirmar a opção governamental pela redução das desigualdades sociais e regionais, sendo seu enfrentamento uma diretriz que deve ser incorporada às políticas setoriais. No mesmo estudo, a autora afirma que o crescimento econômico no Espírito Santo não propiciou um desenvolvimento integrado que gerasse benefícios para a população, de maneira que foram relegadas questões como valorização da qualidade de vida, condições de habitação e o atendimento social público.

Dessa maneira, tomando a diretriz de redução das desigualdades sociais e regionais para o contexto da política de saúde, vemos que um paradigma a ser enfrentado diz respeito à relação perversa entre saúde e pobreza, pois exatamente os mais vulneráveis socialmente, são também aqueles mais comprometidos em sua condição de saúde e de acesso às ações e serviços que a restabeleça e promovam a qualidade de vida. Considerar a questão da pobreza é necessário dentro da perspectiva dos determinantes sociais da saúde, sobretudo quando se pretende a constituição de um sistema erguido com o compromisso de superação das iniquidades.

De acordo com o Instituto Jones dos Santos Neves - IJSN (2010b), a partir de estudo da pobreza que considerou as famílias inscritas no CADUNICO, temos uma incidência maior de pessoas pobres nos municípios interioranos, conforme dispõe a Figura 10. Para tal estudo intitulado “Perfil da Pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no CADUNICO – 2010”, o cálculo da incidência considerou a razão entre número de pobres cadastrados em junho de 2010 e o total da população.

Figura 10- Incidência da pobreza por Municípios. Espírito Santo, 2010.



Fonte: IJSN.

Segundo Paim (2007), podemos definir por política de saúde, como a ação ou omissão por parte do estado nas condições sanitárias da coletividade. Dessa forma, quando a questão da vulnerabilidade social é incorporada na discussão do Plano Diretor de Regionalização, isto é feito no sentido de que as ações e investimentos possam ser direcionados para esta população, reduzindo o risco da omissão.

Outros aspectos qualificam o conhecimento sobre as condições de vida do povo capixaba, dentre eles a distribuição de renda, o acesso à educação e à alimentação. Para a observação da distribuição de renda, temos o Índice de Gini que varia entre 0 e 1, onde 0 representa a completa igualdade de renda e 1 a completa desigualdade. Segundo o IJSN (2011a), entre o período de 2001 e 2009, o Espírito Santo apresentou declínio de 10,5% do referido índice, observando-se, porém, uma pequena concentração de renda no Estado entre 2008 e 2009: de 0,516 para 0,528. De acordo com esta análise, a redução da pobreza perdeu intensidade neste período, sinalizando a necessidade de

adotarmos postura vigilante e interventiva quando tomamos as expectativas apontadas pelo Plano de Desenvolvimento Espírito Santo 2025. Nele consta o relato de que a pobreza apresentou queda entre 1992 e 2004 e há também uma projeção que indica a redução da pobreza a níveis residuais no ano 2025. Por outro lado, o documento também admite que em 2025 ainda permanecerão os desafios de redução da desigualdade social. Ainda sobre o mesmo tema, o IJSN (2011a) revela que entre os brancos houve concentração de renda mais elevada (0, 546) do que entre os de outras etnias (0, 478) e de forma semelhante, a área urbana (0, 528) e os grandes municípios (0, 549) também concentraram mais renda do que a área rural (0, 400) e os pequenos municípios (0, 467).

Estudo sobre a População Economicamente Ativa (PEA) e População Não Economicamente Ativa (PNEA) tratando de pessoas de 15 anos e mais no ES, demonstra que o crescimento da primeira foi de 19% entre 2001 e 2009, com uma concentração na área urbana em todo o período, sendo 4,3 vezes superior que a PEA rural. Nos grandes municípios a PEA foi 35,9% maior em relação aos pequenos municípios em 2009 (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Por outro lado, PNEA apresentou crescimento de 15,2% para o mesmo período, sendo que os homens e os brancos são minoria entre a PNEA durante todo o período analisado. A área urbana concentrou cerca de 86% dos indivíduos enquanto que nos grandes municípios essa proporção foi de 60,2% em 2009. Nesta mesma direção, se observou tendência de aumento de concentração da PNEA nos grandes municípios (448 mil) (ESPÍRITO SANTO, 2011a).

Acerca da população ocupada, entre 2001 a 2009, o Espírito Santo apresentou trajetória ascendente no período. Com relação ao gênero, os homens tiveram um maior número de ocupados do que as mulheres. O número de pessoas ocupadas na área rural, nos pequenos municípios e os que se auto declaram como brancos apresentaram queda em 2009, com relação a 2008 (ESPIRITO SANTO, 2011a).

No período de 2001-2009, as taxas de analfabetismo e de analfabetismo funcional apresentaram tendência decrescente para o Espírito Santo, acompanhando a Região Sudeste e o Brasil. No caso do estado, observou-se uma taxa de analfabetismo de 11,5% em 2001 para 8,5% em 2009, com redução de 25,6%. Já o analfabetismo funcional caiu de 24,8% para 20% (ESPIRITO SANTO, 2011a). Para ambos os indicadores, as mulheres apresentam taxa superior se comparada aos homens, ao passo que os índices são inferiores para os indivíduos declarados brancos e para os residentes na zona urbana. Outro destaque segue em direção aos pequenos municípios que concentram as maiores taxas de analfabetismo e analfabetismo funcional quando comparados aos municípios maiores (ESPIRITO SANTO, 2011a) Anexo 2.

Outro aspecto importante a ser abordado, mesmo que de forma sucinta em função da escassez de dados, refere-se ao acesso à alimentação que, segundo informações do IBGE (2009), o estado apresentava 27,7% dos domicílios em situação leve, moderada e grave de insegurança alimentar no ano de 2003.

Adotado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD, o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH varia de zero a um e considera três componentes: a renda medida por meio do PIB per capita, a longevidade da população avaliada através da expectativa de vida ao nascer e, como terceiro componente, a educação analisada pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino (www.pnud.org.br/idh). O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, aponta que no decênio 1991-2000, o Espírito Santo evoluiu no IDH indo de 0,69 para 0,765. Para este último ano avaliado, o estado registrou o menor valor dentre os demais estados da região sudeste, apesar de se equiparar com o índice nacional que foi de 0,766 (Tabela 2).

Tabela 2: Índice de Desenvolvimento Humano. Região Sudeste e Brasil. 1991 e 2000

Abrangência	1991	2000
Espírito Santo	0,69	0,765
Minas Gerais	0,697	0,773
Rio de Janeiro	0,753	0,807
São Paulo	0,778	0,82
Brasil	0,696	0,766

Fonte: IPEA. Dados atualizados em 08 de julho de 2011

Por fim, outro destaque sobre as condições sociais da população capixaba, refere-se à questão da violência. Neste sentido, coloca-se em evidência a ocorrência dos homicídios, sobretudo na população jovem. De acordo com dados do Programa Estado Presente (ESPÍRITO SANTO, 2011b) sobre a ocorrência de crimes letais intencionais, em 2010, mais de 50% dos homicídios aconteceram de forma concentrada em 30 localidades. Denominadas pelo programa de “aglomerados”, estas áreas se encontram localizadas em municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (Vila Velha, Serra, Vitória, Cariacica, Viana) e no interior (Linhares, São Mateus, Cachoeiro do Itapemirim, Aracruz, Colatina, Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário, Sooretama e Baixo Guandu). As localidades do interior somam 61% de todos os homicídios praticados no interior do ES.

Os desafios aqui demonstrados que acompanham a condição de pobreza caracterizam parcialmente a vulnerabilidade das famílias capixabas. Os enfrentamentos dessas questões devem apresentar como

uma das estratégias a universalização do acesso a serviços sociais, onde estão incluídas as ações de saúde, objeto desse plano diretor.

SITUAÇÕES DE ADOECIMENTO

O adoecimento humano é um processo complexo que guarda estreita relação com os aspectos relacionados ao território, pois são resultados de uma produção social composta de múltiplos fatores.

Barcellos (2000) afirma que a doença é uma manifestação do indivíduo e a situação de saúde é uma manifestação do lugar, pois os lugares e seus diversos contextos sociais são resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais, que, juntas, promovem condições particulares para a produção de doenças.

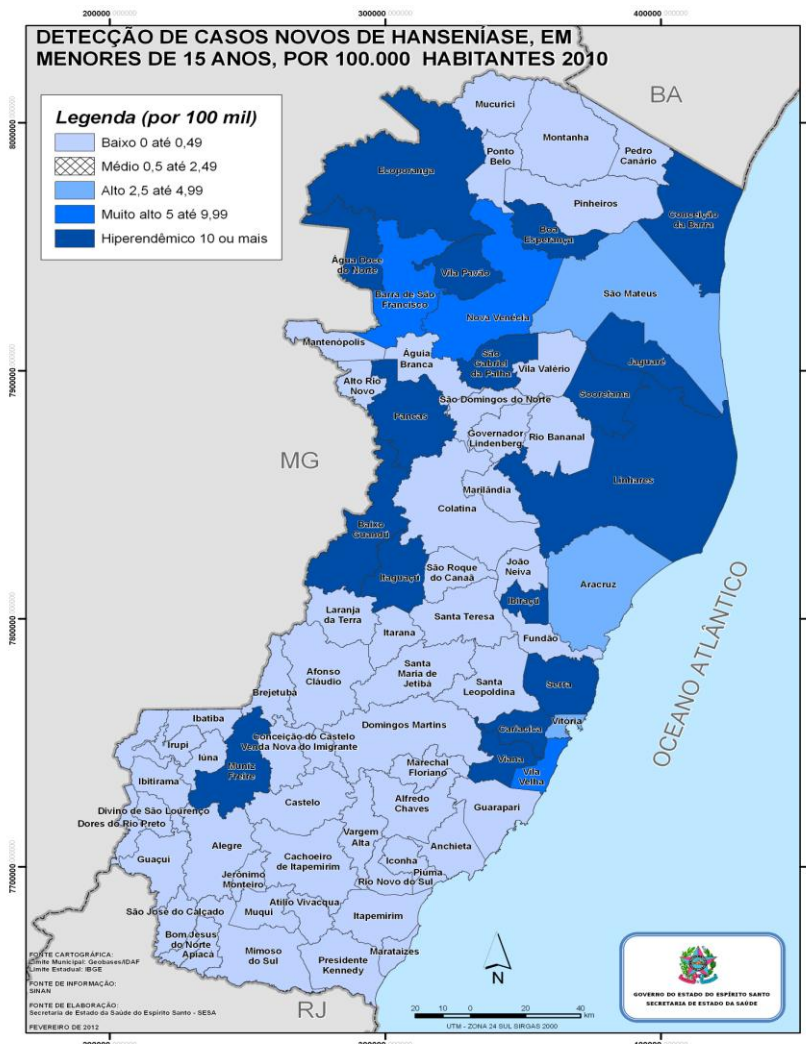
Embora a análise da ocorrência das doenças no estado do Espírito Santo demonstre que não existe homogeneidade em sua distribuição, ou seja, numa mesma região a doença se comporta de maneira diferente nos municípios que a constitui, é possível identificar padrões de distribuição que apontam características gerais de uma determinada região, indicando existir correspondência entre o adoecimento e o nível de desenvolvimento da localidade.

Como exemplos citam-se as doenças relacionadas à pobreza e ao crescimento urbano acelerado, sem a necessária infraestrutura, como tuberculose e hanseníase que são doenças que persistem em determinados territórios.

Em relação à tuberculose dentre os principais motivos relacionados ao ambiente que favorecem a ocorrência e a persistência da doença estão o adensamento populacional nas periferias das grandes cidades e as precárias condições sanitárias existentes nessas localidades. Outro fator também importante é o longo tempo necessário para o tratamento e a sua associação com outras morbidades, como a AIDS (BATISTELA, 2007).

Nos últimos cinco anos tem-se registrado uma média de 1.485 casos novos ao ano no estado e uma incidência de 37,32 casos por 100 mil habitantes em 2010, com uma distribuição heterogênea no território capixaba. Como se pode observar na Figura 11, no Espírito Santo a doença está presente principalmente na região norte, região caracterizada pelo baixo desenvolvimento econômico e social e na região metropolitana, região que apresenta grande densidade demográfica, desigualdade social, e alta concentração de pessoas vivendo nas periferias das cidades. A região sul é aquela que apresenta menor incidência do estado.

Figura 13: Coeficiente de detecção de hanseníase em < 15 anos. Espírito Santo, 2010

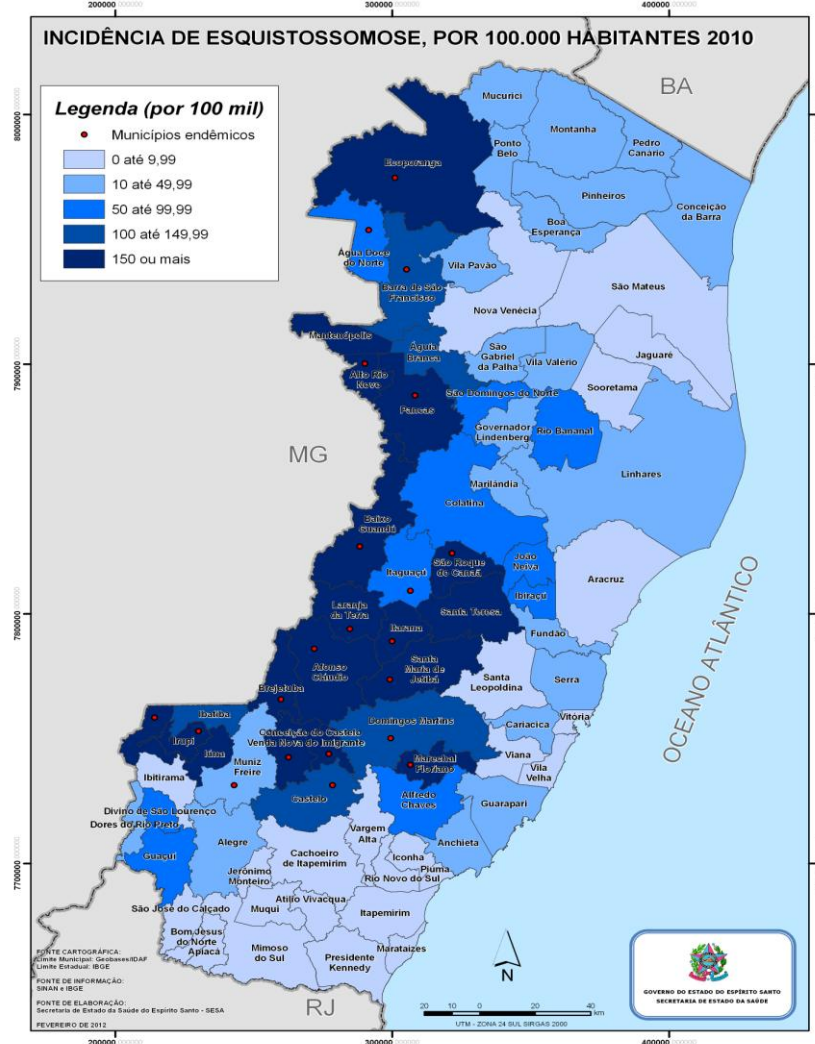


Fonte: SESA/IBGE.

A esquistossomose é outra doença relacionada à falta de saneamento básico e a educação sanitária da população residente. O Espírito Santo é um dos estados da federação que apresenta os maiores índices da doença, abrigando 21 municípios endêmicos. Além dos fatores considerados preponderantes na ocorrência da doença, pode-se dizer que o clima do estado favorece a existência do hospedeiro intermediário, o que contribui para que a prevalência de casos da doença em muitos municípios seja superior a 5% na população examinada.

Como se observa na Figura 14, os municípios que possuem maiores taxas de incidência são aqueles situados no interior do estado, os quais possuem grande parte de sua população em meio rural e uma concentração importante de pessoas em situação de pobreza. Nessa região também se localizam os municípios com baixa cobertura de rede de esgoto.

Figura 14: Incidência de esquistossomose por 100 mil habitantes. Espírito Santo, 2010



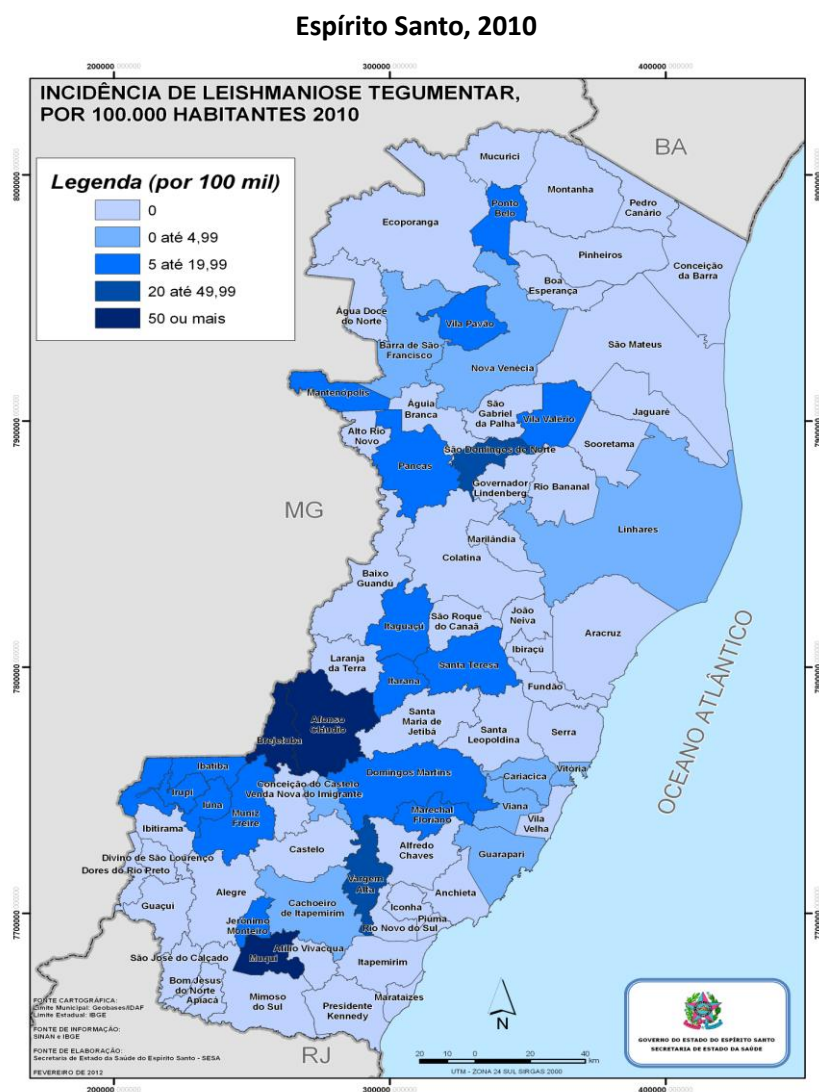
Fonte: SINAN/IBGE.

Com padrão de distribuição semelhante (com predomínio no interior do estado), embora com menor número de casos, a Leishmaniose Tegumentar Americana está presente em 29 municípios do estado. Os municípios com maior número de casos estão localizados no interior, com destaque para a região do Caparaó e região serrana (sudoeste serrana e central serrana), locais com grande área de vegetação, população rural e baixos indicadores sociais. Há também número de casos importante na região norte (Figura 15).

A existência de casos em nessas regiões tem como fatores propícios o clima predominantemente tropical úmido, com temperaturas médias anuais de 23°C. Fatores esses que proporcionam um habitat ideal para o desenvolvimento e proliferação dos vetores responsáveis pela sua transmissão. A presença da doença pode estar relacionada ainda ao processo migratório, ocupação de encostas e aglomerados em centros urbanos associados a matas secundárias ou residuais. Alguns estudos (SILVA,

LATORRE, GALATI, 2010) demonstram ainda associação da doença com Índice de Desenvolvimento Humano Médio, renda per capita e grau de urbanização, demonstrando a pauperização e urbanização da doença.

Figura 15: Incidência de Leishmaniose Tegumentar por 100 mil habitantes.

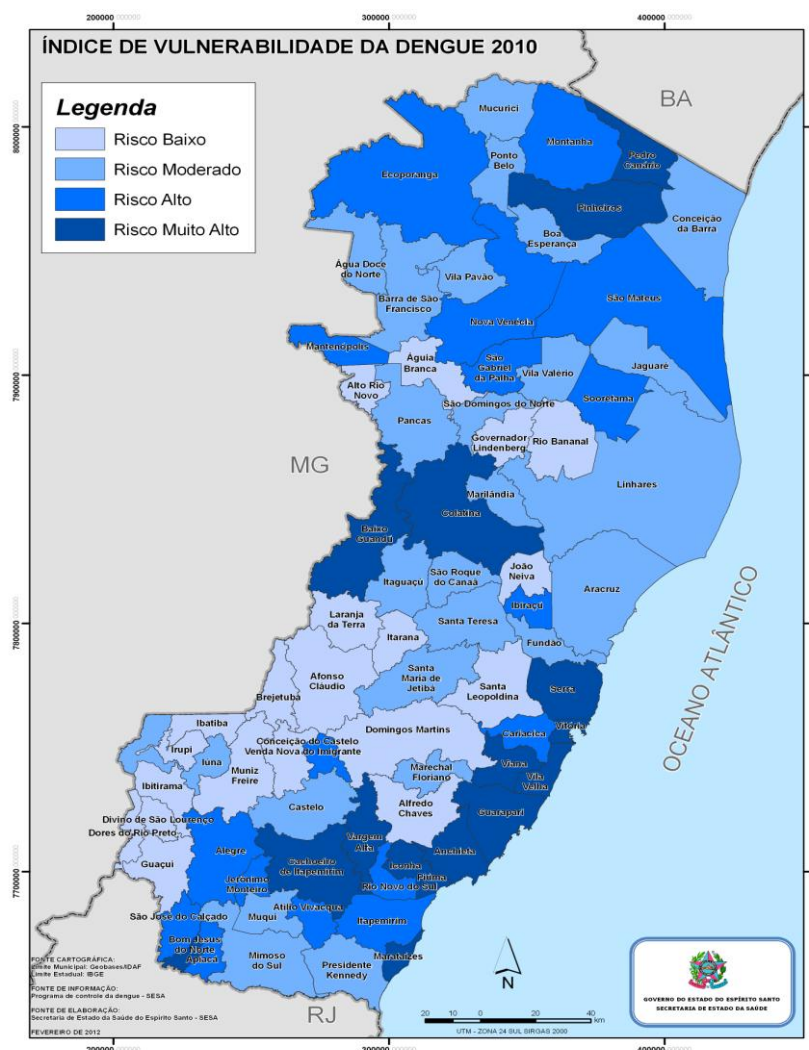


A dengue é uma morbidade de determinação multicausal, considerada como um grave problema de saúde pública no Brasil. O Espírito Santo é um dos estados da federação que apresentou em 2010 grande número de casos graves da doença. A doença possui ocorrência em todo o território estadual, com concentrações maiores na região metropolitana, pólo Cachoeiro, e região norte.

Fatores sociais como as condições precárias de saneamento básico, coleta de lixo, moradia inadequada, fatores culturais e educacionais têm grande impacto sobre a doença, proporcionando condições ecológicas favoráveis à transmissão e disseminação dos vírus da dengue.

A Figura 16 apresenta a distribuição do índice de vulnerabilidade da dengue, indicador composto que considera o Levantamento de Índice Rápido de Infestação (LIRA), densidade populacional e a incidência da doença. Por meio desse índice foi possível classificar os municípios segundo o risco relacionado à ocorrência da doença.

**Figura 16: Índice de Vulnerabilidade para ocorrência da Dengue.
Espírito Santo, 2010**



A análise conjunta dos indicadores apresentados nos convoca a pensar a saúde de modo ampliado e integrado, visto que essas doenças possuem como determinantes fatores sociais que exigem

estratégias intersetoriais para seu enfrentamento. Assim, o desenvolvimento econômico e humano dessas regiões - principalmente do interior estado, região norte e região do Caparaó – a redução das desigualdades são condições fundamentais para superação desses desafios, de maneira a alcançar o futuro desenhado pelo Governo e pela Secretaria de Estado da Saúde para o estado do Espírito Santo.

O estudo da morbidade, juntamente com a análise da mortalidade apresentada a seguir, também demonstra a complexidade da região metropolitana da Grande Vitória, que apresenta casos de doenças infecciosas relacionadas à pobreza bem como aquelas relacionadas à concentração populacional e desigualdade social - como violência -, e o desafio de fazer saúde numa região tão heterogênea.

Em suma, embora a distribuição das doenças apresentadas não seja parâmetro único para a delimitação de regiões de saúde, sua análise contribui para caracterizar a proximidade e a identidade entre os lugares, possibilitando a coerência das estratégias de intervenção.

ESTUDOS DE MORTALIDADE

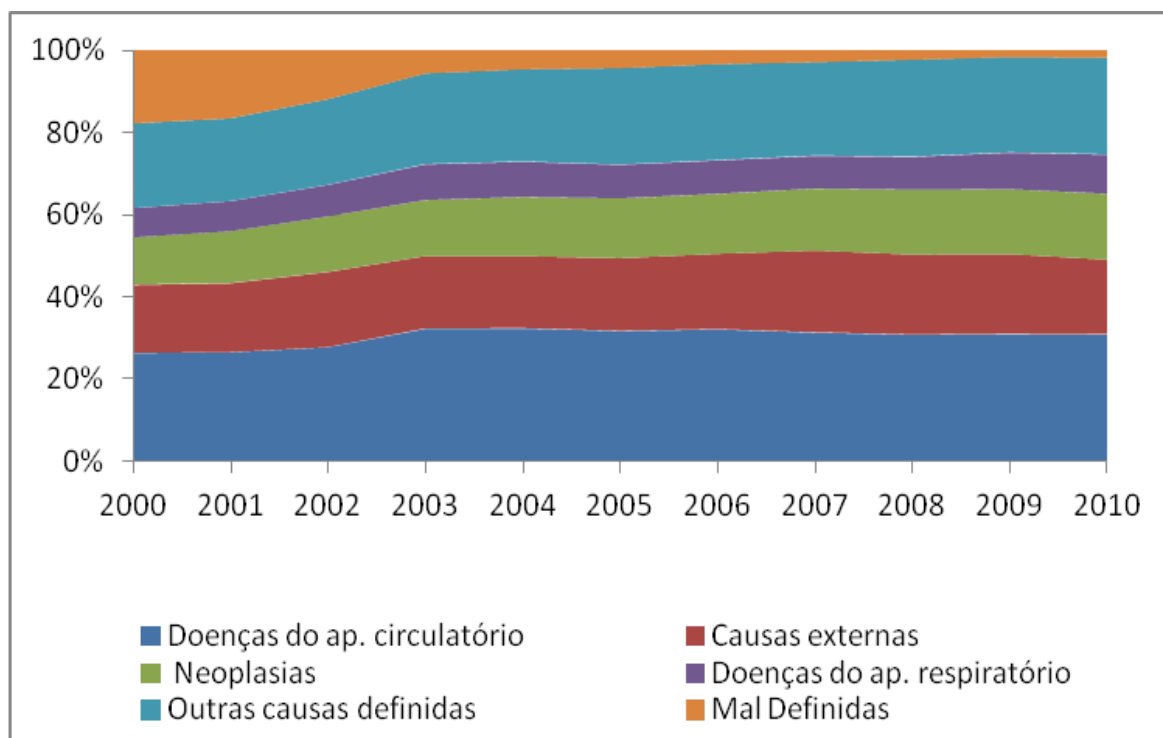
Mortalidade geral no Espírito Santo

No Espírito Santo ocorrem anualmente cerca de 20.000 óbitos, o coeficiente de mortalidade geral oscilou entre 5,6 e 6,0 óbitos a cada mil habitantes no período compreendido entre os anos de 2000 e 2010. A Região Metropolitana, que concentra mais de 40 % da população total representou 46,6% dos óbitos ocorridos no ano de 2010.

A análise dos dados de mortalidade proporcional segundo a causa do óbito da Classificação Internacional de Doenças -CID 10, apresenta as Doenças do Aparelho Circulatório em primeiro lugar, seguido das Causas Externas (acidentes, homicídios e suicídios); em terceiro as Neoplasias e em quarto as Doenças do Aparelho Respiratório. Nestes quatro capítulos da CID 10 concentram-se 76% do total de óbitos. A figura 17 ilustra as principais causas de óbito registradas no período de 2000 a 2010 na população do Estado.

Figura 17: Mortalidade proporcional segundo principais causas (Cap. CID 10).

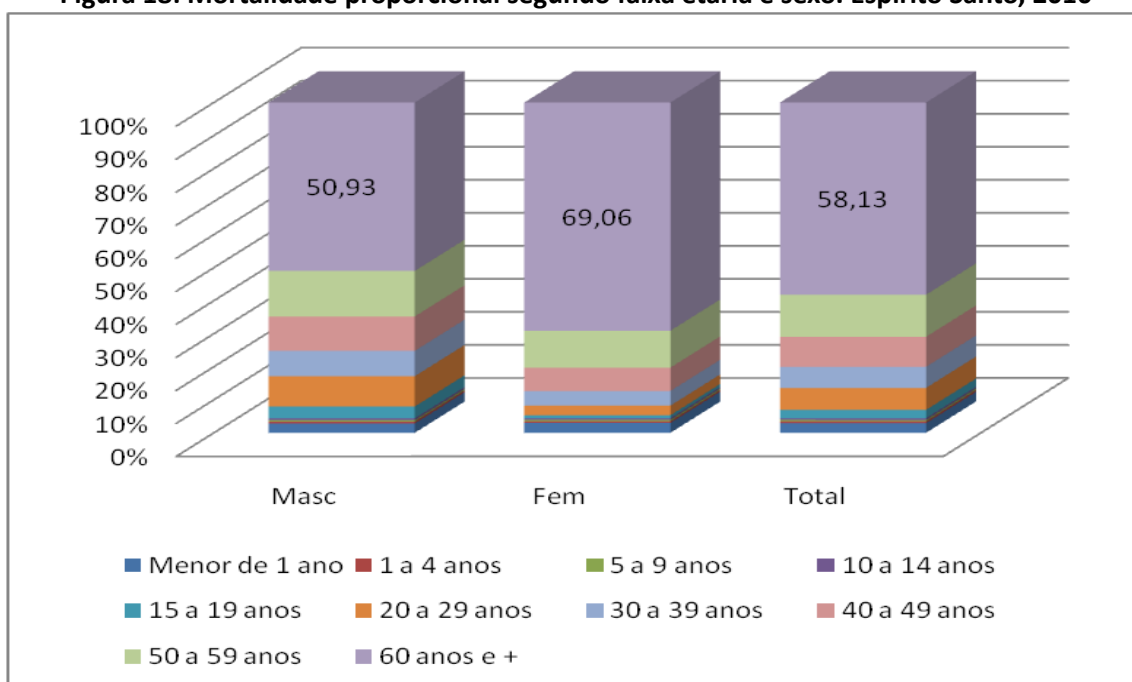
Espírito Santo, 2000 a 2010



Fonte: SIM/SESA.

Quando analisados isoladamente os dados de 2010 segundo a idade e gênero, observa-se que a população masculina morre mais e mais jovem. Enquanto 69% das mulheres morreram a partir dos 60 anos, entre os homens este número é de 51%. Do total de óbitos registrados em 2010, 60% foram do sexo masculino, a razão de mortalidade é de 1,5 óbitos no masculino para cada óbito no sexo feminino. Estudo publicado com dados de 2008 elege o Espírito Santo como o estado com maior razão de mortalidade entre os sexos (1,56). A Figura 18 mostra a distribuição dos óbitos segundo faixa etária e sexo.

Figura 18: Mortalidade proporcional segundo faixa etária e sexo. Espírito Santo, 2010



Fonte: SIM/SESA.

As causas externas predominam desde a faixa etária de 01 a 04 anos até os 50 anos de vida, com destaque para a faixa dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 29 anos, onde o peso das causas externas representa 85% e 77% dos óbitos respectivamente (Tabela 3).

**Tabela 3: Mortalidade proporcional segundo principais causas da CID-10 e faixa etária.
Espírito Santo, 2010**

FAIXA ETÁRIA	1ª POSIÇÃO	2ª POSIÇÃO	3ª POSIÇÃO	4ª POSIÇÃO
< 1 ano	Afec Perinatal (57,1)	M.F. e anom cong (26,0)	Causas Externas (3,9)	Ap. Respiratório (3,6)
1 a 4 anos	Causas Externas (26,5)	Ap. Respiratório (13,7)	Sistema Nervoso (12,0)	DIP (10,3)
5 a 9 anos	Causas Externas (28,7)	Neoplasias (14,9)	Sistema Nervoso (13,8)	Ap. Respiratório (9,2)
10 a 14 anos	Causas Externas (49,1)	Sistema Nervoso (9,6)	Neoplasias (7,9)	Endócrinas e Metabólicas (6,1)
15 a 19 anos	Causas Externas (85,3)	Sistema Nervoso (3,6)	Ap. Circulatório (2,26)	Neoplasias (2,08)
20 a 29 anos	Causas Externas (77,0)	Ap. Circulatório (4,2)	Neoplasias (4,1)	DIP (2,8)
30 a 39 anos	Causas Externas (52,3)	Ap. Circulatório (12,0)	Neoplasias (9,4)	DIP (6,6)
40 a 49 anos	Causas Externas (27,5)	Ap. Circulatório (21,1)	Neoplasias (17,0)	Ap. Digestivo (9,0)
50 a 59 anos	Ap. Circulatório (31,2)	Neoplasias (23,2)	Causas Externas (13,7)	Ap. Digestivo (7,8)
60 anos e mais	Ap. Circulatório (41,0)	Neoplasias (18,3)	Ap. Respiratório (13,4)	Endócrinas e Metabólicas (7,1)
Todas as idades	Ap. Circulatório (30,9)	Causas Externas (18,1)	Neoplasias (16,2)	Ap. Respiratório (9,5)

Fonte: SIM/SESA.

Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

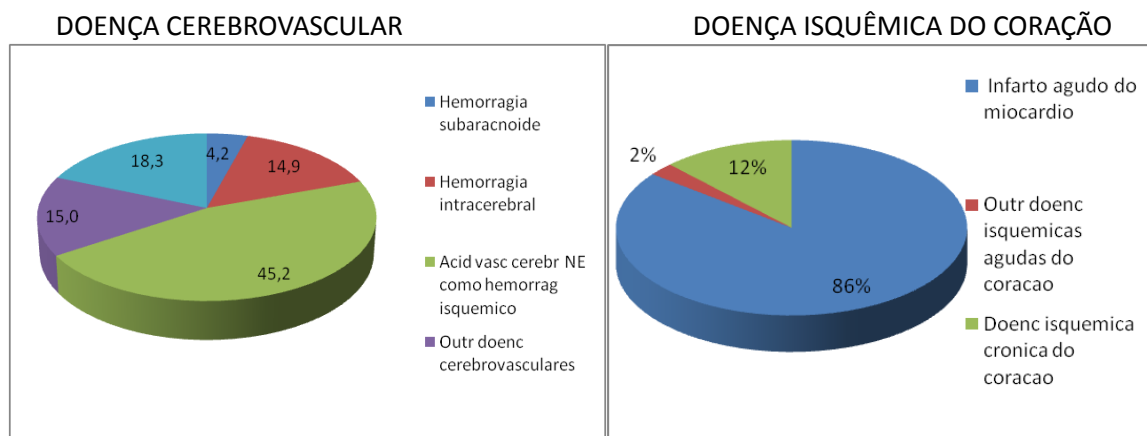
As Doenças do Aparelho Circulatório estão contempladas no Capítulo IX da CID10 e representam a primeira causa de óbito para ambos os sexos, sendo mais incidente na população masculina. O coeficiente específico de mortalidade por esta causa na população com 20 anos e mais de idade apresenta declínio no período estudado, passando de 298,5 para 270,5 óbitos por 100 mil habitantes entre os anos de 2006 e 2010.

No capítulo das doenças do aparelho circulatório destacam-se os óbitos por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, ocupando 34% e 32% respectivamente. Enquanto em indivíduos do sexo masculino a incidência de óbitos por doença cardíaca foi maior, no sexo feminino prevaleceram as mortes por doenças cerebrovasculares.

O infarto agudo do miocárdio foi responsável por 85% das mortes por doença isquêmica do coração em 2010, seguido pelas doenças isquêmicas crônicas, com 12%. Entre as mortes por doenças cerebrovasculares, o acidente vascular cerebral foi responsável por 86%.

A figura 19 mostra a distribuição dos óbitos por doença isquêmica do coração e doença cerebrovascular, na população com 20 anos e mais, no ano de 2010.

Figura 19: Proporção de óbitos por doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração na população com 20 anos e mais de idade. Espírito Santo, 2010



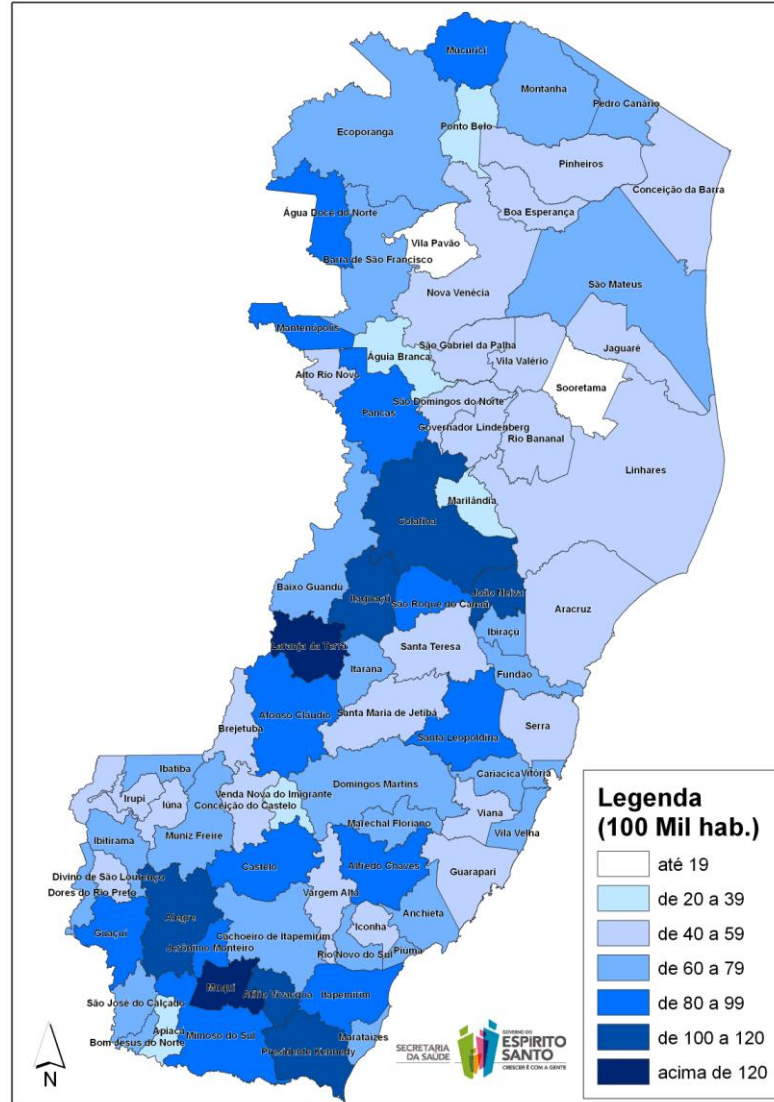
Fonte: SIM/SESA.

O coeficiente de mortalidade por doença cerebrovascular apresenta-se maior entre as mulheres a partir dos 80 anos enquanto no sexo masculino prevalecem as doenças isquêmicas do coração, sendo mais incidente entre os homens na faixa etária de 70 a 79 anos.

O desafio atual para o estado é construir e executar o plano para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, envolvendo segmentos de governo e sociedade.

Figura 20: Taxa de mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório, na população com 20 anos e mais, segundo município de residência. Espírito Santo, 2010

Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório na População com 20 anos e mais - ES, 2010



Fonte: SIM/IBGE.

As maiores taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório são observadas nos municípios com pequena população e onde a proporção de idosos é maior. Outro fator que deve ser considerado é o acesso aos serviços de urgência e emergência que é maior e mais ágil nas regiões mais desenvolvidas.

Mortalidade por causas externas

A mortalidade por Causas Externas (homicídios, suicídios e acidentes) ocupam desde a década de 80 a segunda causa de óbito no Brasil e no Espírito Santo. A violência configura-se como um dos maiores problemas da modernidade que devido sua determinação múltipla, exige ações intersetoriais para seu enfrentamento.

No ano de 2010, o capítulo das Causas Externas concentrou quase metade dos óbitos ocorridos na faixa etária dos 20 aos 39 anos, sendo maior no sexo masculino, chegando à razão de 7,5 para cada óbito no sexo feminino. Quanto à taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, também se apresenta maior entre os homens de todas as idades (Tabela 3).

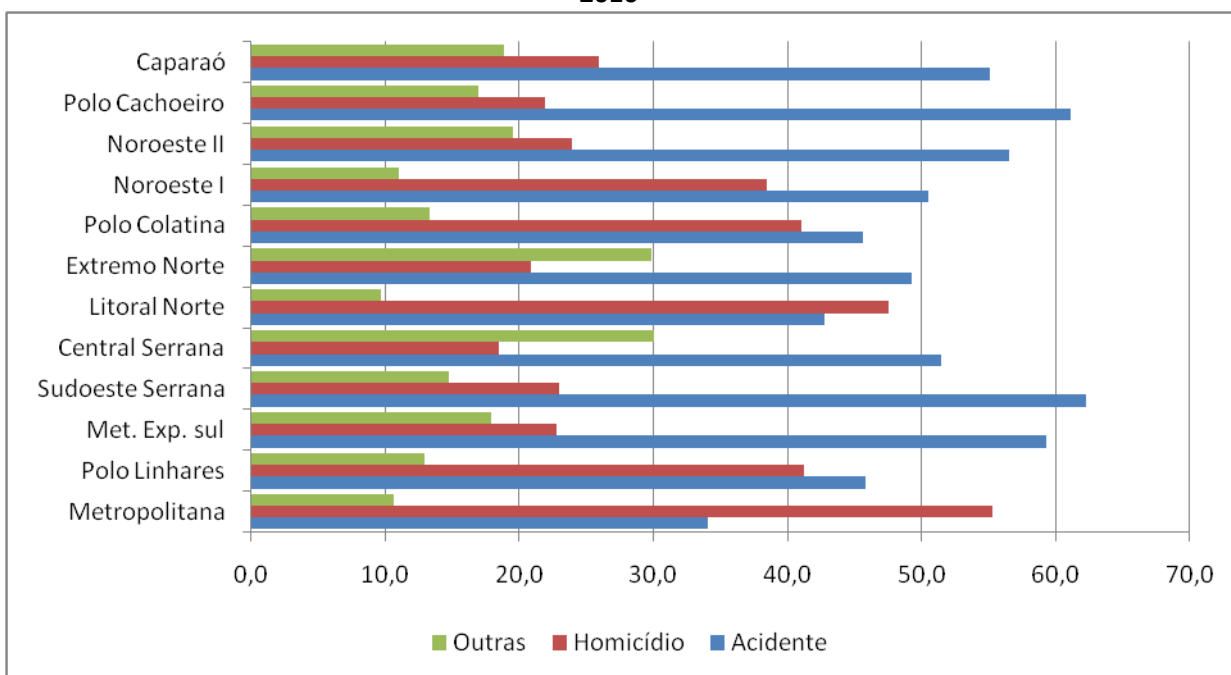
A mortalidade precoce, dada pela vitimização de uma população jovem é um parâmetro importante na medida das condições de saúde de uma população, representando um instrumento útil para o planejamento e para a definição de prioridades na área da saúde.

Como opção de indicador para a análise da tendência e níveis da mortalidade precoce destaca-se o APVP - Anos Potenciais de Vida Perdidos. No ano de 2008, o APVP por Causas Externas no ES foi de 37 anos de vida perdidos. Considerando expectativa de vida de 70 anos, a idade média ao morrer por causas externas foi 33 anos.

No conjunto das causas externas verifica-se o predomínio dos óbitos por homicídio entre os indivíduos jovens do sexo masculino ao passo que no sexo feminino predominam os acidentes de transporte. Entre os maiores de 60 anos o maior peso é dado pelos óbitos em decorrência de quedas.

A concentração dos acidentes e homicídios é mais acentuada nas áreas urbanas, acumulando 51% dos óbitos na Microrregião Metropolitana em 2010. A proporção de óbitos por acidentes é maior em quase todo o estado, porém nas Microrregiões Metropolitana e Litoral Norte, os homicídios aparecem em primeiro lugar dentre as causas externas (Figuras 21 e 22).

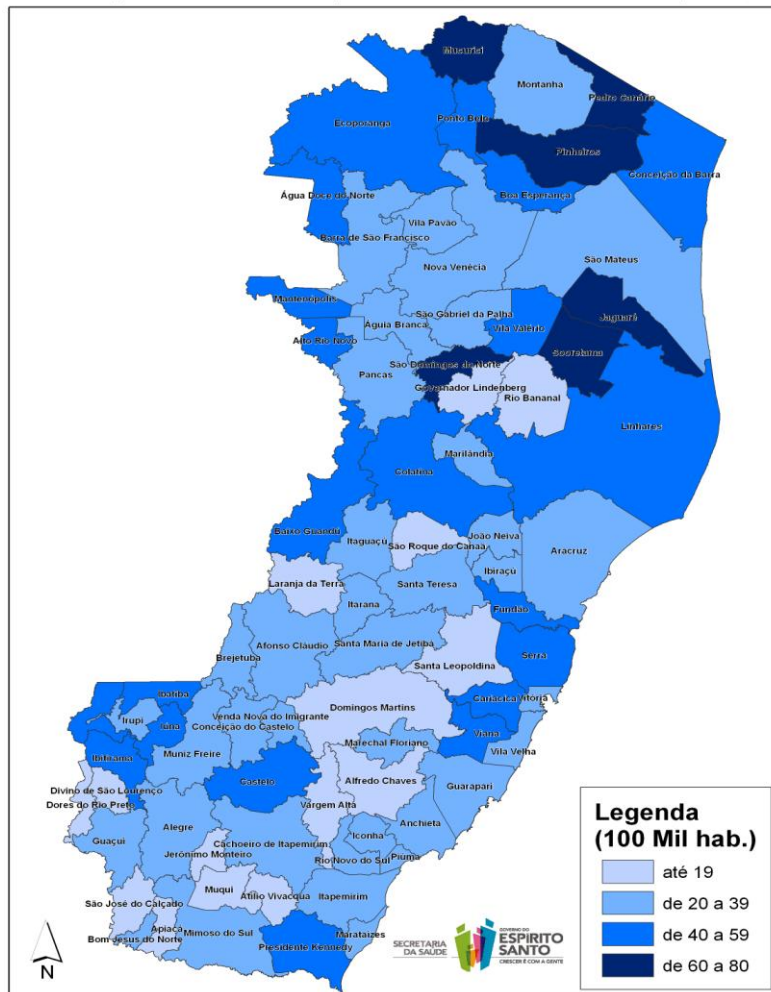
Figura 21: Mortalidade proporcional por causas externas segundo Microrregiões. Espírito Santo, 2010



Fonte: SIM/SESA.

Figura 22: Taxa de mortalidade específica por Causas Externas, segundo município de residência. Espírito Santo, 2010.

Mortalidade por Causas Externas (Homicídios, Suicídios e Acidentes) - ES, 2010



Fonte: IBGE/SIM/SESA.

Apesar do maior número absoluto de ocorrências de acidentes e agressões ocorrer nas Regiões Metropolitana e Litoral Norte, a incidência sobre a população do Norte do estado é mais elevada, apresentando taxas extremas em alguns municípios daquela região (figura 22).

Mortalidade por neoplasia maligna

As mortes por neoplasias (contempladas no Cap II da CID 10) alternam com as causas externas entre a segunda e a terceira causa de óbito na população do Espírito Santo quando distribuídas por Microrregião. Na população maior de 20 anos representou uma incidência de 163,3 óbitos para cada 100 mil habitantes do sexo masculino e 126,5 no sexo feminino.

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano no mundo. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61% (INCA). Em 2010, no ES 15,3% das mortes por neoplasias em mulheres maiores de 20 anos foram por câncer de mama, acompanhado por pulmões e brônquios e câncer de colo de útero.

O câncer de próstata é considerado como o câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos (INCA). Com aumento da expectativa de vida e a evolução dos métodos diagnósticos, a incidência tende a aumentar. No ES passou de 20,3 para 22,4 por 100 mil hab. entre os anos de 2006 e 2010.

Assim como no sexo feminino, o segundo câncer mais frequente entre os homens em 2010 no ES foi de pulmão e brônquios, porém com o dobro da incidência verificada entre as mulheres.

A figura 23 apresenta a taxa de mortalidade (por 100 mil hab. maiores de 20 anos) por neoplasias malignas por município, no ano de 2010.

Mortalidade infantil

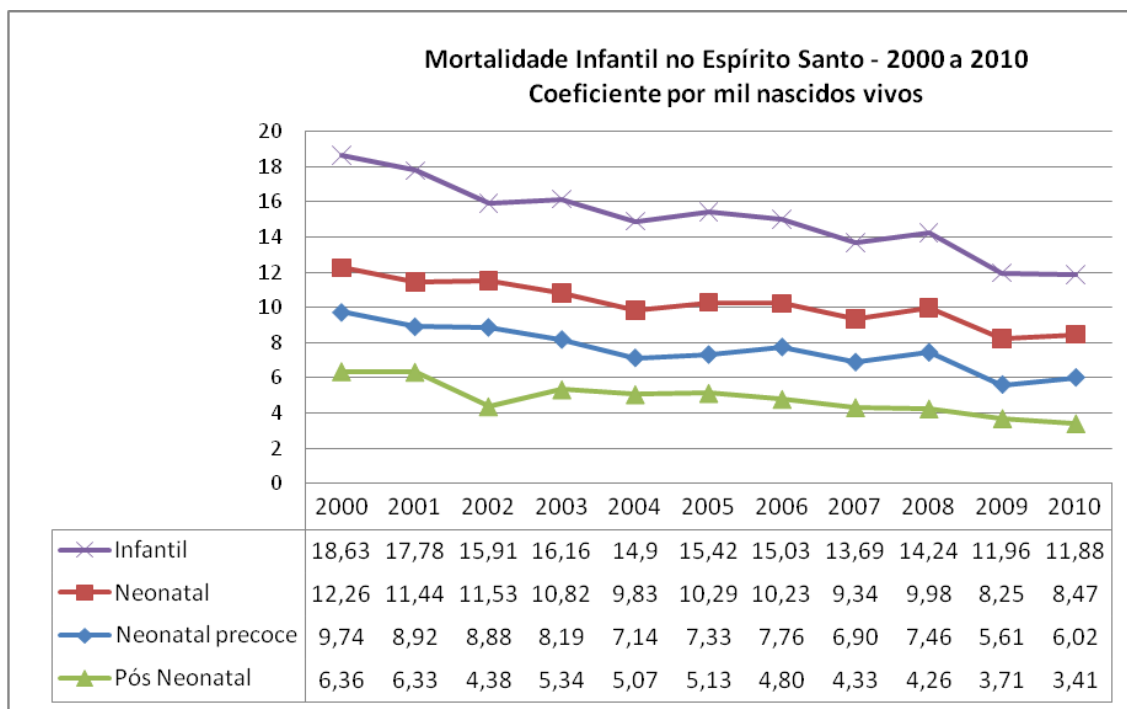
Mortes infantis representam um evento indesejável em saúde pública, pois são mortes precoces e, em sua maioria, evitáveis. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é padronizada internacionalmente como o número de óbitos de crianças menores de um ano sobre o número de nascidos vivos (multiplicada por 1.000) e indica o risco de um nascido vivo evoluir para o óbito. Sua redução faz parte das metas do milênio, compromisso das nações signatárias da ONU para o alcance de patamares mais dignos de vida para a população mundial, pois reflete as condições de vida da sociedade (United Nations, 2000).

A mortalidade infantil ocorre como consequência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde e, portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, como de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. Para compreender melhor sua ocorrência, a taxa de mortalidade infantil tem sido tradicionalmente analisada segundo dois componentes, que têm determinantes diferenciados na população: a mortalidade neonatal (óbitos de 0 a 27 dias de vida) e a pós-neonatal (28 dias a 1 ano). A mortalidade neonatal por sua vez, é subdividida no seu componente neonatal precoce (0 a 6 dias completos de vida) e componente neonatal tardio (7 a 27 dias de vida).

A redução da mortalidade infantil tem sido atribuída a diversos fatores, como a queda da fecundidade, maior acesso da população ao saneamento e serviços de saúde, aumento da prevalência de aleitamento materno, às ações de imunização, antibioticoterapia e terapia de reidratação oral, entre outras (Simões, 2003).

No Espírito Santo, a mortalidade infantil apresenta tendência decrescente, com redução de 36% no período de 2000 a 2010, variando entre 18,63 em 2000 e 11,88 em 2010. Enquanto no período pós neonatal a redução foi de 46%, a taxa de mortalidade neonatal vem se mantendo elevada, com pouca modificação do componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), reduzindo em 38% na última década, passando de 9,74 em 2000 para 6,02 por mil nascidos vivos em 2010. No ano de 2010, 51% dos óbitos infantis ocorreram na primeira semana de vida (Figura 24).

Figura 24: Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos. Espírito Santo, 2000 a 2010



Fonte: SIM e SINASC/SESA.

A concentração das mortes infantis na primeira semana de vida demonstra a estreita relação da mortalidade neonatal precoce com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao RN durante o período do pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e na unidade neonatal e a importância de se considerar as ações dirigidas à melhoria desta assistência.

As afecções originadas no período perinatal representam a principal causa de óbito neonatal e infantil no estado, respondendo por 72% das mortes no período neonatal e 57% no período pós neonatal, seguido das malformações congênitas e anomalias cromossômicas que representaram 25% dos óbitos no ano de 2010.

Dentre as afecções originadas no período perinatal destacam-se os agrupamentos “Feto e RN afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto” (P00 a P04) com 37,3%, os “transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal” (P05 a P08) com 10,4%, os “transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (p20 a P 29) com 28,7% e Septicemia bacteriana do recém-nascido (P 36) da CID 10.

**Tabela 4: Distribuição dos óbitos de menores de um ano, segundo a causa (Cap CID 10).
Espírito Santo, 2010**

Causas Capítulos	0 a 27 dias		Entre 28 dias e 1 ano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Algumas afecções originadas no período perinatal	318	72,4	35	19,8	353	57,31
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	110	25,1	49	27,7	159	25,81
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	4	0,9	20	11,3	24	3,9
Doenças do aparelho respiratório	1	0,2	20	11,3	21	3,41
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0,2	15	8,5	16	2,6
Mal Definidas	3	0,7	11	6,2	14	2,27
Demais Capítulos	2	0,5	27	15,3	29	4,71
TOTAL	439	100	177	100	616	100

Fonte: SIM/SESA.

Analisando os óbitos evitáveis em menores de um ano segundo a classificação da Fundação SEADE, observa-se volume superior a 90% desde o ano 2000. Dentre as mortes evitáveis sobressaem aquelas decorrentes de adequado controle na gravidez, apesar das altas coberturas de pré natal, que no ano de 2010 atingiu 65% das gestantes do estado com sete ou mais consultas e 91% com mais de quatro consultas durante a gestação (Ripsa, 2008).

A qualificação da assistência pré-natal é fundamental, com acolhimento imediato da gestante e início oportuno do atendimento (no primeiro trimestre de gestação) e continuidade da assistência até o final da gravidez e o parto, utilização de protocolos, garantia de acesso aos exames e medicamentos preconizados e imunização, ações de educação em saúde (preparo para o parto com incentivo ao parto normal, aleitamento materno, entre outros), além do referenciamento e garantia de acesso à maternidade, se necessário utilizando transporte responsável. (Ministério da Saúde, 2006).

O DESENHO DAS REGIÕES DE SAÚDE

Conforme se pôde observar nos estudos realizados para a elaboração do presente Plano, as regiões são instâncias complexas e devido à sua dinamicidade, o processo de delimitação para fins de planejamento deve considerar múltiplos fatores.

Na saúde as condições de acesso às ações e serviços de saúde são fatores fundamentais a serem analisados e as características dos territórios devem definir as estratégias de intervenção a fim de que se consolidem os princípios constitucionais do SUS. Dessa forma não é possível estabelecer um único critério de divisão.

De acordo com as concepções que serviram de referências ao estudo, uma região de saúde deve incorporar o critério da herança e identidade cultural, isto é, o conjunto de valores através dos quais um grupo de municípios se reconhece e se identifica como pertencente a um território comum, de modo a transformar-se numa escala adequada. Gil & Tamauchi (2006) apontam que a construção das regiões de saúde deve ser entendida como tarefa de natureza administrativa, mas acompanhada pela consciência regional da população. Requer-se que a delimitação dessas regiões leve em consideração as redes de articulação regional já existentes e que se aproveitem os elementos capazes de contribuir para o fortalecimento da identidade regional. Identidade esta que deve provir das experiências pessoais dos indivíduos no território delimitado pela região e que representem sua consciência regional.

Dessa forma, além dos critérios rotineiramente utilizados como contigüidade, distância entre os municípios, acesso aos serviços de saúde, infra-estrutura de transporte, malha viária, a identidade cultural e o fluxo de pessoas historicamente constituído foram preponderantes na definição da região. A condução dos limites por homogeneidade se mostrou insuficiente.

Assim foi elaborada uma proposta de desenho regional, que posteriormente seria avaliada e reconhecida pelos atores que habitam e atuam nos respectivos territórios. Esse processo se deu por meio de oficinas realizadas nas quatro as regiões, sendo convidados representantes dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, gestores municipais, profissionais de saúde e outros atores que, de alguma forma, são referência para a área da saúde. O objetivo principal foi proporcionar reflexões e discussões sobre a nova divisão do Estado do Espírito Santo em regiões para melhor compreender as estratégias de desenvolvimento e de acesso a bens e serviços, entre estes, o acesso à saúde; como consolidar a descentralização da gestão e planejamento em saúde; como construir a identidade

regional e criar o sentimento de pertencimento neste espaço de vida e com isso, compreender, adequar e formalizar as Regiões de Saúde.

Para facilitar os trabalhos os convidados foram divididos em quatro grupos para que refletissem sobre algumas questões como: O que nos fortalece? O que nos enfraquece? O que nos aproxima? O que nos afasta? Os grupos foram formados de acordo com os temas abaixo:

Grupo 1 - Perfil epidemiológico, adoecimento, morte.

Grupo 2 - Condições sociais e desenvolvimento: sofrimento e exclusão, direitos humanos, escravidão, trabalho infantil, desemprego.

Grupo 3 - Demografia e etnia: população e crescimento populacional, envelhecimento, adolescente.

Grupo 4 - Condições físicas e paisagem, degradação do ambiente, poluição ambiental e questões afins.

Com o novo PDR, as regiões de saúde antes configuradas verticalmente foram redefinidas de forma horizontal, partindo do entendimento de que regiões horizontais possibilitaria o fortalecimento de regiões com potencial de desenvolvimento, além de facilitar o acesso aos serviços de saúde.

A representação estadual nas regiões se dá pela autoridade sanitária das Superintendências Regionais de Saúde (Figura 26).

Figura 26: Primeira proposta de regionalização da saúde apresentada nas oficinas regionais para validação.



Fonte: SESA

A identidade regional percebida e relatada nas oficinas, acrescidas de novas informações sobre o território no cotidiano, definiu os limites territoriais que foram constituídos de forma a também ser protagonista de novas identidades no cotidiano das regiões de saúde.

“Na realidade, a identidade sócio espacial, o espaço do cotidiano, o espaço da participação, da mobilização e da decisão política, o espaço da administração pública e outros mais definem novas questões e estabelecem o desafio metodológico da escala dos fenômenos que dão sentido ao território regional (Castro, 1993:61)”.

A figura 27 apresenta o resultado do trabalho coletivo definindo o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo e a Tabela 5 demonstra a relação dos municípios constituintes das regiões e sua respectiva população.

Figura 27: Plano Diretor de Regionalização da saúde. Espírito Santo, 2011.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2011

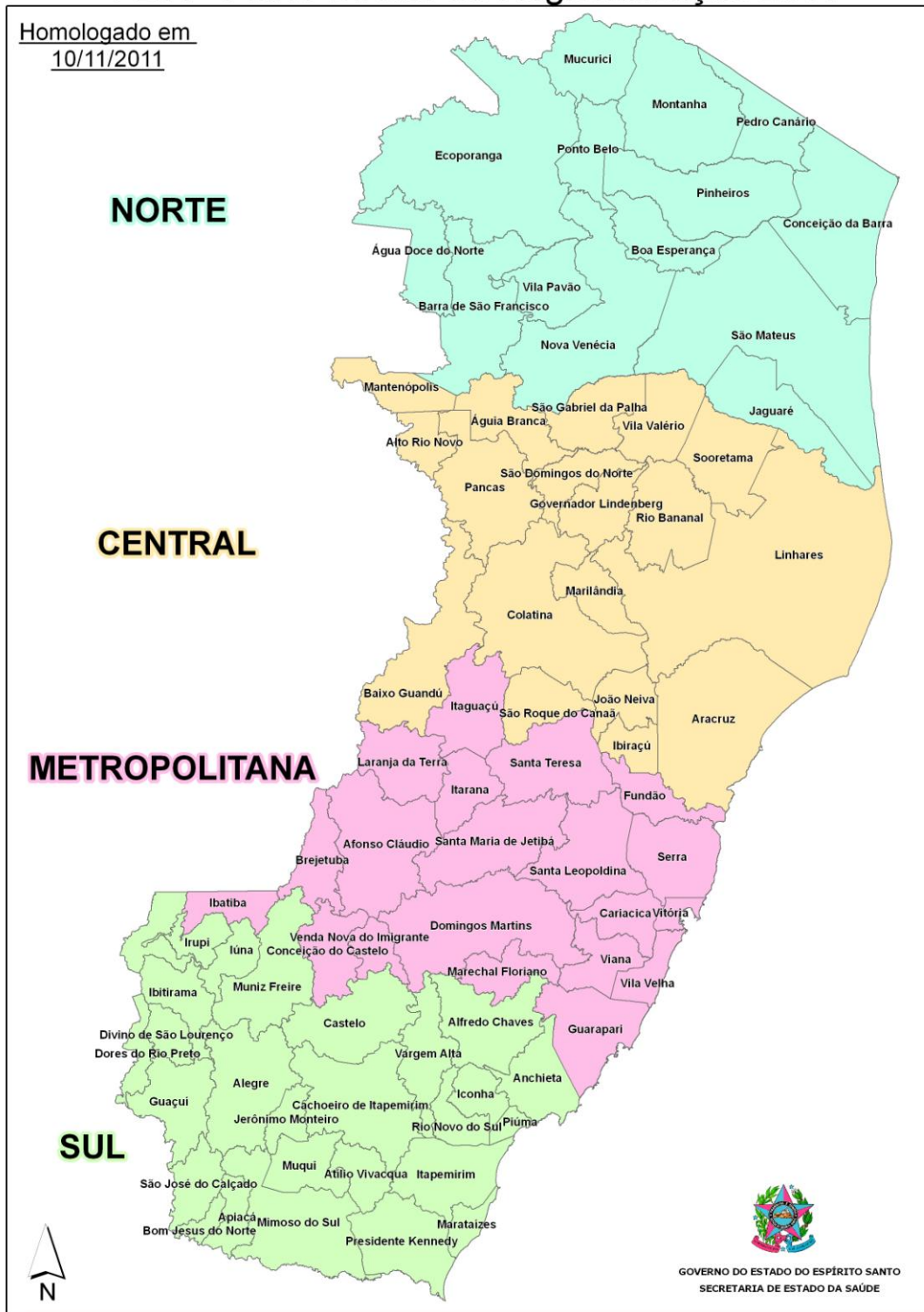


Tabela 5: Plano Diretor de Regionalização da saúde. Espírito Santo, 2011.

Região	Municípios	População urbana (%)	População rural (%)	Total da população 2010
Norte				
14 municípios	Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Boa Esperança, Conceição da Barra, Ecoporanga, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Nova Venécia, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo, São Mateus, Vila Pavão	72,11	27,89	384.861
Central				
18 municípios	Águia Branca, Alto Rio Novo, Aracruz, Baixo Guandu, Colatina, Governador Lindenberg, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Mantenópolis, Marilândia, Pancas, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha, São Roque do Canaã, Sooretama, Vila Valério	75,81	24,19	571.302
Metropolitana				
20 municípios	Afonso Cláudio, Brejetuba, Cariacica, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Fundão, Guarapari, Ibatiba, Itaguaçu, Itarana, Laranja da Terra, Marechal Floriano, Santa Leopoldina, Santa Maria de Jetibá, Santa Teresa, Serra, Venda Nova do Imigrante, Viana, Vila Velha, Vitória	91,42	8,58	1.935.393
Sul				
26 municípios	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, Júlia, Jerônimo Monteiro, Marataízes, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Muqui, Piúma, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado, Vargem Alta	72,42	27,58	623.396
Total	Espírito Santo	83,40	16,60	3.514.952

Fonte: IBGE, Resultados do Censo 2010 / PDR 2011- SESA.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALVARENGA, L. M. C. A. De que território os médicos do programa de saúde da família estão falando? *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 5, n. 17, p. 16-23, Dez., 2010.

BARCELLOS, C. Organização espacial, saúde e qualidade de vida. In: *I Seminário Nacional Saúde e Ambiente no Processo de Desenvolvimento*, 2000, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v.2. p.27-34. (Série Eventos)

BATISTELA, Carlos. Análise da Situação de Saúde: principais problemas de saúde da população brasileira. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BECKER, B. K. A geografia e o contexto dos problemas de saúde no Brasil. In: *Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde*, 1, 2005, Rio de Janeiro. Conferência. Rio de Janeiro: 2005. Disponível em: http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/xris/Bertha_Becker.pdf. Acesso em: 03 junho 2010.

BELTRAMMI, D. G. M. O desafio da Regionalização para estados e municípios. *Revista de Administração em Saúde*, v. 10, n. 41, p159-163, Out./Dez., 2008. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS41_Descentraliza%C3%A7%C3%A3o%20o%20desafio%20da%20regionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 03 abr 2011.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Secretaria Executiva. *Regionalização solidária e cooperativa*. Séries Pactos. Vol. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana*. 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1991.

CASTRO, I. E. Problemas e alternativas metodológicas para a região e para o lugar. In: SOUZA, M.A. et al. (Orgs.). *Natureza e sociedade hoje: uma leitura geográfica*. São Paulo: HUCITEC/ANPUR, 1993. P 56-63.

COELHO, Ana Paula Santana. *O público e o privado na regionalização da saúde: processo decisório e condução da política no Estado do Espírito Santo*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, 2011.

ESPÍRITO SANTO. Constituição (1989). Constituição do Estado do Espírito Santo. Vitória: Assembléia Legislativa, 1989. Disponível em < <http://www.es.gov.br/site/cidadaos/constestadual.pdf>> acesso em: 10 mar 2011.

ESPÍRITO SANTO. *Plano de Desenvolvimento Espírito Santo 2025*. Espírito Santo: Macroplan; 2006. Disponível em http://www.espiritosanto2025.com.br/novo/3_2_2.htm. Acesso em: 26 jul 2011.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 4.317, de 4 de janeiro de 1990. Institui o Sistema Estadual de Saúde. SESA/ES - FUNDAP. Vitória, 1990.

ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 3011-N de 06 de julho de 1990. Homologa o Modelo Estadual de Saúde. SESA/ES - FUNDAP. Vitória, 1990.

ESPÍRITO SANTO. Lei 520 de 30 de novembro de 1995. Dispões sobre as Macrorregiões de Planejamento e Microrregiões Administrativas. Vitória, 1995.

ESPÍRITO SANTO. *Novos Caminhos: Plano Estratégico do Governo do Estado do Espírito Santo 2011 – 2014*. Vitória, 2011a.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Extraordinária de Ações Estratégicas. *Estado Presente: em defesa da vida*. Vitória ES, 2011b.

FRANÇA, Elisabeth; LANSKYO, Sônia. *Mortalidade Infantil Neonatal no Brasil: Situação, Tendências e Perspectivas*. Texto elaborado por solicitação da RIPSA para o Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde, 2008 (Textos de Apoio, Texto 3). Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1956.pdf. Acesso em: 10 jul 2011.

FRIEMANN, J. R. P. *Introdução ao Planejamento Regional*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.

GIL, A.C; LICHT, R.H.G; YAMAUCHI, N.I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. *HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. v. 2, n. 3, p. 35-46, Dez., 2006).

GUIMARÃES, R. B. Regionalização da saúde. *I Encontro Luso-brasileiro de Geografia da Saúde*.

Rio de Janeiro: 2005. Disponível em:

<<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/xris/Raul%20Guimar%C3%A3es.pdf>> acesso em: 03 abr 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Segurança Alimentar 2009*. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=es&tema=pnad_seguranca_alimentar_2009.

Acesso em: 20 set. 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estados. 2010*. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=es>. Acesso em: 10 set 2011.

IPEA- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Desenvolvimento Humano*. Disponível em

<http://www.ipeadata.gov.br/>. Acesso em 20 de setembro de 2011.

IJSN -INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. *Investimentos anunciados para o Espírito Santo 2010-2015*. Vitória, ES, 2010a.

IJSN -INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. *Perfil da pobreza no Espírito Santo: famílias inscritas no cadúnico*. Vitória, ES, 2010b.

IJSN -INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. *Síntese dos Indicadores Sociais do Espírito Santo*. Vitória, ES, 2011a.

IJSN -INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. *Desconcentração Territorial do Desenvolvimento: Um quadro do ES*. Disponível em:

http://www.ijsn.es.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=1107&Itemid=187

Acesso em: 10 mai. 2011.

IJSN - INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES. *Regionalização do Espírito Santo: Descrição das diferentes divisões regionais do Estado*. Vitória, ES, 2011b. Disponível:<

http://www.ijsn.es.gov.br/attachments/831_ijsn_nt18.pdf>. Acesso em: 03 abr 2011.

MESQUITA, Marília Coser Mansur. *Federalismo e regionalização do sistema de saúde: a experiência do estado do Espírito Santo*. [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social - UERJ, 2010.

MONKEN, Maurício, et al. "O Território na Saúde: Construindo Referências para Análises em Saúde e Ambiente". In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008. v.1 p.23-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>. Acesso em: 10 out 2011.

NUNES, André; SANTOS, James Richard Silva; BARATA, Rita Barradas; VIANNA, Solon Magalhães. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: Uma proposta de monitoramento*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/desigual.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

PAIM, Jairnison Silva. *Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA, 2007.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS. *Índice de Desenvolvimento Humano*. Disponível em: <HTTP://www.pnud.org.br/idh> Acesso em: 20 set. 2011.

RAFFESTIN, C. *Por uma Geografia do Poder*. São Paulo: Ática, 1980.

RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. *Informe de situação e tendências: demografia e saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

RIPSA - REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Núcleo de Estudos e Pesquisas do Departamento de Economia. *Proposta de Estratégias de Interiorização do Desenvolvimento e Descentralização de Investimento no Espírito Santo*. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1993.

SANTOS, M. *Por Uma Nova Geografia*. São Paulo: Hucitec, 1978.

SANTOS, M. *A natureza do Espaço: Tempo e Tempo. Razão e Emoção*, 2ª Edição. Ed. HUCITEC. 1997.

SIQUEIRA, Maria da Penha Smarzaró. Os Grandes Projetos Industriais: desenvolvimento econômico e contradições urbanas. In: _____ (Org.) *Desenvolvimento brasileiro: alternativas e contradições*. Vitória: Grafitusa, 2010, p. 13 – 38.

SILVA, Alessandra Ferreira da; Latorre, Maria do Rosário Dias de Oliveira; Galati, Eunice Aparecida Bianchi. Fatores relacionados à ocorrência de leishmaniose tegumentar no Vale do Ribeira. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 43, n. 1, p. 46-51, jan./fev., 2010

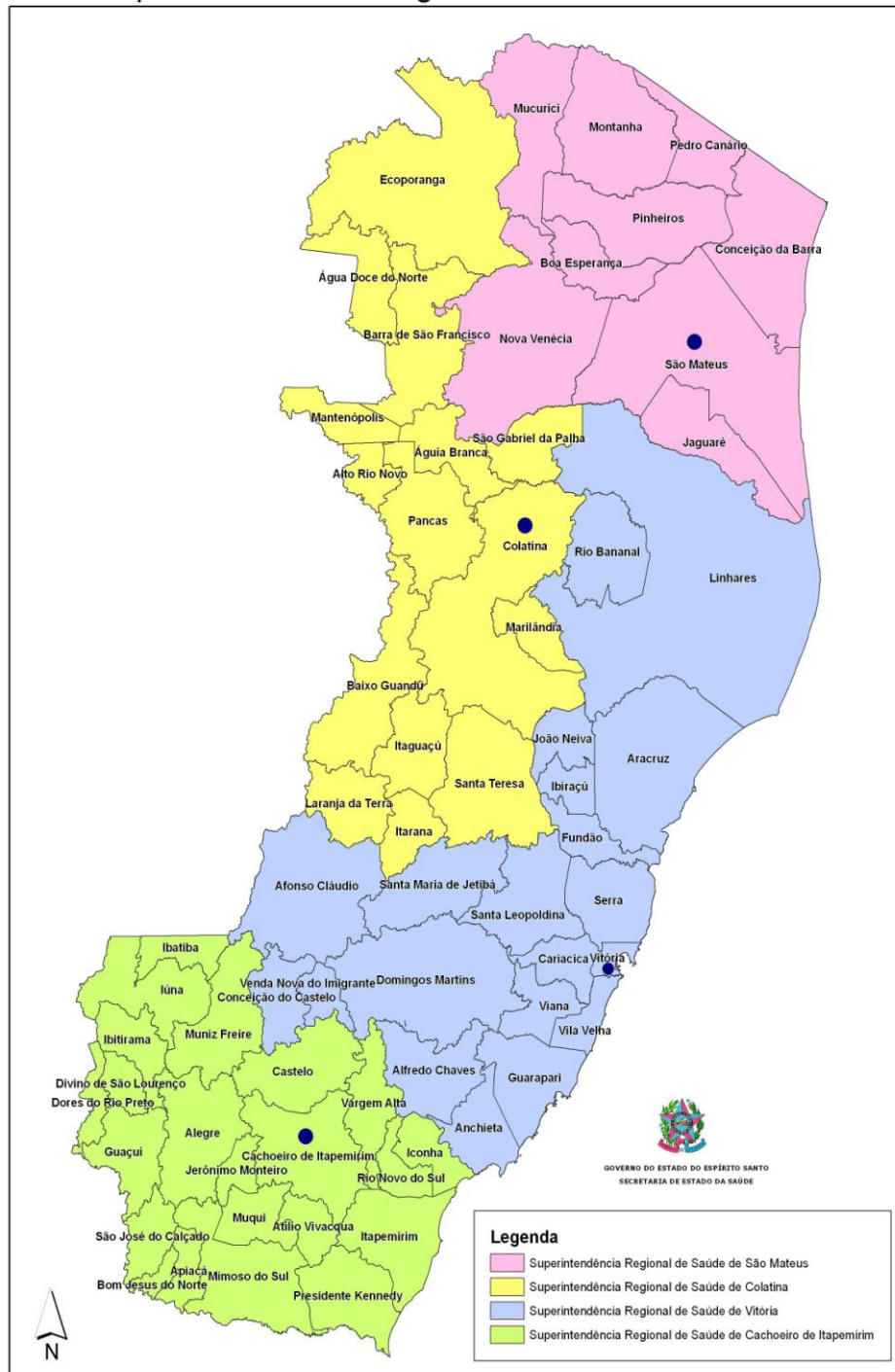
SIQUEIRA, Maria da Penha Smarzaró. Os Grandes Projetos Industriais: desenvolvimento econômico e contradições urbanas. In: _____ (Org.) *Desenvolvimento brasileiro: alternativas e contradições*. Vitória: Grafitusa, 2010. p. 13 – 38.

TONI, J.D; Klarmann,H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. *Ensaio FFE*, Porto Alegre, v. 23, n. especial, p.517-538, 2002. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/2019/2400>>. Acesso em: 03 abr 2011.

ANEXOS

ANEXO 1

Superintendências Regionais de Saúde - ES 1990



ANEXO 2

