

EIXO SÓCIO CULTURAL

SAÚDE PÚBLICA

CONSULTORES

Francis Sodré

VITÓRIA, 2008

SUMÁRIO

I. Introdução.....	8
I.1. A Política de Saúde no Brasil.....	10
I.2. A Saúde e as Cidades.....	13
II. Vitória: Diagnóstico sobre a Saúde.....	16
II.1. Os Indicadores da Atenção Básica.....	21
II.2 – Os Indicadores específicos.....	28
II.2.1. Saúde da Criança.....	28
II.2.2. Saúde da Mulher.....	32
II.2.3. Controle da Hipertensão e Diabete.....	37
II.2.4. Controle da Hanseníase.....	41
II.2.5. Controle da Tuberculose.....	42
II.2.6. Saúde Bucal.....	43
II.3. Indicadores de Morbidade Hospitalar do SUS em Vitória.....	47
II.3.1. Causas Externas.....	61
II.4. Controle Social, Participação Popular.....	65
IV. Desafios para a Política de Saúde Municipal.....	68
REFERÊNCIAS BIBLOGRÁFICAS.....	74

LISTA DE SIGLAS

AVC - Acidente vascular cerebral
AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome
APAE- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória
AFECC - Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer
CAPSi - Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
AIH - Autorização para Internação Hospitalar
DataSUS - Banco de dados do Sistema Único de Saúde
CCZ - Centro de Controle de Zoonoses
CPTT - Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
CME - Centro Municipal de Especialidades
CAPs - Centros de Atenção Psicossocial
CRAI - Centros de Referência do Idoso
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CLS - Conselhos Locais de Saúde
DDA - Doença diarreica aguda
DST - Doença Sexualmente Transmissível
EAS - Exame de Urina Tipo I
EC - Emenda Constitucional
EPF - Exame Parasitológico de Fezes
ESF - Estratégia Saúde da Família
HUCAM - Hospital Cassiano Antônio de Moraes
IRA - Infecção Respiratória Aguda
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões
ISCMV - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - MÉDIA DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

GRÁFICO 2 - MÉDIA ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR HABITANTE NAS ESPECIALIDADES BÁSICAS

GRÁFICO 3 - TOTAL ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS POR TIPO

GRÁFICO 4 - MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES POR FAMÍLIA

GRÁFICO 5 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS QUANTO AOS PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO BÁSICA E PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS

GRÁFICO 6 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS QUANTO ÀS AÇÕES DE ENFERMAGEM/OUTROS SAÚDE NÍVEL MÉDIO, ÀS AÇÕES MÉDICAS BÁSICAS E ÀS AÇÕES BÁSICAS EM ODONTOLOGIA

GRÁFICO 7 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS QUANTO AOS PROCEDIMENTOS BÁSICOS EM VIGILÂNCIA SANITÁRIA

GRÁFICO 8 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS QUANTO ÀS AÇÕES ESPECIALIZADAS EM ODONTOLOGIA, AO RADIODIAGNÓSTICO, ÀS CIRURGIAS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADAS E À ANAMOPATOLOGIA E CITOLOGIA

GRÁFICO 9 - PRODUÇÃO AMBULATORIAL DO SUS QUANTO AOS PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS DE PROFISSIONAIS, MÉDICOS E OUTROS DE NÍVEL SUPERIOR OU MÉDIO

GRÁFICO 10- PRODUÇÃO AMBULATORIAL QUANTO AOS PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS EM PATOLOGIA CLÍNICA

GRÁFICO 11 - COEFICIENTE ANUAL DE MORTALIDADE INFANTIL

GRÁFICO 12 - PROPORÇÃO ANUAL DE NASCIDOS VIVOS COM BAIXO PESO AO NASCER

GRÁFICO 13 - TAXA ANUAL DE INTERNAÇÕES POR INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA (IRA) EM MENORES DE 5 ANOS

GRÁFICO 14 - TAXA ANUAL DE INTERNAÇÕES POR DOENÇA DIARRÉICA AGUDA (DDA) EM MENORES DE 5 ANOS

GRÁFICO 15 - COEFICIENTE ANUAL DE MORTALIDADE NEONATAL TARDIA

GRÁFICO 16- PROPORÇÃO ANUAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 4 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

GRÁFICO 17 - RAZÃO ANUAL ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS EM MULHERES DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA

GRÁFICO 18 - PROPORÇÃO ANUAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

GRÁFICO 19 - TAXA ANUAL DE INTERNAÇÕES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

GRÁFICO 21. TAXA ANUAL DE INTERNAÇÕES POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA (ICC)

GRÁFICO 22. PROPORÇÃO ANUAL DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS

GRÁFICO 23 - PROPORÇÃO ANUAL DE INTERNAÇÕES POR COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS

GRÁFICO 24 - PROPORÇÃO ANUAL DE PORTADORES DE DIABETES MELLITUS CADASTRADOS

GRÁFICO 25. COEFICIENTE ANUAL DE PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE

GRÁFICO 26 - COEFICIENTE ANUAL DE DETECÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE

GRÁFICO 27. PROPORÇÃO ANUAL DE ABANDONO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE

GRÁFICO 28. **taxa anual de incidência de tuberculose pulmonar positiva**

GRÁFICO 29 - MÉDIA ANUAL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS BÁSICOS INDIVIDUAIS

GRÁFICO 30. PROPORÇÃO ANUAL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS ESPECIALIZADOS EM RELAÇÃO ÀS AÇÕES ODONTOLÓGICAS INDIVIDUAIS

GRÁFICO 31 - COBERTURA ANUAL DE PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA

GRÁFICO 32. COBERTURA ANUAL DA AÇÃO COLETIVA ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA

GRÁFICO 33 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007

GRÁFICO 34 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 1 ANO

GRÁFICO 35 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE 1 E 4 ANOS

GRÁFICO 36 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 5 E 9 ANOS

GRÁFICO 37 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 10 A 14 ANOS

GRÁFICO 38 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 15 E 19 ANOS

GRÁFICO 39 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 20 E 29 ANOS

GRÁFICO 40 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 30 E 39 ANOS

GRÁFICO 41 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 40 E 49 ANOS

GRÁFICO 42 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 50 E 59 ANOS

GRÁFICO 43 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 60 E 69 ANOS

GRÁFICO 44 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 70 E 79 ANOS

GRÁFICO 45 – CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 ENTRE MENORES DE 80 ANOS E MAIS

GRÁFICO 46 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 SEGUNDO SEXO MASCULINO

GRÁFICO 47 - CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007 SEGUNDO SEXO FEMININO

GRÁFICO 48 - TAXA DE MORTALIDADE SEGUNDO CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ENTRE O PERÍODO DE 2004-2007

GRÁFICO 49 – ÓBITOS DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004-2007

GRÁFICO 50 – TIPOS DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO ENTRE O QUADRO PROFISSIONAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DE VITÓRIA

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 - NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, SEGUNDO VARIÁVEIS SELECIONADAS

TABELA 1 – VALOR MÉDIO AHI GASTO SEGUNDO CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007

TABELA 2 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ENTRE 2004 E 2007

TABELA 3 – VALOR GASTO COM INTERNAÇÕES REFERENTES A CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO ENTRE 2004 E 2007

QUADRO 2 – GASTOS EM SAÚDE - TOTAL E POR HABITANTE

I. INTRODUÇÃO

Este documento é resultado de um diagnóstico social sobre a *Saúde Pública na cidade de Vitória*, compondo parte das ações destinadas à identificação dos modelos de gestão, perfil sanitário, financiamento e desafios para sua consolidação democrática. Visa oferecer subsídios para a construção de diretrizes às políticas públicas para a cidade de Vitória.

A análise da política de saúde municipal se baseia na pesquisa em fontes de dados estatísticos, levantamentos documentais e bibliográficos, bem como a partir de entrevistas estruturadas à informantes considerados estratégicos, ocupantes de lugares da máquina pública estatal, planejamento, gestão e controle social. As especificidades desta política estão aqui analisadas sob ótica de uma análise também de conjuntura social, considerando a atuação intersetorial, a organização de uma rede de serviços e práticas que refletem o conjunto dos esforços coletivos em prol de uma cidade mais equânime, inclusiva e participativa.

O desenho deste estudo se resume à passagem por áreas que consideramos estratégicas, sendo elas: 1) A caracterização da cidade de Vitória; seus dados sociais, econômicos e demográficos; 2) Saúde para Todos: a rede de serviços e ações da atenção básica no município; 3) Perspectivas de estudos sobre a qualidade de vida da população e, por fim; 4) o pensamento como região metropolitana.

O percurso feito para o levantamento das informações que subsidiassem este diagnóstico foi iniciado a partir de um extenso levantamento documental, contendo a consulta constante à Legislação Municipal, aos Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão, Anais de Conferências Municipais de Saúde, Projetos e Programas específicos.

Em um segundo momento partiu-se para o levantamento estatístico através da principal fonte de dados, o DataSUS, chegando a obter dados já do primeiro trimestre de 2008. Cabe ressaltar que a base de dados oficial do Sistema Único de Saúde (SUS) é a plataforma criada, Tab Win, uma base que unifica dados de todo o território brasileiro de forma automática a partir do momento em que é realizado o registro por cada território. Ou seja, os dados que encontramos mais recentes também representam que o município vem cooperando de forma sistemática para a atualização da plataforma. O DataSUS é um dos sistemas mais completos de informação e registro entre todos os mecanismos já utilizados das políticas sociais brasileiras, seu modelo serviu de base para a criação de outras plataformas de domínio público em todo o território nacional.

Outra fonte também utilizada, de forma complementar, foi o relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre saneamento básico e a distribuição de serviços de saúde por área sócio-sanitária. Estes dados foram retirados do censo de 2005 e publicados no ano de 2006. As informações que não poderiam ser obtidas através de tais fontes foram planejadas para serem extraídas de momentos qualitativos da pesquisa realizada através de entrevistas aos gestores (secretário municipal de saúde e técnicos da SEMUS), além dos conselheiros de saúde com participação ativa nos espaços locais.

Cabe ressaltar que outros documentos qualitativos que sintetizavam as reuniões dos conselheiros de saúde, grupos focais aplicados entre jovens e adolescentes, reuniões com moradores dos bairros e com atores estratégicos foram também fonte de pesquisa para este diagnóstico. Estes documentos fazem parte de uma sequência de trabalhos desenvolvidos para subsidiar a análise que culminaria neste diagnóstico, algo que foi discutido e realizado nos espaços coletivos criados para a composição da Agenda Vitória 2008. Ou seja, neste estudo encontra-se um produto coletivo, fruto de um trabalho cooperativo e cooperante para a verdadeira construção de uma agenda para a cidade de Vitória.

I.1 - A Política de Saúde no Brasil

Os indicadores de saúde no Brasil historicamente vêm registrando grandes progressos. A esperança de vida média do brasileiro aumentou consideravelmente e as taxas de mortalidade infantil, embora ainda sejam altas no contexto mundial e latino-americano, são quase quatro vezes menores que os últimos quarenta anos. A estrutura de morbididade e o perfil de mortalidade sofreram substanciais transformações. As principais causas de morte, antes centradas nas chamadas doenças transmissíveis, hoje, com a urbanização acelerada, encontram-se entre as enfermidades crônico-degenerativas (problemas cardiovasculares e neoplasias) e nas causas externas, como os acidentes e homicídios – ambos provocados em grande parte pelo cotidiano das grandes cidades.

Algo que não significa que as enfermidades transmissíveis tenham desaparecido. Elas continuam existindo, com características ainda marcadas pela concentração em determinados bolsões de pobreza rural e urbana, em grande medida, associada às desigualdades sociais. O retorno de endemias antes erradicadas e o surgimento de outras, como o HIV e a violência, marcam novas características do perfil de adoecimento, exigindo novas formas de ações preventivas.

O Brasil apresenta diferenças regionais muito demarcadas em seus territórios a partir dos indicadores de saúde. O exemplo clássico das regiões do nordeste e norte como parâmetro da pobreza, da miséria e da exclusão social ainda vigora como produto de uma história recente vinculada ao poder local dos coronéis, à política de exclusão por meio da ausência de saneamento básico e a impossibilidade de mobilidade territorial. Entretanto, ao focar os estudos sobre o território verificamos que todas essas realidades coexistem na dinâmica produtiva das cidades. O território, como diria o geógrafo Milton Santos, é verdadeiramente um processo. Nas cidades brasileiras observamos contradições que demonstram que alguns lugares carregam consigo o perfil da pobreza, enquanto outros apresentam índices e indicadores típicos de uma região desenvolvida. Em uma mesma cidade examinada pelas lentes sociais encontramos a sustentação de uma dinâmica territorial e demográfica que alimenta os dados sobre a desigualdade social ao mesmo tempo que, paradoxalmente, alimenta as estatísticas sobre o desenvolvimento. É possível reconhecer o primeiro e o terceiro mundo em um único território.

A estrutura do sistema de saúde no Brasil mudou muito nos últimos 30 anos. Até os anos 60, havia uma divisão do trabalho entre o Ministério da Saúde e os antigos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). O primeiro cuidava da saúde coletiva, da logística de

distribuição de vacinas e da assistência médica mais elementar à população de baixa renda das regiões onde o governo não poderia oferecer um serviço de melhor qualidade (Cohn & Elias, 1998). Já os IAP's voltavam-se para o atendimento médico aos trabalhadores inseridos em algumas categorias profissionais e suas famílias, cobertos pela proteção previdenciária. Na sociologia contemporânea esse modelo ganhou o nome de “*cidadania regulada*” – isto é, um modelo de Estado voltado para a proteção àqueles que possuíam um vínculo de trabalho formal, dito, “trabalhador de carteira assinada” (Fleury, 2004).

A partir dos anos 60, iniciou-se uma forte tendência à expansão da cobertura do sistema de saúde em relação à população brasileira. Os antigos IAP's foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a incorporação, para efeito de assistência médica, de todos os trabalhadores com carteira de trabalho assinada, além dos autônomos que desejassem contribuir para a previdência social.

Para Conh & Karch (1999) a década de 70 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como órgão responsável por toda a assistência médica à população dependente de trabalhadores formais. Ao longo da década de 70 e 80 ampliaram-se os segmentos populacionais não-contribuintes incorporados ao sistema de saúde, como os rurais e os indigentes, bem como estratégias de descentralização acopladas aos programas de expansão de cobertura

A Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a ter como meta a cobertura universal de toda a população brasileira, nos moldes dos tradicionais sistemas de proteção social existentes nos países europeus que adotaram a via do *Welfare State*. A Constituição não só representou um grande avanço democrático para o campo da saúde pública, como também teve em seu texto constitucional grande parte das demandas dos movimentos da Reforma Sanitária transformadas em lei. Isto é, a expressão de uma conquista dos movimentos sociais que pleiteavam a saúde pública como um direito universal.

A trajetória do sistema de saúde no Brasil não deixou de evidenciar, no entanto, alguns problemas básicos que ainda precisam ser resolvidos. O financiamento do setor saúde no país tem sido insuficiente para cobrir os propósitos de universalização, integralidade e equidade. Boa parte do esforço financeiro do setor não tem sido destinada para os segmentos mais carentes da população. Ainda são grandes as deficiências e as brechas de cobertura do sistema de saúde brasileiro.

No início dos anos 90 ocorreu uma forte crise institucional e financeira do setor saúde no Brasil, trazendo como corolário uma queda da qualidade e da cobertura do sistema público. Para Bravo (2001), a década foi marcada pela concorrência política entre o modelo difundido pela reforma sanitária (universal) e o modelo privatista (voltado aos que podem pagar). Com isso, acentuou-se a tendência para que o SUS passasse a ser, na prática, um sistema voltado ao atendimento dos grupos sociais de menor renda, uma vez que as classes de média e alta renda podiam contar com os chamados “planos de saúde” que se expandiram a taxas bastante elevadas. Hoje, esses sistemas cobrem cerca de 35 milhões de pessoas, notadamente trabalhadores inseridos nas empresas de maior porte e famílias das classes média e alta.

O crescimento massivo dos planos de saúde significou não só a privatização de serviços e a focalização do SUS para os mais pobres, mas também uma reatualização do modelo biomédico assistencial privatista, pautado em uma política de ajuste neoliberal. Este modelo deixou para o Estado a missão de atender os mais pobres enquanto as cooperativas médicas retomavam um paradigma de saúde centrado na ação exclusivamente médica, com ações compostas por emissões sequenciais de diagnósticos baseados em exames altamente tecnologizados (idem, 2001).

Apesar de ser um sistema de saúde financiado, majoritariamente, pelo setor público, através de um meio de pagamento prospectivo chamado *autorização para internação hospitalar* (AIH), a estrutura de oferta dos serviços de saúde no Brasil é hegemonicamente privada. Grande parte dos estabelecimentos hospitalares e dos leitos pertence ao setor privado, cabendo ao setor público a responsabilidade dos estabelecimentos ambulatoriais (unidades e centros de saúde) especialmente nas regiões mais pobres do país.

O Brasil conta também com uma estrutura de recursos humanos em saúde em forte expansão. Pode-se dizer que o número de profissionais dessa área se expandiu consideravelmente nos últimos anos, mas a composição das equipes de saúde ainda é inadequada, visto que ainda se centra no médico e no atendente de enfermagem como única alternativa de atendimento e único modelo centrado em um parâmetro clínico-biomédico (Eibenschutz, 1996). Torna-se necessário aumentar a o diálogo entre as equipes de saúde e ampliar, na composição interna destas, o peso de categorias indispensáveis, tanto de nível superior como médio.

Em seus primeiros anos de vigência, o SUS não apresentou resultados satisfatórios. Não foi por outro motivo que o sistema recebeu reformas, implantadas progressivamente pelo

Ministério da Saúde. As reformas apontam cada vez mais para a descentralização, com o aumento da autonomia dos Estados e Municípios na montagem de estruturas de prestação de serviços de saúde adequadas a cada realidade.

As mudanças também apontam para a necessidade de definir prioridades de saúde que permitam equacionar os grandes problemas da população, ao lado da implantação de sistemas de informação que tornem mais transparentes os resultados obtidos e os gastos necessários para alcançá-los (Fleury, 2004). Ainda os hospitais públicos e privados no Brasil carecem de sistemas de informação que permitam obter dados financeiros e contábeis sobre custos dos principais procedimentos.

As reformas ainda devem se basear em novos mecanismos de administração e gerenciamento, que permitam maior autonomia aos hospitais e redes de serviços de saúde na gestão de pessoal e na organização da oferta para suprir as necessidades de cada região.

O Ministério da Saúde em parceria com os municípios encontram-se em permanente busca de novas alternativas que permitam ao sistema de saúde brasileiro ganhar mais eficiência e alcançar os objetivos de cobertura e equidade. O principal desafio é administrar adequadamente os recursos disponíveis para que possam suprir necessidades e carências, especialmente dos segmentos mais vulneráveis da população.

I.2 – A Saúde e as Cidades

A saúde pública brasileira é profundamente marcada por preocupações pautadas pela dinâmica do território desde seus primórdios. A origem das intervenções urbanas no Brasil esteve relacionada de forma direta com intervenções sanitárias, demonstrando interesse pelo espaço e pela cidade como *locus* privilegiado das ações. Do higienismo à reforma sanitária, pensar a política de saúde sob a perspectiva de seu território tornou-se um eixo estruturador das ações e dos serviços (Najar, 1998).

A descentralização das ações de saúde, após a ruptura com o projeto das grandes instituições centralizadoras, representou a atribuição de um poder máximo à dinâmica local dos territórios através da municipalização da gestão. À esfera municipal compete a formulação de uma política voltada à cidade, com a provisão das ações e serviços de saúde pensada de forma a atender a população em caráter local sem perder de vista os

determinantes políticos e econômicos nacionais. A descentralização da saúde pública no Brasil enfrentou enormes desafios pelas dimensões continentais do país e também pelo descrédito de muitos que apostavam na falência de um modelo democrático e radicalmente descentralizado.

A disponibilidade de serviços, de fontes de financiamento, a concorrência do setor privado e a formação clínica e biomédica dos profissionais representaram um desafio a ser superado pelas cidades. A dinâmica do poder local não alcança a superação imediata de tais fatores para a implantação de uma política realmente equânime e integral aos seus cidadãos (Najar, 1998).

As cidades exercem atribuições próprias e não carecem de delegação e nem de consenso para estabelecer relações com outros territórios, tornando-se responsáveis por uma parcela de competência legislativa. Hoje, quase vinte anos após a implantação do Sistema Único de Saúde pode-se perceber como a dinâmica local tem promovido uma autonomia criativa e inovadora em relação ao planejamento das ações e conduz práticas de participação da comunidade na gestão do sistema.

O controle social tem papel determinante na formulação da agenda pública e tem se tornado cada vez mais essencial à concretização de direitos já garantidos, mas não efetivados e mesmo, também, na luta por novos direitos a partir de outras dinâmicas dos movimentos sociais. Os conselhos de saúde são instâncias deliberativas que decidem a execução da política de saúde em cada nível de governo, definem prioridades, aprovam o orçamento e tornou-se o local do governo prestar contas de suas atividades. Sua identidade e suas atribuições são legalmente definidas, indo além do mero controle social em direção à co-gestão da política de saúde na atualidade (Bravo, 2001).

Toda essa dinâmica territorial fez desenvolver e impulsionar o pensamento da política de saúde em rede – algo que está presente tanto em estudos teóricos e políticas governamentais quanto em estratégias privadas de articulação e integração de unidades de serviços (Czeresnia, 2003). A aplicação do conceito de redes tem para a saúde as significações mais diversas, podendo estar relacionada com a rede de serviços especializados, rede de atenção primária, redes intergovernamentais, redes de informação... O que expressa a necessidade de integração e articulação dos fenômenos sanitários, esferas governamentais gestoras dos campos específicos da política de saúde (Fleury & Ouverney, 2007).

Dentro do SUS, a esfera local consolidou-se como o *locus* do desenvolvimento e de implantação de uma série de inovações gerenciais que permitiram construir o sistema, consolidando um padrão de organização e gestão no qual a cidade constrói as estratégias de trabalho que influenciam diretamente na relação com os cidadãos, ganhando assim uma posição estratégica. Logo, pensar a dinâmica das cidades representa ativar as redes que nela fluem. A incorporação desta premissa reafirma os princípios de gestão dos SUS e contribui decisivamente para fortalecer as suas bases de gestão de interdependências – fator essencial a melhoria do desempenho do sistema no contexto atual.

A dinâmica territorial das cidades se constitui como um espaço de complexas relações sociais, produções econômicas e diferentes identidades sanitárias. As demandas e as necessidades em saúde, desta forma, se tornaram crescentes e permeadas por nuances culturais e identitárias. A inovação é a marca da descentralização da política de saúde desde 1988, quando então percebemos que a concepção sobre a dinâmica das cidades continha o renascimento da democracia.

II - Vitória: Diagnóstico sobre a Saúde

O município de Vitória é dividido em seis Regiões de Saúde: Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro e Forte São João. Cada Região é constituída por diversos serviços de saúde. A rede própria é constituída por vinte e oito (28) **Unidades Básicas de Saúde** (UBS), sendo quatro (04) unidades básicas de saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF), quatro (04) com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e vinte (20) com Estratégia Saúde da Família. Além disso, são ofertados 11 módulos de orientação ao exercício localizados em praças, parques e praias e um carro volante - o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) - móvel - que realiza visitas quinzenais em regiões onde não existe módulo de orientação ao exercício e 02 academias populares em parceria com a Secretaria Municipal de Esportes.



Fonte: SEMUS, 2007

Em todas as Unidades Básicas de Saúde os serviços ofertados são: consultas médicas e de enfermagem, ações de educação em saúde, visitas domiciliares, atendimento psicológico, odontológico, fonoaudiológico e de serviço social, atividade física orientada, vacina, nebulização, curativo, coleta de exames laboratoriais, serviços de enfermagem, dispensação de medicamentos, marcação de consultas e exames especializados, ações de promoção da saúde.

Além disso, oito (08) Centros de Referência: Idoso (CRAI), DST/AIDS, Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), CCZ e CME Centro e CME Praia do Canto.

- **Centro de Referência de Atendimento ao Idoso:** serviço destinado a idosos (acima de 60 anos) que apresentam quadro grave de saúde: parkinson, alzheimer, acidente vascular cerebral etc. Realiza atendimento por equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por geriatras, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, e fonoaudiólogos. Tem como objetivo a atenção ao usuário nos seus aspectos biopsicossociais.
- **Centro de Referência de DST/AIDS:** serviço destinado à prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Realiza atendimento por equipe multidisciplinar, com serviços de ginecologia, infectologia, pré-natal de HIV positiva, peniscopia, colposcopia, pequenas cirurgias ginecológicas e em lesões por DST, odontologia, psicologia, serviço social, enfermeiros, ações de educação em saúde, grupos, dispensação de medicamentos, coleta de exames laboratoriais, biópsia, preventivos, encaminhamentos para consultas e exames especializados. Clientela: adolescentes e adultos.
- **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):** é um serviço comunitário ambulatorial que tem a responsabilidade de cuidar de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo atenção aos familiares. Visa tratamento, reabilitação e reinserção social por meio de projetos terapêuticos individualizados, com modalidades de atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Trabalha com equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, professores de educação física, terapeutas ocupacionais, artistas plásticos e artesãos. Clientela: adultos.

- **Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil(CAPSi):** serviço ambulatorial destinado ao cuidado de crianças e jovens até 16 anos, com transtornos mentais graves, incluindo atenção aos familiares. O trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional composta por pediatras, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos desportivos e por pessoal administrativo. Estes profissionais têm uma atuação interdisciplinar visando a prevenção, tratamento e reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, atividades esportivas, assistência e formulação de projeto terapêutico individualizado.

- **Centro de Referência de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT):** é um serviço comunitário ambulatorial que tem a responsabilidade de cuidar de pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, incluindo atenção aos familiares. Visa prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social por meio de projetos terapêuticos individualizados, com modalidades de atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Trabalha com equipe multidisciplinar composta por médicos psiquiatras e clínicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, professores de educação física, terapeutas ocupacionais, artistas plásticos e artesãos. Clientela: crianças, adolescentes e adultos.

- **Centro de Controle de Zoonoses (CCZ):** O principal objetivo do CCZ é executar uma política, guiada pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, que envolve o planejamento, a execução e a avaliação de serviços e ações dirigidas ao meio-ambiente com o propósito de promover e proteger a saúde da população de Vitória, a partir da identificação, eliminação e/ou redução das situações ou dos fatores de risco associados à ocorrência de doenças e agravos.

- **Centro Municipal de Especialidades (CME) :**

Estrutura física mínima: consultórios médicos, odontológicos, de enfermagem, serviço social, sala de Raio X odontológico, banheiros, copa, almoxarifado, recepção/fichário, sala da direção.

Serviços: neurologia, endocrinologia, gravidez de alto risco, ginecologia com colposcopia, proctologia, oftalmologia (consulta eletiva e urgência), cirurgia pediátrica e de alta frequência, dermatologia, cardiologia, psiquiatria, ortopedia, endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, diagnóstico de câncer bucal, atendimento odontológico a pacientes com necessidades especiais, radiologia odontológica.

■ **Policlínica São Pedro:**

Estrutura física mínima: consultórios médicos, de enfermagem, serviço social, consultórios para as especialidades oferecidas no serviço, banheiros, copa, almoxarifado, recepção/fichário, sala da direção.

Serviços: radiologia, homeopatia, neurologia, oftalmologia (consulta eletiva e urgência), dermatologia, cardiologia e psiquiatria.

✓ **Consultas Especializadas Oferecidas Pela Rede Conveniada:**

Hospital Santa Rita de Cássia: consultas oncológicas.

Hospital Santa Casa: ambulatório de asma, DST, hepatite, consultas de cirurgia vascular, cirurgia geral, buco maxilo, otorrinolaringologia, hematologia, endocrinologia infantil e adulta, ginecologia, dermatologia, cirurgia dermatológica, pediatria, neurologia infantil e adulto, cardiologia, urologia, proctologia, nutrologia, nefrologia, gastroenterologia, oftalmologia, reumatologia, geriatria, ortopedia, angiologia.

■ **Prontos Atendimentos:** o Município possui dois prontos atendimentos funcionando 24 horas.

Estrutura física mínima: consultórios clínicos e de enfermagem, salas de pequenas cirurgias, curativos, repouso, administração de medicamentos, consultório odontológico, serviço social, nebulização, esterilização, repouso de pacientes e de funcionários, banheiros, almoxarifado, farmácia, Raio X, sala de coleta, recepção/fichário, copa, sala de preparo, sala de direção. Os PAs são caracterizados como unidades não hospitalares fixas, que atendem pacientes em situação de urgência.

Serviços: assistência em clínica médica, pediatria, pequenas cirurgias, leitos de observação, leito crítico para estabilização de pacientes em urgência e emergência, assistência em odontologia, consulta de enfermagem e serviço social, além de serviço de apoio diagnóstico, injeção, nebulização, terapia de reidratação e curativos.

■ **Serviço de Orientação ao Exercício (SOE):**

Estrutura: São 11 módulos de orientação ao exercício localizados em praças, parques e praias e um carro volante - o SOE-Móvel - que realiza visitas quinzenais em regiões onde não existe módulo de orientação ao exercício e 02 academias populares em parceria com a

Secretaria Municipal de Esportes.

Serviços: Atende à população adulta do município de Vitória e adjacências estimulando a prática de atividade física e orientando para a execução adequada de exercícios e adoção de hábitos saudáveis. As atividades oferecidas pelo SOE compreendem a triagem pré-participativa com levantamento de fatores de risco para a prática da atividade física, avaliação antropométrica, medida da pressão arterial e frequência cardíaca, orientações educativas e atividades coletivas tais como: Ginástica Localizada, Alongamento, Tai chi chuan, Yoga e Hidroginástica.

- **Laboratório Central Municipal**

Serviços: realiza exames básicos de análises clínicas (hemograma, EAS, EPF, VDRL, dosagem de glicose, colesterol, ácido úrico, etc.) e de média complexidade (dosagem hormonal e marcador tumoral (PSA).

- **Serviço de Vigilância Sanitária (VISA):** o objetivo da VISA é proteger a saúde e evitar a ocorrência de agravos e danos à saúde por meio do acompanhamento do cumprimento de padrões adequados aos grupos fatores de risco. Está organizada em cinco áreas: Tecnologia da Organização dos Serviços de Saúde; Tecnologia e Organização de Serviços de Interesse à Saúde; Medicamentos e Produtos de Interesse à Saúde; Alimentos e Estabelecimentos do Ramo da Alimentação; Avaliação de Projetos de Saúde e de Interesse à Saúde.

- **Serviço de Central de Insumos de Saúde**

- **Rede Conveniada :** Maternidade Pró-Matre, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Santa Rita de Cássia e Hospital Cassiano Antônio de Moraes (Hucam).

II.1 - Os Indicadores gerais da Atenção Básica em Vitória/ ES

A Atenção Básica da Saúde tem como um de seus pilares a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O intuito, desde sua implantação é tornar mais acessível o atendimento à comunidade, de forma que a saúde da família possa ser cuidada de maneira continuada, planejada por território, por meio da inserção vertical de profissionais da para acompanhamento das condições de saúde nas comunidades. De 2001 a meados de 2008, a proporção de pessoas atingidas pela ESF cresceu consideravelmente. Embora haja um decréscimo em 2006, há uma tendência de superação desse percentual, visto que, ao observar os primeiros meses de 2008, verifica-se que o valor atingido é quase equiparado ao de 2007 (vide gráfico 1).

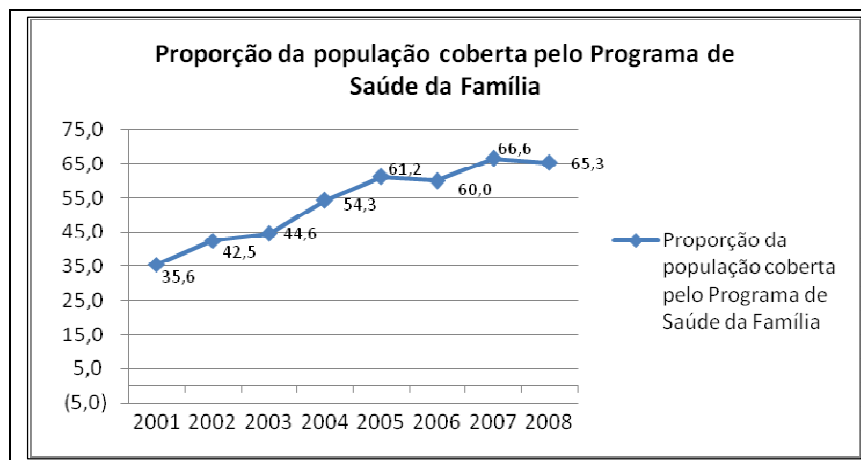


Gráfico 1 - Média de atendimento à população pelo Programa de Saúde da Família
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Como parte da ESF, o indicador média de consultas médicas determina a proporção de consultas médicas realizadas por habitante, em determinado período e local. De 2001 a 2007 observa-se que os valores referentes a esse indicador oscilaram muito e tendem à estagnação. No entanto, mesmo em meio a quedas, estas não são significativas, pois os números se mantêm dentro da meta estabelecida, ou seja, maior que duas (02) consultas. O que indica a capacidade da rede de saúde em atender cada habitante (gráfico 2).

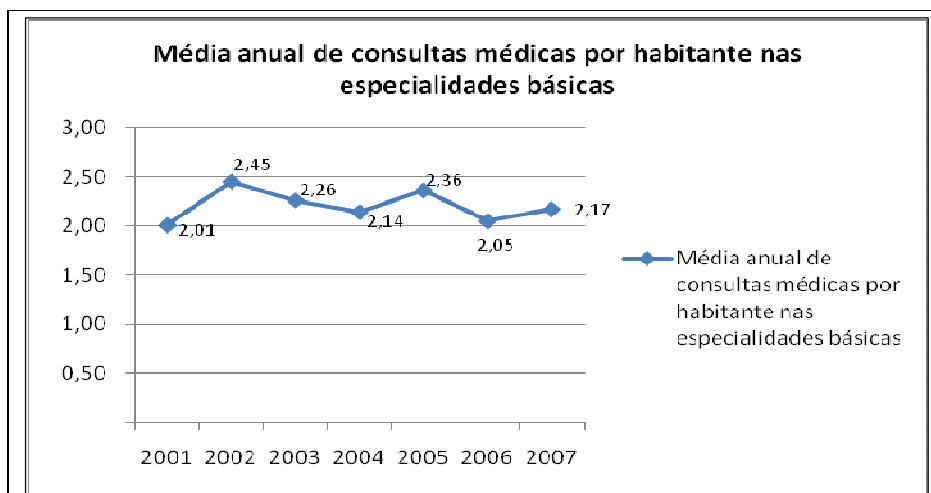


Gráfico 2 - Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

O total de consultas médicas por tipo reflete um índice elevado em determinadas especialidades, como atendimentos de urgência em clínicas básicas e consulta médica da ESF, o que não acontece em consultas de pré-natal, ginecologia e obstetrícia. Com relação à demanda por ano, observa-se que houve uma oscilação entre os anos de 2004 e 2007. Nas consultas de urgência, ocorre um crescimento, tendo uma leve queda em 2006 que logo é superada em 2007. Com respeito ao acompanhamento de pré-natal, a tendência é o decréscimo, tendo em vista os dois últimos anos avaliados. As consultas em clínica médica não apresentam um quadro de variação considerável, visto que os números permanecem entre 100000 e 150000. Essa incidência também ocorre nas consultas de gineco-obstetrícia, tendo em vista que os valores não ultrapassam a 50000 em nenhum dos anos estudados¹.

As consultas específicas em ginecologia mantém-se em um decréscimo progressivo nos três primeiros anos, mas ocorre uma queda brusca em 2007. As consultas ginecológicas abrangem desde acompanhamento pré-natal à simples coleta de exames preventivos ao câncer do colo de útero ou detecção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

No que se refere ao campo da pediatria, de 2004 a 2006 os valores são quase equiparados, e se superam em 2007. Por fim, nas consultas médicas da ESF, que representam os índices mais elevados, observa-se um forte crescimento no ano de 2005, chegando a quase alcançar a marca de 250.000 consultas.

¹ Estima-se que 82% dos exames preventivos entre as mulheres residentes em Vitória sejam realizados pelo setor privado. A cidade também registra 83% de mamografias realizadas entre suas cidadãs.

É importante ressaltar que essa é a única tipologia de consultas a ultrapassar a marca de 200.000 pessoas, pois os atendimentos que antes estavam sob a responsabilidade do especialista (ginecologista/obstetra ou pediatra) passam, de forma substitutiva, para a responsabilidade dos atendimentos realizados pela Estratégia de Saúde da Família. Desta forma, há um grande crescimento na produção da ESF e um decréscimo na produção dos especialistas da rede (gráfico 3).

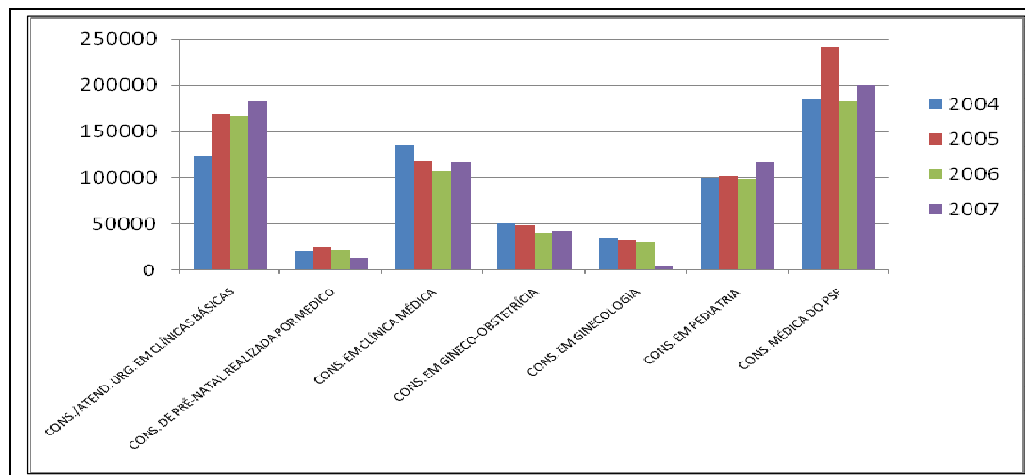


Gráfico 3 - Total anual de consultas médicas por tipo
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A média mensal de visitas domiciliares por família reflete um dos objetivos da ESF, que é de tornar mais acessível e próximo à comunidade o acompanhamento da saúde. Por meio dessas visitas, que podem ser realizadas por profissionais de nível superior ou agentes comunitários de saúde (ACS), é induzido uma cultura de hábitos saudáveis de higiene e de cuidados com a saúde. De 2001 a 2007 ocorre uma oscilação mínima, ou seja, as visitas começaram em 2001 com um índice de 0,33% e mantiveram nos próximos anos números quase equiparados. Em 2005 acontece um leve crescimento que chega a 0,5, mas que logo decresce em 2006.

Segundo informações coletadas por meio de entrevistas aos gestores da Semus, a informação retirada do DataSUS referente ao último ano (2007) não contém o número real de visitas domiciliares realizadas, visto que entraram no cômputo geral somente as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, sem o somatório daquelas que foram realizadas pelos profissionais de nível superior: enfermeiros, médicos ou assistentes sociais.

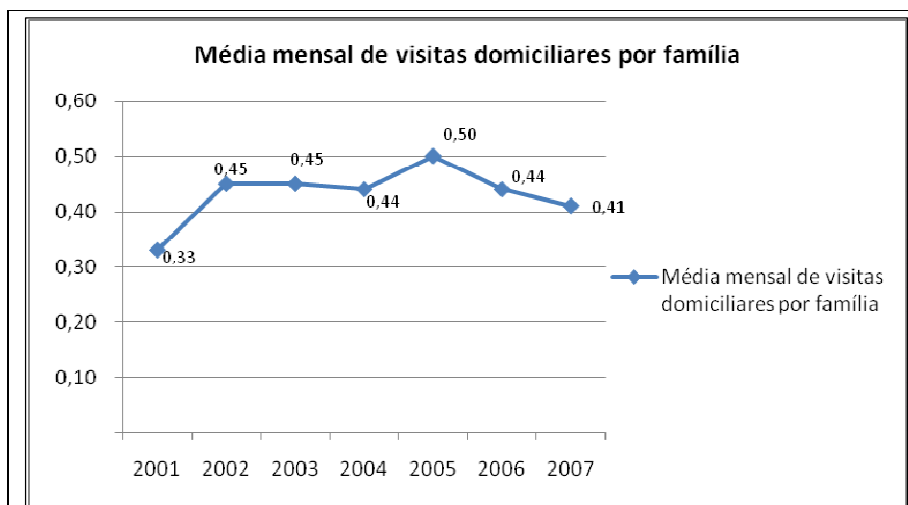


Gráfico 4 - Média mensal de visitas domiciliares por família
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Em relação à produção ambulatorial no que diz respeito aos procedimentos da atenção básica observa-se que houve um considerável crescimento de 2004 a 2005, sendo que há uma queda brusca em 2006. No entanto, em 2007, a produtividade ambulatorial da atenção básica volta a crescer de forma progressiva, ultrapassando a marca de 200.000. Já na produção ambulatorial quanto aos procedimentos especializados vê-se um decréscimo progressivo que se mantém estagnado a partir de 2005. É importante ressaltar que, ao comparar os dois procedimentos, é visto que os procedimentos de atenção básica superam em mais de 100% os especializados (gráfico 5).

A população de Vitória tem sedimentado o hábito de procurar o serviço de saúde de sua região – algo que pode se avaliar como um êxito na territorialização das ações. Por outro lado, não podemos afirmar que esta inversão venha a reduzir o número de consultas nos hospitais como era esperado no início da década de 90. Ao contrário, com um maior número de doenças sendo detectadas precocemente nas Unidades de Saúde, um maior número de pessoas são indicadas a buscar tratamentos especializados nos serviços de média complexidade ou mesmo nos hospitais, causando então uma demanda ainda maior à especialidade.

Todavia, este dado influencia de forma linear uma outra informação: com a maior identificação de doenças nos serviços de atenção básica, maior o número de pessoas que buscam a especialidade em clínicas ou hospitais para tratamento; o que induz a um maior número de doenças tratadas precocemente e um menor índice de mortalidade da população.

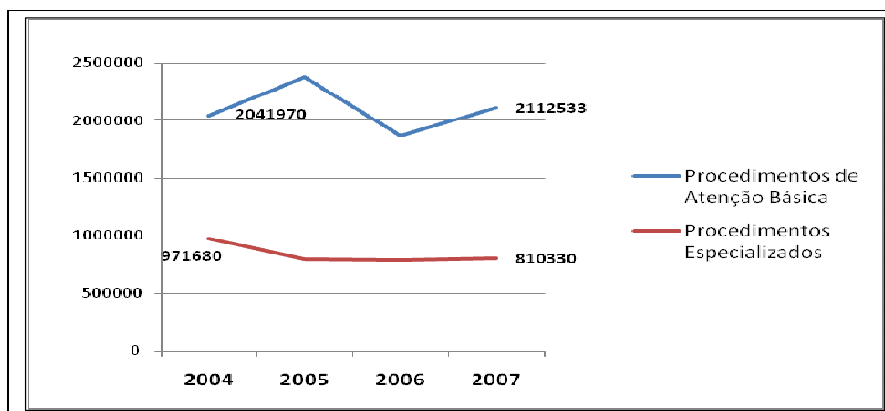


Gráfico 5 - Produção ambulatorial do SUS quanto aos procedimentos de atenção básica e procedimentos especializados
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

No que se refere à produtividade ambulatorial, nas ações de enfermagem e outros de saúde nível médio há um crescimento inicial. As ações médicas básicas mantêm valores inferiores. As ações básicas em odontologia revelam índices diferenciados quanto às ações anteriores. Embora no ano de 2004 as ações médicas odontológicas comecem com 667.841, superando as ações médicas com 556.694, têm um declínio significativo de 2005 para 2006, atingindo valores próximos à marca de 400.000, sendo que apresentam um leve crescimento em 2007. De forma geral, observa-se que em 2005 ocorreu uma superação em todas as ações, o que também é visto em 2007. É importante ressaltar que o ano de 2006 apresenta um declínio, que é comum às três ações (gráfico 7).

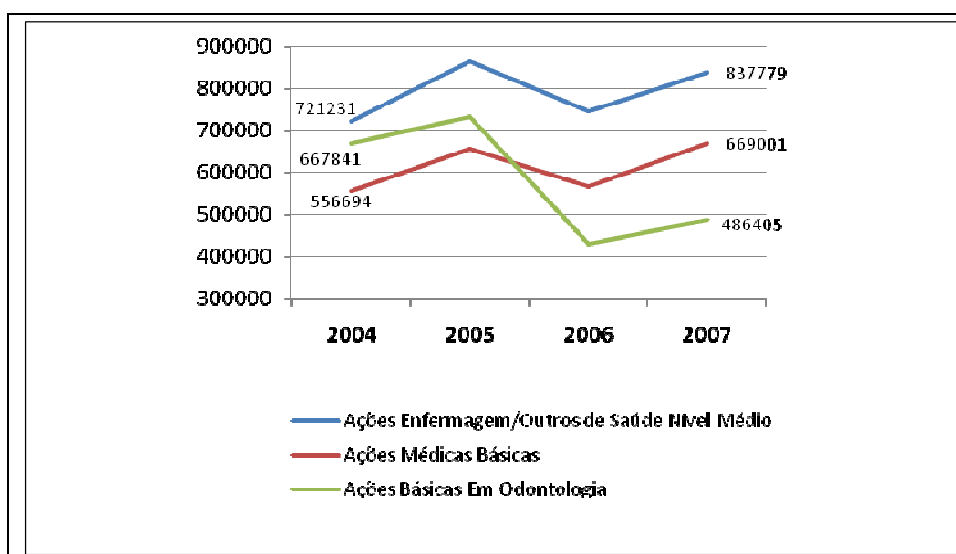


Gráfico 6 - Produção ambulatorial do SUS quanto às ações de enfermagem/outras saúde nível médio, às ações médicas básicas e às ações básicas em odontologia
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A produção ambulatorial referente aos procedimentos básicos em vigilância sanitária apresenta uma oscilação, que se inicia com um crescimento progressivo no ano de 2004 para 2005 e prossegue com uma queda considerável de 2005 para 2006. No entanto, em 2007, ocorre uma superação. É significativo considerar que, embora haja essa oscilação entre declínio e crescimento, os valores não permanecem inferiores a 3.000, nem superiores a 6.000. A vigilância sanitária do município de Vitória contou com um aumento de mais de trinta (30) profissionais na última gestão, através do concurso público que aconteceu somente para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) no ano de 2007.

Uma prioridade da atual gestão foi instrumentalizar a vigilância sanitária tanto com o investimento no seu espaço físico, quanto com a ruptura do excessivo quantitativo de técnicos terceirizados. Hoje a equipe conta com mais de 100 profissionais. Os técnicos atualmente afirmam que o trabalho antes era realizado de forma muito cartorial e hoje, em função do investimento feito, consegue ser mais educativo e menos punitivo com os estabelecimentos da cidade.

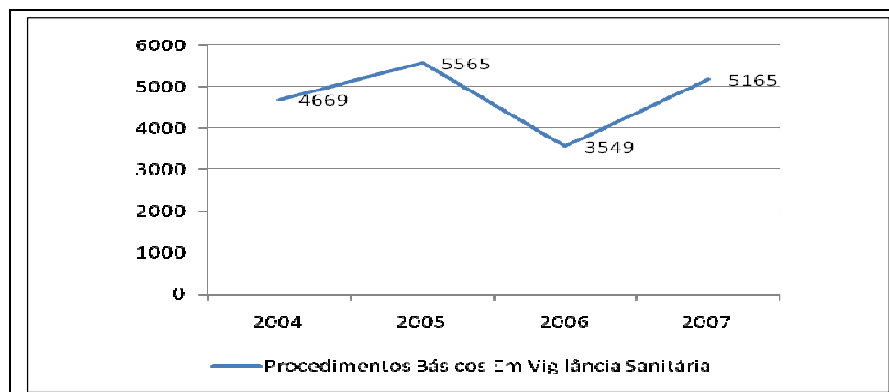


Gráfico 7 - Produção ambulatorial do SUS quanto aos procedimentos básicos em vigilância sanitária
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Nas ações especializadas em odontologia observa-se um crescimento de quase 100% em 2005 se comparado a 2004, visto que começam com 15.000 e chegam a quase 30.000 no curto período de um ano. As cirurgias ambulatoriais especializadas caracterizam-se nos menores valores, que começam em 2004 com 5.353 e têm um leve decréscimo em 2006, mas que é superado em 2007, ultrapassando o valor inicial, com 6.402. De forma geral, todos os valores analisados apresentam considerável queda no ano de 2006 (gráfico 8).

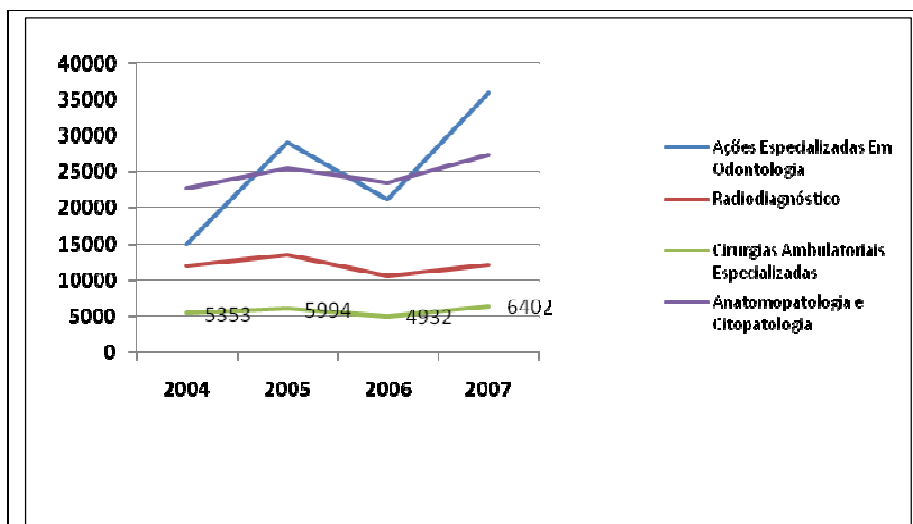


Gráfico 8 - Produção ambulatorial do SUS quanto às ações especializadas em odontologia, ao radiodiagnóstico, às cirurgias ambulatoriais especializadas e à anatomopatologia e citologia
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A produção ambulatorial no que tange aos procedimentos especializados de profissionais, médicos e outros de nível superior ou médio mostra-se oscilatória, entre fortes declínios e crescimentos, de 2004 a 2007. De modo que em 2005 ocorre um crescimento de mais de 30.000 consultas em relação a 2004. Já de 2005 para 2006 há um decréscimo progressivo, que é logo superado em 2007 (gráfico 9). Em um cômputo geral, pode-se dizer que todos os profissionais de nível superior tem aumentado consideravelmente sua produtividade ambulatorial nos últimos anos.

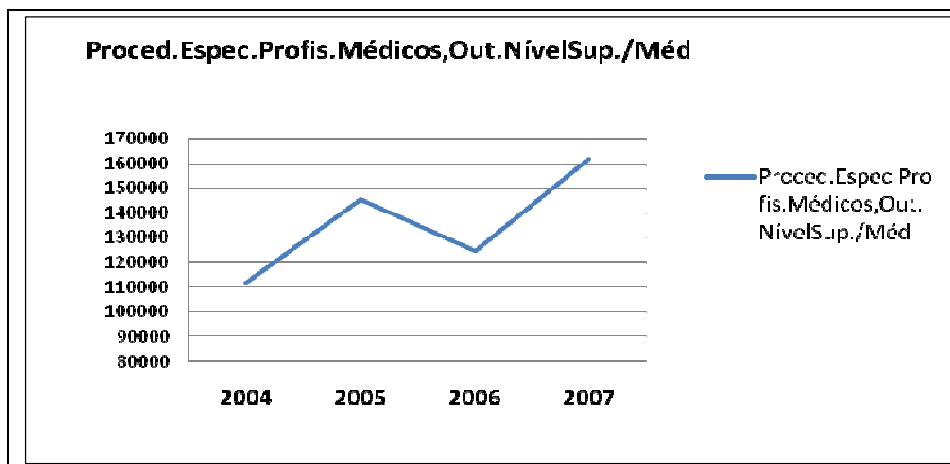


Gráfico 9 - Produção ambulatorial do SUS quanto aos procedimentos especializados de profissionais, médicos e outros de nível superior ou médio
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A produção ambulatorial quanto aos procedimentos especializados em patologia clínica apresenta um forte decréscimo em 2005, com uma leve elevação em 2006, sendo que em 2007, volta a declinar de forma progressiva.

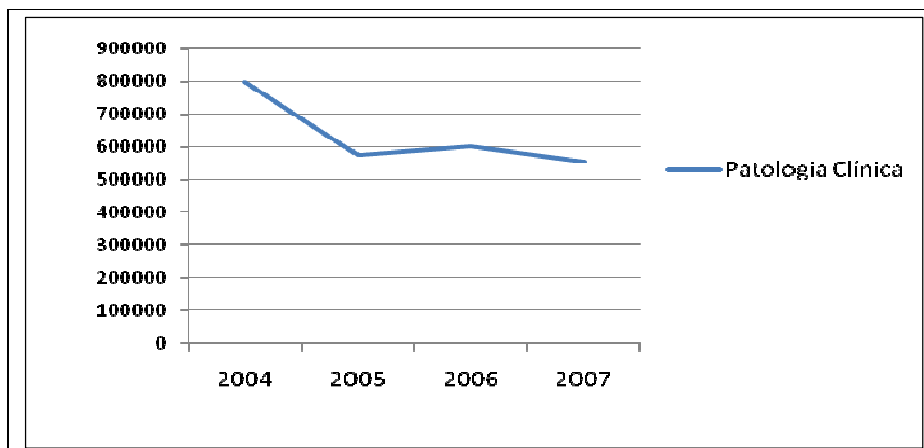


Gráfico 10- Produção ambulatorial quanto aos procedimentos especializados em patologia clínica
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.2. Indicadores Específicos da Atenção Básica em Vitória – ES

II.2.1 - SAÚDE DA CRIANÇA

O coeficiente de mortalidade infantil, um dos principais indicadores de saúde pública, é definido como o número de óbitos de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos, em determinado local e período. Entre 2001 e 2002 ocorre um grande decréscimo seguido de agudo crescimento em 2003. Em 2004 há um novo declínio e uma breve elevação em 2005. No entanto, a partir deste ano, os valores decrescem com tendência a continuar na mesma linha em 2008 (gráfico 11).

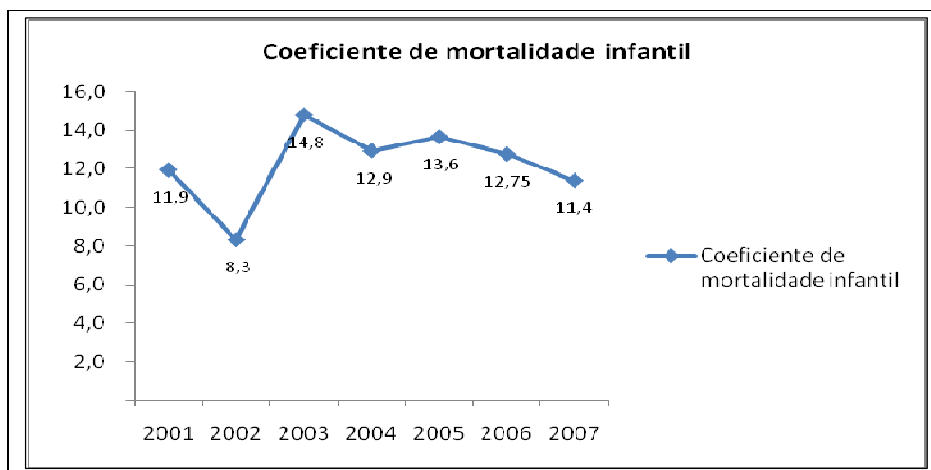


Gráfico 11 - Coeficiente anual de mortalidade infantil

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer é expressa pela quantidade de bebês com peso inferior a 2.500 gramas, dentre os nascidos vivos, em determinado local e período. Esse indicador é utilizado para avaliar as expectativas de sobrevivência dos recém-nascidos, tendo em vista que, quanto menor o peso, maior o risco de mortalidade infantil. Tendo em vista que não há uma grande variação entre os anos estudados, a tendência para o ano de 2008 é de leve queda ou estagnação (gráfico 12). Contudo, em 2007 ressalta-se que 86,3% das crianças nascidas na cidade tiveram peso normal e 8,4% registraram baixo peso ao nascer (Semus, 2007).

Cabe observar que os números obtidos referentes ao ano de 2002 devem ser mais bem estudados, pois a informação certamente apresenta a necessidade de investigação quanto à sua forma de produção e sistematização de um consolidado de dados neste referido ano.

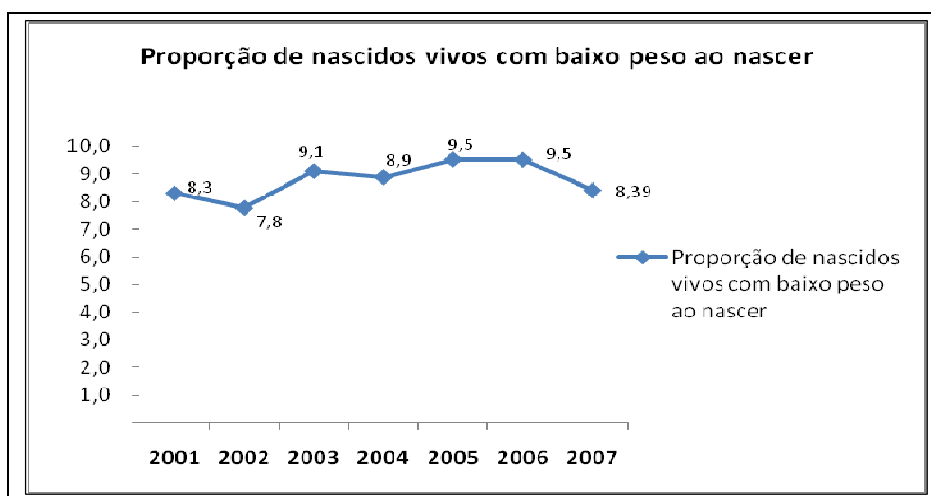


Gráfico 12 - Proporção anual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A taxa de internações por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos mede a ocorrência dessas internações pagas pelo SUS em Vitória. Tendo em vista que, de 2001 a 2007, a média pactuada pelo município é inferior a 20,3, os valores apresentam-se, nos anos estudados, acima da média ideal, com exceção ao ano de 2006, que atinge a 20,3. Embora os anos de 2003 a 2006 apresentem um decréscimo nesse indicador, não é satisfatório, visto que volta a crescer em 2007. Pode-se pressupor tendência de alta, ao considerar que no início o índice era de 25,6 e, mesmo passados 6 anos, o valor vai para 26,75. Essas taxas consistem em um indicativo à precariedade dos serviços de atenção básica, levando um alto número de crianças menores de cinco anos a serem hospitalizadas por quadros infecciosos no aparelho respiratório que evoluem de forma aguda (gráfico 13).

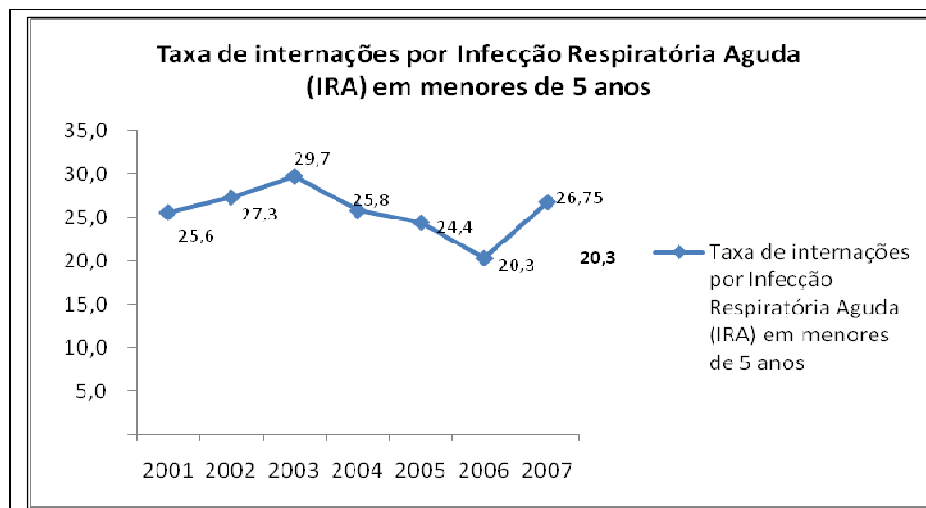


Gráfico 13 - Taxa anual de internações por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A taxa de internações por doença diarréica aguda (DDA) em menores de 5 anos mede a ocorrência dessas internações pagas pelo SUS na cidade de Vitória. Em 2001, essa taxa apresentou-se abaixo da média pactuada, 9,9, com 9,0% - algo avaliado de forma positiva. No entanto, apresenta crescimento em 2002, mantendo-se quase estagnada em 2003, quando decaiu no ano de 2004, para sofrer uma pequena elevação em 2005. A partir deste ano, apresenta-se em declínio, com uma tendência a decréscimo ou à estagnação (gráfico 14).

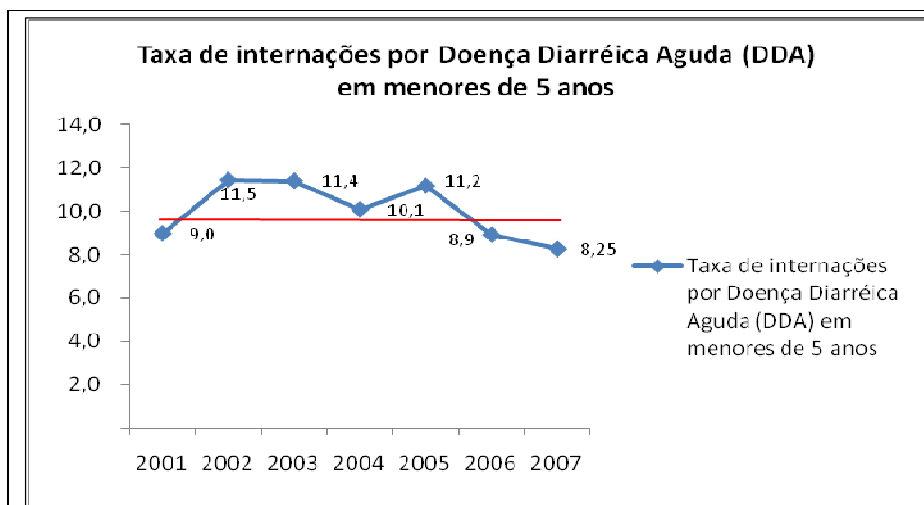


Gráfico 14 - Taxa anual de internações por doença diarréica aguda (DDA) em menores de 5 anos
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

O coeficiente de mortalidade neonatal tardia é considerado um indicador complementar à mortalidade infantil, que reflete os óbitos ocorridos entre 7 e 27 dias, entre os nascidos vivos, em determinado local e período. Tendo como média pactuada 2,64, nos anos de 2001 e 2002 os índices apresentaram-se abaixo da média. No entanto, em 2003 o coeficiente mostra-se como ápice, decaindo consideravelmente nos três anos seguintes. Em 2007, volta a crescer, chegando a 3,14%. Dessa forma, a tendência para o ano de 2008 é de alta, ou seja, acima da média pactuada (gráfico 15).

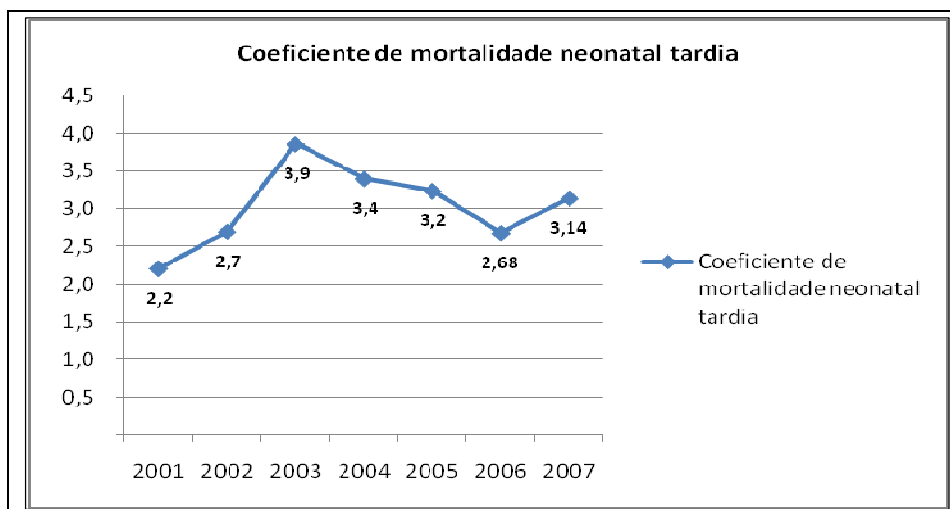


Gráfico 15 - Coeficiente anual de mortalidade neonatal tardia
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.2.2 - SAÚDE DA MULHER

A proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal indica a concentração de consultas de atendimento pré-natal na cidade de Vitória. Em 2002, ocorre um leve crescimento em relação a 2001, e, até 2005 mantém progressiva queda. A partir de 2006 os valores crescem. A cidade já pactuou sete (07) consultas como meta para um número mínimo de atendimentos (gráfico 16).

O número de consultas no período pré-natal indica a possibilidade de prevenção a doenças do bebê após o nascimento ou mesmo óbitos. Quanto maior o número de consultas realizadas durante o pré-natal, menor a possibilidade de mortalidade infantil entre os neonatos.

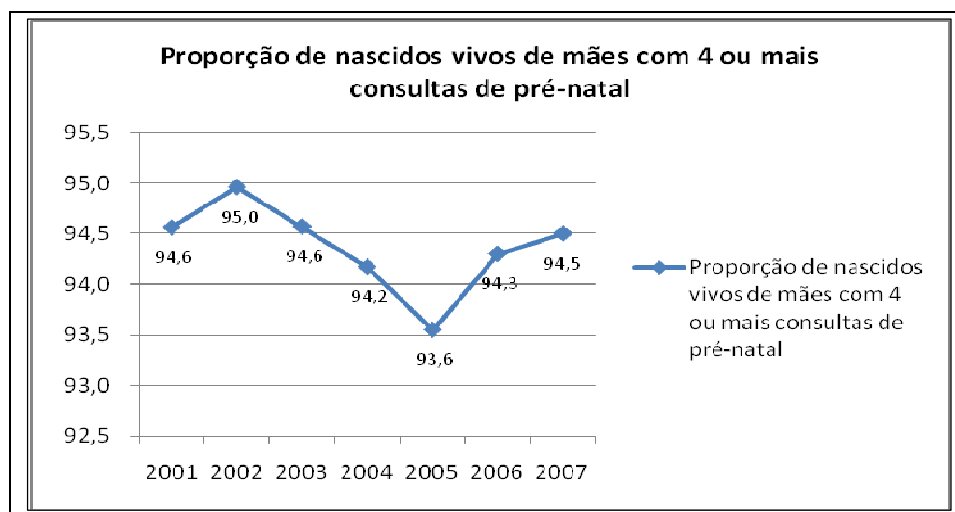


Gráfico 16- Proporção anual de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

De 2002 a 2007, o indicador que expressa a razão entre exames citopatológicos cervico-vaginais (preventivos) em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária apresenta valores abaixo da média pactuada, superior a 0,4. Isso porque, os valores oscilaram, nos anos avaliados, entre 0,2 e 0,31%, apresentando o menor valor no ano de 2004.

Esta informação foi questionada pelos gestores da Semus em entrevista, visto que grande parte da população feminina residente em Vitória realiza os exames preventivos de forma regular através da atenção suplementar. Na Secretaria, por meio das informações

produzidas pelo Vigitel² em Vitória, este número chegaria a aproximadamente 82% de mulheres residentes na cidade com regularidade na coleta deste exame. Desta forma, o número abaixo descrito refere-se somente à população usuária do SUS, sem cruzamento de informações com as usuárias dos planos de saúde.

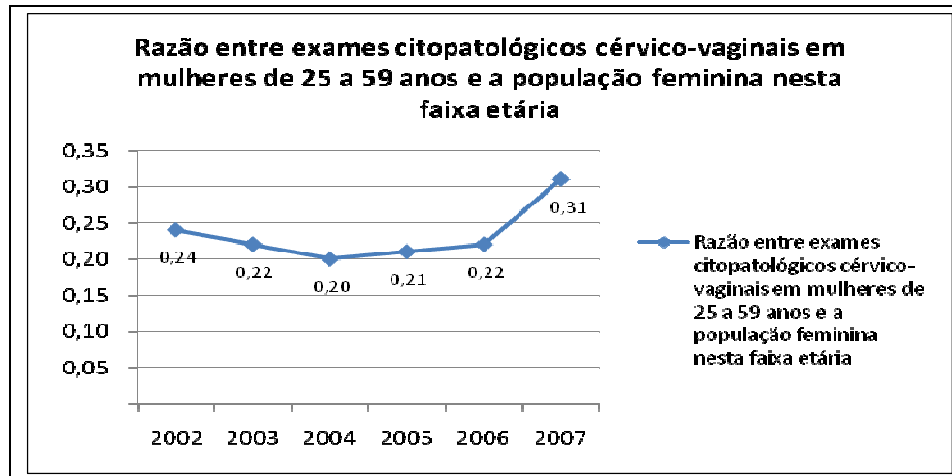


Gráfico 17 - Razão anual entre exames citopatológicos cervico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

De 2002 a 2007, o indicador que determina a proporção de partos cesáreos apenas cresceu, apresentando uma elevação ainda maior de 2006 para 2007. O número de partos cesáreos chega a quase 100% dos partos realizados pelos hospitais privados. Na cidade, porém, dentre o número total de partos realizados em Vitória, 59,3% são cesáreos, enquanto 40,7% foram partos naturais (Semus, 2007).

O procedimento cirúrgico muitas vezes está associado a um *status* de classe social ou mesmo a uma ideologia que pode se caracterizar como o parto “sem dor”. O corte por classe social está diretamente relacionado a este dado, levando grande parte da classe média e média alta a optar pelo parto cesáreo. Nas maternidades públicas é maior o número

² O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) foi implantado pela Secretaria da Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Com base em uma amostragem para a população entre 18 anos ou mais provida de telefone fixo, foi construído um questionário que para ser respondido em nove minutos. A metodologia inclui um programa computacional para registro eletrônico das informações, criação de bancos de dados, cálculo dos indicadores e elaboração de relatórios técnicos. Composto por 89 perguntas curtas e simples, o questionário aborda temas como características demográficas e sócio-econômicas, características do padrão de alimentação e atividade física, características indicativas da composição corporal, frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, auto-avaliação do estado de saúde e referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial, hábito de realizar exames preventivos, medir colesterol elevado e diabetes. O método foi desenvolvido pela Universidade de São Paulo (USP).

de mulheres que tem seus filhos pelo parto natural, estando associado àquelas que não podem pagar pela cirurgia.

Nos últimos anos houve uma otimização dos leitos hospitalares, principalmente aos que se referem à maternidade. Em anos anteriores, logo após o nascimento do bebê era comum a estadia da mãe por quatro (04) dias, ao menos, no hospital, hoje o máximo permitido são dois (02) dias caso não tenha havido complicações. Essa internação se denominava por “internação social” e foi alvo de muitas críticas por fortalecer a relação da parturiente com o ambiente hospitalar. Com o estímulo ao parto natural, mesmo após partos cesáreos a mulher deve se restabelecer em casa após dois dias com o recém-nascido sem complicações. Uma forma também de “otimização” dos leitos.

O gráfico abaixo demonstra uma tendência a alta entre os números. Outra informação relevante pode vir a somar: Vitória possui 49% de sua população coberta por planos de saúde, sendo atualmente uma das capitais com índices mais altos do país coberto pelo setor privado. Este número pode estar associado à não opção pelo parto natural de forma majoritária.

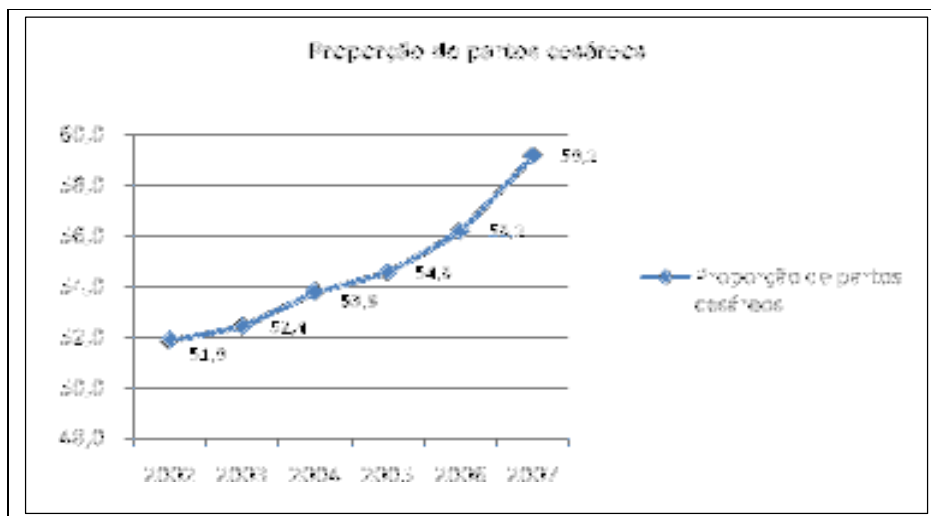


Gráfico 18 - Proporção anual de partos cesáreos
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

O indicador que designa a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal apresenta um relativo crescimento nos anos de 2002 a 2007, sendo que em 2004 revela um pequeno decréscimo em relação ao ano anterior. De 2003 a 2005 os valores mantiveram-se entre 60 e 61, sendo que a partir de 2006 essa proporção cresce a passos

mais largos. O dado vem a confirmar uma informação positiva: quanto maior o número de consultas pré-natal, maior a possibilidade de nascidos vivos.

Sabe-se que a gravidez na adolescência tem sido a preocupação da maior parte dos programas de planejamento familiar, contudo apenas 16% das parturientes atendidas na cidade de Vitória no ano de 2007 se caracterizavam por adolescentes, enquanto 70,9% estavam entre mulheres de 20 a 34 anos. Isto implica em outra informação importante para ser ressaltada que é o tempo de escolaridade da mãe.

Conseqüentemente têm-se uma mulher mais escolarizada que em décadas anteriores: 49,4% das mulheres que tiveram seus filhos em Vitória no ano de 2007 tinham entre 08 a 11 anos de estudo, seguido de 31,1% com 12 anos ou mais de estudo (Semus, 2007). O tempo de escolaridade da mãe é um dado determinante para a redução da mortalidade infantil, pois permite a ela reconhecer sintomas de doenças em estágios iniciais, tratá-las, alimentar adequadamente suas crianças e valorizar o acompanhamento pediátrico / puericultura.

Quadro 1 - Nascidos vivos no município de Vitória, segundo variáveis selecionadas. 2007 apud SEMUS (2007).

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	2007	
		Nº	%
SEXO	Masculino	2248	51,3
	Feminino	2138	49,7
PESO AO NASCER	Baixo peso	368	8,4
	Peso normal	3786	86,3
	Sobrepeso	232	5,3
RAÇA/COR DA CRIANÇA	Branca	1875	42,8
	Preta	37	0,8
	Parda	2462	56,1
	Outra	03	0,1
	Não informado	09	0,2
IDADE DA MÃE	Até 19 anos	701	16,0
	20 a 34 anos	3111	70,9
	35 e +	574	13,1
ANOS DE ESTUDO DA MÃE	Sem escolaridade	12	0,3
	01 a 03 anos de estudo	43	1,0
	04 a 07 anos de estudo	631	14,4
	08 a 11 anos de estudo	2165	49,4
	12 anos e + de estudo	1363	31,1
	Não informado	172	3,9
PARTO	Vaginal	1786	40,7
	Cesárea	2600	59,3
	Não informado	0	0
Nº DE NASCIDOS VIVOS		4.386	

Fonte: Datasus/SESA-Tabnet/SEMUS/GVS/CVE-SINASC

Segundo o quadro acima é possível verificar que as duas pontas da faixa etária da fecundidade tornam-se igualmente importantes: 16% das mulheres que tiveram seus filhos na cidade de Vitória em 2007 possuem até 19 anos de idade (701 mulheres); enquanto 13% (574 mulheres) estão com mais de 35 anos.

A Semus tem um outro desafio na identificação das jovens mães: habitualmente as adolescentes grávidas demoram a procurar o acompanhamento pré-natal por procurar

ocultar sua gestação durante um tempo para a família. Conseqüentemente também não a revela para a unidade de saúde, visto que assumir o pré-natal representa assumir a gestação para os familiares e para a comunidade. O tempo que uma adolescente grávida gasta para revelar ao serviço de saúde sua gestação gira em torno de aproximados quatro meses. A partir daí ela tem claro se dará continuidade a gravidez ou se irá interromper. Ou seja, desta forma, as adolescentes realizam apenas quatro ou cinco consultas de seu pré-natal freqüentemente.

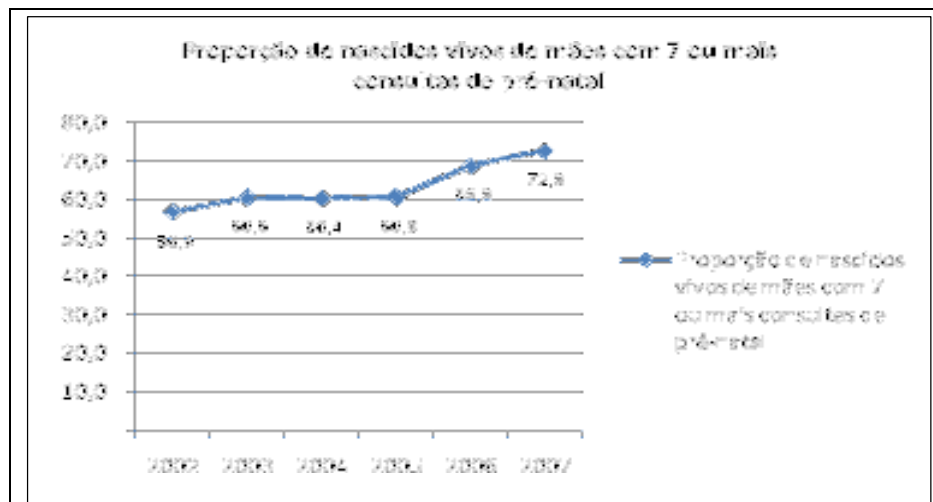


Gráfico 19- Proporção anual de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.2.3 - CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DA DIABETES MELLITUS

A taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC) reflete a ocorrência dessas internações entre a população de 40 anos ou mais na cidade de Vitória. De 2002 a 2004, os valores mantiveram-se semelhantes. No entanto, em 2005, ocorre uma elevação de 22,9 para 26,0%. No ano seguinte, essa taxa tem uma forte queda, mas, é superada em 2007, quando atinge o maior valor, se comparada aos anos anteriores. Tendo em vista esse comportamento, em 2007, tão elevado, a tendência é de crescimento para o ano de 2008 (gráfico 20).

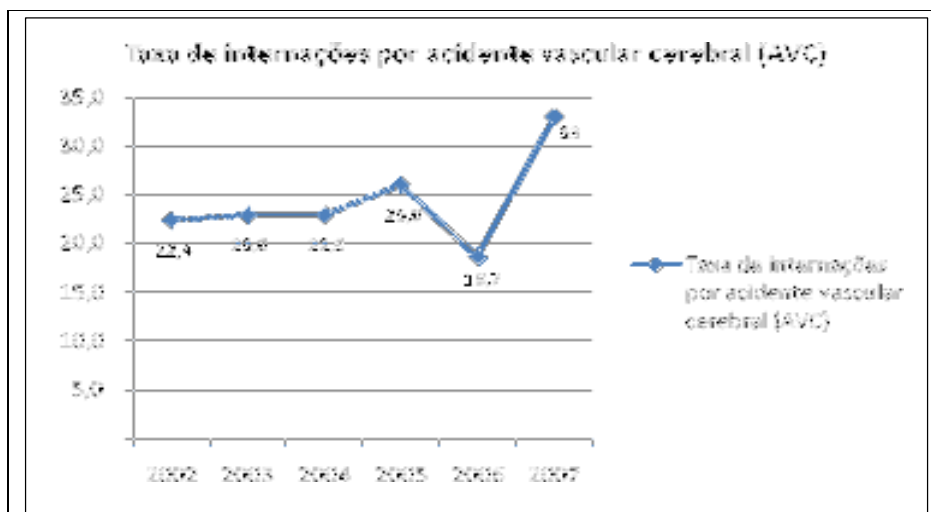


Gráfico 20 - Taxa anual de internações por acidente vascular cerebral (AVC)
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Nos dois primeiros anos a taxa de internações por insuficiência cardíaca congestiva manteve-se estável, sendo que de apartir de 2004 decresceu progressivamente. Tendo em vista o comportamento dos últimos anos, a taxa demonstra uma tendência de queda (gráfico 21). A brusca queda no ano de 2006 pode demonstrar uma falha na produção da informação.

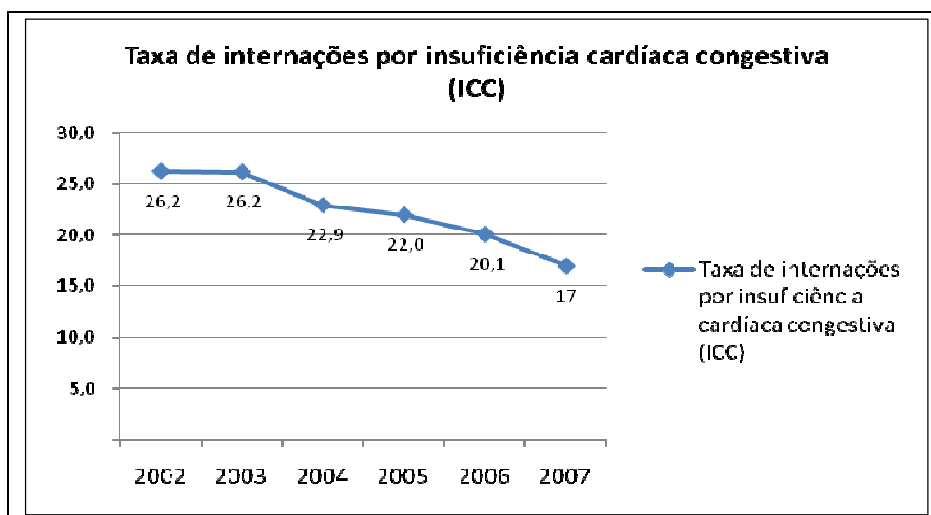


Gráfico 21. Taxa anual de internações por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A proporção de portadores de hipertensão arterial cadastrados refere-se àqueles que estão registrados nas Unidades de Saúde em relação aos hipertensos estimados. De 2002 até 2007 essa proporção só aumentou, com um pequeno decréscimo de 0,5% em 2006. Tendo em vista o comportamento apresentado ao longo desses anos, a tendência é de

crescimento (vide gráfico 22). O número é positivo para a atual gestão, visto que demonstra a capacidade de busca e notificação à “novos” hipertensos, abrindo a possibilidade de diagnóstico e tratamento precocemente.

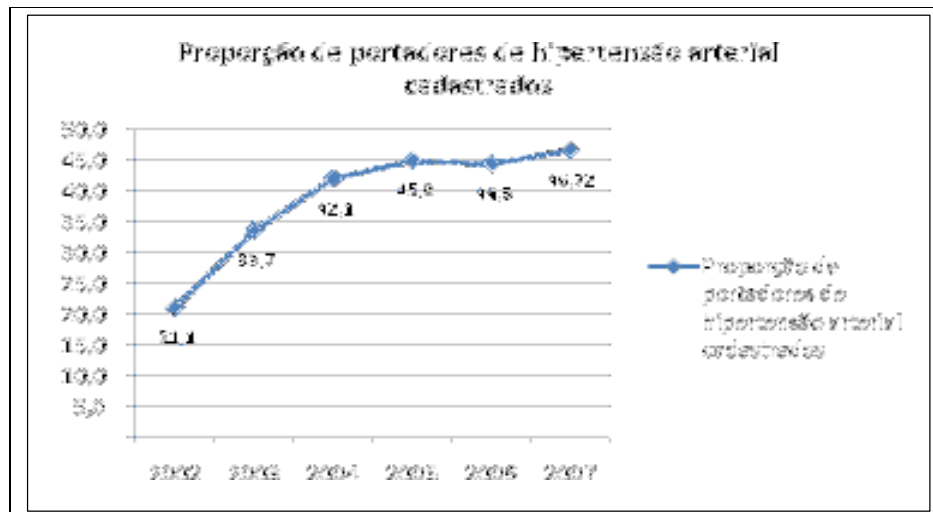


Gráfico 22. Proporção anual de portadores de hipertensão arterial cadastrados
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A proporção de internações por complicações do Diabetes Mellitus avalia o quanto essas internações contribuem para o número total de internações hospitalares na cidade de Vitória. Os valores apresentados de 2001 a 2007 oscilaram bastante, sendo que os pontos de decréscimo registram-se de 2002 a 2004 e de 2005 a 2007. Já os pontos de crescimento estão concentrados de 2001 para 2002 e de 2004 para 2005. Ao considerar a tendência dos três últimos anos, o número tende ao declínio, no entanto, devido ao quadro oscilatório apresentado ao longo dos anos estudados, a proporção pode sofrer um crescimento inesperado (gráfico 23).

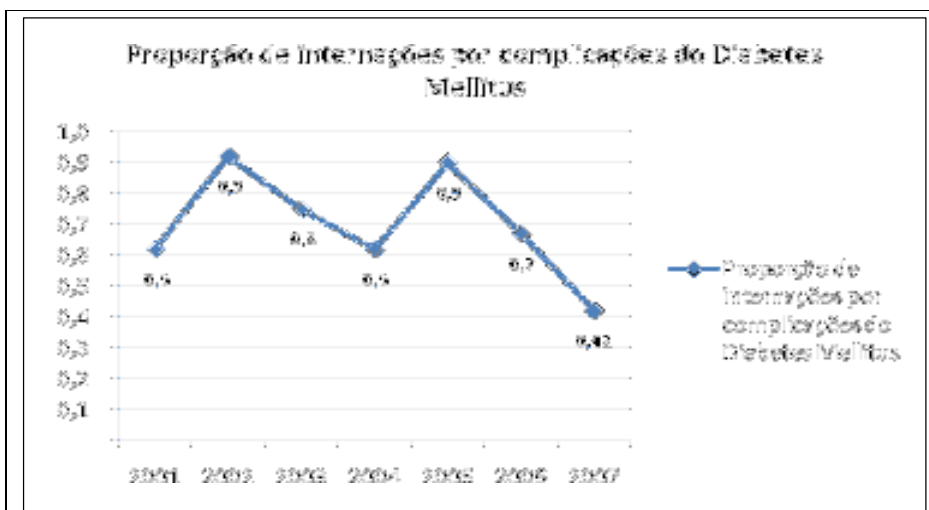


Gráfico 23 - Proporção anual de internações por complicações do Diabetes Mellitus
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A proporção de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados refere-se àqueles que estão registrados nas Unidades de Saúde em relação aos diabéticos estimados. Observa-se que, de 2002 a 2007, essa proporção comportou-se de forma crescente, sendo que de 2005 para 2006, ocorre um pequeno decréscimo, porém, no ano seguinte, os valores voltam a aumentar, quando alcançam o maior valor, se comparado aos anos anteriores avaliados (gráfico 24).

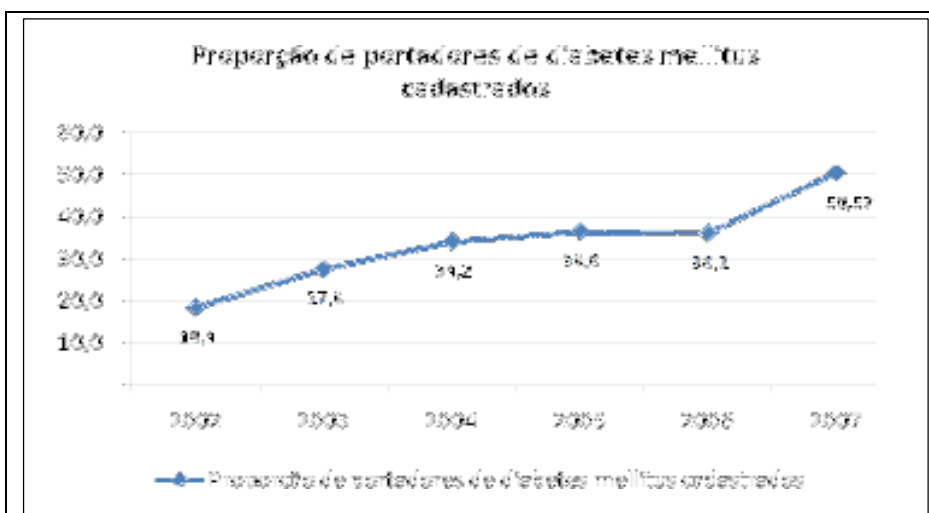


Gráfico 24 - Proporção anual de portadores de Diabetes Mellitus cadastrados
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.2.4 - CONTROLE DA HANSENÍASE

O coeficiente de prevalência de hanseníase reflete o nível de eliminação e a magnitude da ocorrência da doença em uma população, sendo expresso pelo número de casos em curso de tratamento por 10.000 habitantes em Vitória. De 2004 para 2005, o coeficiente obteve leve crescimento, quando, de 2005 para 2006, decresce consideravelmente. Devido a esse declínio, a tendência é de queda, tendo em vista que, ao apresentar um aumento, não tão forte como quando apresentou decréscimo (gráfico 25).

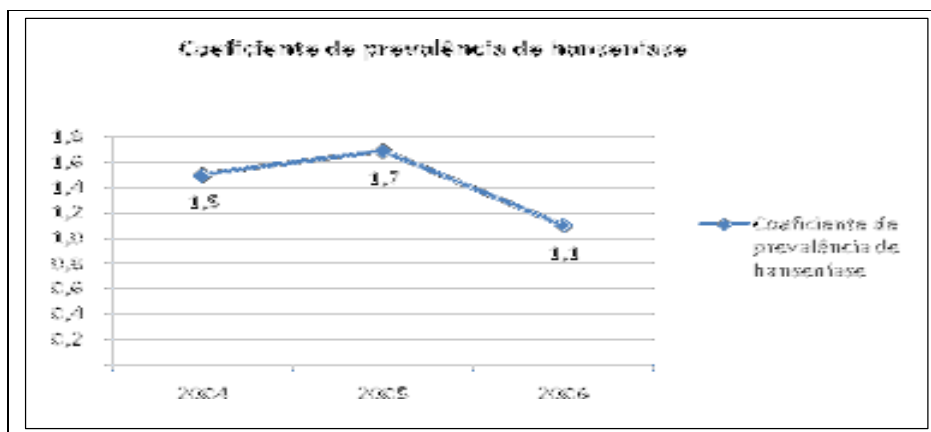


Gráfico 25. Coeficiente anual de prevalência de hanseníase
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

O coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase é a expressão do número de casos novos confirmados da doença na população residente em Vitória. O movimento que esse coeficiente apresentou de 2004 a 2006 foi decrescente, de forma que de 2005 para 2006 o declínio foi mais vertical. A tendência para os próximos anos é de declínio, visto que os três últimos anos evidenciaram essa queda (gráfico 26).

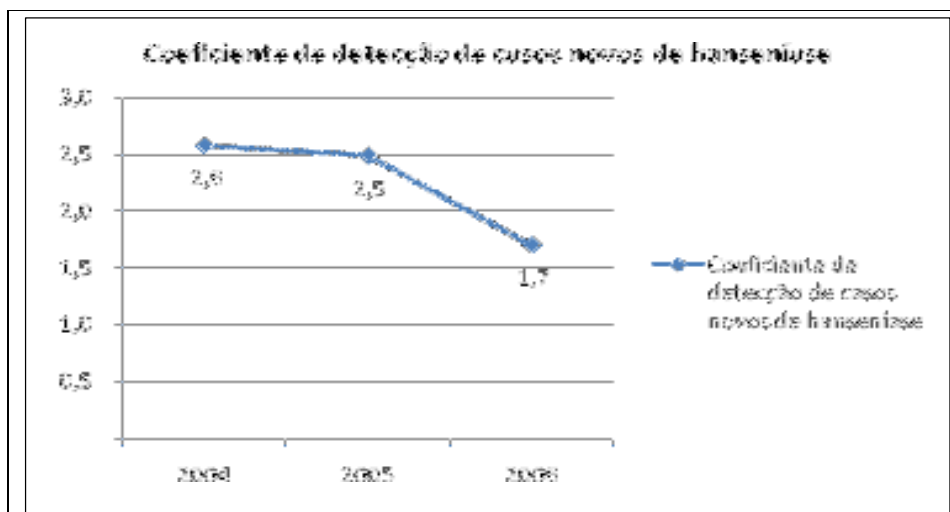


Gráfico 26 - Coeficiente anual de detecção de casos novos de hanseníase
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.2.5 - CONTROLE DA TUBERCULOSE

A proporção de abandono de tratamento de tuberculose é vista com um decréscimo de 2001 para 2002, e a partir deste ano apresenta um comportamento de crescimento, salvo um leve decréscimo de 0,1 de 2003 para 2004. Este dado abre uma contrariedade que aponta para a necessidade de estudos sobre a informação: ao mesmo tempo que o índice de abandono de tratamento é alto, ou seja, pessoas que iniciam o controle da doença e em seguida abandonam; por outro lado é grande a queda de incidência da doença.

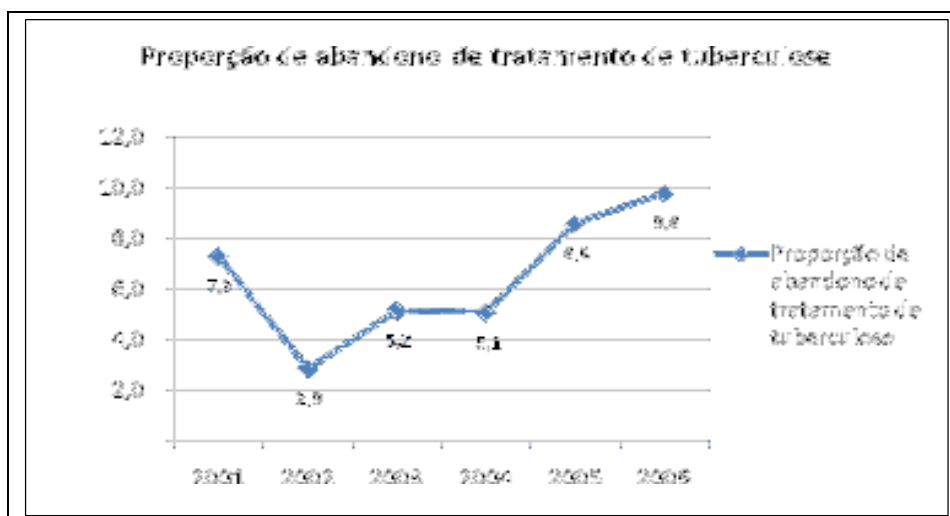


Gráfico 27. Proporção anual de abandono de tratamento de tuberculose
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A taxa de incidência de tuberculose pulmonar positiva apresentou um comportamento oscilatório entre 2001 e 2004, no entanto, a partir deste ano, essa taxa mostrou-se decrescente. Em 2001 e 2003 as taxas foram semelhantes, e, foi em 2002 que o valor chegou ao ápice, com 34,1. A média pactuada é inferior a 28% - valor que foi atingido a partir de meados de 2005 com tendência a queda (gráfico 28).

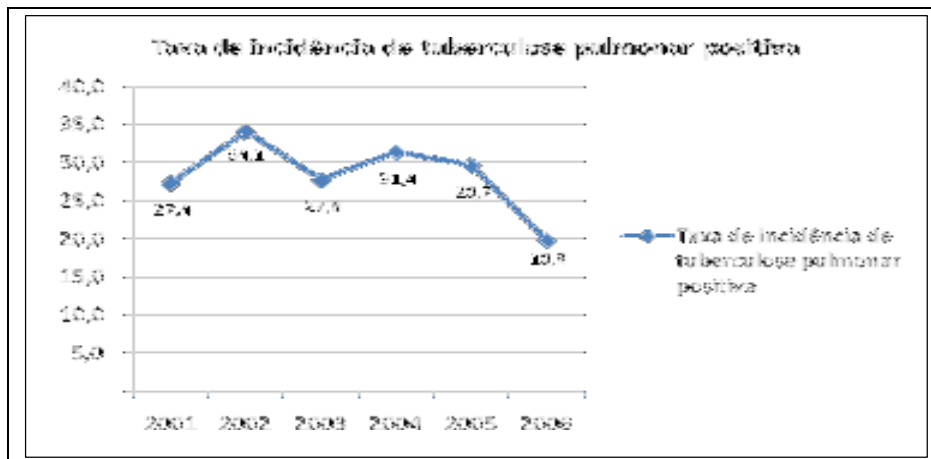


Gráfico 28. Taxa anual de incidência de tuberculose pulmonar positiva
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.2.6 - SAÚDE BUCAL

A média de procedimentos odontológicos básicos individuais consiste no número médio desses, realizados por indivíduo, na população residente na cidade. De 2001 a 2003, a média manteve-se crescente de forma proporcional a 0,6%. De 2003 para 2004, houve uma média de decréscimo de 0,5% em relação ao ano anterior. Entre 2004 e 2005 ocorre uma média de crescimento de 0,7%, que decai também no ano seguinte. Em 2007, a média atinge o valor máximo de 0,79%, em relação aos anos anteriores. Sem dúvidas, os índices de cuidado à saúde bucal precisam ser revistos na cidade de Vitória.



Gráfico 29 - Média anual de procedimentos odontológicos básicos individuais
 Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais consiste na proporção desses procedimentos em relação às demais ações individuais realizadas no âmbito do SUS. De 2001 para 2003 a proporção cresceu, mas decaiu em 2003, assemelhando-se à apresentada em 2001. No entanto, a partir de 2003, a proporção apresenta um índice contínuo de crescimento, em que o ano de 2006 apresenta o maior valor de proporção. Dessa forma, a tendência é de alta, tendo em vista o comportamento dos últimos quatro anos estudados (gráfico 30). O fato da atenção básica no acompanhamento odontológica ser ainda insuficiente reflete, de forma seguida, na necessidade de busca por tratamentos especializados para casos provavelmente já evoluídos.

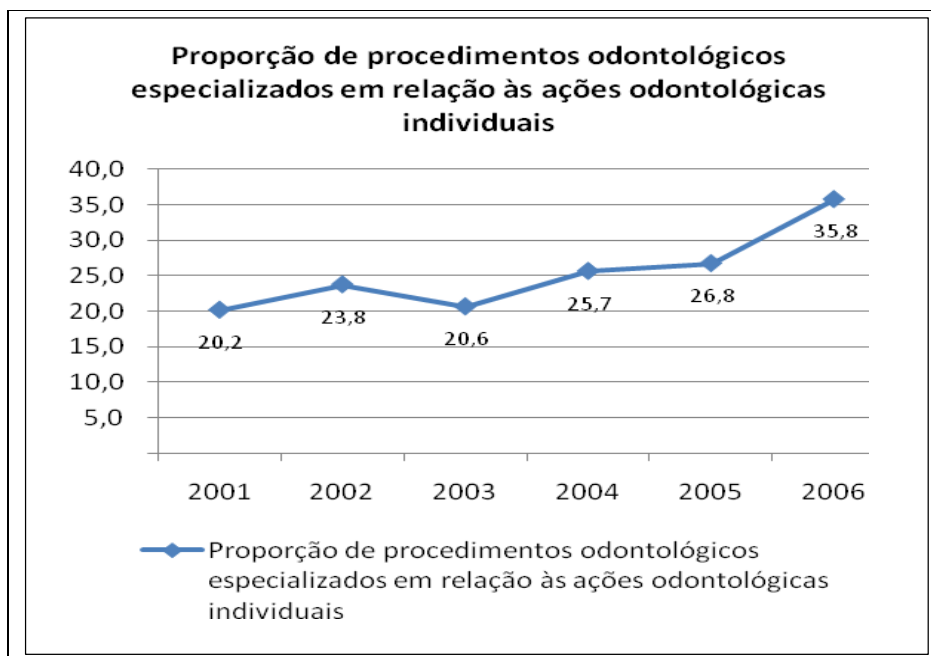


Gráfico 30. Proporção anual de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais

Para avaliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática foram estudados os anos de 2006 e 2007. De 2006 para 2007 observa-se um crescimento referente a 0,81%. A média pactuada é 10, dessa forma vê-se que, mesmo que haja uma elevação em 2008, continuará ainda abaixo da meta para o município (gráfico 31).



Gráfico 31 - Cobertura anual de primeira consulta odontológica programática
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A cobertura da ação coletiva *escovação dental supervisionada* é o percentual de pessoas que participam dessa ação, sendo que ela é dirigida a um grupo específico de indivíduos. Observa-se que, em 2006, essa ação era referente a 5,0 e decresce para 4,42 em 2007. Como a média pactuada pela cidade de Vitória é superior a 14, nota-se que a tendência é de baixa (gráfico 32).

As ações coletivas estão relacionadas aos trabalhos de prevenção de doenças no território, quando este índice fica abaixo da expectativa representa também um menor investimento em ações de prevenção e promoção da saúde; como visitas à escolas, creches e outros procedimentos educativos.

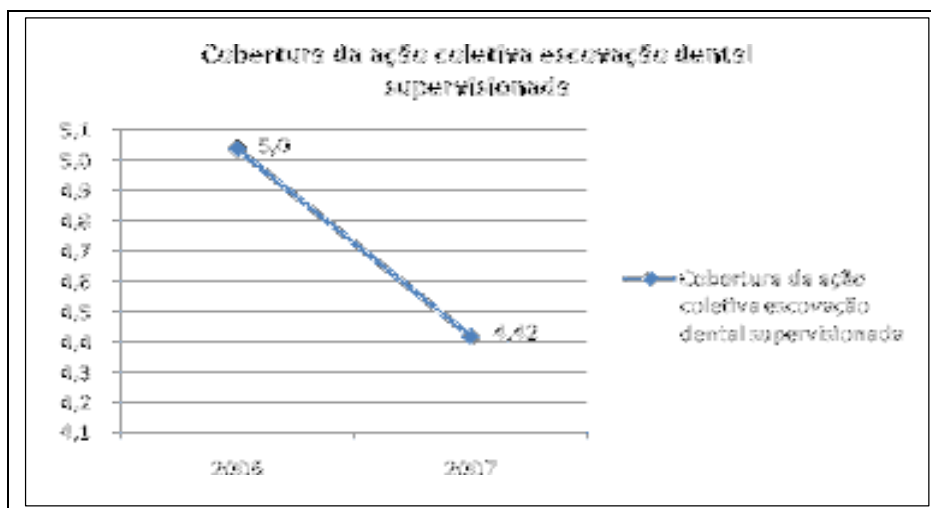


Gráfico 32. Cobertura anual da ação coletiva escovação dental supervisionada
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.3 – Indicadores de Morbidade Hospitalar do SUS em Vitória-ES

II.3.1 - MORBIDADE HOSPITALAR GERAL, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

O indicador das causas de internações hospitalares durante do período de 2004 a 2007 no município de Vitória demonstra a predominância de internações decorrentes de doenças do aparelho circulatório, das lesões e de envenenamentos, como de outras causas externas advindas de doenças do aparelho digestivo e respiratório, de neoplasias e de algumas doenças infecciosas e parasitárias. No gráfico 33, observa-se que o comportamento apresentado por doenças do aparelho circulatório é indiferente quando comparado ao das outras doenças, visto que abre com um alto índice em 2004, inclusive, o maior atingido, e decresce de maneira progressiva até 2006, com 732 internações a menos que em 2004, apresentando um pequeno crescimento até 2007.

As lesões por envenenamento apresentam um cenário preocupante, na medida que se mantêm abaixo ou na marca de 1.500 casos; mas aponta um salto para quase 2.000 casos de 2006 para 2007, apresentando um crescimento aproximado de 33% em relação ao ano anterior. As doenças do aparelho respiratório também apresentam uma grande elevação de 2006 para 2007, o que não acontece com as doenças do aparelho digestivo, algumas infecciosas e parasitárias e as neoplasias, que revelam um comportamento quase uniforme de 2006 para 2007. As neoplasias não demonstram muitas variações, com valores semelhantes em todos os períodos avaliados. De forma geral, todos os itens avaliados apresentam uma queda no ano de 2006, mesmo que esse declínio seja mínimo, assim como revelam também certo crescimento em 2007 (Gráfico 33).

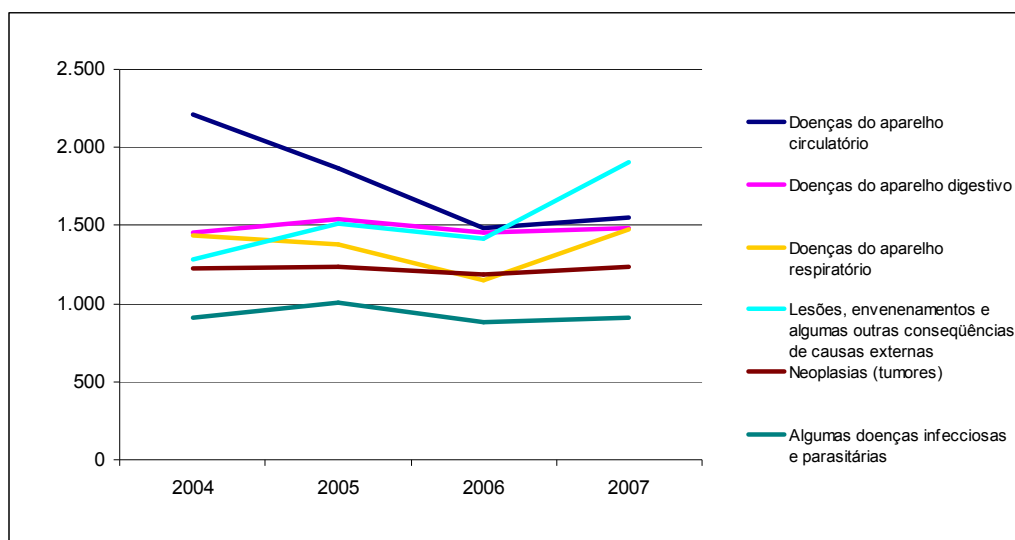


Gráfico 33 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Com o intuito de demonstrar quais as principais motivações das internações hospitalares na cidade de Vitória, segundo faixa-etária entre 2004 e 2005, foram tomadas como análise as três principais causas ao longo dos anos observados. No entanto, em algumas faixas-etárias foram agregados mais que três doenças, devido às proximidades numéricas.

Com relação às pessoas internadas, nos hospitais de Vitória, com menos de 1 ano de idade, as doenças mais recorrentes são as do aparelho respiratório, algumas afecções originadas no período perinatal e outras infecciosas e parasitárias, respectivamente. Com relação às internações referentes a doenças respiratórias no período de 2004 a 2006 houve um movimento de decréscimo, no entanto, de 2006 a 2007 a quantidade de pessoas internadas sobressaiu às afecções originárias no período perinatal (gravidez de risco), até então dominantes, mas que foi a única que, em 2006, teve seus números em declínio. Quanto às doenças infecciosas e parasitárias houve uma oscilação numérica, mas em crescimento, a partir de 2006, esse índice não chegou próximo ao ano de 2004. Assim, apesar de oscilações positivas e negativas, as internações por esta causa permaneceram próximas ao ano de 2004 (Gráfico 34).

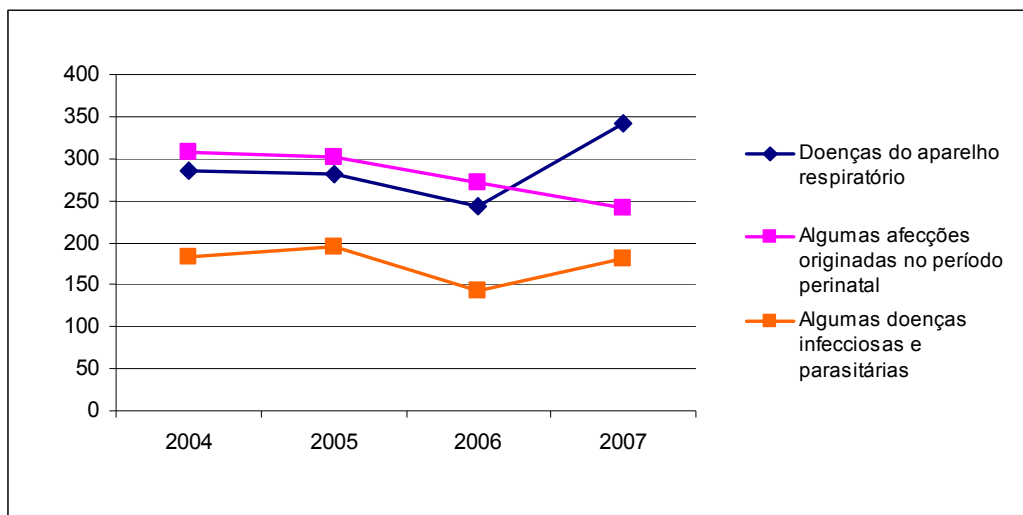


Gráfico 34 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 1 ano

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Quanto às internações de pessoas entre 1 e 4 anos, as doenças de maiores ocorrências foram as do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias e do aparelho digestivo, respectivamente. Ao longo dos anos, percebe-se a prevalência de internações advindas de doenças respiratórias, que, após um movimento contínuo de declínio entre 2004 e 2006, volta a crescer em 2007. Esse crescimento não é visto nas internações decorrentes de doenças do aparelho digestivo, ao contrário, essas internações tendem a diminuir, ou até

mesmo a estagnar, devido ao fraco decréscimo. Quanto às doenças infecciosas e parasitárias, houve uma oscilação de 2004 a 2007, com leves crescimentos em 2005 e 2007. Ao comparar os anos de 2004 e 2007, vê-se que os valores encontram-se equiparados (Gráfico 35).

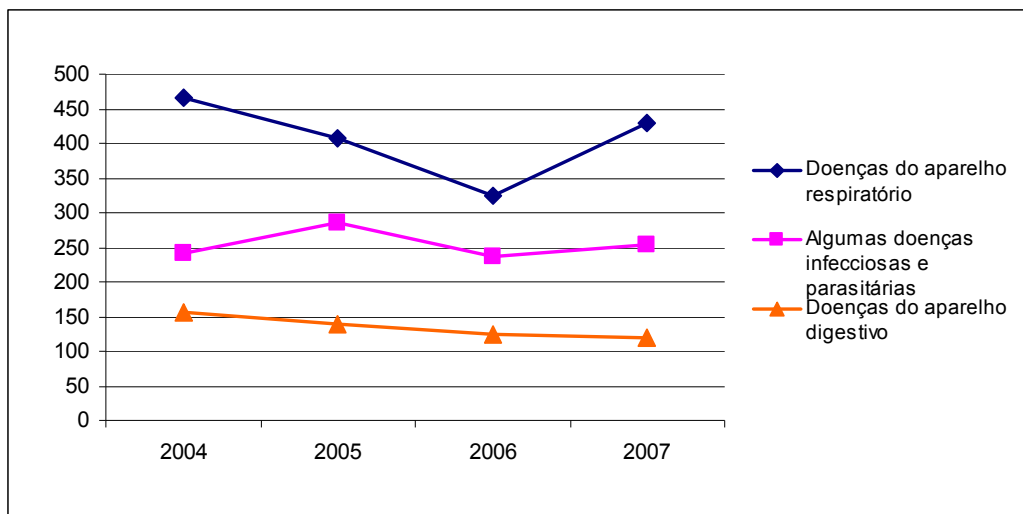


Gráfico 35 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre 1 e 4 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Com relação às causas de internações hospitalares no município de Vitória, no período de 2004 a 2007, entre menores de cinco e nove anos, as causas das internações mais vistas foram àquelas ligadas ao aparelho respiratório, ao aparelho digestivo e algumas infecciosas e parasitárias, respectivamente. As doenças do aparelho respiratório apresentam um leve crescimento em 2005, mas uma forte elevação em 2007, salvo um decréscimo de 2005 para 2006. As doenças do aparelho digestivo mostram-se em decréscimo de 2004 a 2007, com valores não muito variáveis. Já algumas doenças infecciosas e parasitárias começam o ano de 2004 com 80 pessoas e chega a 2007 próximo a 120 pessoas (Gráfico 36). Algumas áreas de estudo permitem inferir que as doenças do aparelho respiratório, com números tão elevados entre crianças na primeira e na segunda infância, podem estar associadas às condições climáticas do território ou mesmo ao alto índice de poluentes encontrados no ar da cidade de Vitória. Esta informação aponta para a necessidade de estudos mais aprofundados.



Gráfico 36 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 5 e 9 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Quanto às causas de internações hospitalares no município de Vitória, no período de 2004 a 2007, entre menores de 10 a 14 anos, as causas das internações mais observadas foram as doenças do aparelho digestivo, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, doenças do aparelho respiratório e algumas infecciosas e parasitárias. As doenças do aparelho digestivo apresentam um quadro oscilatório, com picos de crescimento em 2005 e 2007, e um forte decréscimo de 2005 para 2006.

O primeiro momento da adolescência já é demarcado pelas primeiras consequências das causas externas. Isto é, a inserção na adolescência está diretamente associada à adoecimentos com seqüelas e óbitos relacionados à violência urbana. A entrada na juventude é um sintoma para a saúde pública do surgimento de um grande grupo vulnerável. As consequências da violência urbana são sinalizadas pelas internações nos leitos hospitalares da cidade. Ainda assim, torna-se relevante destacar a precariedade das informações registradas pelo SUS – uma das grandes dificuldades atuais é qualificar as informações sobre as causas externas a partir dos dados gerados pelo DataSUS.

As doenças do aparelho respiratório, de 2004 para 2006 mostram um decréscimo progressivo, com uma quase estagnação de 2006 para 2007. Por fim, algumas doenças infecciosas e parasitárias revelam ápices nos anos de 2005 e 2007, com um leve declínio de 2005 para 2006. De modo geral, a maioria dos dados avaliados retrata queda em 2006, com exceção das doenças advindas de causas externas, que evidencia um leve crescimento neste ano. (Gráfico 37)

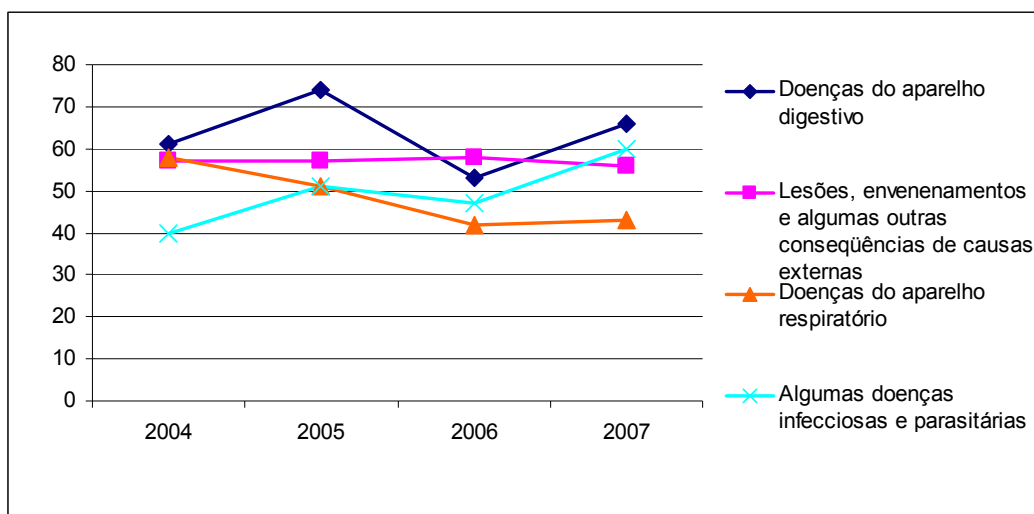


Gráfico 37 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 10 a 14 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

No que diz respeito às causas de internações hospitalares no município de Vitória, de 2004 a 2007, entre menores de 15 a 19 anos, as causas das internações de mais destaque foram as lesões, envenenamentos e outras de causas externas, as doenças do aparelho digestivo, do aparelho geniturinário, as neoplasias e doenças do aparelho respiratório. As consequências de causas externas apresentam um grande crescimento de 2006 para 2007, sendo que de 2004 para 2005 também demonstra elevação, embora não tão expressiva.

As doenças referentes ao aparelho digestivo revelam um crescimento inicial de 2004 para 2005, mas acompanha um período próximo à estagnação nos anos posteriores. As doenças condizentes ao aparelho geniturinário começam 2004 próximo a 40 pessoas e termina 2006 com o mesmo valor aproximado, sendo que em meio a esse período há leves variações de crescimento. As neoplasias iniciam um pouco acima de 40 pessoas, passa por decréscimo em 2005 e 2006, mas volta à superação em 2007, um pouco abaixo do número de pessoas que tinha em 2004. Por fim, as doenças do aparelho respiratório passam por um período próximo à estagnação de 2004 para 2005, demarcando um declínio na transição para 2006, que é superado em 2007, mas com um valor final inferior ao de 2005. (Gráfico 38)

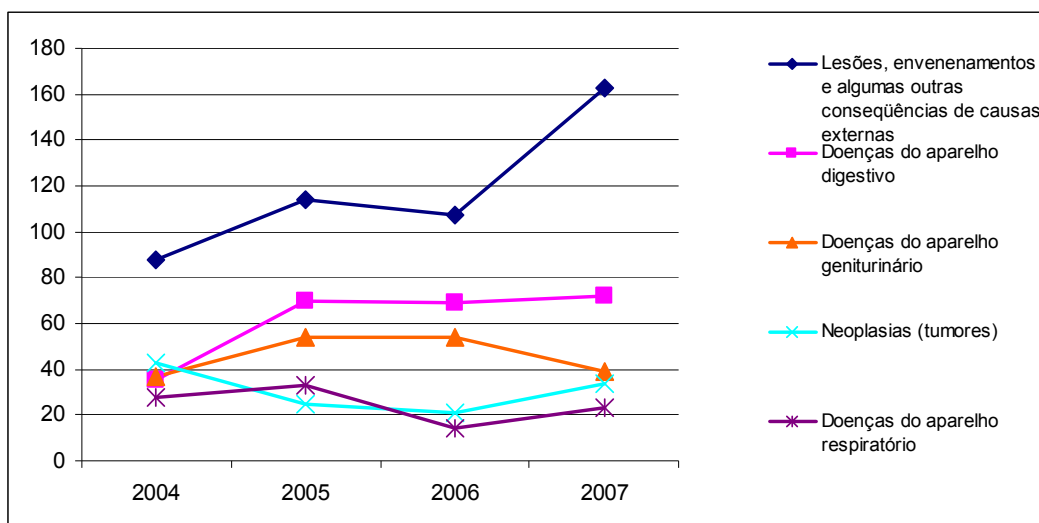


Gráfico 38 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 15 e 19 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Quanto às causas de internações hospitalares no município de Vitória, no período de 2004 a 2007, entre menores de 20 e 29 anos, as causas das internações mais evidentes foram as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, as doenças do aparelho digestivo, àquelas referentes ao aparelho geniturinário e ao aparelho circulatório, as neoplasias e os transtornos mentais e comportamentais.

Cabe esclarecer que nesta faixa etária inserem-se, pela primeira vez, as estatísticas sobre os transtornos mentais. A cidade de Vitória tem um número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) considerado satisfatório e, no entanto, ainda registra um alto número de internações. Os CAPs foram a representação máxima da desinstitucionalização dos doentes internados por transtornos mentais na década de 90 após o avanço da reforma psiquiátrica. Por transtornos mentais considera-se desde as doenças relacionadas à ansiedade, stress, fobias, esquizofrenias, depressão e síndromes (como a do pânico), tentativas de suicídios, dificuldades de concentração ou memorização.... Ou outro tipo de adoecimento também considerado como transtorno mental como a dependência química, com o uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Por outro lado, a auto-suficiência de serviços especializados também pode ser um determinante positivo para o território. A partir do momento que se abriu frentes de trabalho nas Unidades de Saúde e nos CAPS na cidade de Vitória voltados para os transtornos mentais, a demanda se caracterizou. A identificação ou notificação de novos casos provocou também um maior número de internações para tratamento por transtornos mentais.

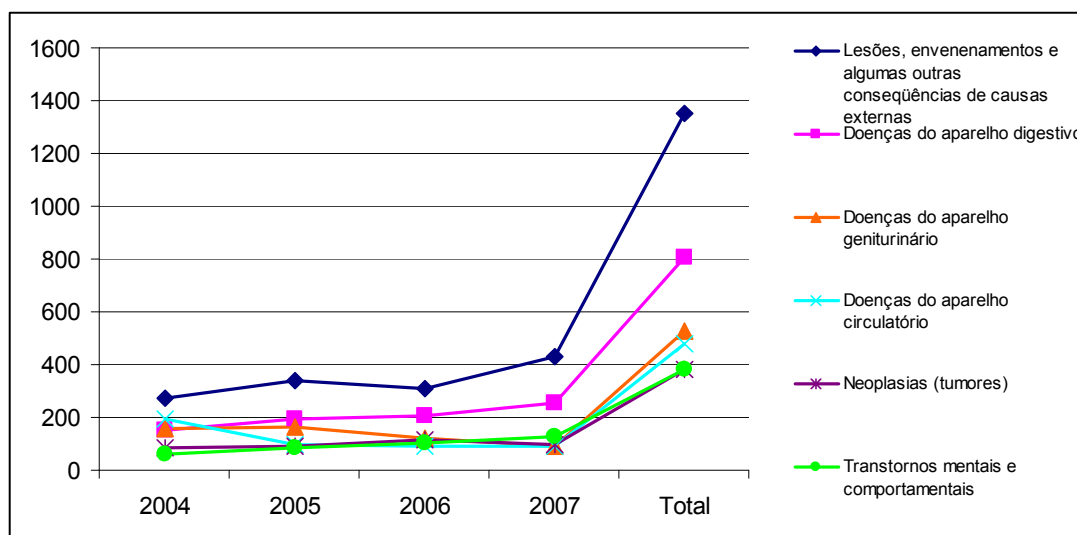


Gráfico 39 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 20 e 29 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Com relação às causas de internações hospitalares no município de Vitória, no período de 2004 a 2007, entre menores de 30 a 39 anos, as causas das internações em evidência foram as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, as doenças do aparelho digestivo, àquelas referentes ao aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho geniturinário e os transtornos mentais e comportamentais. De forma geral, a maioria apresenta crescimento de 2006 para 2007, salvo as neoplasias, que têm um leve decréscimo. As doenças do aparelho circulatório têm um forte declínio de 2004 para 2006, quando passa de 288 para 122, e superam com 136 em 2007. O comportamento mais próximo do linear é o apresentado pelos transtornos mentais e comportamentais, na medida em que, a cada ano, cresce à mesma proporção (Gráfico 40).

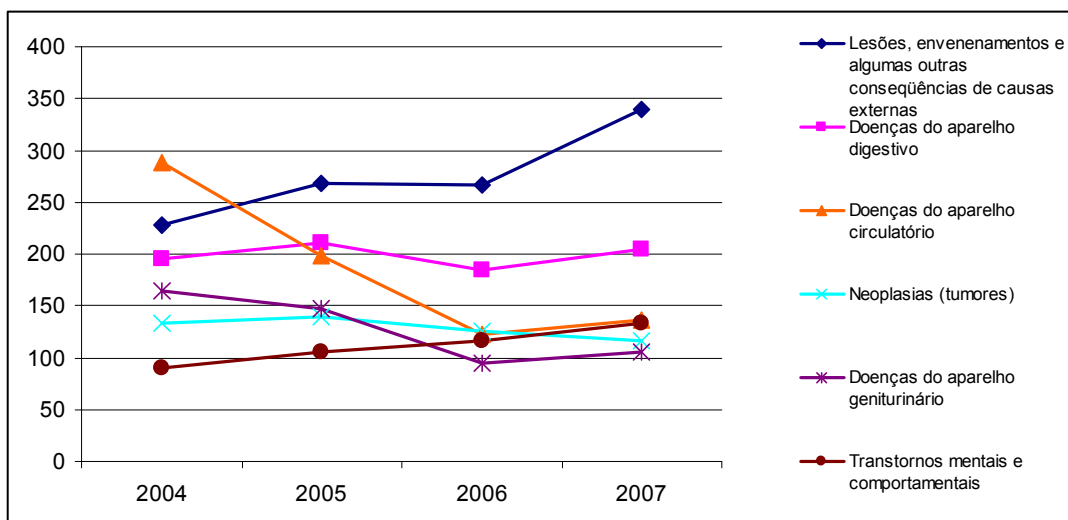


Gráfico 40 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 30 e 39 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Quanto às causas de internações hospitalares no município de Vitória, de 2004 a 2007, entre menores de 40 e 49 anos, as causas das internações destacadas foram as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e as doenças referentes ao aparelho digestivo. As doenças do aparelho circulatório apresentam um diferencial, tendo em vista que começa com um valor próximo a 400 e decresce até 2007, quando chega a um valor inferior a 250. Essa discrepância, que se dá de forma progressiva, não ocorre nas outras doenças. Isso porque os valores variam muito de um ano para o outro, de modo que seus picos de crescimento concentram-se nos anos de 2005 e 2007 (Gráfico 41).

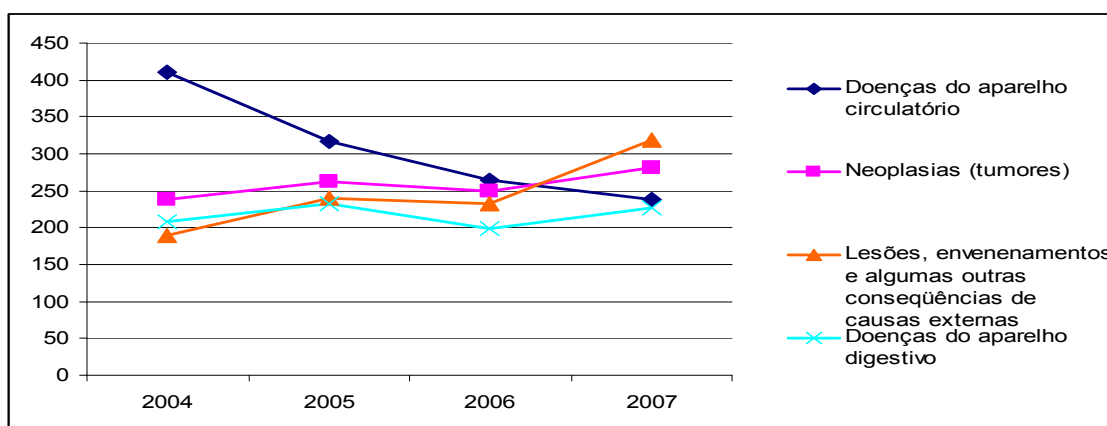


Gráfico 41 - causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 40 e 49 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

No que diz respeito às causas de internações hospitalares no município de Vitória, de 2004 a 2007, entre menores de 50 e 59 anos, as causas das internações mais recorrentes foram as do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho digestivo, e as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. Observa-se que as doenças do aparelho circulatório crescem bruscamente a partir de 2007, o que é visto também em relação às outras doenças avaliadas. No período entre 2005 a 2007, todas mantêm uma linha de uniformidade, visto que os valores retratados nesses anos são próximos (Gráfico 42).

Deve-se dar destaque para o número de notificações feitas desses adoecimentos a partir do ano de 2007, quando novos casos são identificados e notificados – algo que poderia gerar uma intervenção mais rápida do sistema de saúde sobre o quadro de adoecimento. A notificação dá visibilidade ao dado e aponta para as áreas que devem ter prioridade nas ações durante um processo de gestão. O crescimento das neoplasias, na faixa etária entre 30 a 79 anos, alcança a segunda causa de internação nos hospitais da cidade de Vitória.

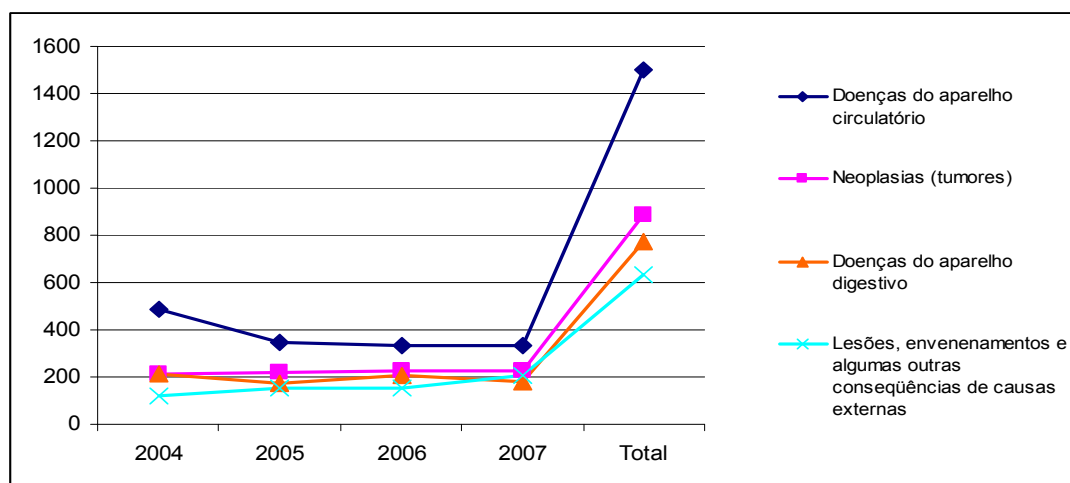


Gráfico 42 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 50 e 59 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Com relação às causas de internações hospitalares no município de Vitória, no período de 2004 a 2007, entre menores de 60 e 69 anos, as causas das internações mais evidentes foram as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho digestivo, àqueles condizentes ao olho e anexos, e as de causas externas. De forma geral, de 2006 para 2007, as doenças apresentam uma elevação, com exceção das doenças do aparelho digestivo, que decaem desde 2005. A transição de 2005 para 2006 é demarcada por um decréscimo das doenças, salvo as doenças do olho e anexos, que apresentam um movimento de elevação contínuo a partir de 2005. As doenças de causas externas

apresentam variados momentos, com ápices e declínios, sendo que a partir de 2006, a tendência é de crescimento (Gráfico 43).

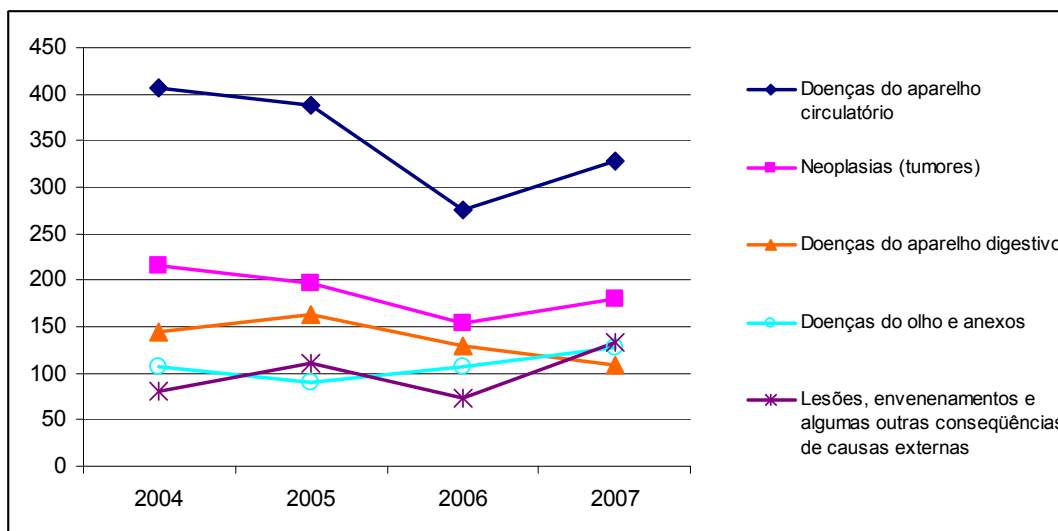


Gráfico 43 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 60 e 69 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

As causas de internações hospitalares no município de Vitória, no período de 2004 a 2007, entre menores de 70 e 79 anos, são: as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do olho, as do aparelho respiratório, àquelas condizentes ao aparelho digestivo e as de causas externas.

Tendo em vista a idade retratada, entre 70 e 79 anos, a média comum em todo país aponta para índices mais altos relacionados a doenças do aparelho circulatório. No entanto, embora os valores ainda sejam altos, de 2005 para 2006 houve um decréscimo considerável, de quase 100 casos, e manteve-se em valores aproximados de 2006 para 2007, com uma leve tendência ao decréscimo. E, o que era visto de forma linear de 2004 a 2006, como as doenças advindas de causas externas, emergem a partir de 2006, com uma tendência de elevação, à medida que às doenças do aparelho circulatório atingem a menos pessoas (Gráfico 44).

Ou seja, o gráfico abaixo aponta para o crescimento da violência sofrida por idosos, levando-os a internações em hospitais da cidade de Vitória. Não foi foco deste diagnóstico caracterizar o motivo da internação destes idosos por causas externas, mas pode-se inferir que os mesmos surgem nas estatísticas do Sistema Único de Saúde (SUS) como alvo da violência urbana.

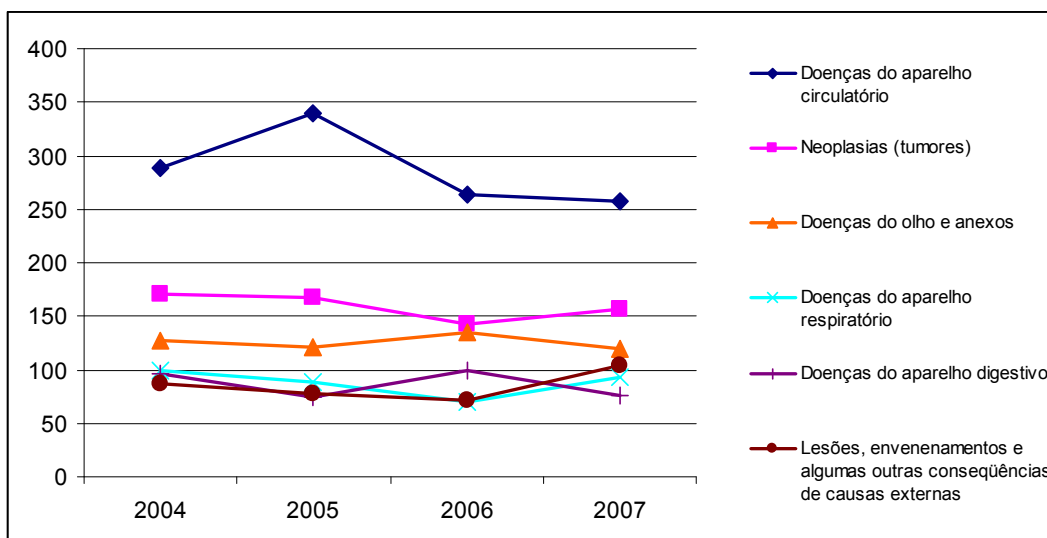


Gráfico 44 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 70 e 79 anos

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Em relação às causas de internações hospitalares no município de Vitória, de 2004 a 2007, entre menores de 80 anos e mais, as causas das internações de mais destaque foram as doenças do aparelho circulatório, às referentes ao aparelho respiratório, as doenças de causas externas e as neoplasias. É visto que, até 2007, as causas gerais das internações não variavam muito, visto que se encontravam entre a marca de 50 e 150. No entanto, a partir de 2007, o número de internações aumenta bastante, chegando a um pouco mais de 450, valor referente às doenças do aparelho circulatório (Gráfico 45).

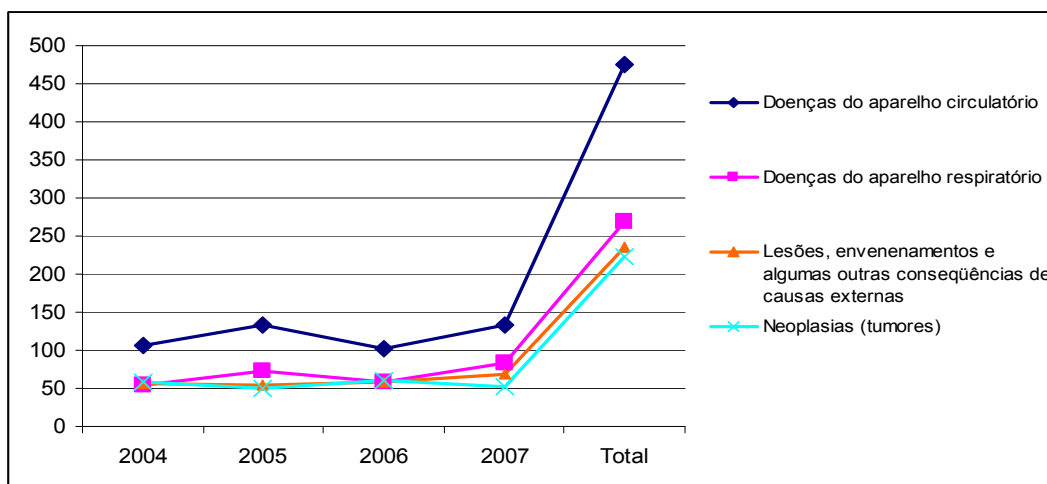


Gráfico 45 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 entre menores de 80 anos e mais

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Quanto às causas de internações hospitalares no município de Vitória, de 2004 a 2007, somente do sexo masculino, as causas das internações com maior incidência foram àquelas referentes às causas externas, as do aparelho digestivo, as do aparelho respiratório, as neoplasias, algumas doenças infecciosas e parasitárias, os transtornos mentais e comportamentais e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

É importante ressaltar que as doenças advindas de causas externas retratavam valores menores no início do ano em análise, e em meados de 2006, já havia crescido a índices superiores a 50% em relação a 2004. Enquanto que as doenças do aparelho digestivo decresceram de 2004 a 2007. As doenças do aparelho respiratório tiveram uma decaída considerável em 2006, no entanto voltam a crescer a partir de 2007, chegando a um valor próximo ao retratado em 2004. Os transtornos mentais e comportamentais, embora não tenham apresentado uma elevação expressiva, visto que aumentam, a cada ano, a proporções pequenas, em longo prazo, esses índices tendem a se tornar elevados, o que indica uma preocupação. (Gráfico 46).

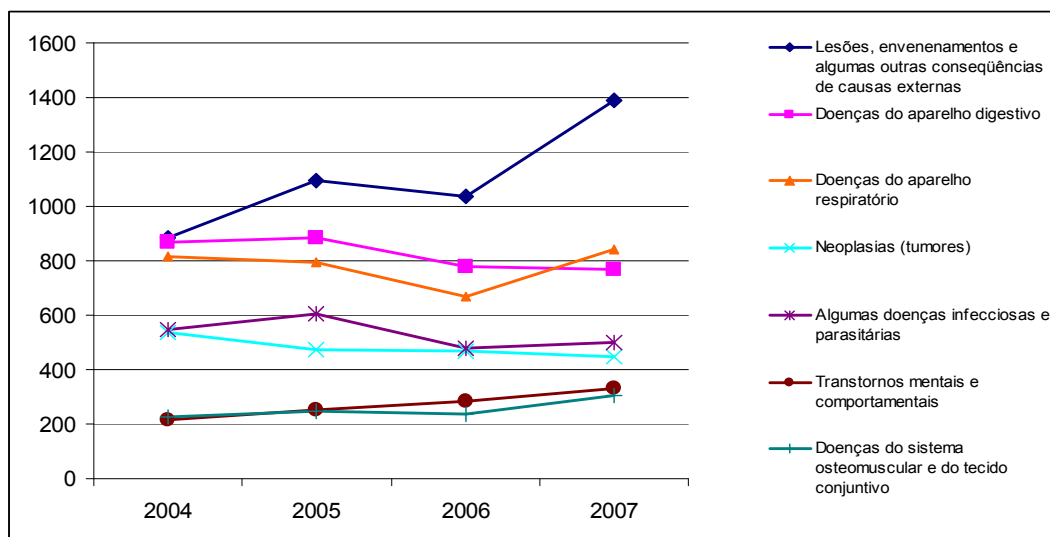


Gráfico 46 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 segundo sexo masculino
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

No que diz respeito às causas de internações hospitalares no município de Vitória, de 2004 a 2007, somente do sexo feminino, as causas de internações mais evidentes foram as relacionadas à gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias, as doenças do aparelho digestivo, àquelas ligadas ao aparelho respiratório, as doenças do aparelho geniturinário e as causas externas.

Embora as internações por causa de gravidez e partos sejam elevadas, um decréscimo tem sido observado desde 2004, com tendência à estagnação. As doenças ligadas ao aparelho circulatório também entraram em declínio desde 2004, sendo este mais expressivo de 2004 para 2005.

As seqüelas das causas externas apresentaram um pequeno aumento a partir de 2006, enquanto que as ligadas ao aparelho geniturinário decresceram a partir desse período. As doenças do aparelho digestivo cresceram pouco a passos largos, equiparando-se ao índice valorativo das neoplasias. De forma geral, não houve grandes variações na maioria dos itens estudados (Gráfico 47).

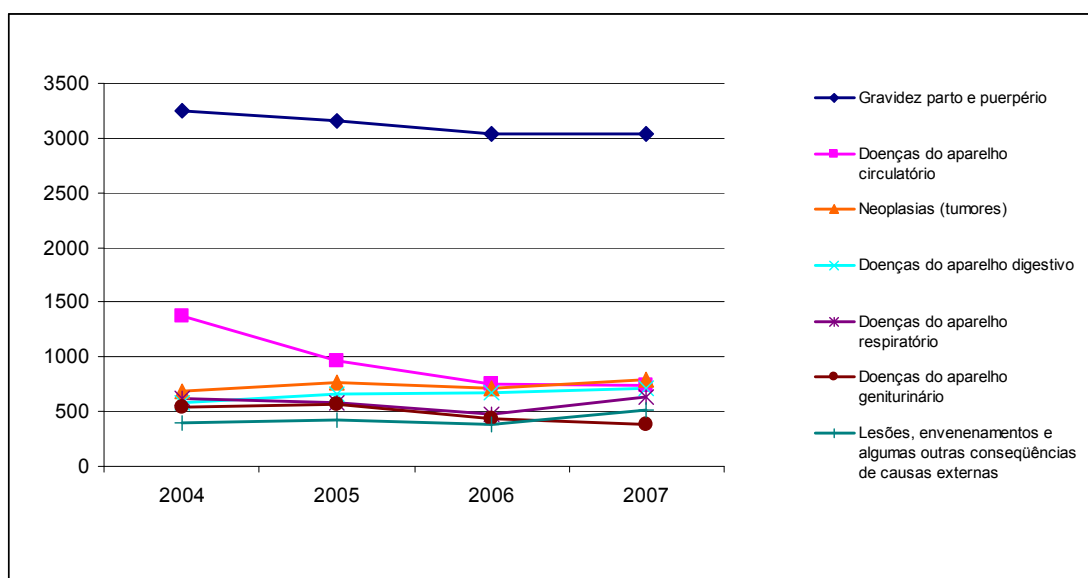


Gráfico 47 - Causas de internações hospitalares no município de Vitória no período de 2004 a 2007 segundo sexo feminino

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

TABELA 1 – VALOR MÉDIO AHI GASTO SEGUNDO CAUSAS DE INTERNAÇÃO EM VITÓRIA NO PERÍODO DE 2004 A 2007

Causas de internação	2004	2005	2006	2007	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	580,69	590,78	588,03	677,31	608,96
Neoplasias (tumores)	1056,55	937,14	861,72	893,6	937,69
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	413,33	464,44	472,71	1100,43	580,27
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	780,59	794,29	796,87	1091,85	846,81
Transtornos mentais e comportamentais	623,1	586,11	569,15	509,96	567,39
Doenças do sistema nervoso	999,29	707,54	910,52	751,26	826,3
Doenças do olho e anexos	624,38	560,69	547,29	620,17	588,84
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	412,03	394,62	351,67	2027,56	810,69
Doenças do aparelho circulatório	1239,44	1387,24	1282,08	1270,29	1293,77
Doenças do aparelho respiratório	523,89	573,26	657,16	764,15	629,77
Doenças do aparelho digestivo	560,53	656,61	644,28	710,06	643,44
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	527,33	506,65	505,4	571,86	525,83
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	1123,89	1185,94	1332,57	1360,26	1260,44
Doenças do aparelho geniturinário	578,15	562,24	407,26	570,16	533,18
Gravidez parto e puerpério	326,29	361,96	384,84	437,68	376,69
Algumas afecções originadas no período perinatal	1880,69	2786,87	2664,23	2949,26	2543,89
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1839,26	1705,44	1710,94	3120,53	2048,01
Sintomas, sinais e achados anormais de exames Clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	498,81	533,91	687,93	929,48	697,32
Lesões, envenenamentos e algumas outras	975,6	947,5	938,01	833,79	915,83
Conseqüências de causas externas					
Causas externas de morbidade e mortalidade	40,38	40,38	40,38	40,38	40,38
Contatos com serviços de saúde	403,16	247,48	378,25	626,14	410,44
Total	743,5	773,49	751,4	814,93	771,18

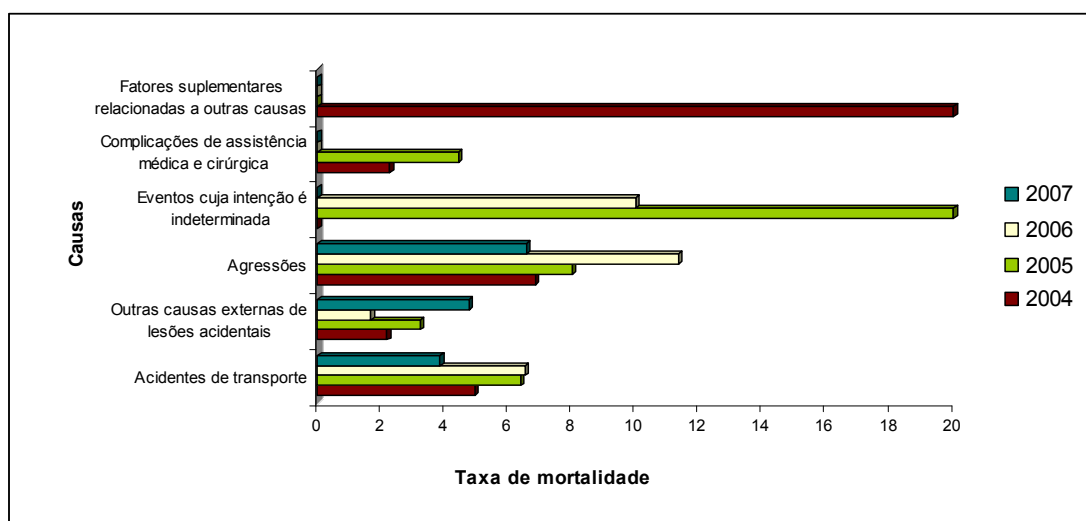
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

De maneira geral, englobando todas as faixas etárias e o sexo masculino e feminino, as causas de internações que demandaram maiores recursos foram algumas afecções originadas no período perinatal; afecções do período perinatal (gravidez de risco); malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e as doenças do aparelho circulatório. Algo que aponta para a necessidade de maior investimento nas ações voltadas à saúde da mulher.

Entre as tendências dos motivos de internação aponta-se para o gasto com a saúde pública referente às neoplasias (tumores) e as conseqüências das causas externas respectivamente resultantes em internações hospitalares.

II.3.2 - CAUSAS EXTERNAS, POR LOCAL DE RESIDÊNCIA (2004-2007)

Em relação às causas externas, o ano de 2004 foi marcado por fatores suplementares relacionados a causas variadas, sendo que dentre as causas específicas, as agressões encontram-se em evidência, e logo depois vêm os acidentes de transporte, as complicações de assistência médica e cirúrgica e outras causas de lesões acidentais, respectivamente. Já em 2005, destacam-se os eventos cuja intenção é indeterminada, seguidos das agressões, dos acidentes de transporte, das complicações de assistência médica e cirúrgica e, por último, outras causas externas de lesões acidentais. Em 2006, lideram as estatísticas as agressões, seguidas dos eventos cuja intenção é indeterminada, dos acidentes de transporte, e, como último colocado, outras causas externas de lesões acidentais. Em 2007, embora os valores estejam menores, as agressões continuam em primeiro lugar, seguidas de outras causas de lesões acidentais e dos acidentes de transporte, respectivamente.



Fonte: Banco de dados do Sistema Gráfico1 - Taxa de mortalidade segundo causas externas no município de Vitória entre o período de 2004-2007
Único de Saúde (DATASUS)

Quanto aos óbitos, as causas externas responsáveis pela maior parte destes, referem-se aos acidentes de transporte, a outras causas de lesões acidentais, às agressões, aos eventos cuja intenção é indeterminada, a complicações de assistência médica e cirúrgica e a fatores suplementares relacionadas a outras causas. Nota-se que, embora os acidentes de transporte apresentem um crescimento de 2004 para 2005, tem um forte declínio de 2006 para 2007. Enquanto que outras causas ligadas a lesões acidentais decrescem de 2005 para 2006, e retrata um grande aumento de 2006 para 2007. Já os eventos cuja intenção é indeterminada, as complicações de assistência médica e cirúrgica e os fatores

suplementares relacionadas a outras causas não revelam variações significativas, mantendo valores semelhantes de 2004 a 2007.

No momento de realização deste diagnóstico foi implantado em todo Brasil uma lei que proíbe a condução de veículos com qualquer quantidade consumida de bebidas alcoólicas. A lei foi apelidada pela população por “lei seca” e alcançou níveis impactantes em todas as cidades do país. Só na cidade de Vitória, um Hospital como o São Lucas, nas duas primeiras semanas de implantação da lei, com forte rigor de fiscalização pela Polícia Rodoviária, o número de internações por acidentes nas estradas caiu aproximadamente 15%. Na cidade vizinha, o Hospital Dório Silva registrou 31% de queda em suas internações no mesmo período.

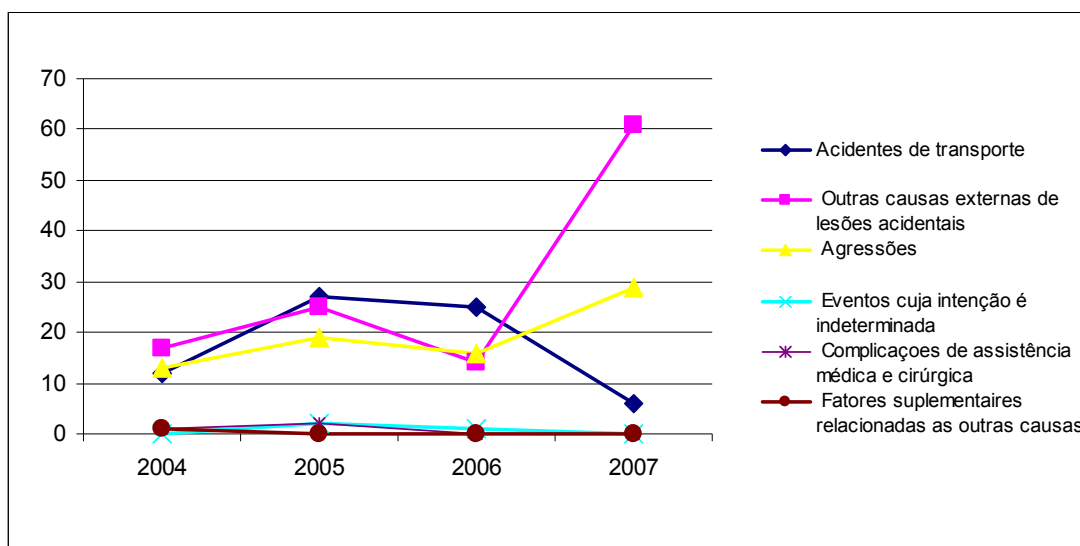


Gráfico 49 – Óbitos decorrentes de causas externas no município de Vitória no período de 2004-2007
Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Em 2004, as três principais causas responsáveis pelo maior número de internações foram, em primeiro lugar, outras causas externas de lesões acidentais, seguidas dos acidentes de transporte, e por último, as agressões. Em 2005, continuam a liderar o ranking outras causas externas de lesões acidentais, agora em menor proporção; em segundo, os acidentes de transporte, com um valor maior que em 2004; e depois as agressões, também em valor mais expressivo. Em 2006, outras causas externas de lesões acidentais continuam em primeiro lugar em número ainda mais expressivo, se comparado aos dois últimos anos; depois os acidentes de transporte, em menor quantidade que 2005, mas ainda maior do que o visto em 2004; e as agressões caem em valor em referência aos anos anteriores.

Por fim, em 2007, outras causas externas de lesões acidentais ficam em primeiro lugar com mais de 50 % a mais que no ano anterior; sendo que as agressões é que aparecem em segundo com mais que o dobro relatado no ano de 2006; e, por último, os acidentes de transporte, com um valor bem inferior ao ano anterior. Ao avaliar a média de todos os anos, vêm em primeiro lugar outras causas externas de lesões acidentais, seguidas dos acidentes de transporte e das agressões. De forma geral, observa-se que outras causas externas de lesões acidentais chegam em 2007 com um valor bem mais elevado do que o visto em 2004, já os acidentes de transporte apresentaram queda em relação ao ano inicial avaliado, e, as agressões, embora fique a maior parte em terceiro lugar, teve seu valor acrescido em mais de 100%, quando comparado ao de 2004.

TABELA 2 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES DECORRENTES DE CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA ENTRE 2004 E 2007

Causas externas	2004	2005	2006	2007	Total
Acidentes de transporte	243	423	383	156	1205
Outras causas externas de lesões acidentais	777	771	832	1278	3658
Lesões autoprovocadas voluntariamente	12	15	17	9	53
Agressões	190	237	141	442	1010
Eventos cuja intenção é indeterminada	11	10	10	1	32
Complicações de assistência médica e cirúrgica	44	45	26	17	132
Seqüelas de causas externas	5	8	7	2	22
Fatores suplementares relacionadas a outras causas	5	7	6	1	19
Total	1287	1516	1422	1906	6131

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

Como foram as outras causas externas de lesões acidentais, os acidentes de transporte e as agressões são os principais responsáveis pelo maior número de internações. Os maiores valores gastos serão também referentes a essas causas, respectivamente. Em 2007, outras causas externas de lesões acidentais apresentam os maiores gastos quando comparados aos de todos os anos; os acidentes de transporte revelam os menores gastos, se equiparados aos dos anos anteriores; e, as agressões demandam recursos bem mais elevados que os exigidos nos três últimos anos. Assim, ficam em primeiro lugar quanto ao gasto total as outras causas externas de lesões acidentais, seguidas dos acidentes de transporte e das agressões.

TABELA 3 – VALOR GASTO COM INTERNAÇÕES REFERENTES A CAUSAS EXTERNAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA NO PERÍODO ENTRE 2004 E 2007

Causas externas	2004	2005	2006	2007	Total
Acidentes de transporte	239.210,7	422.777,8	414.295,5	131.645,7	1.207.930
Outras causas externas de lesões acidentais	717.591,2	706.474,2	722.469,6	1.032.448	3.178.983
Lesões autoprovocadas voluntariamente	5.238,38	4.858,27	3978,87	6202,06	20.277,58
Agressões	218.430,1	233.173,5	134.039,6	385.896,3	971.539,5
Eventos cuja intenção é indeterminada	2.263,5	3863,33	4.361,54	3650,54	14.138,91
Complicação assistência médica e cirúrgica	69.387,83	57.857,21	45.335,18	27.665,04	200.245,3
Seqüelas de causas externas	1.441,24	2.901,39	5.126,73	782,39	10.251,75
Fatores suplementares relacionadas a outras causas	1.097,77	1.787,8	2.446,3	127,35	5.459,22
Total	1.254.661	1.433.693	1.332.053	1.588.418	5.608.825

Fonte: Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

II.4 - CONTROLE SOCIAL, PARTICIPAÇÃO POPULAR

De acordo com a Lei nº 6.606/06, o CMS é composto de forma paritária por dezesseis (16) membros titulares, e igual número de membros suplentes (32 ao total). Os representantes dos usuários ocupam oito (08) assentos, sendo os outros 08 assentos distribuídos entre os representantes do governo, dos prestadores de serviços do SUS e dos profissionais de saúde.

O município de Vitória finalizou o ano de 2007 com 27 Conselhos Locais de Saúde (CLS). A composição é tripartite com oito (8) membros titulares e oito (8) membros suplentes, sendo 50% dos assentos ocupados por usuários e os outros 50% distribuídos entre representantes da Administração Municipal e trabalhadores de saúde (SEMUS, 2007).

Em entrevista aos conselheiros de saúde muitos relatam vivenciar uma relação independente, pois se sentem autônomos na produção da política pública e com mais infraestrutura para desempenharem suas funções. Apontam como um dos principais avanços a chegada definitiva dos conselhos locais de saúde, garantindo um conselho a cada território/unidade de saúde.

Um discurso que atravessa toda a política está hoje centrado na capacitação e qualificação dos conselheiros. Muitos apontam que os cursos de capacitação fornecidos pela SEMUS aos técnicos da Estratégia de Saúde da Família foram de suma importância para formar as equipes do município com um olhar mais atento ao território, às demandas locais e às necessidades da população. Da mesma forma, apontam que essa ação seria também necessária aos conselheiros como estratégia de humanização à toda rede. Todavia essa qualificação deveria ser mais politizada para o enfrentamento dos dilemas sociais enfrentados por toda a rede do sistema.

A demanda dos conselhos é por mais integralidade nas ações. Discutir a criação de vínculo, estratégias de acolhimento, tornar a relação entre profissionais e usuários mais estreita e mais atenta. Essa lacuna tem sido denominada também por humanização do sistema – a criação de vínculos entre técnicos e usuários, potencializando as ações de saúde em cada território.

A atual gestão avançou em um aspecto extremamente positivo na visão dos conselheiros: a ampliação dos períodos de atuação de muitas unidades de saúde para atendimento em

horários noturnos e finais de semana. Desta forma, pode-se estar atento aos usuários que trabalham nos horários comerciais e a eles dedicar uma atenção particularizada.

Por outro lado, os conselheiros entrevistados demonstram sério descrédito à formação de novos conselheiros atribuindo a ausência de tempo como um determinante para a renovação do cenário político. Durante as entrevistas reconhecem que na maior parte das regiões da cidade é alto o número de pessoas que trabalham nos horários comerciais e possuem muitas vezes mais de um vínculo empregatício, principalmente na cidade de Vitória. Este seria o fator determinante para não participarem das reuniões locais dos conselhos. Claramente o argumento mostra-se como um forte determinante; contudo sabe-se que este panorama político só seria remodelado se de fato houvesse uma retomada dos movimentos sociais para a formação de novas agendas políticas, pautando novas demandas sociais e conseqüentemente formando novos atores para o jogo das relações com o Estado.

No decorrer do processo de implantação do SUS a descentralização do sistema era a estratégia máxima de democratizar a área administrativa, tornar a estrutura de poder mais flexível e possibilitar tomadas de decisões que levem em conta vários pontos de vista. A tentativa era pensar o sistema como um todo atuando localmente através dos conselhos de saúde. O que se tem observado, no entanto, é que os acordos possíveis se dão no decorrer do jogo político, nas relações constitutivas entre o público e o privado.

No decorrer do ano de 2007 muitos convênios importantes foram aprovados pelo conselho no município de Vitória. Os conselheiros entrevistados destacam: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (ISCMV), a Pró Matre, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Vitória (APAE), Sociedade Amigos do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (SAHUCAM), Hospital Santa Rita e a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC). Em todos os casos destacam a necessidade de exames, consultas especializadas ou serviços de maternidade para o município.

Muitas medidas ainda precisam ser tomadas em direção a gestão plena do sistema. Há um entrave entre a atenção básica, a média e a alta complexidade. Muitos conselheiros relatam que o atendimento realizado pelas unidades de saúde é preciso e muito qualificado, entretanto não conseguem avançar em seus diagnósticos ou tratamentos em função da ausência de serviços de exames mais complexos ou internações para tratamento. Alternativas como a co-gestão foram apontadas para suprir o imediato. No entanto, não apostam em outra alternativa que não seja a gestão plena do sistema.

Entre a peculiaridade dos hospitais como espaço de luta política de estados e municípios e o alto número de clínicas particulares situadas na cidade de Vitória está situado o conflito público x privado da região metropolitana. A população esbarra na dificuldade de acessar os serviços de alta complexidade pelo trâmite estadual: filas de espera, ausência de serviços de diagnose e tratamento ou mesmo o acesso a um exame mais especializado.

Por outro lado, Vitória possui um alto número de clínicas particulares voltadas para esta finalidade. A população residente, então, se desloca aos serviços privados; visto que possui uma classe média com poder de compra destes e a população que depende unicamente do SUS se aglomera junto aos moradores de cidades vizinhas na busca por serviços hospitalares ou meramente clínicos. A resposta à população não é dada de forma eficaz, então muitas vezes a espera pela realização de um exame mais complexo faz com que o quadro de adoecimento evolua de forma rápida após o primeiro atendimento realizado nas unidades de saúde.

Por outro lado, o município vem aumentando a aplicação de recursos na saúde e cumprindo a Emenda Constitucional 29/2000 com aporte financeiro próprio, superando 15%. Com a vinculação orçamentária de investimentos é fundamental que a definição das despesas em saúde siga as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e reafirmadas nas últimas conferências nacionais.

O orçamento público da cidade de Vitória aparece detalhado no quadro abaixo:

Discriminação	2005	2006	2007
Despesa total com saúde sob a responsabilidade do município, por habitante	R\$ 284,74	R\$ 346,48	R\$ 448,94
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde	1,50%	1,95%	1,62%
Participação da despesa própria aplicada em saúde conforme a EC 29/2000	15,83%	17,58%	18,50%

Fonte: Datasus, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos, SIOPS, 2008.

III – À GUIA DE CONCLUSÃO: desafios para a política de saúde municipal

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi a expressão máxima daquilo que a saúde pública chamou por “inversão do modelo”. Isto é, a expectativa de retirar as pessoas dos hospitais, muitas vezes levadas desnecessariamente à internação; e colocá-las em atendimentos considerados básicos ou primários – a atenção primeira à saúde. Neste campo se daria a execução das atividades de prevenção ou promoção da saúde, visto que atenderia os usuários do SUS, identificaria precocemente os agravos e atuaria de forma mais próxima através dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família.

Um cenário que a princípio caracterizamos por positivo, tornou-se, porém preocupante; veio a fazer o caminho inverso: a identificação precoce de doenças trouxe mais pessoas aos hospitais e aos serviços de média complexidade à procura por tratamentos especializados às suas doenças.

Dentre as projeções para a cidade, certamente assumir os serviços de média e alta complexidade tornam-se uma prioridade nos próximos passos da gestão da saúde pública. No ano de 2007 a cidade assumiu a capacidade plena de avançar na média e alta complexidade ambulatorial e pactuou isto com o Estado. Os entraves estão agora situados na capacidade de organizar os fluxos de atendimento, visto que a capital recebe a população de todos os municípios vizinhos para ser atendida nos serviços de alta complexidade.

No que se refere a média complexidade a estruturação dos serviços dependeria também da capacidade de alcançar recursos humanos especializados, e nisto, a cidade possui seus principais ativos. Para cada 129 moradores da cidade, um (01) tem formação em medicina. A maior parte desses médicos mora e trabalha em Vitória.

Vitória tem hoje 49% de sua população assegurada por planos de saúde privados - um número alto e que a coloca como uma das maiores capitais do país com cobertura de serviços privados de saúde. Algo que pode também sugerir que sua população tem um padrão de renda favorável a aquisição de planos de saúde. Para se ter um parâmetro comparativo, um município como o de Serra tem 80% de sua população dependente exclusivamente do sistema público de saúde (SUS); Cariacica possui a mesma estatística. A

partir disto, pode-se entender porque atualmente no discurso dos gestores é praticamente impossível pensar uma política de saúde para a cidade desassociada dos serviços da iniciativa privada.

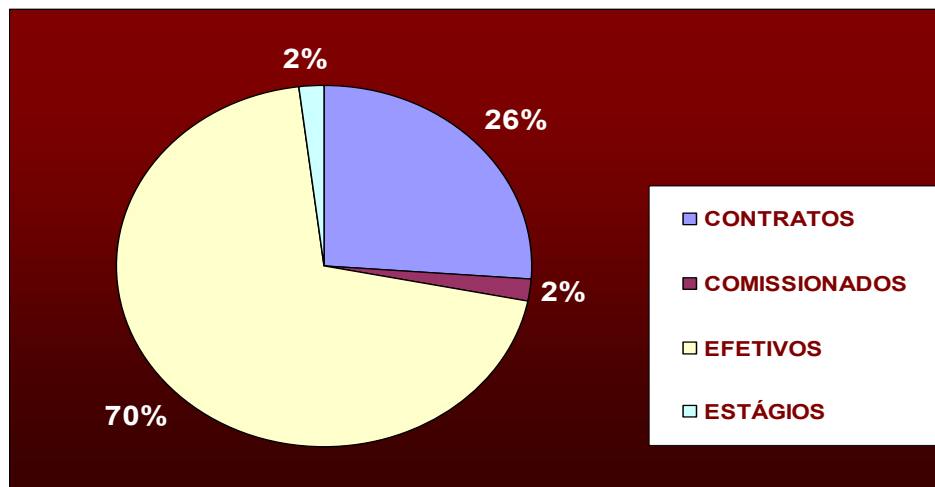
Se, por um lado, os serviços especializados e de média complexidade são atualmente um dos principais pontos a serem discutidos como um desafio para a evolução da política de saúde de Vitória; contraditoriamente, pode-se afirmar que a cidade possui sua rede de serviços clínicos especializados na rede privada. Segundo dados da Secretaria da Fazenda (2008), no município existe cerca de 600 registros de pessoas jurídicas com atuação na área da saúde. Ou seja, 600 possíveis clínicas e consultórios de atendimentos especializados – um verdadeiro mercado que tende somente ao crescimento.

Na rede atual, para o morador da cidade esses serviços vêm garantindo a atenção especializada a determinados agravos e funcionariam como uma referência às vinte e oito (28) Unidades de Saúde (com função de atenção primária). Os principais atendimentos hoje ofertados pela Prefeitura de Vitória estão nos oito (08) Centros de Referência do Idoso (CRAI), de DST/AIDS, de Atenção Psicossocial (CAPS), de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Policlínica São Pedro e Centro Municipal de Especialidades (CME). Paralelamente a estes serviços também é possível contar com a rede conveniada, como o Hospital Santa Rita, Hospital da Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) e a Pro Matre. Para suporte a esses serviços pode-se contar com o Laboratório Central Municipal para exames básicos de análises clínicas (hemograma, EAS, EPF, VDRL, dosagem de glicose, colesterol, ácido úrico, etc.) e de média complexidade (dosagem hormonal e marcador tumoral (PSA).

Direta ou indiretamente toda a população utiliza dos serviços da saúde pública, seja entre as ações da *vigilância sanitária* (controle de alimentos, ambientes públicos como restaurantes, bares, escolas, creches...); entre as ações da *vigilância epidemiológica* (vacinação de crianças, idosos e adultos) ou mesmo as ações da *vigilância ambiental* (controle da água, do solo, do ar, animais nocivos...). Ou seja, contraditoriamente, determinados serviços aparecem com certa “invisibilidade” pela sua característica hoje considerada indispensável e realmente universal.

A capital tem 8% da fonte de trabalho de voltada para a área da saúde. Este número refere-se a população total moradora da cidade. Frente a esta questão, a marca da última administração esteve voltada à valorização dos seus profissionais. Em 2007 a Secretaria

Municipal promoveu um concurso público para preenchimento dos seus quadros. Somente em 2007 a SEMUS pode contar com 70% de seus funcionários no quadro efetivo; 26% contratados e apenas 2% composto por cargos comissionados. A demanda de técnicos e conselheiros de saúde agora mostra-se somente por mais qualificação para atuarem melhor – cursos e capacitações com a finalidade de “afinar” os discursos na área básica. Todavia, a formulação de sua política de recursos humanos aponta então para a necessidade de revisão de seus parâmetros, uma vez que a inserção de novos profissionais com qualificações diferenciadas se insere no quadro municipal.



Fonte: Semus (2007)

A secretaria realiza o planejamento das ações por eixos prioritários, sendo eles: criança, adulto, idoso e adolescente. Esta metodologia de trabalho se distingue por priorizar os ciclos de vida e não os agravos. As doenças são pensadas como eixos que transversalizam as ações por cada um desses ciclos de vida. Essa estratégia aponta para a necessidade de se pensar a partir do usuário que utiliza o serviço e não somente a partir da doença que o levaria a acessar o sistema.

Esse cenário nos leva a pensar o planejamento das ações como uma alternativa às práticas de integralidade que se visava implantar após a reforma sanitária. Não cabe aqui reforçar um ideário que norteie um pensamento de abandono ao conhecimento sobre as doenças ou mesmo desvalorizá-las como condição de acesso ao SUS. Cabe, portanto, distinguir um esforço em planejar as ações a partir do usuário na sua condição humana – integral. Pensar a gestão da saúde de uma cidade pautando-se por sentidos de integralidade significa aceitar sua polifonia, ou seja, seus múltiplos sentidos, as muitas razões que levam o usuário a buscar um serviço de saúde. Garantir o acesso aos serviços, então, significa estar atento a

sentidos híbridos que muitas vezes não se resumem a uma consulta médica para atender um quadro de adoecimento.

Para se estruturar uma “outra” rede de serviços cabe destacar o avanço da cidade na concepção da política e no foco dos seus investimentos nos serviços de orientação ao exercício físico e na implantação das academias populares. A gestão da saúde pública tem se tornado intersetorial planejando-se a atuar cada vez mais sob o viés da promoção à saúde. O empenho em tornar-se uma referência como “capital do esporte” atribui-lhe o papel de cidade promotora da saúde, voltada também a outros determinantes sociais que não se resumem ao investimento no quadro de adoecimento de sua população. Para isto, torna-se necessário firmar acordos com a secretaria de esportes, educação, assistência social... para ampliar a concepção de sua política pública.

Então esta é a diferença prática dos conceitos entre *prevenir* e *promover a saúde*. Qual o significado dessa terminologia para a saúde pública? “Promover” é dar impulso; fomentar; favorecer o desenvolvimento de algo; ser a causa de; gerar. Quando apontamos a necessidade de ações de promoção à saúde nos referimos a uma gestão que favoreça desenvolvimento da saúde e que gere um “município saudável”. Quando nos pautamos somente pela “prevenção” estamos nos referindo a atuação sob condições, riscos, agravos e determinantes que já conhecemos. Prevenir é se antecipar; evitar que algo aconteça; chegar antes. Do ponto de vista da saúde pública, a prevenção exige um conhecimento sobre algo e faz com que se tenha a posição de antecipação ao que se conhece e já está determinado. A dificuldade então está exatamente em ir além, promover.

Um exemplo disto são as questões que envolvem a adolescência. Os dados atuais demonstram que se têm filhos muito mais cedo, mas encerra-se o número de gestações também mais cedo através de métodos de esterilização. Outro determinante social está centrado na alimentação, algo que começa a ser indicado na infância: em apenas duas décadas o principal problema da infância estava associado à desnutrição, hoje pode-se afirmar que as unidades de saúde e os ambulatórios de endocrinologia dos hospitais tratam o sobrepeso na infância e na adolescência em números massivos, epidêmicos.

Isto é, existem determinantes que são sociais atuando sobre a saúde pública: o hábito, o costume, a educação e o estilo de vida que se produz são essenciais para a compreensão dos agravos atuais que chegam às portas dos serviços de saúde. Pode-se de forma categórica exemplificar com os números de internações que geram a violência – denominada por “causas externas” à saúde, mas hoje “internalizada” pelos serviços de

urgência e emergência das cidades. As causas externas somadas às neoplasias formam a grande tendência a ser pensada em longo prazo no planejamento da saúde pública para o município.

No discurso dos gestores a tendência da cidade se pauta em curto prazo a reduzir definitivamente números que se colocam como um desafio à administração atual: ampliar a distribuição de medicamentos, dando um enfoque à saúde do idoso; a prevenção do câncer na mulher e reduzir a mortalidade infantil. Por isso, torna-se tão importante focar as ações nos serviços de média complexidade, visto que determinados indicadores se tornam impreteríveis na sua erradicação.

No caso da saúde do idoso, a cidade de Vitória tem hoje dados peculiares sobre quebra do fêmur – a capital que mais registra este tipo de acidente por queda entre seus idosos. Toda dinâmica da cidade e do âmbito privado, residencial, precisa ser revista. Não somente porque o número de idosos tende a uma média mundial em aumentar. Um dado que não atinge exclusivamente países ricos ou desenvolvidos, mas uma inversão mundial na expectativa de vida das populações em função do avanço de tecnologias de medicamentos e também de serviços que garantam a vida e a sobrevida de grande parte da população.

Isto é, uma dinâmica da cidade e de seus fluxos que precisa ser resignificada. Pensar estradas, rodovias, ciclovias, calçadas, serviços que facilitem não somente o movimento de coisas ou fluxo de capitais, mas também de uma gama da população que apresenta dificuldade de deslocamento por questões relacionadas à visão ou mesmo ao movimento do corpo. Assim, se pensaria uma cidade mais aprazível não somente a idosos, mas crianças ou portadores de necessidades especiais.

Por fim, ressaltamos a necessidade em se retomar o debate sobre a formação da região metropolitana. No caso da saúde, atualmente pertencente a uma divisão territorial que não se pauta pela divisão metropolitana estabelecida, mas sim outra territorialização, (Vitória, Viana, Cariacica e Santa Leopoldina), pode-se considerar paralisado o debate sobre a formação de uma grande rede metropolitana para as cidades. Os limites geograficamente delimitados nunca foram um parâmetro para a saúde pública, visto que a partir da divisão territorial da atenção básica, os serviços da atenção primária foram demarcados entre as cidades, todavia os serviços hospitalares, ambulatoriais ou laboratoriais historicamente são “porta de entrada” nas grandes capitais. A população das cidades vizinhas migram para a cidade de Vitória em busca do atendimento “mais complexo” ou que requeira internação, isto porque ainda são as capitais detentoras dos serviços de saúde com mais aparato

tecnológico e com mais diversidade de especialidades disponíveis.

Por outro lado, dentre os entrevistados para este diagnóstico, envolvendo gestores, técnicos e conselheiros de saúde, todos afirmam que de fato este pacto nunca foi tomado como prioridade pelo estado. O articulador central de uma política metropolitana seria o gestor estadual, articulando interesses e mediando as demandas territoriais que certamente envolveria acordos políticos fundamentais para o avanço das negociações entre as cidades. Para a saúde este acordo seria de fundamental importância na pactuação de novos contratos, convênios ou consórcios; contudo a cidade de Vitória neste ínterim continua a receber a população dos municípios vizinhos e ainda a população “flutuante” que chega à cidade em períodos de contratações temporárias, migrações internas, trabalhos sazonais ou deslocados de sua rede familiar por uso de álcool e drogas, abandono ou transtornos mentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, Sérgio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRAVO, M.I.S. & PEREIRA, P.A.P. (orgs.) **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

COHN, A. e ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2ª Edição. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1998.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da Saúde: conceitos , reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

EIBENSCHUTZ, C. (Orgs). **Políticas de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

FLEURY, S. & OUVERNEY, A.M. **Gestão de Redes – a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: editora FGV, 2007.

KARSCH, U. & COHN, A. (Orgs.). **A Saúde como Direito e como Serviço**. 2ª edição – São Paulo: Cortez, 1999.

NAJAR, A.L. (Orgs). **Saúde e Espaço – estudos metodológicos e técnicas de análise**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. In: **Saúde e Sociedade** 3(2): 5-21, 1994.

OLIVEIRA, R.M. Saneamento e Pobreza no Brasil. In: Stotz, V.V., Valla, E.N. (et all). **Para compreender a pobreza no Brasil**. Contraponto – ENSP, Rio de Janeiro: 2005.

PAIM, J. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury, S. **Saúde e Democracia – a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A (Orgs.). **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC-ABRASCO: 2005.

_____. **Cuidado**: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; HUCITEC; ABRASCO, 2004.

_____. **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

_____. **Os Sentidos da Integralidade**: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

POSSAS, C. **Saúde e Trabalho – a crise da previdência social**. 2ª edição, São Paulo, Editora HUCITEC, 1989.