

# Plano Diretor de Regionalização do Estado do Espírito Santo

Outubro de 2003

## **Equipe técnica:**

Coordenador Geral:

Francisco José Dias da Silva

Coordenação para elaboração do Plano Diretor de Regionalização, do Plano Diretor de Investimentos e da Programação Pactuada e Integrada:

Geraldo Corrêa Queiroz

Equipe da Coordenadoria de Controle Avaliação e Auditoria:

Heli Leonardo de Castro

Heloiza Maria Salles Nunes

Maria Luiza Barbosa

Maristella Zamborlini Macedo

Nélia Elvira de Abreu Salles dos Santos

Laudeir Ângelo Delmaschio

Cristina Barbosa Braconi

Lílian Mara Gomes Figueiredo

Fábio Miguel Gomes

Tiago Sossai Rigo

Equipe da Superintendência de Planejamento

Epidemiologia e Informação:

Ana Rita Benicá Coelho

Maria Auxiliadora Fiorillo Mariani

Marcelo Dala Bernardina Dalla

Cláudia Gomes Rossoni

Romildo Luiz Monteiro Andrade

Valdir José Souza  
Jaqueline Rosa Depiante  
Maria Cirlene Caser Vasconcelos  
Werbena Aguiar dos Santos  
Hélia Márcia Silva Mathias

Coordenação para elaboração do Relatório de  
Gestão 2001 e 2002 e para atualização Plano  
Estadual de Saúde:

Isaías Caliman Buffon  
Maria da Glória Covre  
Laura Maria da Silva Coutinho

# **PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO**

## **Apresentação**

Com o presente Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Estado do Espírito Santo pretende efetivar a descentralização das ações e serviços de saúde consoante o estabelecido na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002, de modo a constituir sistemas funcionais de saúde por meio da integração de pontos de atenção à saúde.

Como parte do PDR, foi elaborado o Plano Diretor de Investimentos - PDI, instrumento fundamental para alocação de recursos com vistas a produzir equidade. O PDI será o balizador da distribuição de recursos de qualquer natureza entre as várias microrregiões e macrorregiões do Estado.

## **Metodologia:**

Para elaboração do Plano Diretor de Regionalização foram considerados o acesso, a economia de escala e de escopo, e perfil epidemiológico. No equacionamento do acesso foram verificadas as variáveis de distância entre os pontos assistenciais e o tipo de pavimento, os fluxos de saúde, aí considerados aquele relacionado ao Sistema de Informações Hospitalares e o relativo ao Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Custo, a densidade tecnológica de cognição e de produto.

A economia de escala foi considerada mediante conformação de microrregiões com população superior a 150 mil habitantes, e macrorregiões com população superior a 500 mil habitantes.

A economia de escopo é buscada na definição dos hospitais microrregionais com mais de 100 leitos ou da especialização induzida, em alguns casos.

### **Situação atual:**

No Estado do Espírito Santo, embora vários estudos tenham sido desenvolvidos pela equipe técnica da Secretaria de Estado da Saúde, nos anos de 2001 e 2002, não foi possível aprovar um Plano Diretor de Regionalização, em razão da baixa capacidade de condução do processo pela própria Secretaria de Estado da Saúde.

O estudo ora apresentado contempla a identificação de polos microrregiões e macrorregionais segundo estudo de porte e prestação de serviços, capacidade instalada e fluxo de internações, economia de escala e de escopo e perfil epidemiológico.

### **Objetivo:**

Promover a descentralização das ações e serviços de saúde e reduzir as desigualdades mediante criteriosa alocação de recursos, garantindo o acesso da população a serviços e ações de saúde com integralidade e resolubilidade.

### **As Bases da Regionalização:**

Promover a integração entre pontos assistenciais dos sistemas municipais de saúde mediante o estabelecimento de protocolos de forma a constituir Redes de Atenção à Saúde microrregionais e macrorregionais, segundo critérios de economia de escala e de escopo, dispersando nos territórios os recursos abundantes que não se beneficiam de escala.

### **Diretrizes:**

Promover a transformação do modelo de saúde do Estado, mediante intervenção sanitária que conjugue, em nível ótimo, das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Estabelecer o compartilhamento de responsabilidades entre os governos municipais e estadual.

## **Estratégias:**

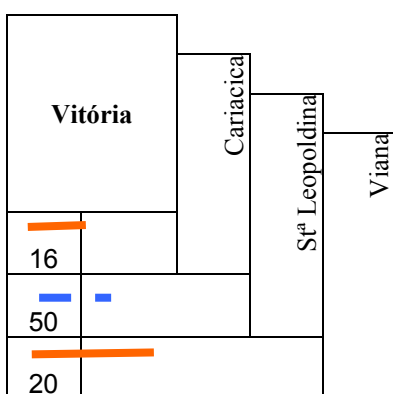
1. Organizar os serviços de saúde para permitir o acesso da população à atenção primária em saúde e aos outros níveis de atenção, compatibilizando as referências com a produção de serviços em escala quando houver maior incorporação de tecnologia de produto.
2. Melhorar a capacidade de gestão do SUS mediante o fortalecimento das instâncias macrorregionais (Superintendências Regionais), com redefinição de seus papéis e enfatizando a cooperação técnica com os municípios, e redefinindo sua localização geográfica;
3. Dispersão no território, da Atenção Primária em Saúde em razão do evidente benefício e da garantia de seu financiamento, e da exigência de baixa tecnologia de produto;
4. Implantação de redes assistenciais, a partir da rede da mulher e da criança à qual serão agregadas outras redes, mediante critério de prioridade. O estabelecimento das redes será feito mediante elaboração e implementação de protocolos.
5. Reduzir, progressivamente, o papel de prestadora de serviços da Secretaria de Estado da Saúde, mediante a transformação dos atuais hospitais públicos estaduais em estruturas com autonomia administrativa e financeira com implementação da regionalização e municipalização.
6. Adotar a epidemiologia como critério para definição de prioridades e da tipologia assistencial proposta.
7. Desenvolver institucionalmente a Secretaria de Estado da Saúde para assumir as macrofunções de financiadora, provedora e reguladora do Sistema Estadual de Saúde.
8. Promover avaliações periódicas da implementação do PDR e da Programação Pactuada e Integrada, de forma bipartite, na perspectiva da equidade.
9. Implantar o Sistema de Regulação Estadual ao qual se vincularão as centrais de regulação microrregionais e macrorregionais, com foco no acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde.
10. Criar no Estado um Sistema de Transporte em Saúde, sob orientação técnica da Secretaria de Estado da Saúde contendo os subsistemas municipais, microrregionais e macrorregionais.

## Distância entre Municípios nos Módulo Assistenciais e nas Macrorregiões

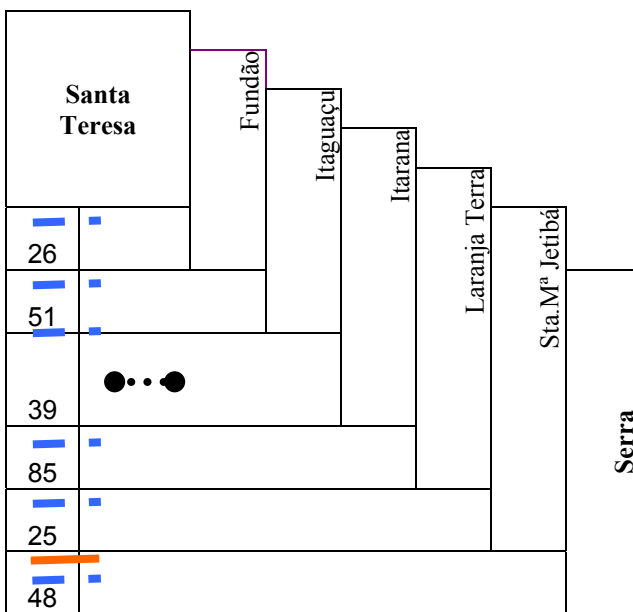
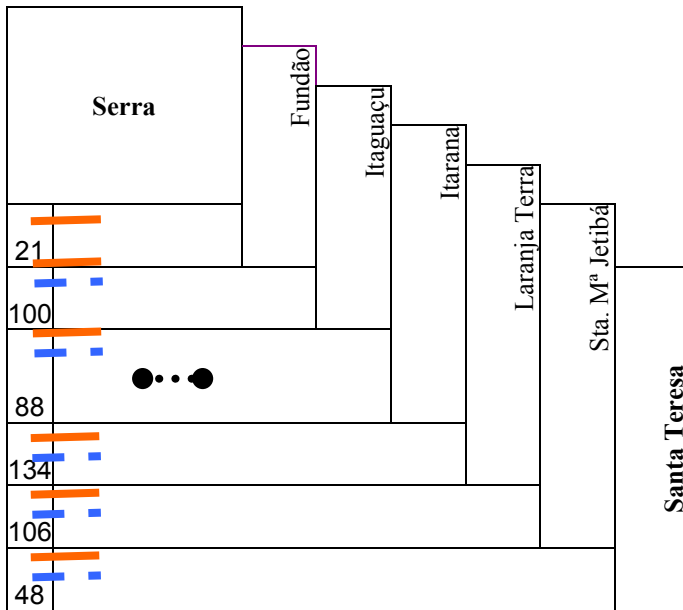
### Extensões Rodoviárias entre Municípios por Microrregião

#### Macrorregião Centro-Vitória

#### Microrregião Vitória

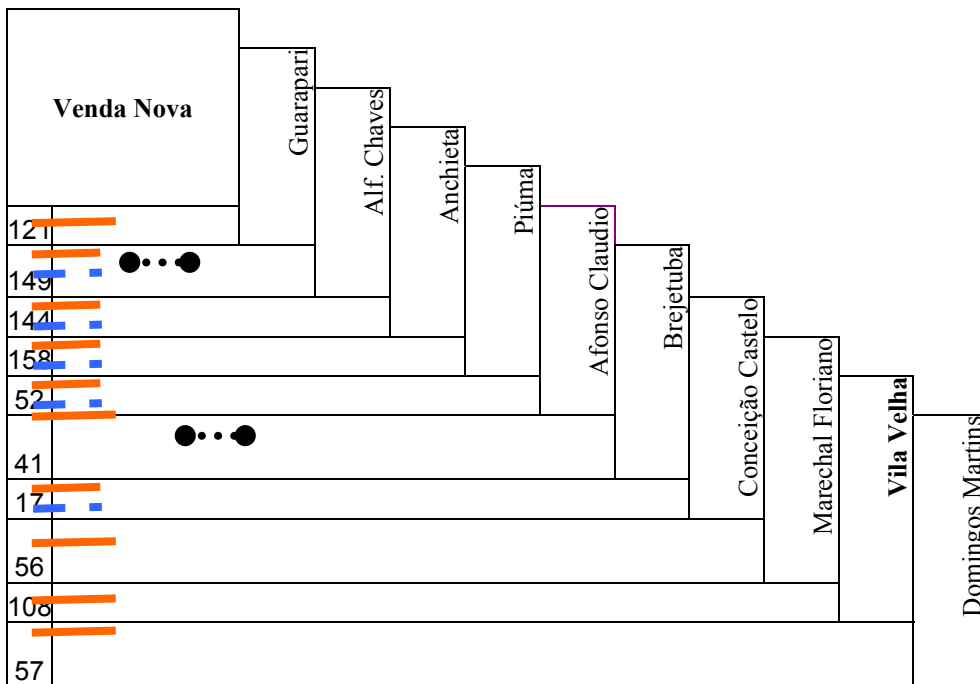
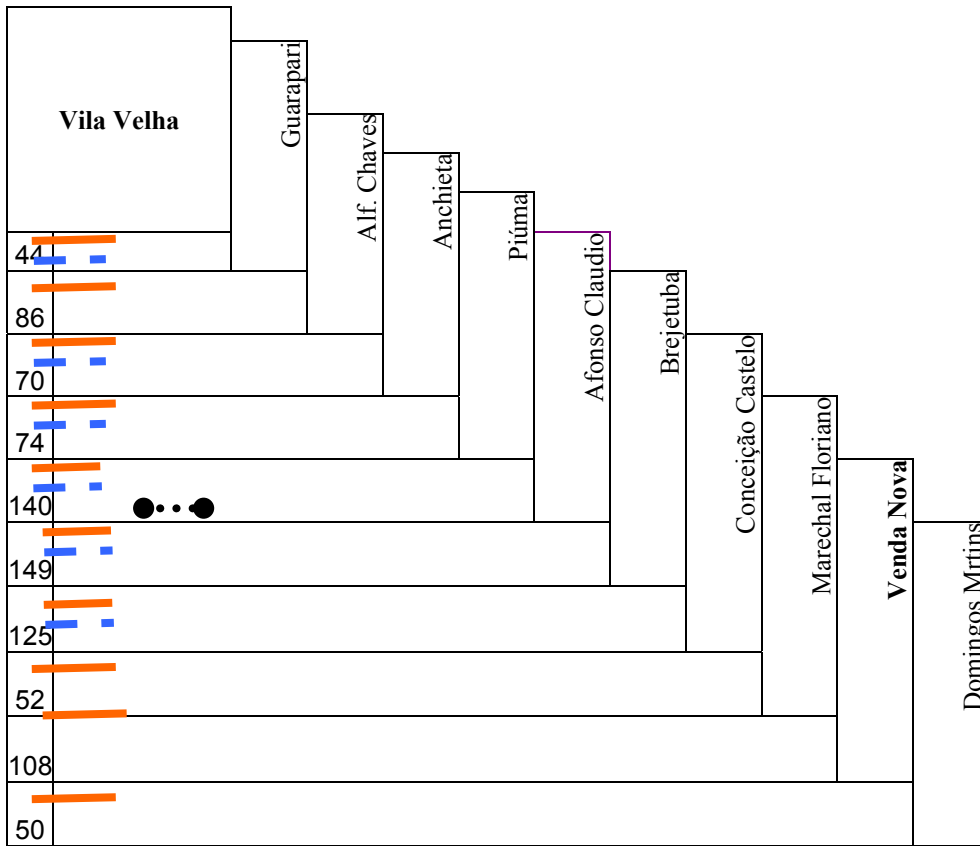


## Microrregião Serra/Santa Teresa



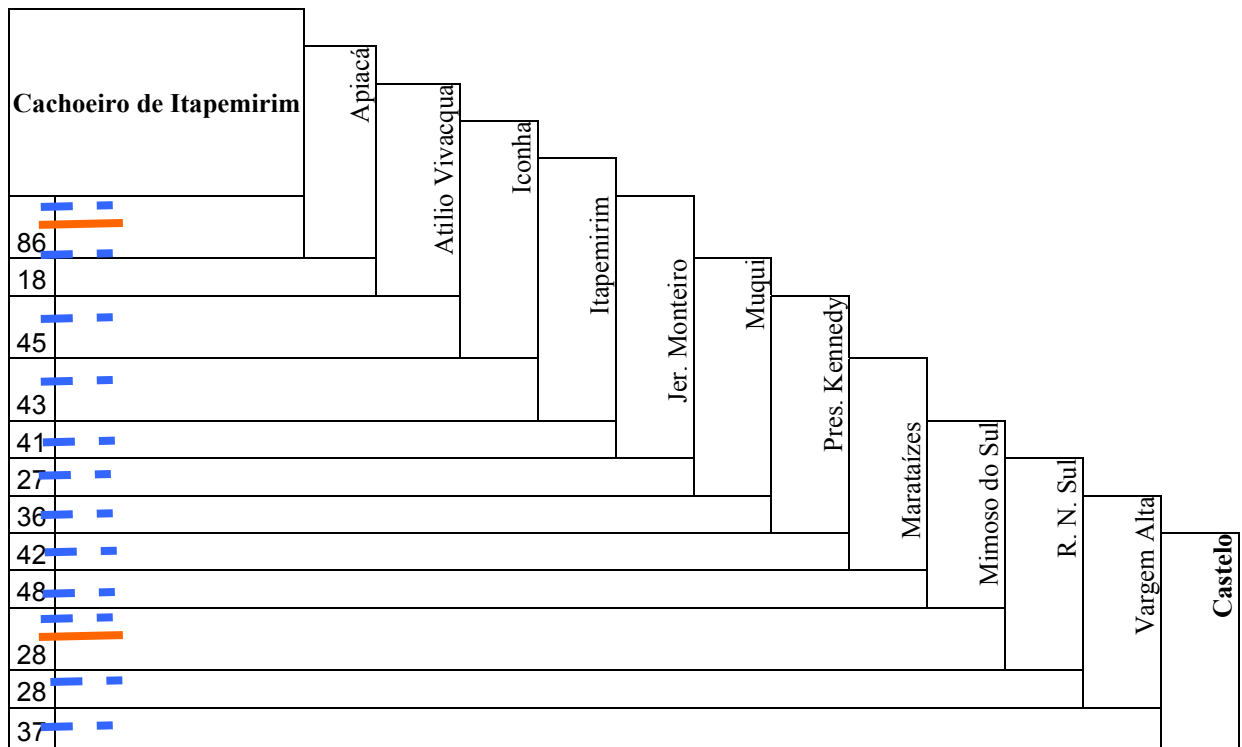


# Microrregião Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

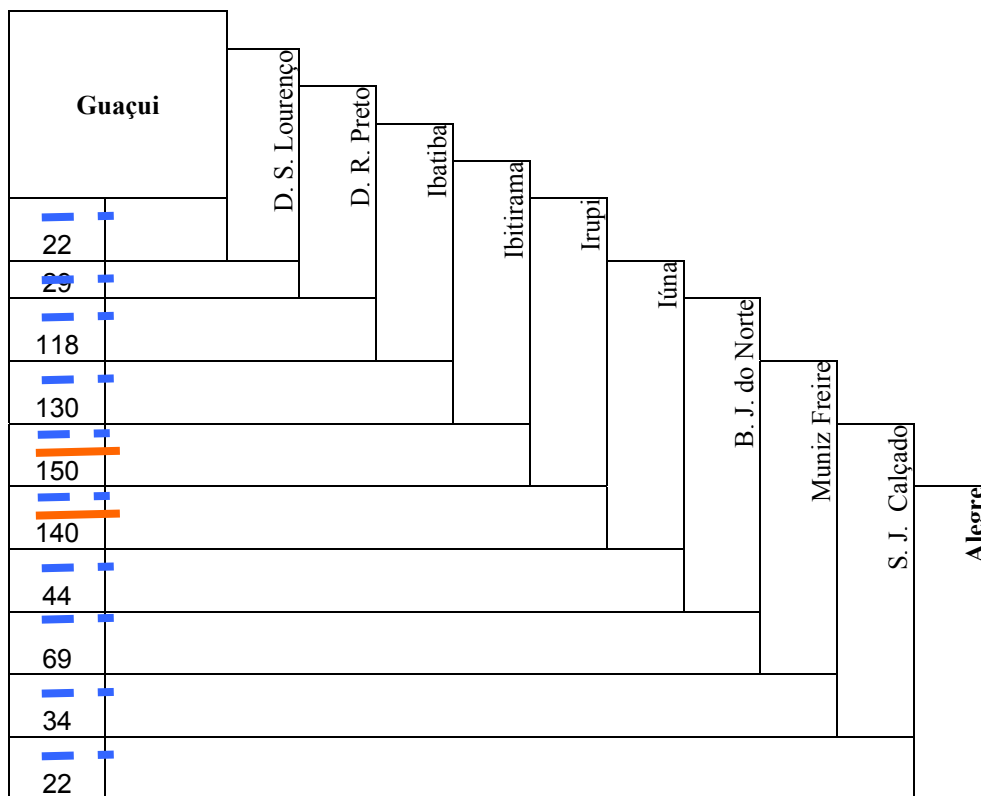


## Macrorregião Sul - Cachoeiro de Itapemirim

### Microrregião Cachoeiro de Itapemirim

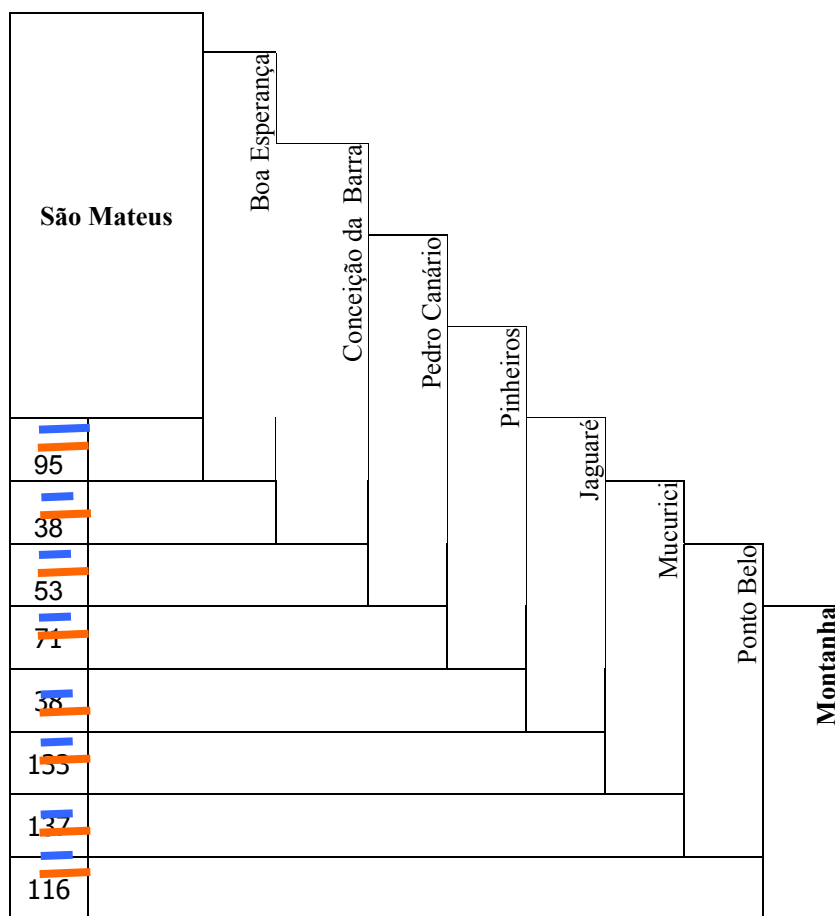


### Microrregião Guaçu

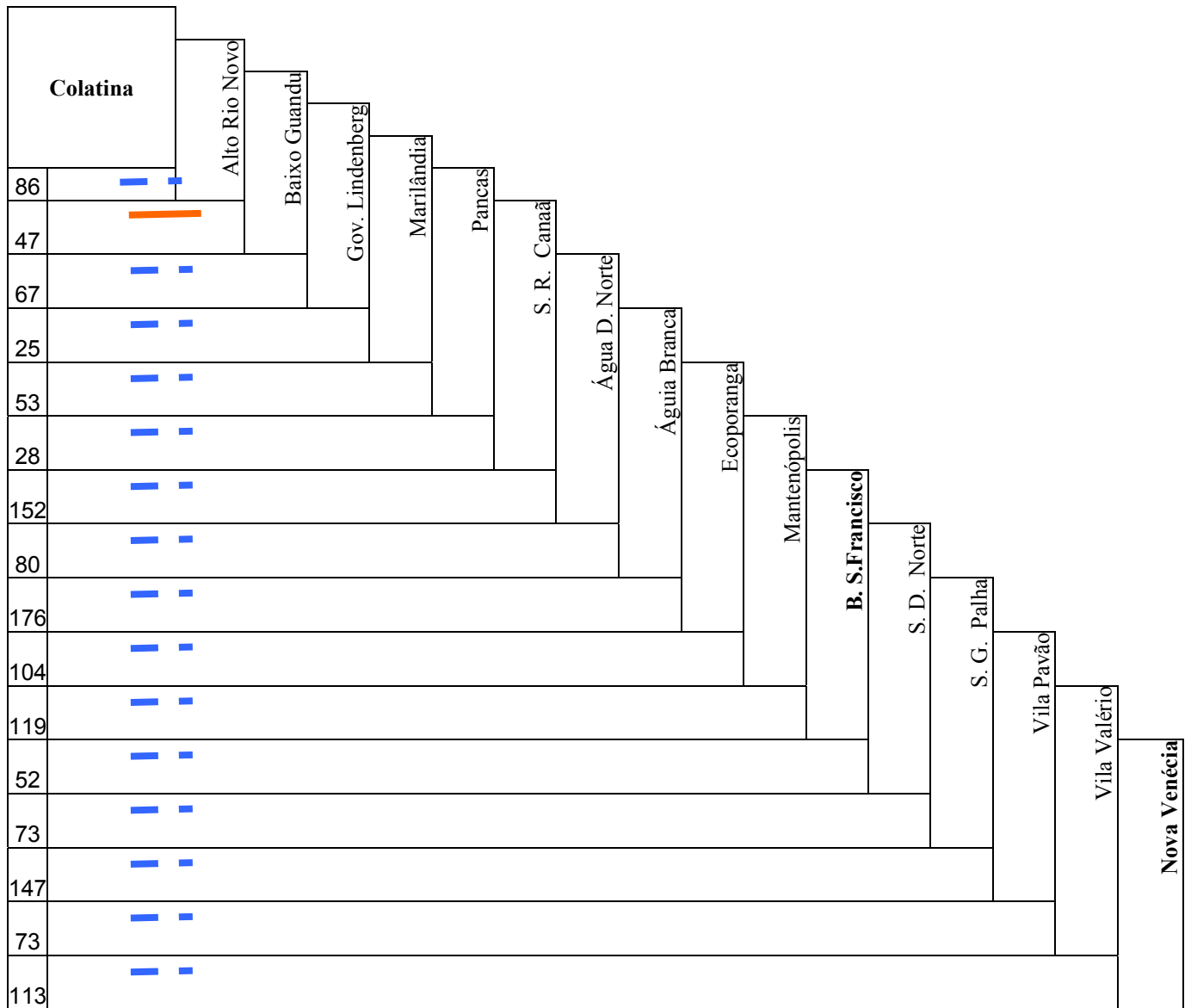


# Macrorregião Norte - Colatina / Linhares

## Microrregião São Mateus

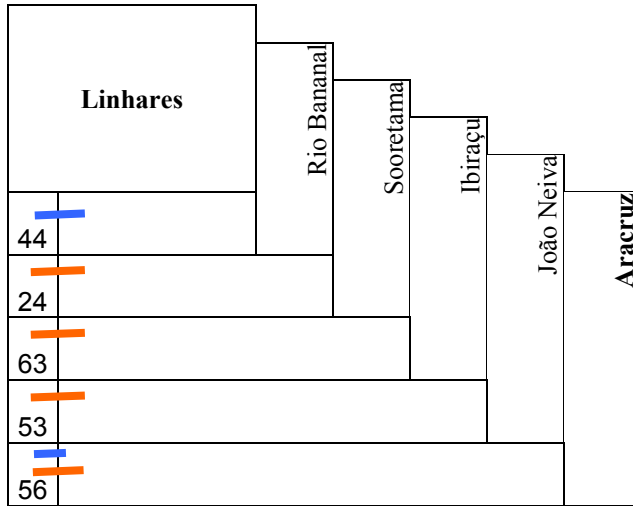


## Microrregião Colatina



# Macrorregião Norte - Colatina / Linhares

## Microrregião Linhares



### LEGENDA:

- RODOVIA FEDERAL
- ROD. ESTADUAL PAVIMENTADA
- ROD. MUNICIPAL. PAVIMENTADA
- ROD. NÃO PAVIMENTADA.

## **Tipologia Assistencial:**

Atribui a cada espaço territorial organizado um conjunto de serviços, segundo os critérios de economia de escala. Em anexo, planilha com a tipologia relacionada ao desenho do Plano Diretor de Regionalização.

## **TIPOLOGIA**

### **I - NIVEL MUNICIPAL**

Os municípios do Estado do Espírito Santo deverão contemplar o elenco do PAB-A.

### **MÓDULO ASSISTENCIAL**

População acima de 30.000 habitantes

#### **ASSISTENCIA AMBULATORIAL**

Ofertar o elenco de procedimentos da média complexidade ambulatorial de nível I preconizado pelo Ministério da Saúde.

Raio X odontológico

Ultra-som Obstétrico

Inclui Centro de Atenção Psicossocial I, sendo ofertado pelo município sede dos módulos assistenciais.

Serviço de Reabilitação Física nível I

Inclui Sistema de Atendimento Móvel às Urgências de caráter municipal para garantir o acesso aos serviços nos polos microrregionais e macrorregionais, conforme Portaria 2048 GM de 5 de novembro de 2002.

#### **ASSISTENCIA HOSPITALAR**

Dispor de hospital com capacidade de ofertar de 30 a 50 leitos para o SUS com o nível de resolubilidade nas seguintes especialidades:

1º atendimento em urgência/emergências 24 hs.

Diagnóstico e ou 1º atendimento em clínica médica, pediátrica, ortopédica (sem a necessidade de especialista) e cirúrgica.

Internação em clínica médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica.

Distribuição percentual de leitos nas proporções de:

Clínica cirúrgica                    25%

Clínica obstétrica                18%

Clínica médica                    38%

Clínica pediátrica                19%

## II - NÍVEL MICRORREGIONAL

População acima de 150.000 habitantes

### ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Ofertar o elenco de procedimentos de média complexidade de nível de referência II, preconizado pela NOAS 2001/02;

Inclui:

Colposcopia;

Mamografia;

Hemoterapia;

Alguns procedimentos da média complexidade III:

Ultra-sonografia de articulação;

Ultra-sonografia Hipocôndrio (Fígado, Vesícula, Vias Biliares, Pâncreas);

Ultra-sonografia de Próstata (via transretal);

Centros de Atenção Psicossocial II ou III;

Laboratório com capacidade para atendimento ao elenco de procedimentos;

EPM I, II e III para a população de toda a microrregião;

Laboratório de prótese odontológica.

Odontologia Média Complexidade I, II, III.

### ASSISTENCIA HOSPITALAR

Disponer de unidade hospitalar com um mínimo de 80 leitos.

Unidade de referência em urgência e emergência do tipo II para atendimento de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica;

Recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis, propedêuticos e ou terapêuticos, para atendimento a tais urgências e emergências contando com os serviços na própria estrutura do hospital conforme relação a seguir:

- Radiologia convencional
- Ultra-sonografia
- Análises clínicas laboratoriais
- Eletrocardiografia
- UTI tipo II, UTIN e UTIP
- Tomografia computadorizada
- Endoscopia digestiva
- Banco de sangue
- Anestesiologia

### **III - NÍVEL MACRORREGIONAL**

População acima de 500.000 habitantes

#### **ASSISTENCIA AMBULATORIAL**

Elenco de procedimentos de média complexidade III;  
Contar com serviços de atenção ambulatorial de alta complexidade e de maior densidade tecnológica:

- Centro de Atenção Psicossocial III;
- Centro de referência em saúde do trabalhador;
- Assistência oncológica ambulatorial (Quimioterapia e Radioterapia);
- Contar com Unidade oftalmológica de referência I;
- Litotripsia;
- Exames de hemodinâmica (Cateterismo);
- Medicamento de uso excepcional;
- AIDS;
- Hepatite B e C;
- Triagem neonatal.

Dispor de rede assistencial para atendimento aos seguintes grupos de SIPAC:

- Neurocirurgia
- Oncologia
- Ortopedia
- Cirurgia cardíaca
- Hemodinâmica
- Nefrologia

Serviço de Reabilitação Física nível intermediário;

Serviço de Referência em Medicina Física e Reabilitação;

Leitos de Medicina Física e Reabilitação.

#### **ASSISTENCIA HOSPITALAR**

Unidade hospitalar com mais de 100 leitos

Maternidade de alto risco;

Leitos de UTI para cobertura macrorregional conforme base populacional e coberturas assistenciais especializadas.



Contar com recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis, propedêuticos e ou terapêuticos, para urgências e emergências especializados existentes na própria estrutura tais como:

- Radiologia convencional
- Ultra-sonografia
- Broncoscopia
- Análises clínicas laboratoriais
- Eletrocardiografia
- UTI II ou III
- Tomografia computadorizada
- Banco de sangue
- Anestesiologia
- TRS
- Neurocirurgia
- Ecocardiografia

Dispor de recursos tecnológicos disponíveis em serviços de terceiros instalados dentro ou fora da estrutura do hospital conforme estabelece a Portaria SAS nº494 de 26 de agosto de 1999:

Hemodinâmica  
Angiografia

Contar com clínicas hospitalares de média complexidade não cobertas pelos pólos microrregionais destacando-se as cirurgias vascular, oncológica, urológica, otorrinolaringológica, plástica, oftalmológica, mama e tórax;

Internações hospitalares de alta complexidade FAEC (alta complexidade) e FAEC Estratégico (exceto Campanhas).

## Sistema de Atendimento Móvel às Urgências

O Sistema de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU, compreende um sistema de transporte pré-hospitalar móvel, vinculado a Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com a necessidade de saúde da população de um município, microrregião ou macrorregião, em conformidade com a Portaria GM 2048 de 05 de novembro de 2002. A região de cobertura será previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de

serviços e fluxos de saúde habitualmente utilizados. O acesso ao SAMU será feito mediante por meio da central de regulação. O atendimento local será monitorado por sistema de comunicação. É pré-condição para implantação do Sistema de Atendimento Móvel às Urgências a existência de uma rede de serviços de saúde devidamente regulada.

## Controle Regulação e Avaliação

Implantar o Sistema de Regulação Estadual ao qual se vincularão as centrais de regulação microrregionais e macrorregionais, com foco no acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde. O sistema deverá ser capaz de advogar pelo paciente nos diversos pontos de atenção a saúde, sendo instrumento para o exercício pleno pelo Estado, do papel de ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde com qualidade adequada, quantidade suficiente e agilidade necessária, na perspectiva de promover a satisfação dos usuários.

O Controle e Avaliação serão desenvolvidos para:

Avaliar o sistema e o modelo de gestão;

Estabelecer uma relação transparente com os prestadores de serviços mediante a verificação do cumprimento de obrigações contratuais;

Garantir adequada qualidade da assistência e satisfação dos usuários;

Aferir os resultados das intervenções sanitárias sobre a saúde da população.

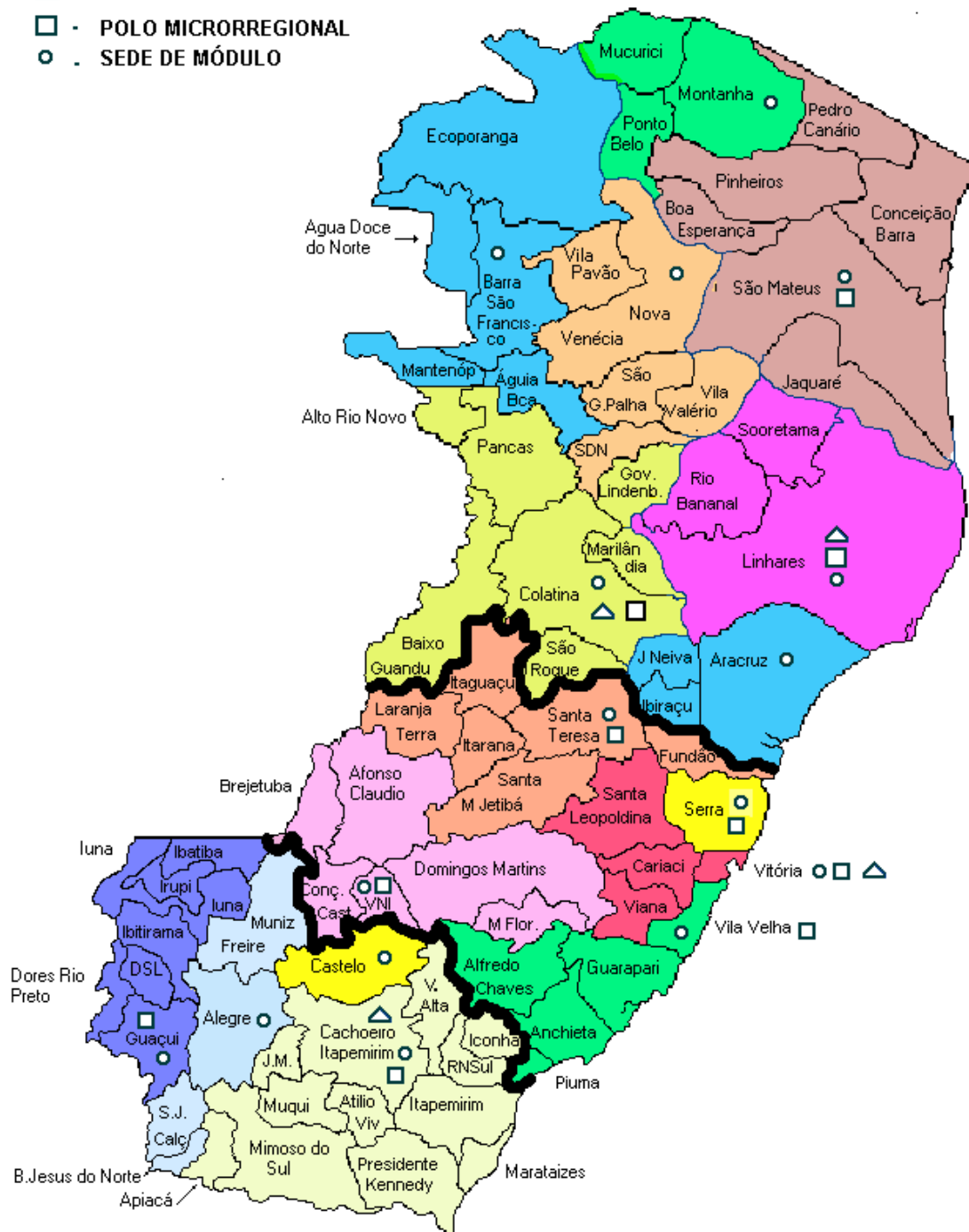
# **A Regionalização:**

## **As Bases da Regionalização do Estado do Espírito Santo**

O desenho macrorregional foi obtido pela conjugação de múltiplas variáveis, tais como, fluxos de saúde, acesso aos serviços, concentração de tecnologia de conhecimento e de produto, economia de escala e de escopo. Foi possível identificar 16 aglomerados de municípios em razão do critério para a constituição de módulos assistenciais, 08 aglomerados com potencial para conformação de sistemas funcionais resolutivos de saúde, dedicados a uma população acima de 150 mil habitantes – microrregiões, e 03 grandes aglomerados, com população superior a 500 mil habitantes – macrorregiões. Em todos os casos foi possível caracterizar uma efetiva polarização, sendo identificados municípios sede de módulo assistencial, polos microrregionais principais e intermediários, e polos macrorregionais.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO



Foram identificados, segundo os critérios adotados, 16 módulos assistenciais, distribuídos em três macrorregiões.

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

**Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :**

**Microrregiões:**

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

**Macrorregião Centro - Vitória**

**Microrregiões:**

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

**Macrorregião Sul - Cachoeiro**

**Microrregiões:**

- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçuí



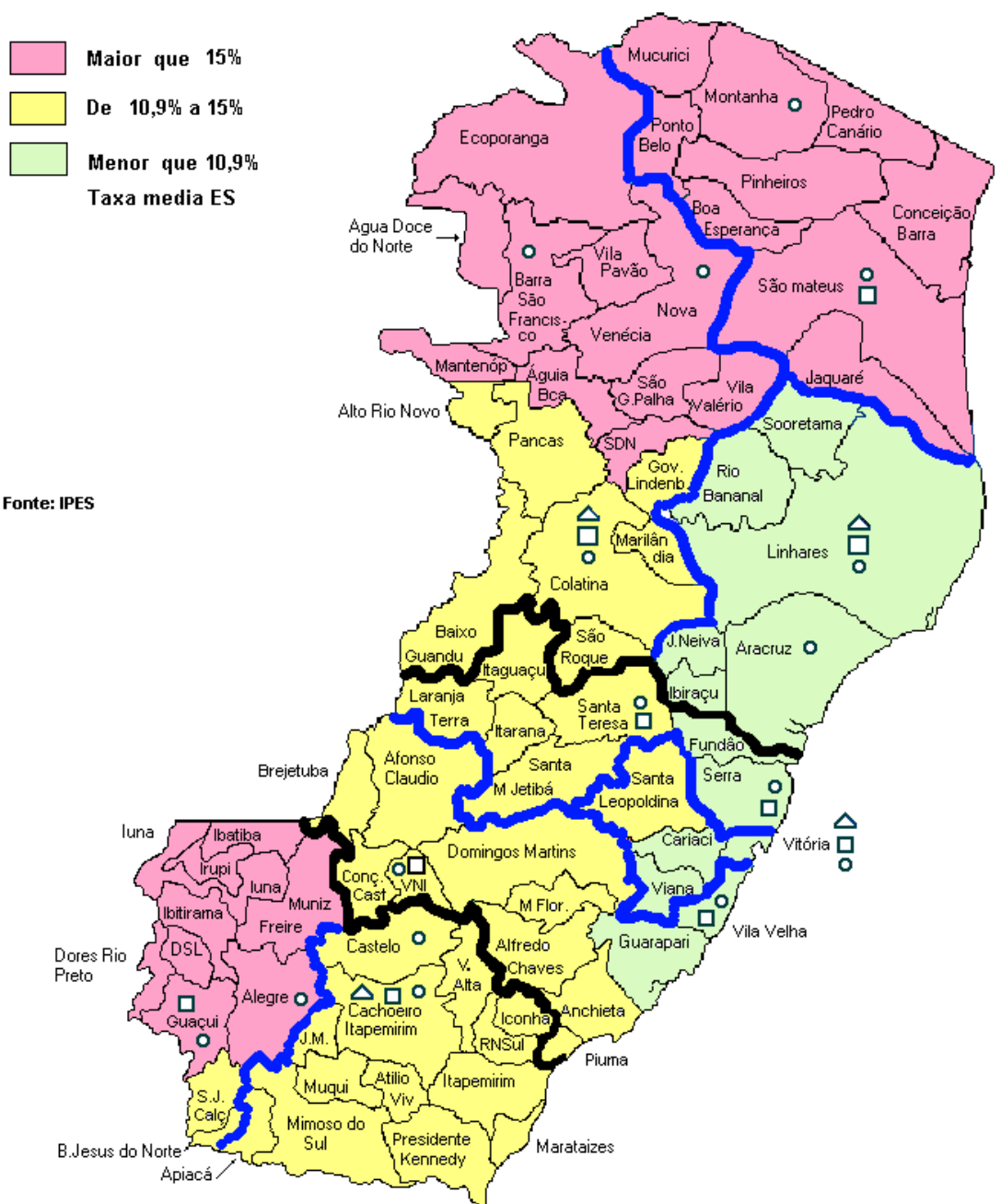
De acordo com os critérios adotados, em especial o acesso, a economia de escala e de escopo, foram identificadas 8 (oito) microrregiões e três macrorregiões.

## **Situação Atual:**





Taxa de analfabetismo regionalizada

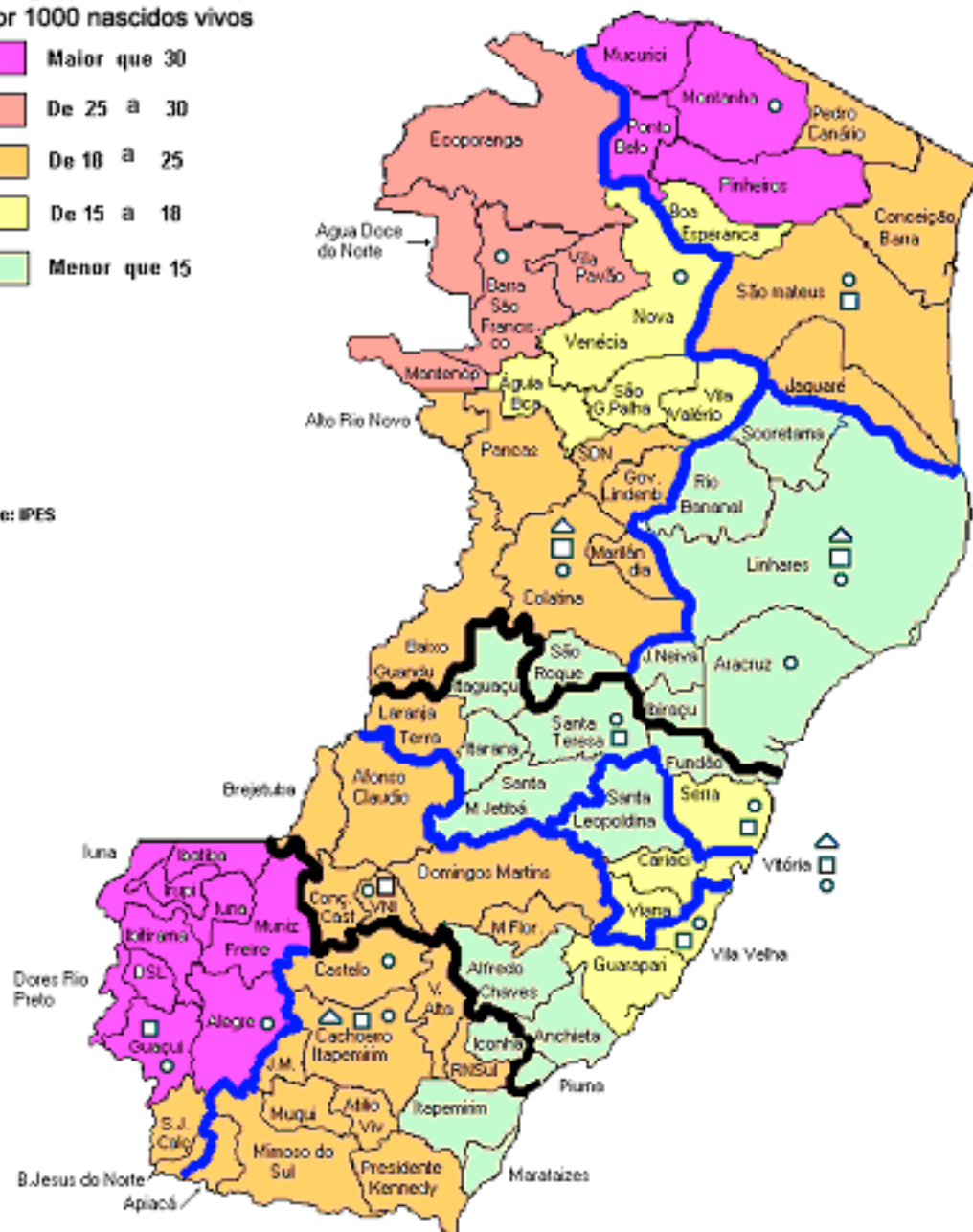


No extremo norte observa-se a maior taxa de analfabetismo do Estado, ocorrendo, também, elevada taxa nos municípios do extremo sul.

Nos extremos do Estado observa-se a mortalidade infantil mais elevada.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

Taxa de mortalidade infantil  
por grupos de municípios  
por 1000 nascidos vivos



Fonte: IPES

## Alguns dados epidemiológicos relativos ao perfil de mortalidade nas micro e macrorregiões do Estado.

Distribuição da mortalidade infantil por macrorregiões, microrregiões, comparada com o coeficiente estadual.

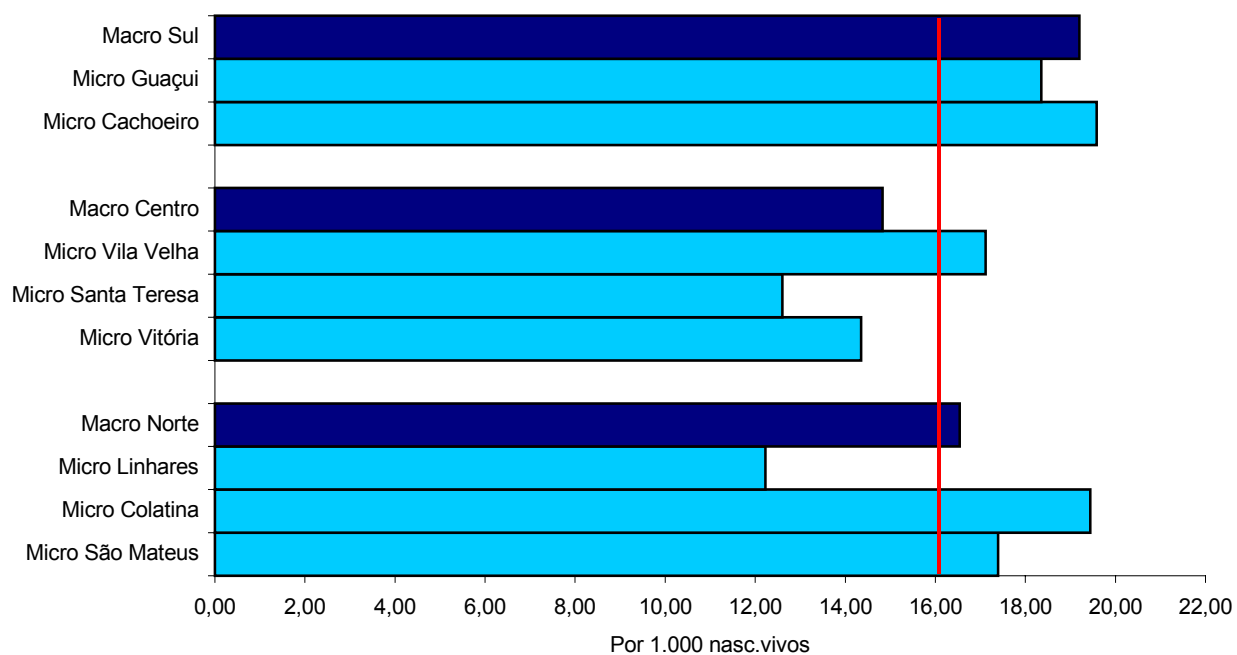


Figura 1: Mortalidade Infantil, ES - 2002

## Distribuição da mortalidade neonatal por macrorregiões, microrregiões, comparada com o coeficiente estadual.

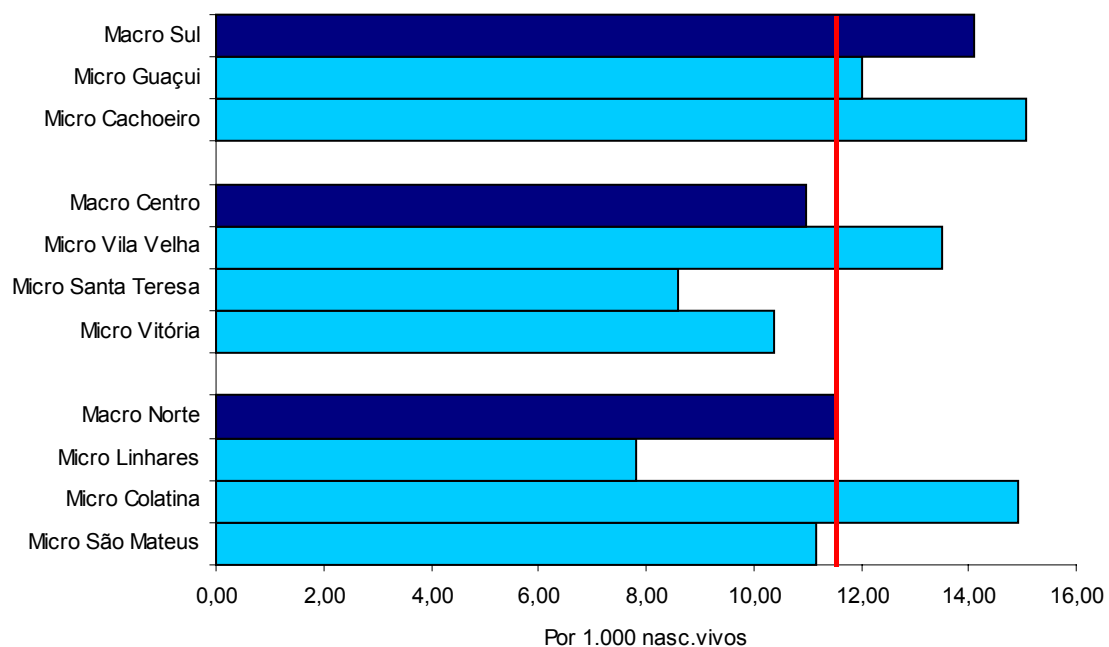


Figura 2: Mortalidade Neonatal, ES - 2002

### Distribuição da mortalidade materna por macrorregiões, microrregiões, comparada com o coeficiente estadual.

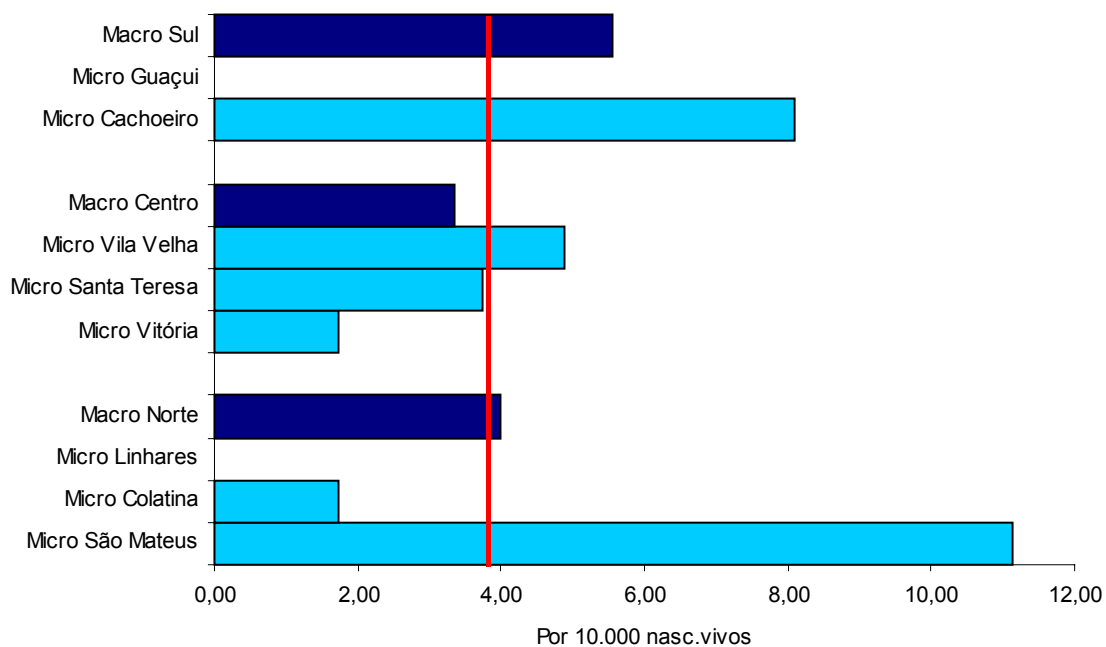


Figura 3: Mortalidade Materna, ES - 2002

## Mortalidade por Câncer de Colo de Útero.

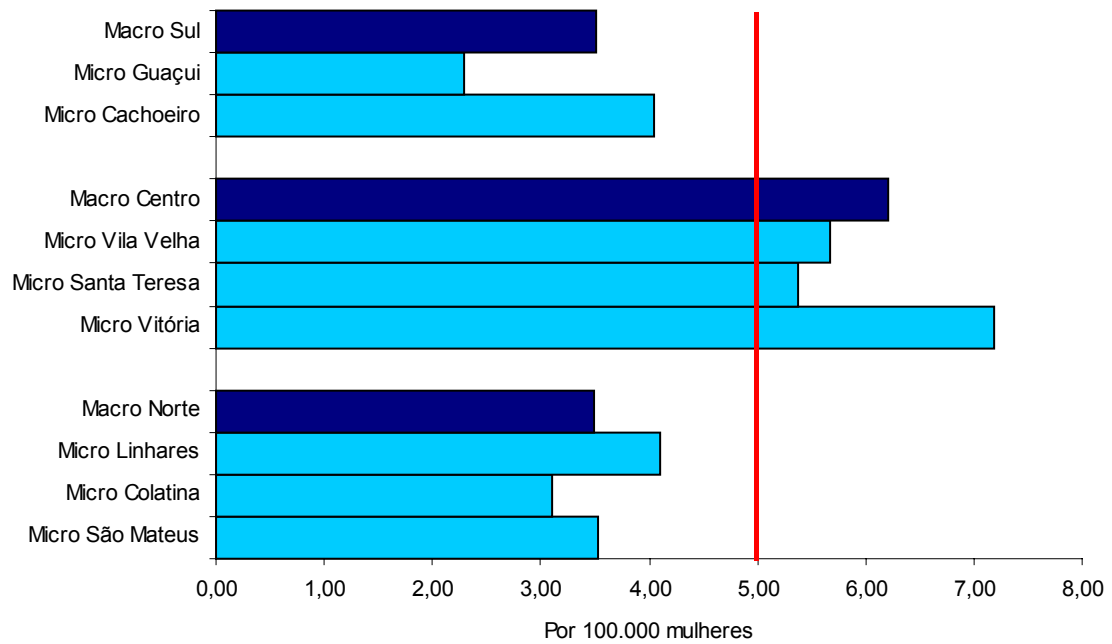


Figura 4: Mortalidade por Câncer de Colo do Útero, ES - 2002

## Mortalidade por Câncer de Mama.

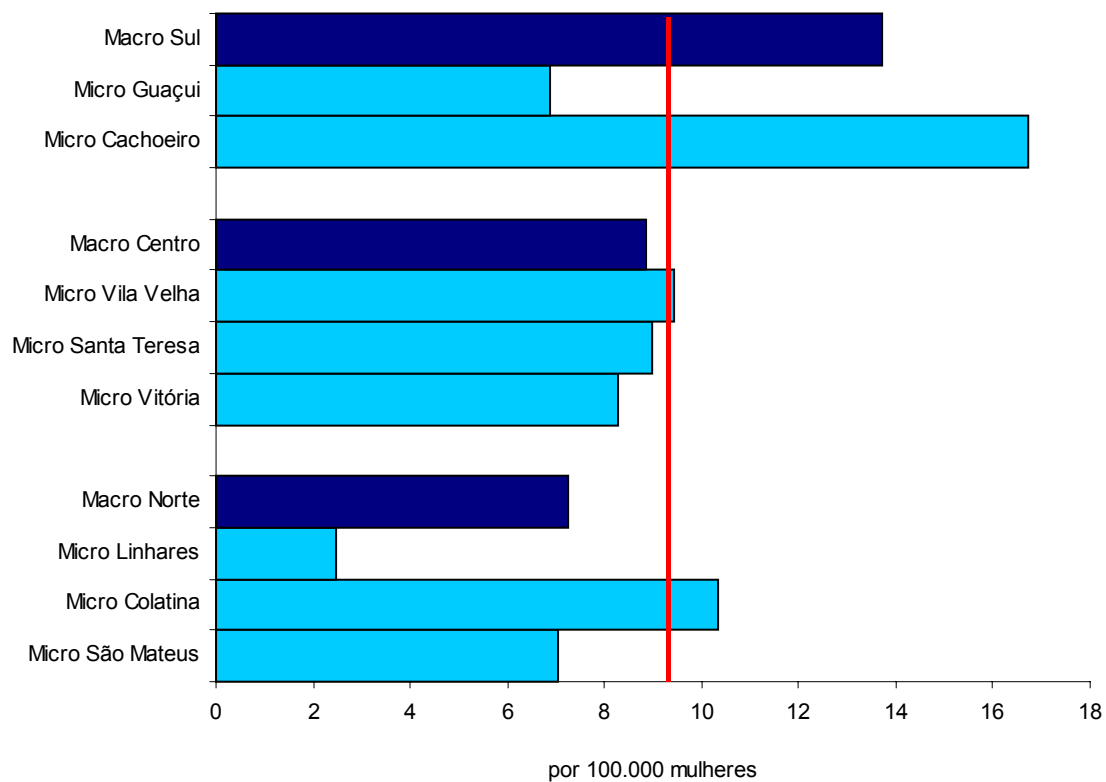


Figura 5: Mortalidade por Câncer de Mama, ES - 2002

## Cobertura do Programa de Saúde da Família, por Macrorregião e Microrregião.

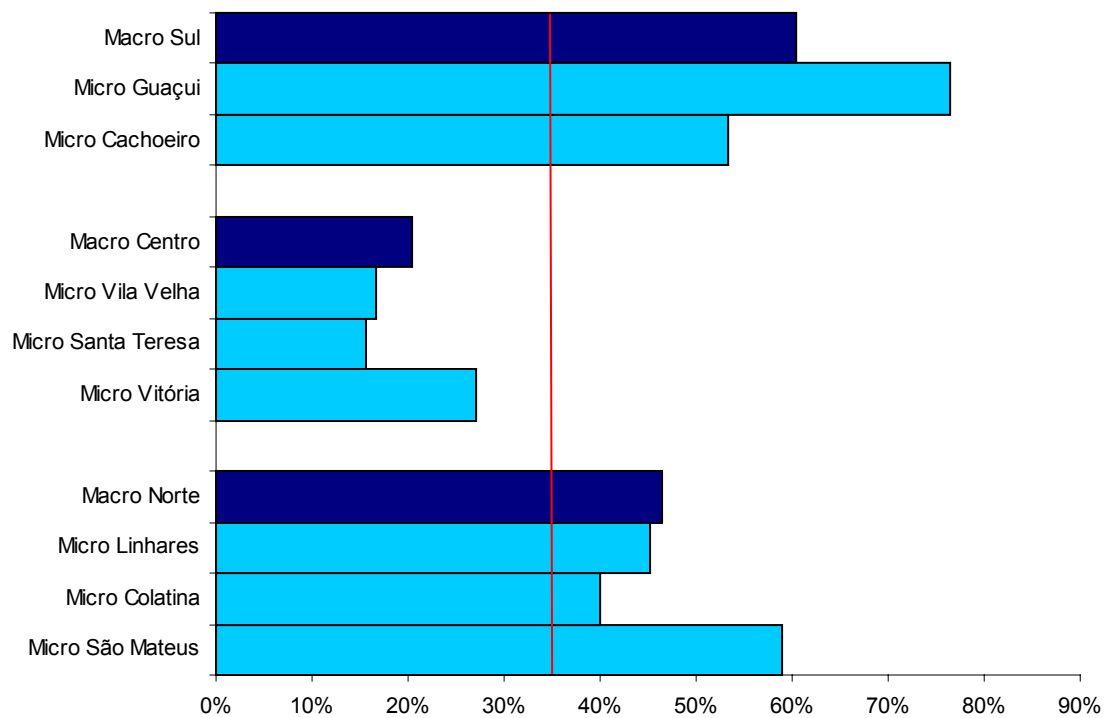


Figura 6: Cobertura de PSF, ES - 2002



## Mortalidade por Doenças Cardiovasculares.

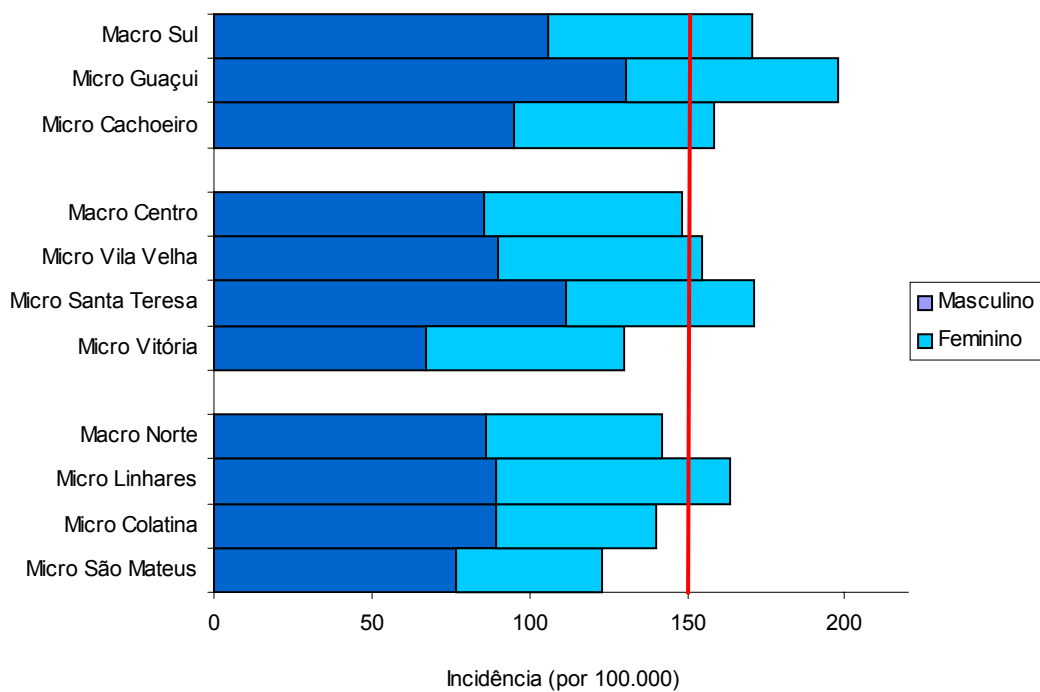


Figura : Mortalidade por doenças Cardiovasculares, ES - 2002

## Mortalidade por Doenças Cérebrovasculares.

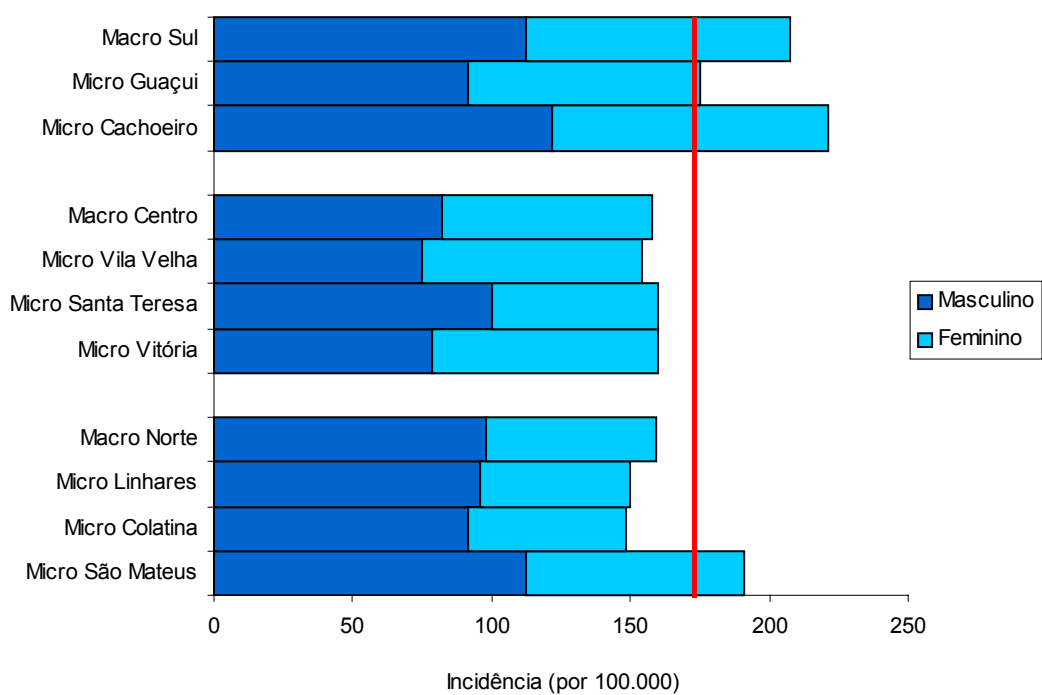


Figura : Mortalidade por doenças Cérebrovasculares, ES - 2002

## Mortalidade por Causas Externas.

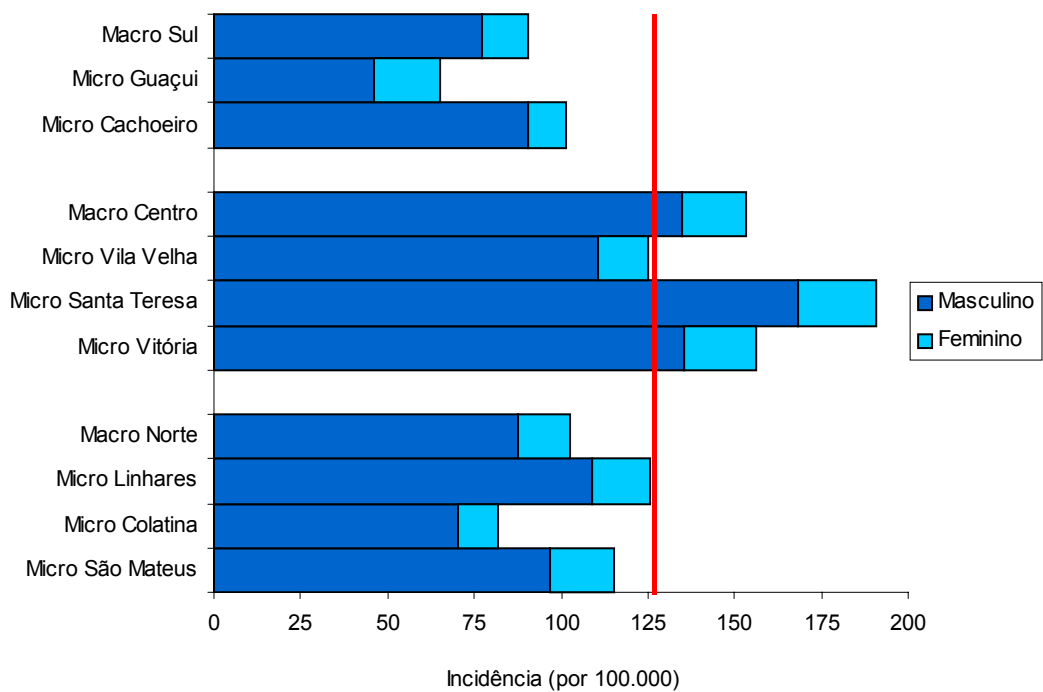
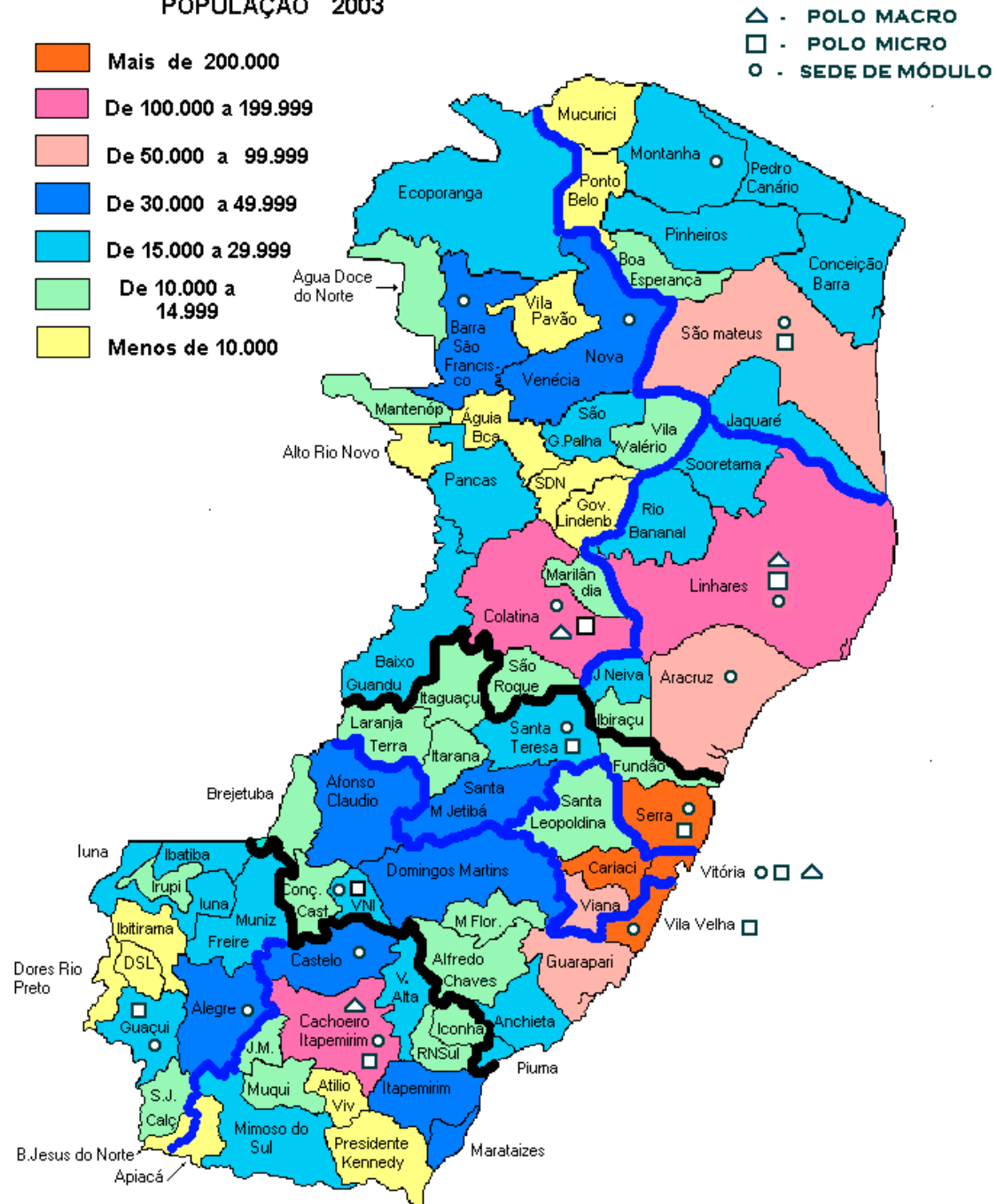


Figura: Mortalidade por causas externas, ES - 2002

POPULAÇÃO 2003

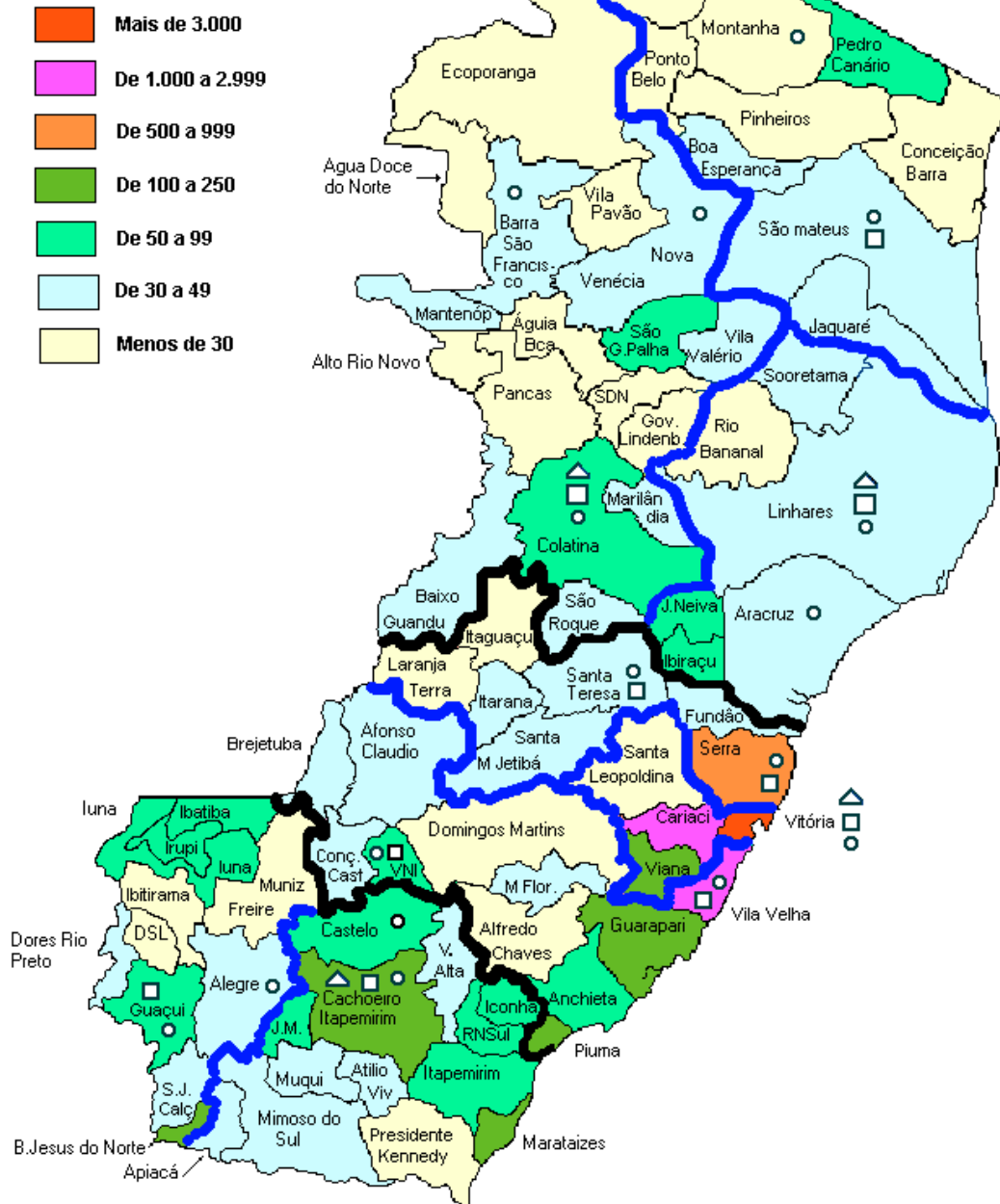


Há no Estado três municípios com mais de 200 mil habitantes e outros três com mais de 100 mil habitantes.

**PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003**

**DENSIDADE DEMOGRÁFICA - Habitantes por Km<sup>2</sup>**

- △ - POLO MACRO
- - POLO MICRO
- - SEDE DE MÓDULO

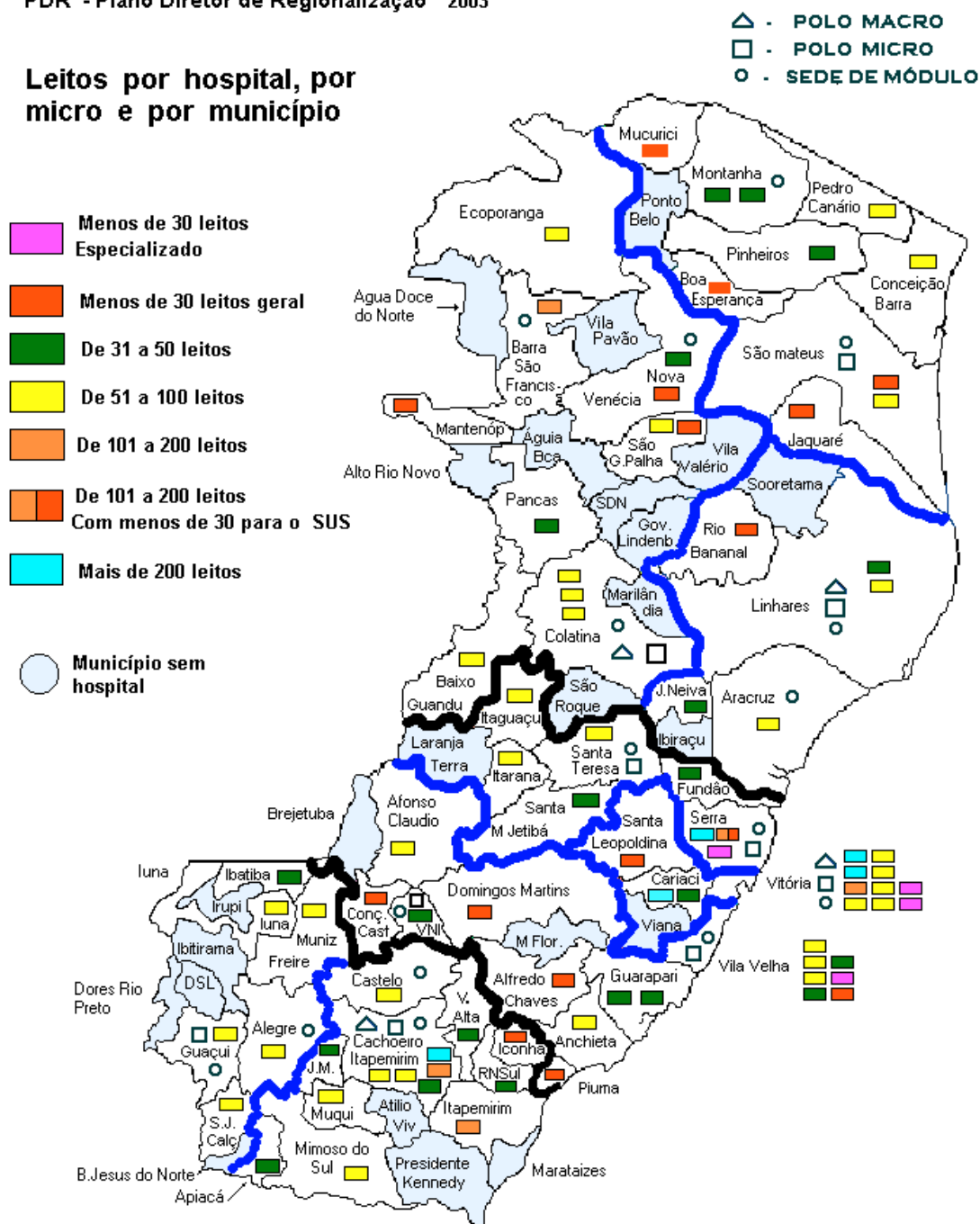


Fonte: IBGE

A maior densidade demográfica está na Região Metropolitana da Grande Vitória, observando-se no extremo norte do Estado a maior concentração de municípios com baixa densidade demográfica.

## A distribuição de serviços no território do Estado

### Leitos por hospital, por micro e por município

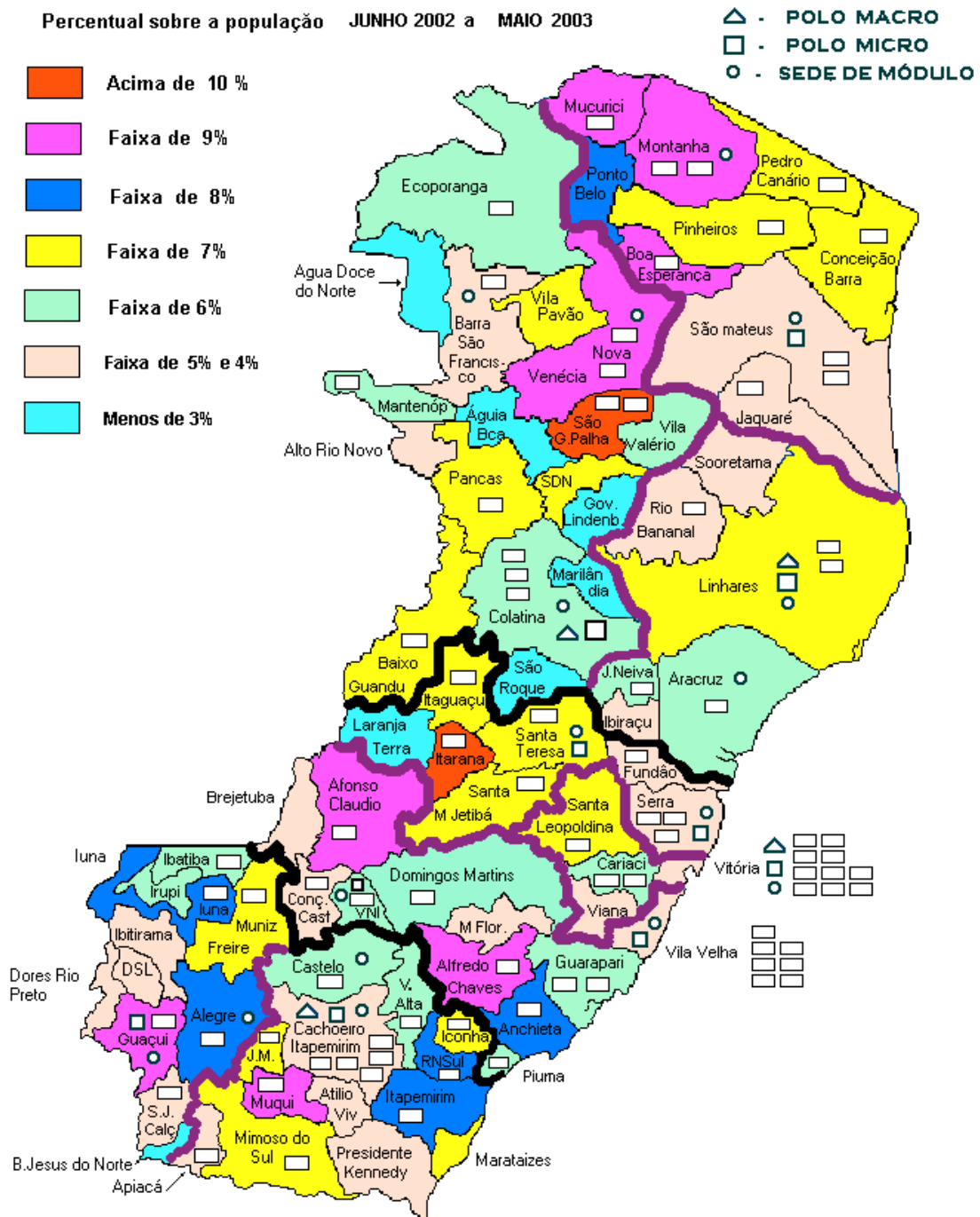


Há uma significativa fragmentação representada por hospitais com até 50 leitos que totalizam 36 hospitais, sendo que destes 15 com menos de 30 leitos. De 5.543 (cinco mil quinhentos e quarenta e três) leitos 3599 (três mil quinhentos e noventa e nove), que representam 65% (sessenta e cinco por cento) estão localizados em hospitais com menos de 100 leitos.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

Internações SUS por habitante por ano

Percentual sobre a população JUNHO 2002 a MAIO 2003

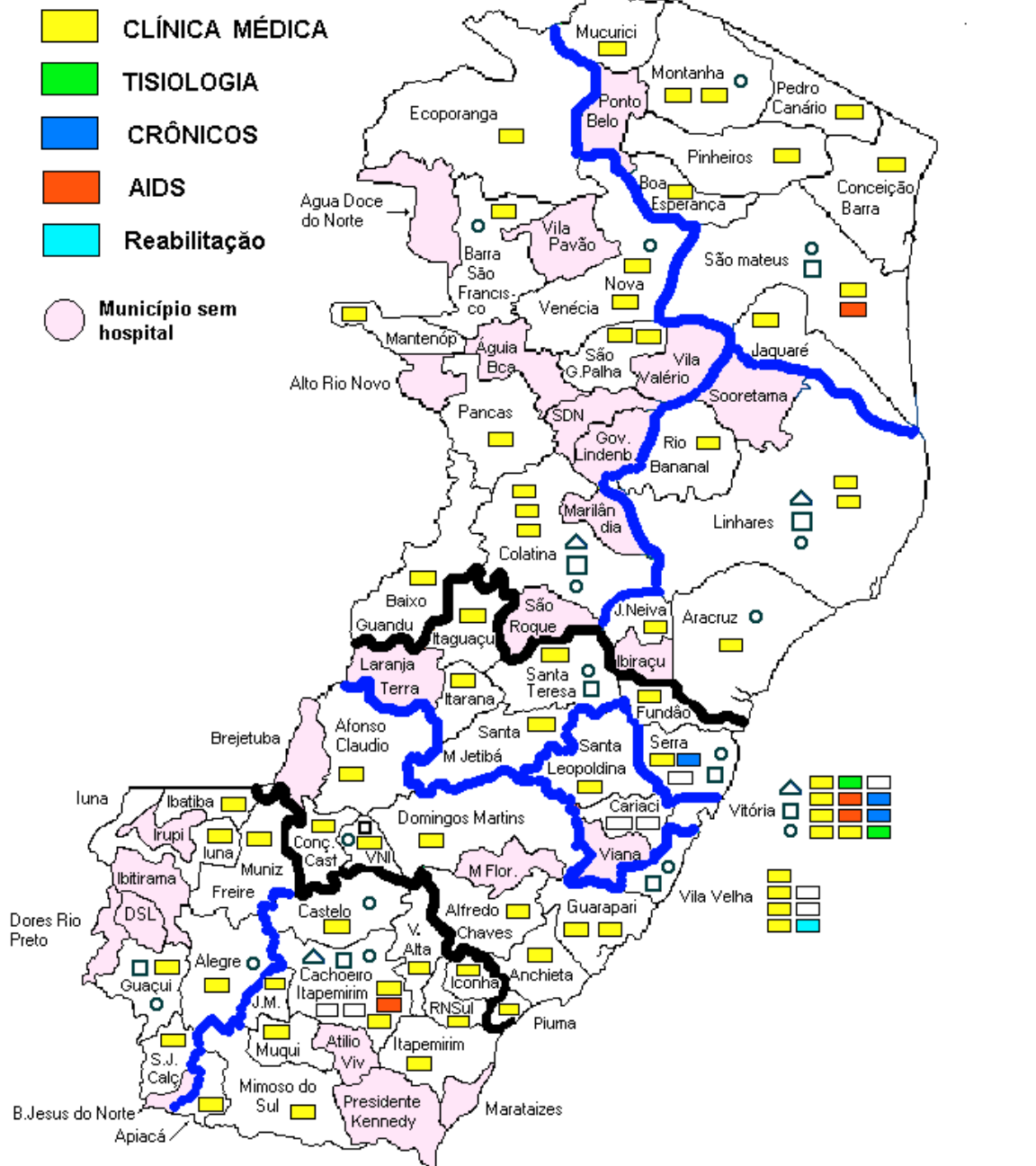


Os maiores percentuais de internações da população são verificados nos municípios menos populosos.






**Leitos por hospital, por micro e por município**



Observa-se que somente o município de Vila Velha possui leitos de reabilitação.

**Leitos por microrregião e por município**

**OBSTETRÍCIA**

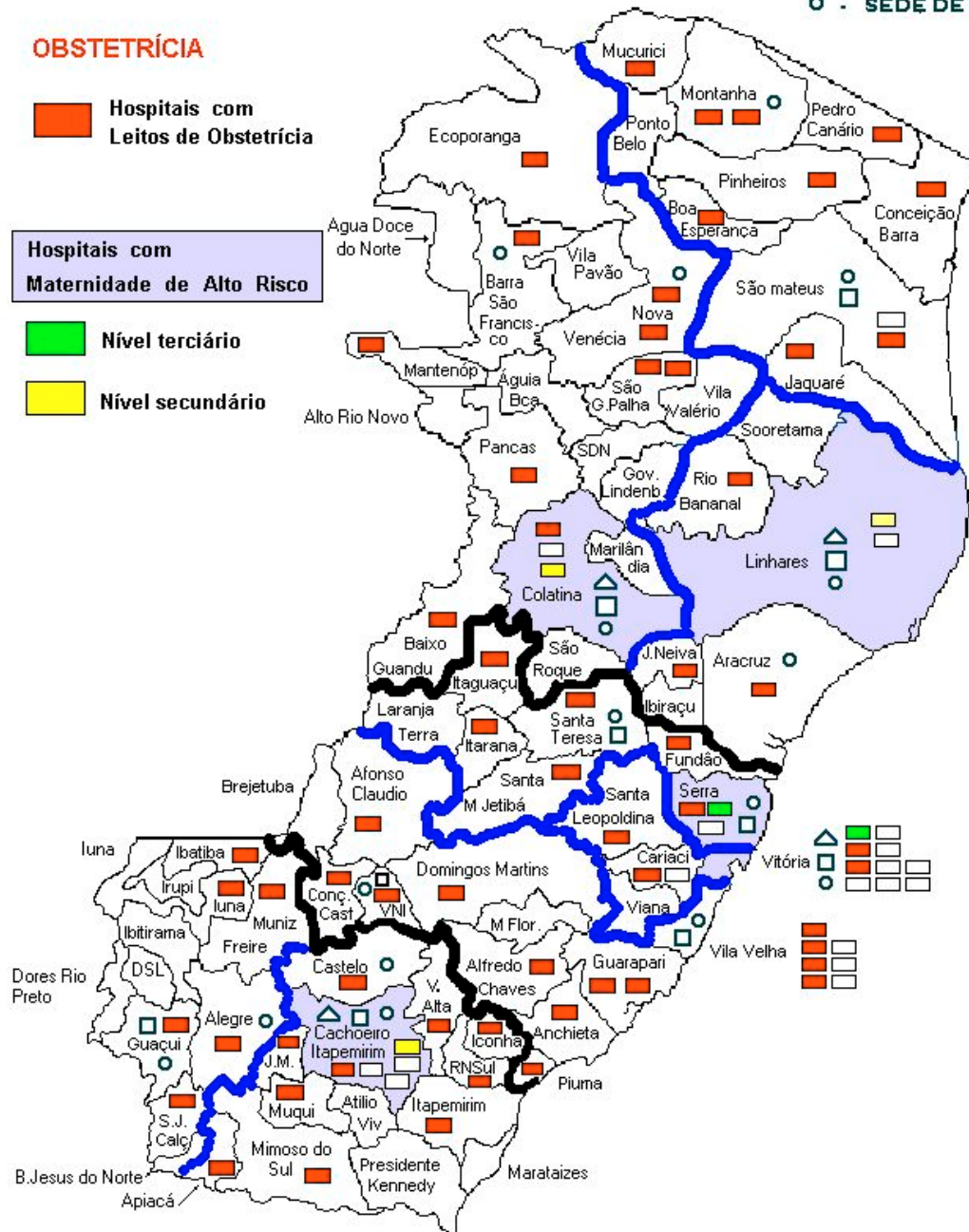
 Hospitais com Leitos de Obstetrícia

 Hospitais com Maternidade de Alto Risco

 Nível terciário

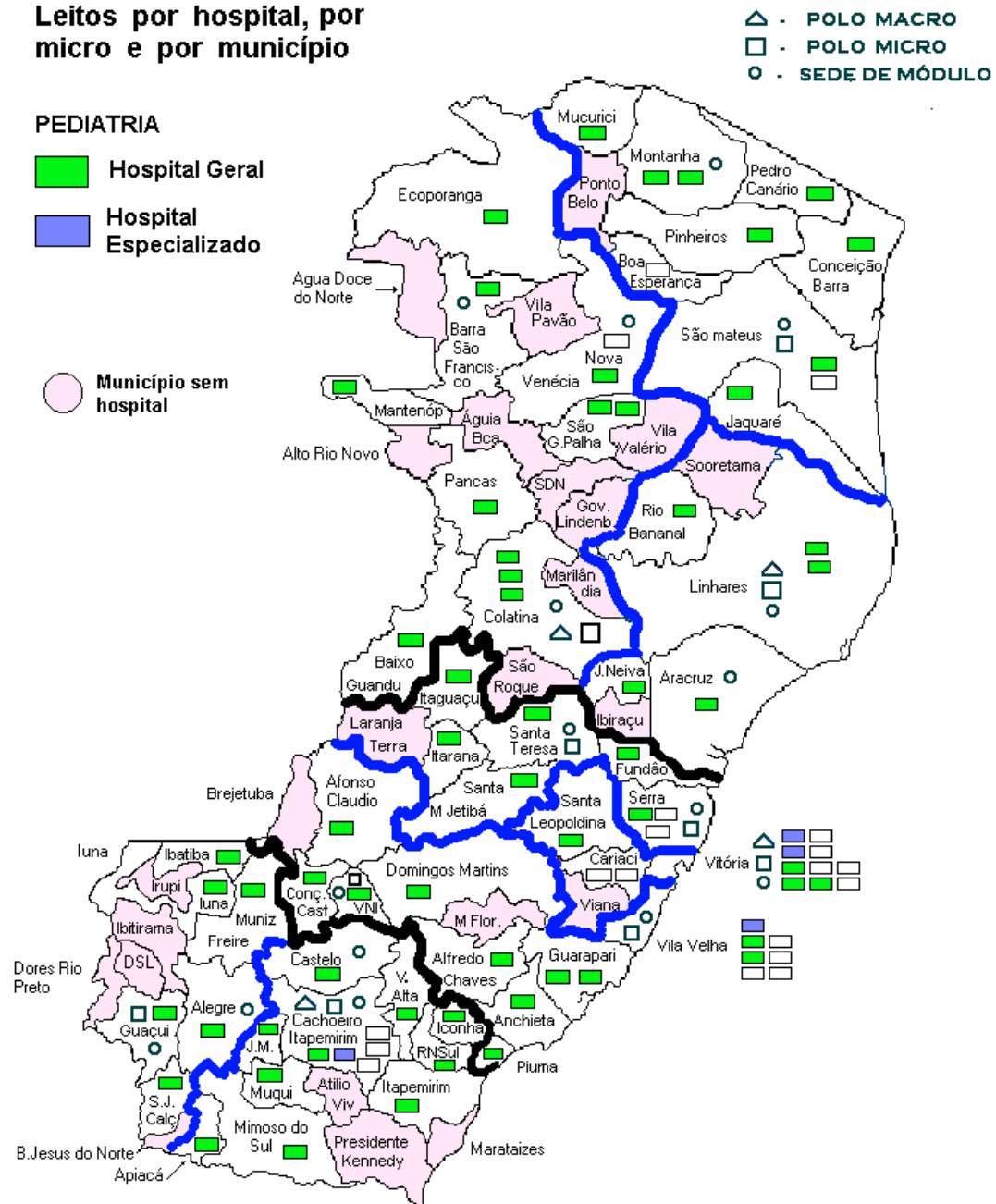
 Nível secundário

 - POLO MACRO  
 - POLO MICRO  
 - SEDE DE MÓDULO



Apenas quatro municípios do Estado possuem Maternidade de Alto Risco, sendo que em Vitória e Vila Velha há serviços de nível terciário e em Cachoeiro de Itapemirim e Colatina, serviços de nível secundário.

**Leitos por hospital, por micro e por município**



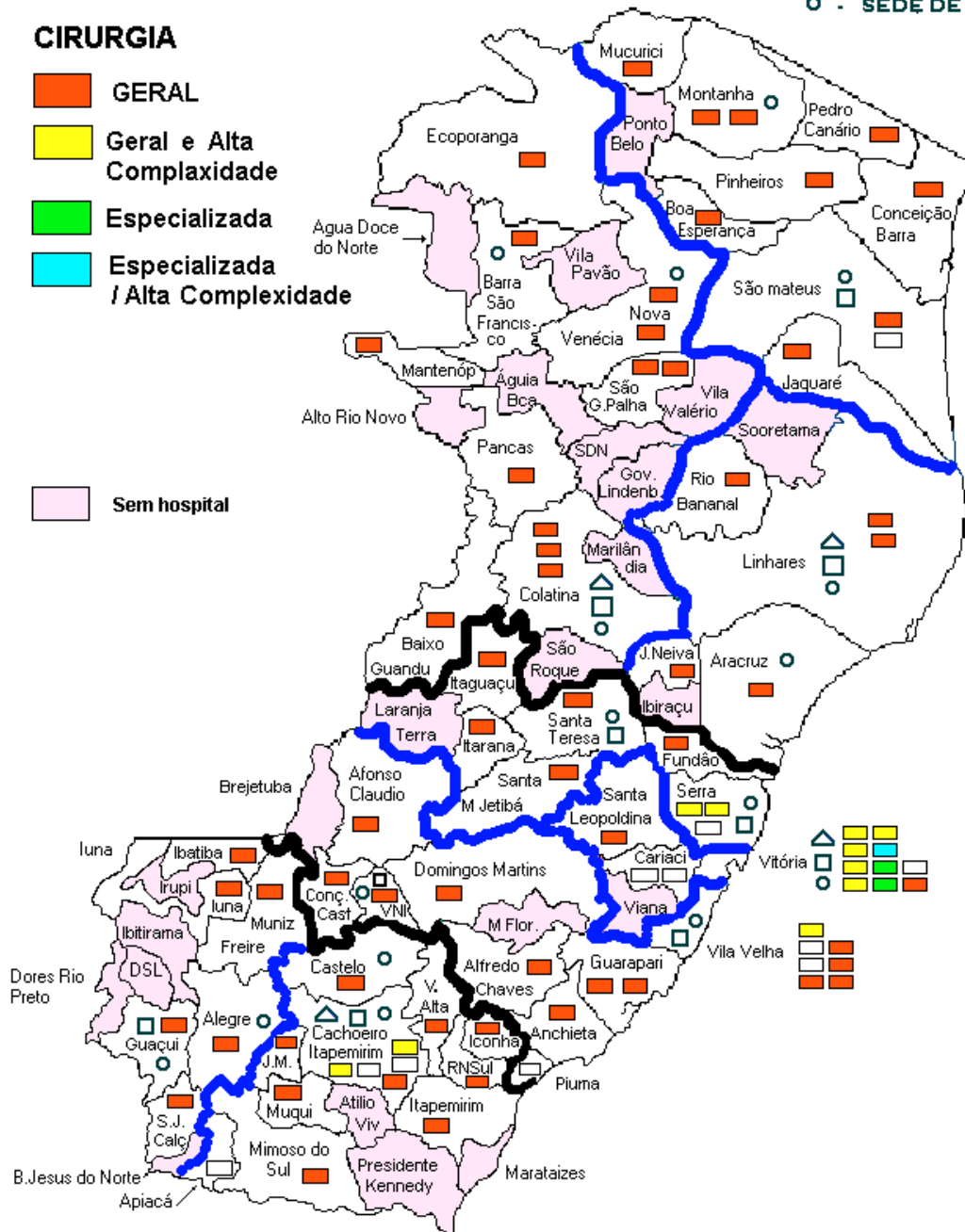
Há quatro hospitais especializados em pediatria, estando três deles localizados na Região Metropolitana da Grande Vitória e um em Cachoeiro do Itapemirim.

**Leitos por hospital, por micro e por município**

**CIRURGIA**

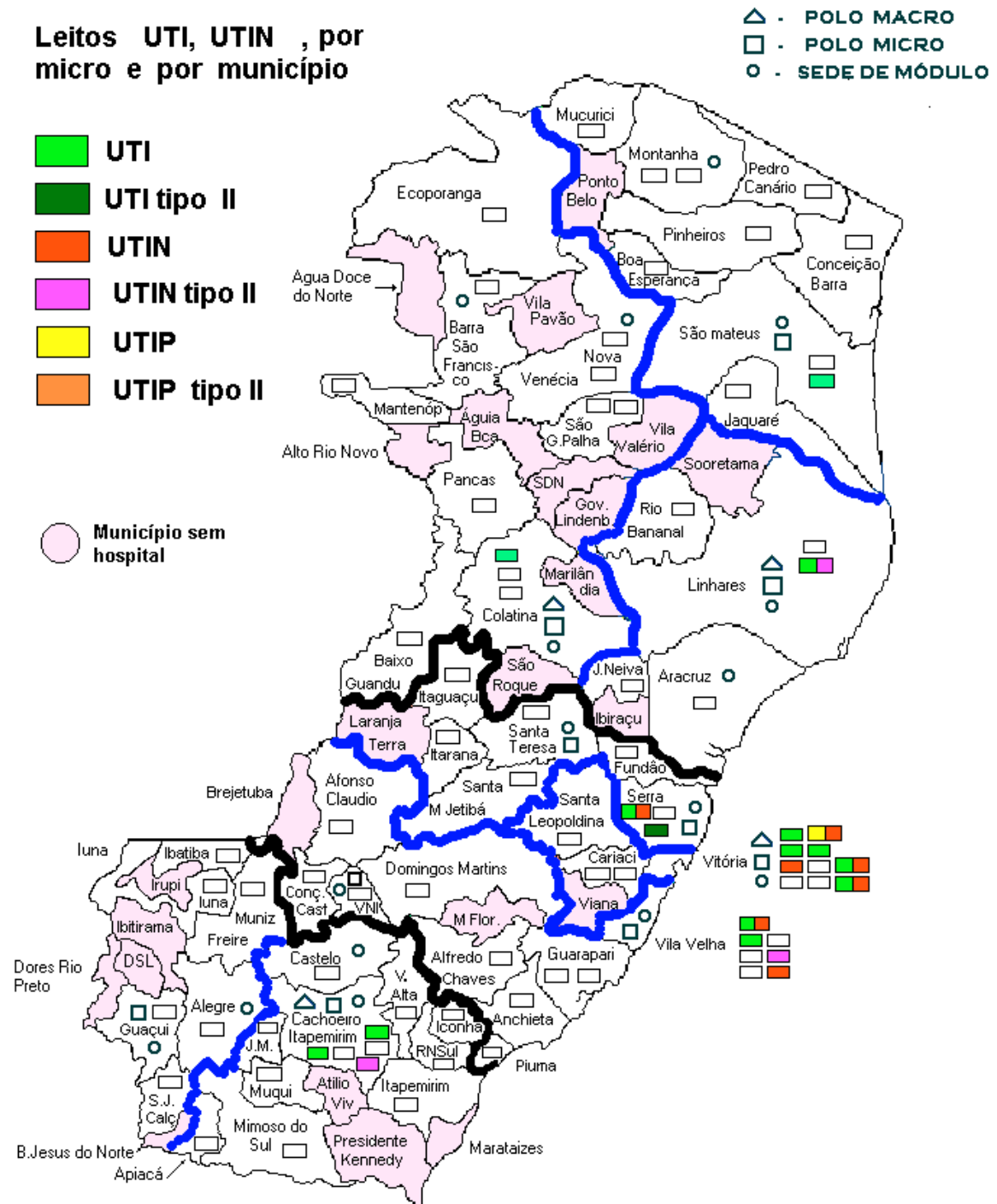
- GERAL
- Geral e Alta Complexidade
- Especializada
- Especializada / Alta Complexidade
- Sem hospital

- POLO MACRO
- POLO MICRO
- SEDE DE MÓDULO



Há uma boa distribuição de leitos de cirurgias gerais no território do Estado, entretanto, os leitos de alta complexidade e de cirurgias especializadas estão concentrados na Macrorregião Centro e Sul.

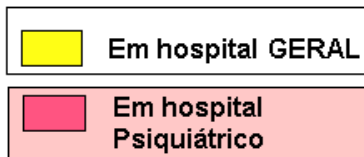
**Leitos UTI, UTIN, por micro e por município**



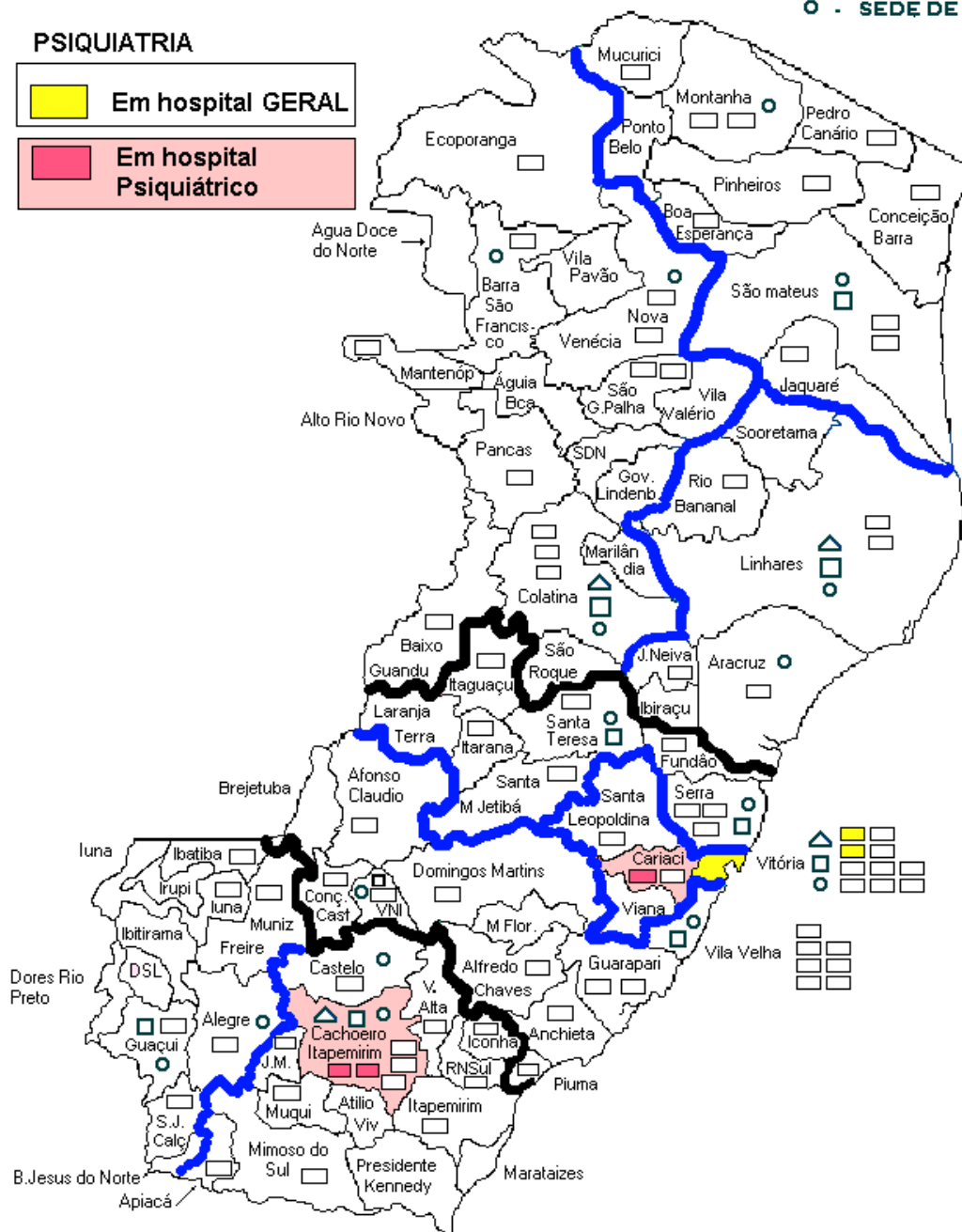
Há uma forte escassez de leitos de terapia intensiva nas Macrorregião Norte e Sul.

**Leitos por hospital, por micro e por município**

**PSIQUIATRIA**



- △ - POLO MACRO
- - POLO MICRO
- - SEDE DE MÓDULO



Os leitos de internações em psiquiatria apresentam-se concentrados nos municípios de Cariacica e Cachoeiro de Itapemirim, em razão do modelo asilar adotado no passado. Somente em Vitória existem leitos de psiquiatria em hospitais gerais.



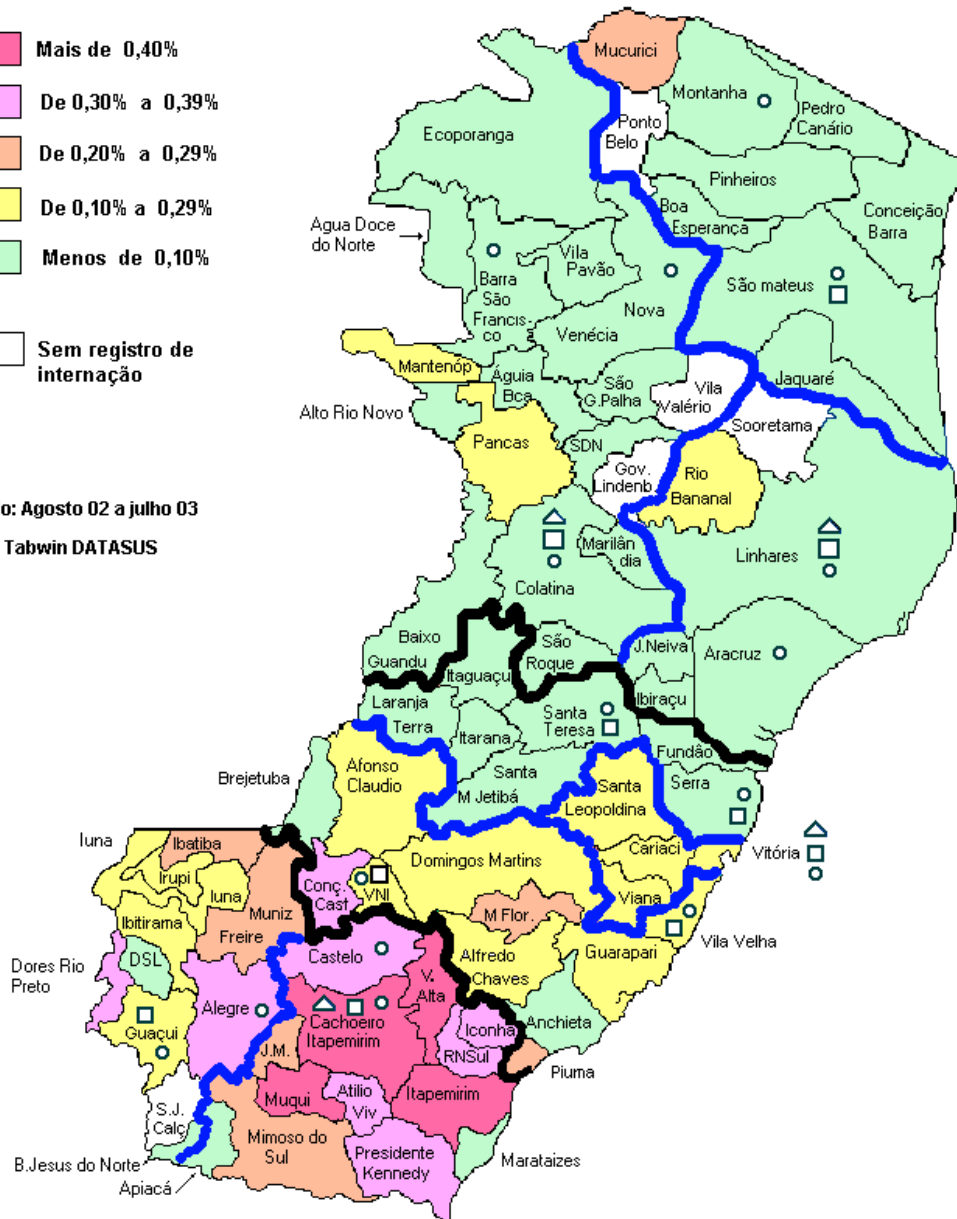
PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

Internações em psiquiatria no ES  
 Percentual da população internada por ano

- △ - POLO MACRO
- - POLO MICRO
- - SEDE DE MÓDULO

- Mais de 0,40%
- De 0,30% a 0,39%
- De 0,20% a 0,29%
- De 0,10% a 0,29%
- Menos de 0,10%
- Sem registro de internação

Período: Agosto 02 a julho 03  
 Fonte: Tabwin DATASUS

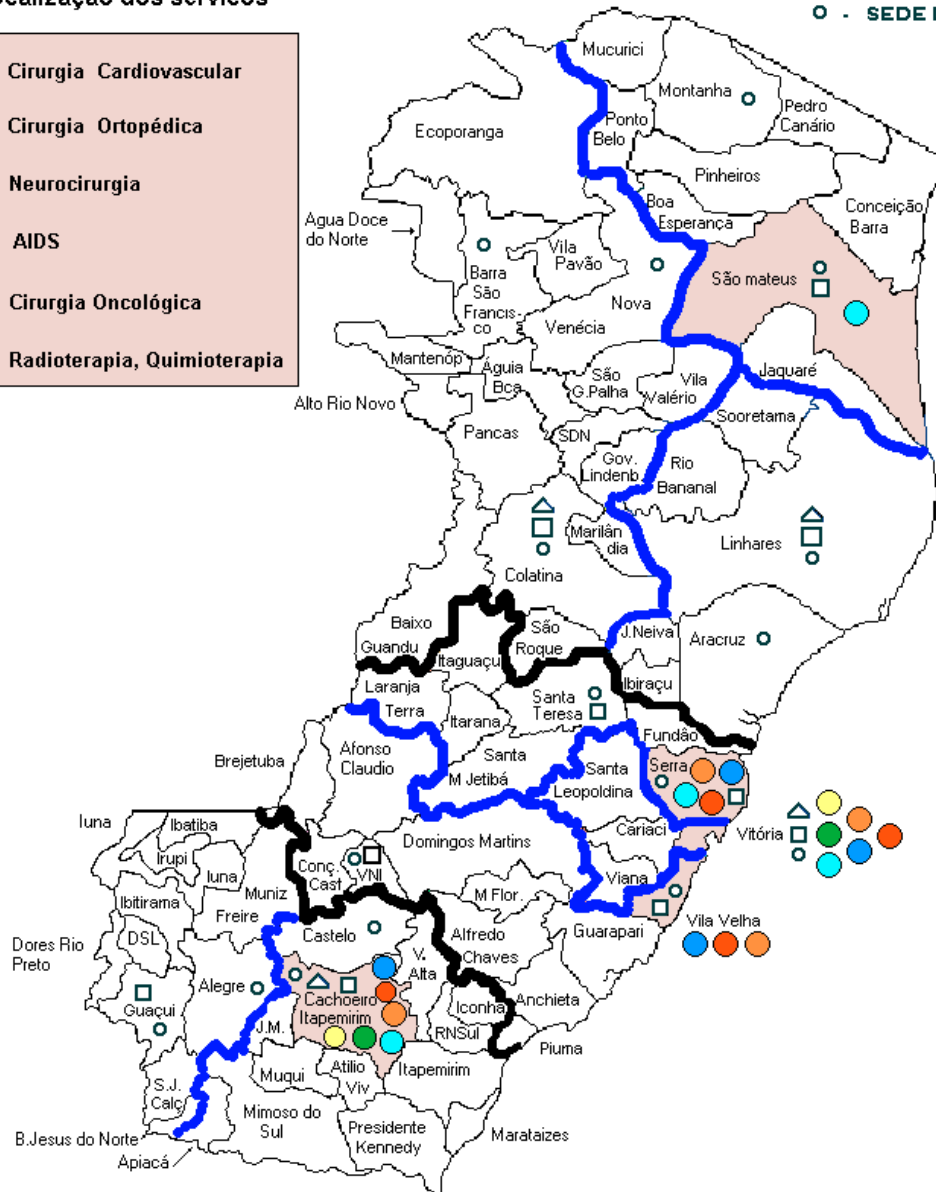
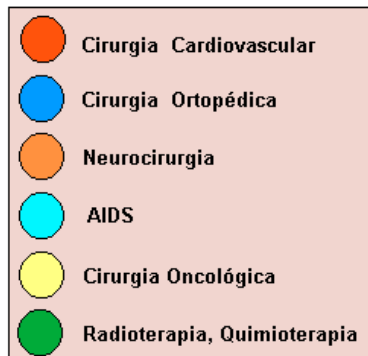


Observa-se uma elevada taxa de internações por transtornos mentais no município de Cachoeiro de Itapemirim (que possui um hospital psiquiátrico), e nos municípios limítrofes, em dessintonia com o restante do Estado.



Alta Complexidade hospitalar (SIH) por microrregião e município

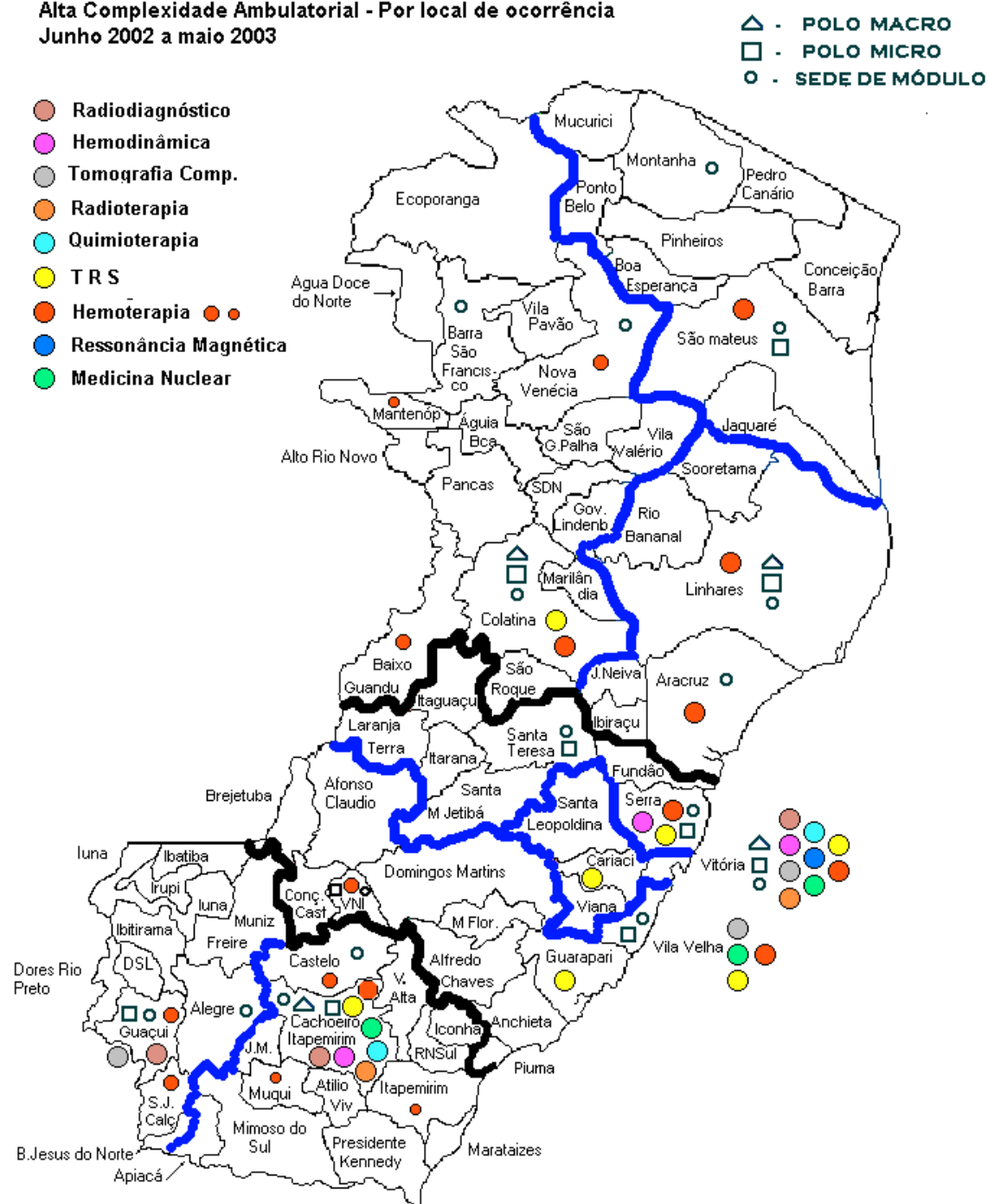
Localização dos serviços



Há uma grande concentração de procedimentos de alta complexidade hospitalar na Macrorregião Centro e Sul.

PDR - Plano Diretor de Regionalização 2003

Alta Complexidade Ambulatorial - Por local de ocorrência  
Junho 2002 a maio 2003



Os procedimentos de Alta Complexidade encontram polarizado nas Macrorregiões Centro e Sul

## **Macrorregião Norte**

### **Microrregião Colatina**

#### **Módulo Barra de São Francisco**

Barra de São Francisco, Água Doce do Norte, Ecoporanga, Águia Branca e Mantenópolis.

#### **Módulo Nova Venécia**

Nova Venécia, Vila Pavão, Vila Valério, São Gabriel da Palha e São Domingos do Norte.

#### **Módulo Colatina**

Colatina, Pancas, Baixo Guandu, Alto Rio Novo, Governador Lindenberg, Marilândia, São Roque do Canaã.

### **Microrregião São Mateus**

#### **Módulo São Mateus**

São Mateus, Jaguaré, Conceição da Barra, Pinheiro, Pedro Canário e Boa Esperança.

#### **Módulo Montanha**

Montanha, Ponto Belo e Mucuricí.

### **Microrregião Linhares**

#### **Módulo Linhares**

Linhares, Sooretama e Rio Bananal.

#### **Módulo Aracruz**

Aracruz, João Neiva e Ibirapu.

### **Macrorregião Centro**

### **Microrregião Vitória**

#### **Módulo Vitória**

Vitória, Cariacica, Santa Leopoldina e Viana.

### **Microrregião Serra**

#### **Módulo Serra**

Serra

#### **Módulo Santa Tereza**

Santa Tereza, Santa Maria de Jetibá, Itarana, Laranja da Terra, Itaguaçu e Fundão.

## **Microrregião Vila Velha**

### **Módulo Vila Velha**

Vila Velha, Guarapari, Alfredo Chaves, Anchieta e Piúma.

### **Módulo Venda Nova do Imigrante**

Venda Nova do Imigrante, Domingos Martins, Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo e Marechal Floriano.

## **Macrorregião Sul**

### **Microrregião Cachoeiro de Itapemirim**

#### **Módulo Cachoeiro de Itapemirim**

Cachoeiro de Itapemirim, Apiacá, Atílio Vivacqua, Iconha, Itapemirim, Jerônimo Monteiro, Muqui, Presidente Kennedy, Marataizes, Mimoso do Sul, Rio Novo do Sul e Vargem Alta.

#### **Módulo Castelo**

Castelo

### **Microrregião Guaçuí**

#### **Módulo Guaçuí**

Guaçuí, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Ibatiba, Ibitirama, Irupi e Iúna.

#### **Módulo Alegre**

Alegre, Bom Jesus do Norte, Muniz Freire e São José do Calçado.

## **Discussão:**

Há neste plano um conjunto de informações que conjugado às variáveis determinantes do processo de regionalização da atenção à saúde no Espírito Santo deverá ensejar a recomendação de medidas de curto, médio e longo prazo, todas na perspectiva da descentralização.

### **Fluxos de saúde:**

O estudo dos fluxos de saúde, que teve por base os sistemas de Informação Hospitalar e de Informação Ambulatorial e verificou a procedência e local de ocorrência de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e custo. A tabela resultante desse estudo permitiu identificar áreas de polarização representadas pela maior atração exercida por determinados municípios sobre a população de outros.

Foi possível identificar 16 aglomerados de municípios em razão do critério para conformação de módulos assistenciais, 08 aglomerados com potencial para conformação de sistemas funcionais resolutivos de saúde, dedicados a uma população acima de 150 mil habitantes – microrregiões, e 03 grandes aglomerados, com população superior a 500 mil habitantes - macrorregiões. Em certos casos, observou-se migração de pacientes entre municípios, sem, contudo, caracterizar uma efetiva polarização.

O estudo do fluxo por especialidades, representado pela identificação das internações por especialidade, por procedência e por local de ocorrência, evidencia forte polarização das internações em psiquiatria nos municípios de Cariacica e Cachoeiro do Itapemirim. Chama a atenção que neste último em particular, e nos municípios limítrofes, o percentual de internação por transtornos mentais é muito elevado em relação aos demais municípios do Estado e à média estadual de internações por essa causa.

### **A fragmentação:**

Na literatura mundial há vários estudos que revelam que os hospitais só alcançam economia de escala quando possuem mais que 200 leitos. No Estado, apenas 05 hospitais atingem a escala econômica de 200 leitos. De um total de 5.543 leitos, 3.599 leitos, que representam 65% , estão em hospitais com menos de 100 leitos. Os hospitais com até 50 leitos somam 36 e destes 15 possuem menos de 30 leitos. Evidencia-se, por esses números, grande deseconomia de escala e de escopo nos hospitais do SUS, no Estado.

Agrava essa situação estudo de base nacional que comprova que no SUS, os hospitais com até 30 leitos realizam 55,3% de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial consumindo 53,7% dos recursos pagos. Os hospitais de 31 a 50 leitos praticam 50,7% de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial – ICSSA, e comprometendo, para tanto, 49,1% dos recursos pagos e, aqueles entre 51 a 100 leitos internam 41% de ICSSA, envolvendo 36% dos recursos pagos (Mendes, 2002).

Há ainda que considerar a existência de pontos de atenção à saúde, inadequadamente dimensionados, com custos fixos elevados e baixa efetividade. É também evidente a baixa taxa de ocupação dos leitos, particularmente, nos hospitais de pequeno porte.

A relação do N. ° leitos por 1000 habitantes por ano está no Estado é de 1,71 e a grande maioria está em hospitais com menos de 100 leitos, portanto, em estruturas que concentram baixa tecnologia de produto e abrigam importantes deseconomias.

A distribuição dos leitos de clínica médica, de pediatria, cirurgia geral e de obstetrícia de nível primário, é semelhante em todo o Estado, sendo boa sua dispersão no território. Verifica-se, entretanto, em alguns municípios, percentuais de internação da população muito superiores aos recomendados pelo Ministério da Saúde e bem acima da média praticada no Estado. A maior parte dessas internações ocorre em municípios menos populosos, em hospitais com deseconomias de escala e de escopo.

Leitos de obstetrícia de nível secundário e terciário, de reabilitação, de fisiologia e para tratamento de AIDS, são concentrado na Região Metropolitana da Grande Vitória, com alguns serviços nucleares em Cachoeiro do Itapemirim e em Colatina.

Os leitos de terapia intensiva são escassos e concentrados na Região Metropolitana da Grande Vitória, com alguma nucleação em Cachoeiro do Itapemirim e em Colatina, existindo, ainda, grande desproporção entre a demanda e a oferta.

Não há disponibilidade de leitos suficientes de retaguarda para o sistema de urgência e emergência, notadamente na Região Metropolitana da Grande Vitória.

Os leitos de psiquiatria se encontram fortemente concentrados no município de Cariacica e de Cachoeiro do Itapemirim. Não há disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a exceção do Hospital São Lucas, em Vitória e do Hospital da Polícia Militar, também na Capital.

A denominada alta complexidade hospitalar, representada no Estado pela cirurgia cardiovascular, cirurgia ortopédica, neurocirurgia, AIDS, cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia e, estão concentradas nas macrorregiões centro e sul, havendo importante demanda reprimida, para os pacientes de oncologia.

Os centros de referência em transplantes estão devidamente concentrados na Região Metropolitana da Grande Vitória, existindo um centro autorizado para transplante renal em Cachoeiro do Itapemirim, com baixa produtividade.

Os serviços de Terapia Renal Substitutiva – TRS, encontram-se fortemente concentrados na Região Metropolitana da Grande Vitória, existindo serviços em Colatina, na macrorregião norte, e em Cachoeiro do Itapemirim, na macrorregião sul. Essa distribuição, deixa uma significativa parcela população da região norte, que tem como principal via de acesso a BR 101 Norte, muito distante dos serviços de TRS.

Indicadores:

O número de empresas e pessoal ocupado de acordo com dados do IDEIES/FINDES - 2002, segundo as Macrorregiões Administrativas do Estado, mostra a existência de 4.284 empresas na Macrorregião Metropolitana, representando 67,05% das empresas, respondendo por 73,52% do pessoal ocupado; na Macrorregião Noroeste são 868 empresas, representando 13,58% das empresas e respondendo por 11,81% do pessoal ocupado; na Macrorregião Norte, são 194 empresas, representando 3,03% delas, correspondendo a 2,81% do pessoal ocupado; na Macrorregião Sul, são 1043 empresas, com participação percentual de 16,32 do total do Estado, correspondendo a 11,84 % do pessoal ocupado.

O total de óbitos por acidentes de trabalho por Macrorregião do Estado informado no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, nos anos de 1999, 2000, 2001 e 2002, mostra na Macrorregião Metropolitana 144 óbitos; na Macrorregião Noroeste, 36 óbitos; na Macrorregião Norte, 25 óbitos e na Macrorregião Sul, 83 óbitos. Esses dados estão em

conformidade com as atividades econômicas desenvolvidas nas macrorregiões.

Verificando o Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios – IDHM 2000 (USP, Unicamp e PUC de São Paulo), observamos que os menores índices estão nos extremos norte e sul do Estado. É, também, nessas regiões que se verifica as maiores taxas de analfabetismo regionalizado (IPES).

As maiores taxas de mortalidade infantil do Espírito Santo se sobrepõe aos menores índices de desenvolvimento humano e às maiores taxas de analfabetismo regionalizado.

No extremo norte há aglomerado de municípios cuja taxa de mortalidade infantil ultrapassa 30%. O mesmo é registrado no sul (Microrregião Administrativa Caparaó).

## **Morbidade**

Nos últimos cinco anos a média de internação por habitantes tem estado em torno de 6,45 % percentual, que é inferior ao preconizado pela portaria GM/MS nº 1101/02.

Foram realizadas em 2002 204.678 internações sendo que 198.914 representaram aquelas referentes aos residentes no Espírito Santo, o total correspondeu a 6,40% da população.

As tabelas de I até VIII, em anexo, demonstram as frequências dos 30 principais procedimentos, causas de internação e óbitos, segundo o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no período de 1999 a 2003, excetuados os partos normais e cesarianas, as principais causas de internação estão relacionadas com doenças do aparelho cardiovascular, respiratórias e outras doenças crônico-degenerativas, com destaque para diabetes sacarino.

Nota-se que entre estas causas de internação há um número significativo que é sensível à atenção ambulatorial.

As internações por psiquiatria, quando executadas no local de procedência, evidenciam uma concentração de transtornos mentais no município de Cachoeiro de Itapemirim e em todos municípios limítrofes que se reduz à medida que se distanciam do citado município, há exceção do município de Mucuricí, no extremo norte do estado, que também apresenta um grande número de casos de transtornos mentais.

Chama a atenção à frequência de curetagem pós-aborto, na faixa etária compreendida entre 15 e 24 anos que representam 49,4% do total destes procedimentos, também o nº de partos é significativo nesta faixa etária.



## **Prazo para qualificação das microrregiões:**

Uma vez que somente há poucos meses os municípios iniciaram o processo de habilitação a uma das condições de gestão previstas na NOAS, e tendo em vista que há um conjunto de providências a serem adotadas com vistas à habilitação de todos os municípios das microrregiões, fixamos o mês de dezembro de 2004 como a data limite para qualificação de todas as microrregiões do Estado.

## **Prioridades**

1. Implantar a rede de atenção à mulher e à criança;
2. Implantar, progressivamente, outras redes que serão agregadas à inicial;
3. Estabelecer um processo de revisão periódica do PDR e da PPI;
4. Fomentar o desenvolvimento dos municípios pólo de microrregiões em conformidade com seu papel;
5. Estimular estudos epidemiológicos com vistas a subsidiar decisões em nível local e regional;
6. Estabelecer critérios e fluxos para referência, baseado em protocolos de indicação, priorizando o controle e avaliação prévios e a garantia do acesso, com melhoria da qualidade da atenção;
7. Organizar a demanda nos territórios;
8. Estabelecer fóruns regionais e microrregionais de decisão.

## Relação de documentos anexados ao Plano Diretor de Regionalização.

### Anexo I

- Fluxos de Saúde:
  - Autorização de Internação Hospitalar por Clínica;
  - Internações de alta complexidade;
  - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade e Custo.

### Anexo II

- Morbidade e mortalidade hospitalar – série 1999 a 2003.

### Anexo III

- Internações por habitante ano.

### Anexo IV

- Leitos por 1000 habitantes por ano.

### Anexo V

- Tipologia Assistencial: conforme desenho construído e tipologia assistencial aplicada aos hospitais microrregionais.

## Anexo VI

- Taxa de ocupação de leitos por município.

## Anexo VII

- Estudo Epidemiológico definitivo