GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO – SEP
INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES – IJSN

RELATÓRIO



Fotografia: Leonardo Silveira/PMV

2023.6MIL12 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES - 19/10/2023 11:01 - PÁGINA 1 / 01

Análise Territorial de Saúde

IJSN/TCE-ES

Instituto Jones dos Santos Neves

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria de Economia e Planejamento

Outubro de 2023

Instituto Jones dos Santos Neves

Análise Territorial de saúde – IJSN/TCE – ES.

Vitória, ES, 2023. 80p. il. Tab. (Relatório).

1.Saúde. 2. Cidades Saudáveis. 3. Indicadores.
4. Território. 5. Espírito Santo (Estado).

I. Miranda, Cynthia Lopes Pessoa de. II. Título.

As opiniões emitidas são exclusivas e de inteira responsabilidade do (os) autor (es), não exprimindo necessariamente, o ponto de vista do Instituto Jones dos Santos Neves ou da Secretária de Estado de Economia e Planejamento do governo do Estado do Espirito Santo.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 2 / 81

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
José Renato Casagrande

VICE-GOVERNADORIA
Ricardo Ferraço

SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO – SEP
Álvaro Rogério Duboc Fajardo

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES – IJSN

Diretor Presidente
Pablo Silva Lira

Diretoria de Estudos e Pesquisas
Pablo Medeiros Jabor

Diretoria de Integração e Projetos Especiais
Antônio Ricardo F. da Rocha

Diretoria de Gestão Administrativa
Katia Cesconeto de Paula

Coordenação Geral
Clemir Regina Pela Meneghel

Elaboração
Cynthia Lopes Pessoa de Miranda

Colaboração
Mayte Cardoso Aguiar (TCEES)
William Joubert Ramos de Almeida
Leonara Gomes Soares (Estagiária)

Bibliotecária
Rosana Mariano Chagas

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 3 / 81

Instituto Jones dos Santos Neves

Sumário

1. Objetivos 5

2. Justificativa 6

3. Metodologia 11

4. Painel de indicadores multidimensional da saúde 24

4.1 Dimensão Saúde 24

4.2 Dimensão Territorial 35

4.3 Dimensão Ambiental 42

4.4 Dimensão Social 50

4.5 Dimensão Gestão Pública 52

5. Espacialização das informações 58

6. Considerações finais 75

Referências 76

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 4 / 81

1. Objetivos

O objetivo principal deste estudo é **realizar análise territorial, multidimensional e integrada da saúde no Espírito Santo**, com a identificação das necessidades e desigualdades no território capixaba, de modo a: produzir informação e conhecimento para orientar, de forma qualificada e a partir de evidências, as ações integradas da saúde coletiva nos diferentes níveis de decisão; subsidiar o acompanhamento de planos e metas no contexto estadual, regional e, principalmente, municipal, visto que o município é o ente responsável pela política local de saúde; promover e fortalecer ações em saúde a partir de uma abordagem intersetorial e multidimensional, considerando a inter-relação entre os *resultados em saúde* e os *determinantes da saúde*, que se relacionam com as condições de vida de uma determinada população no território. Neste último caso, partindo do princípio da interconexão entre a promoção da saúde e o desenvolvimento urbano sob a perspectiva da cidade saudável.

Em suma, busca-se a promoção da equidade em saúde no território capixaba, a partir de políticas e ações focalizadas e integradas para o enfrentamento das desigualdades e o atendimento às necessidades específicas de grupos vulneráveis e territórios; assim como a promoção de cidades saudáveis e sustentáveis, a partir de uma abordagem multidimensional e intersetorial dos determinantes da saúde no território. Portanto, considera-se o território como referencial de análise no campo da saúde.

Tem como objetivos específicos: **Mapear referências e metodologias de análise de saúde; Construir Painel de Indicadores para análise de saúde; Realizar análise territorial de informações, dados e indicadores selecionados do Painel, a partir da espacialização por meio de Sistema de Informação Geográfica (SIG).**

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 5 / 81

2. Justificativa

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, define que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. A saúde também é um direito garantido na Constituição Federal do Brasil.

Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 6º, "São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [..]". Ademais, a saúde está presente como um direito fundamental e universal na Constituição Federal brasileira em sua Seção II – Da Saúde, Artigos 196 a 200, cabendo destacar: "Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (CF 1988).

A CF prevê o acesso universal às ações e serviços de saúde, o que possibilita o ingresso de qualquer pessoa no Sistema Único de Saúde (SUS), e o acesso igualitário, não devendo haver distinção em relação à grupo de pessoas, nem de serviços prestados. A CF determina, ainda, que o Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, sendo que cada ente tem suas corresponsabilidades.

Assim, é dever do Poder Público, em todas as suas esferas, níveis de decisão e setores (com a promoção da saúde em todas as políticas setoriais), garantir justiça social e equidade na promoção da saúde. Neste sentido, é necessário o enfrentamento das desigualdades, a partir da identificação e do atendimento às necessidades específicas de grupos vulneráveis e territórios.

Neste contexto, cabe citar a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que tem como objetivo geral "Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 6 / 81

determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais" (PNPS, p. 17)[1]. Observa-se que este objetivo vai ao encontro da necessária abordagem multidimensional, integrada e intersetorial da saúde.

Em âmbito mundial, importa destacar a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável[2], coordenado pela ONU e adotada por 193 Estados Membros em setembro de 2015, cuja implementação teve início em 2016, dando continuidade à Agenda de Desenvolvimento do Milênio (2000-2015), com a ampliação de seu escopo e a inserção de novas metas para o enfrentamento dos problemas socioambientais até 2030.

Trata-se de um plano de ação global que reúne 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS e 169 metas, visando a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades, a sustentabilidade ambiental, dentre outros compromissos.

Figura 1: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Fonte: Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável.[3]

[1] Política Nacional de Promoção da Saúde, 3ª edição, Brasília – DF: 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 04 de novembro de 2021.
[2] Disponível em: https://odsbrasil.gov.br/home/agenda. Acesso em: 04 de novembro de 2021.
[3] Disponível em: https://gtagenda2030.org.br/ods/. Acesso em: 19 de outubro de 2021.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 7 / 81

De certa forma todos os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS[4] se relacionam com a saúde (Figura 1), principalmente sob a perspectiva de uma abordagem multidimensional e integrada da saúde no território, com a promoção de cidades saudáveis e sustentáveis. Contudo, de modo específico, pode-se destacar 2 deles:

- ODS 3 – Saúde e Bem-Estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades;
- ODS 11 – Cidades e Comunidades Sustentáveis: Tornar as cidades e os assentamentos humanos, inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.

Quanto ao ODS 11 – Cidades e Comunidades Sustentáveis, é especialmente importante destacar algumas de suas metas, pois explicitam a visão holística da saúde, na qual devem ser considerados os determinantes e condicionantes da saúde e bem-estar, como habitação, saneamento, transporte, qualidade do ar, áreas verdes, pobreza, etc.

- Até 2030, garantir o acesso de todos à habitação segura, adequada e a preço acessível, e aos serviços básicos e urbanizar as favelas;
- 11.2 – Até 2030, proporcionar o acesso a sistemas de transporte seguros, acessíveis, sustentáveis e a preço acessível para todos, melhorando a segurança rodoviária por meio da expansão dos transportes públicos, com especial atenção para as necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade, mulheres, crianças, pessoas com deficiência e idosos;
- Até 2030, aumentar a urbanização inclusiva e sustentável, e as capacidades para o planejamento e gestão de assentamentos humanos participativos, integrados e sustentáveis, em todos os países;
- Até 2030, reduzir significativamente o número de mortes e o número de pessoas afetadas por catástrofes e substancialmente diminuir as perdas econômicas diretas causadas por elas em relação ao produto interno bruto global, incluindo os desastres relacionados à água, com o foco em proteger os pobres e as pessoas em situação de vulnerabilidade;

[4] Disponível em: https://odsbrasil.gov.br/. Acesso em: 19 de outubro de 2021.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 8 / 81

- Até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros;
- Até 2030, proporcionar o acesso universal a espaços públicos seguros, inclusivos, acessíveis e verdes, particularmente para as mulheres e crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência;
- Apoiar relações econômicas, sociais e ambientais positivas entre áreas urbanas, periurbanas e rurais, reforçando o planejamento nacional e regional de desenvolvimento;
- Até 2020, aumentar substancialmente o número de cidades e assentamentos humanos, adotando e implementando políticas e planos integrados para a inclusão, a eficiência dos recursos, mitigação e adaptação às mudanças climáticas, a resiliência a desastres;
- Apoiar os países menos desenvolvidos, inclusive por meio de assistência técnica e financeira, para construções sustentáveis e resilientes, utilizando materiais locais.

É importante inserir no debate o conceito de cidades saudáveis na promoção da saúde, que se organizou em torno do Movimento Cidades Saudáveis. Segundo Adriano et al. (2004, p. 54)[5], o Movimento é "mais que um conceito, é uma estratégia de promoção da saúde e tem como objetivo maior a melhoria da qualidade de vida da população".

De acordo com Adriano et al. (2004), a proposta de construção de cidades saudáveis surgiu em 1978, na cidade de Toronto, quando um comitê de planejamento publicou o informe *A saúde pública nos anos 80*, onde foram estabelecidas linhas de ação política, social e de desenvolvimento comunitário no nível local, como resposta aos problemas mais prevalecentes de saúde pública naquele momento. Posteriormente, no Informe Lalonde (1996), é proposto um novo enfoque para a saúde pública do Canadá, no qual estaria constituída por quatro elementos principais: a biologia humana, o meio ambiente, os hábitos ou estilos de vida e a organização dos serviços de saúde (ADRIANO et al., 2004). Desta forma, seria possível uma análise mais integral da saúde da população (ADRIANO et al., 2004).

[5] Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/KDdVx3ShZ6fPMMVdmtmCGPj/?lang=pt. Acesso em: 5 de novembro de 2021.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 9 / 81

A constatação da importância dos determinantes da saúde serviu de pano de fundo para a Organização Mundial da Saúde – OMS, o governo canadense e a Associação Canadense de Saúde Pública organizarem, em 1986, a I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, que teve como produto a Carta de Ottawa (ADRIANO et al.).

> A promoção da saúde, a partir daí, passou a ser considerada, cada vez mais, nas políticas de saúde de grande número de países, inclusive na América Latina, onde foi adotada pela Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde - OMS/OPAS, como uma das estratégias para orientar os trabalhos de cooperação técnica na década de 1990. O Movimento Cidade Saudável surge para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local (ADRIANO et al., 2004, p.54).

Em suma, "o Movimento Cidades Saudáveis nasceu da constatação de que a saúde das pessoas que vivem nas cidades é fortemente condicionada pelas suas condições de vida e de trabalho, pelo ambiente físico e socioeconômico e pela qualidade e acessibilidade dos serviços de saúde" (Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis)[6].

A OMS define município saudável como "aquele que melhora, de modo contínuo, o seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade" (RIGHETTI, 2004)[7]. Baseada nesse conceito, a OMS lançou, na década de 1980, a proposta Cidades Saudáveis, que propõe-se a direcionar as políticas públicas, orientando a implementação, em âmbito municipal, de diretrizes que atuem sobre os determinantes sociais da saúde, visando ao alcance de adequada qualidade de vida e bem-estar para a população. Transformada em um movimento mundial, conforme já mencionado, a proposta chegou à América Latina na década seguinte com o nome de *Municípios e Comunidades Saudáveis*, por meio da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), que integra a OMS (RIGHETTI, 2004).

Segundo a OMS (1995), para que uma cidade se torne saudável, deve esforçar-se para proporcionar: um ambiente físico limpo e seguro; um ecossistema estável e sustentável; alto suporte social, sem exploração; alto grau de participação social; necessidades

[6] Associação Parceira da OMS. Disponível em: http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/apresentacao/movimento_cidades_saudaveis#c. Acesso em: 5 de novembro de 2021.
[7] http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252004000200004

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 10 / 81

básicas satisfeitas; acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações; economia local diversificada e inovativa; orgulho e respeito pela herança biológica e cultural; serviços de saúde acessíveis a todos; etc. (ADRIANO et al.).

Na busca da equidade em saúde e da promoção de cidades saudáveis, é necessário planejamento e gestão, principalmente em uma perspectiva multidimensional e intersetorial. Neste sentido, conhecer a situação de saúde de uma população em um determinado território é uma ferramenta fundamental, visto que subsidia a tomada de decisão por meio de evidências, podendo ser utilizado como proxy nas atividades de planejamento, definição de prioridades, alocação de recursos em diversas áreas, tais como infraestrutura urbana e proteção social. Além de subsidiar a avaliação e monitoramento de programas, objetiva também melhorar a integração de intervenções.

Por fim, cabe citar o território como referencial de análise na saúde, partindo-se do princípio do território como eixo transversal, o qual será abordado em Metodologia.

3. Metodologia

Inicialmente, importa abordar o território como base da análise aqui proposta. Um importante referencial teórico foi o artigo O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente, cuja proposta "é a de realizar uma discussão teórica e metodológica da categoria território como referencial de análise no campo da saúde e de sua interação com o ambiente [...]" (MONKEN et al., p.2):

> Assumindo o território como eixo transversal, desenvolve reflexões sobre suas possíveis articulações com o ambiente, suas variadas abordagens e seus diferentes significados e aplicações no campo da saúde (MONKEN et al., p.2).

Primeiramente, os autores tratam do conceito de espaço geográfico. Posteriormente, introduzem o conceito de território, sua evolução e diversas vertentes, destacando que mais recentemente as discussões sobre o território "incorporam a componente cultural considerando que o território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômico-política" (MONKEN et al., p.5). Assim, destacam que:

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 11 / 81

> A ideia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre as pessoas. Isto aponta para novas propostas teórico-metodológicas, cuja base está na perspectiva da operacionalização do conceito de território usado de Santos e Silveira (2001) na escala social do cotidiano. Com forte apelo antropológico, esta abordagem de território abre boas possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção básica, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários (MONKEN et al, p. 5).

Os autores discorrem sobre os dois conceitos em sua aproximação com a saúde[8]. Segundo Monken et al (p. 15), o conceito de território não havia despertado o mesmo interesse por parte dos sanitaristas quanto o conceito de espaço, sendo que "o aumento do interesse pelo território na saúde é um fenômeno recente, e partiu principalmente dos gestores de saúde e estudiosos em administração dos serviços e dos próprios trabalhadores destes serviços [...]".

No caso do Brasil, os autores citam alguns motivos que possam ter contribuído para este fenômeno, com destaque para a implementação do SUS.

> Em primeiro lugar, constata-se que a "Reforma Sanitária Brasileira", em particular o projeto de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), motivou uma reflexão sobre o funcionamento dos serviços e, com isso, de sua base territorial, levando a um maior interesse sobre os critérios de delimitação de territórios para a saúde. É sob essa ótica gerencial que se invoca o conceito de território, concebido, assim, como área político-administrativa, com maior ênfase na repartição do espaço do que nos processos que aí se desenvolvem. A operacionalização do conceito de território é o principal objetivo desta retomada (MONKEN et al, p. 16).

Em contrapartida, destacam que "esta reflexão propiciou a redefinição do próprio conceito de território utilizado nas políticas públicas de saúde, dando lugar a propostas mais amplas do que a de território político administrativo, conferindo-lhe maior densidade teórico-metodológica" (MONKEN et al., p.16). A partir daí, alguns autores passaram a reafirmar a importância da categoria território para a implementação de uma reforma democrática da saúde. Para Unglert (1999, Apud MONKEN et al, p. 16), por exemplo, "a base territorial é um dos princípios organizativo-assistenciais mais importantes do sistema de saúde":

[8] Para maior detalhamento ver o artigo "O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente" (MONKEN et al)

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 12 / 81

> [...] o estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para a criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita Unglert (1999, Apud MONKEN et al, p. 16).

Portanto, concluem os autores do artigo,

> [...] o território da Saúde Coletiva onde se desenvolvem ações de saúde pública, são produções coletivas, com materialidade histórica e social e configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do setor. O objetivo é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação de saúde e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar. Assim, o território que falamos é, ao mesmo tempo: o território suporte da organização das práticas em saúde; o território suporte da organização dos serviços de saúde; o território suporte da vida da população; o território da conformação dos contextos que explicam a produção dos problemas de saúde e bem-estar; o território da responsabilidade e da atuação compartilhada (MONKEN et al, p. 16).

No campo da análise de saúde, a metodologia Análise de Situação de Saúde – Asis foi uma importante referência para esse trabalho. Esta metodologia, ampla e complexa, é detalhada no documento Asis – Análise de Situação de Saúde (2015), elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com Universidade Federal de Goiás (UFG), segundo o qual a Asis tem como objetivo "criar informações e conhecimentos válidos sobre a situação de saúde de uma população em determinado território/contexto, mas tem como finalidade principal informar a tomada de decisão em saúde de maneira oportuna em todas as suas instâncias" (Asis, 2015).

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) define a Asis como um "processo analítico-sintético que permite caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde [...]" (Apud Asis, 2015). Outros conceitos referenciados no mesmo documento são:

> [...] a Asis é um processo pelo qual se busca explicar o estado de saúde dos habitantes, de um determinado espaço geográfico, em um dado momento. Isso é alcançado por meio da análise do entorno segundo o ponto de vista dos diferentes atores sociais [tradução livre dos autores] (Curso de Asis em Costa Rica apud Asis, 2015, p. 10).

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 13 / 81

> [...] a Asis é uma metodologia de análise, na qual o observador tem a intenção de definir a realidade de um determinado espaço populacional, partindo dos problemas identificados para posteriormente analisar seus determinantes sociais, econômicos, biológicos, ambientais ou ecológicos e de serviços de saúde, levando em conta a perspectiva dos atores sociais para definir com eles prioridades comuns [tradução livre dos autores] (Curso de Asis em Costa Rica apud Asis, 2015, p. 10).

Observa-se que a Asis é caracterizada como um *processo*, sendo, portanto, contínua. Outro elemento presente conceitualmente são os *determinantes* da saúde (sociais, econômicos, ambientais, etc.), que se relacionam com as condições de vida de uma determinada população/atores sociais em um determinado contexto/território.

Para que a Asis, de fato, seja mais do que um processo acadêmico e/ou burocrático de produção de conhecimento sobre a situação de saúde de um grupo populacional, ela deve apresentar certos *atributos desejáveis* (Asis, 2015). O documento define um conjunto de 11 atributos, os quais servem de referências desejáveis para a análise de saúde aqui proposta, apesar de não ser objetivo deste trabalho realizar a Asis integral, tal como se apresenta – conforme será explicitado adiante ao se destacar os 3 tipos de Asis. São eles: Processos contínuos; Estratégicos; Oportunos; Análise e síntese[9]; Analisa a situação de saúde[10]; Metodologicamente adequadas (válidas e precisas); Valorização da validade externa[11]; Preferencialmente multidisciplinar; Preferencialmente participativo; Preferencialmente institucionalizados; Favorável razão de custo-efetividade para a produção do conhecimento (Asis, 2015).[12]

[9] Segundo o documento, embora a análise e a síntese sejam aparentemente contraditórias, são absolutamente complementares: "A análise é entendida como o "exame de cada parte de um todo, tendo em vista conhecer sua natureza, suas proporções, suas funções, suas relações etc". No contexto da Asis, a análise deve promover a observação do problema/pergunta da gestão em suas partes, incluindo a busca de dados, a identificação daqueles dados que são relevantes e a transformação desses dados em informação útil. Por outro lado, a síntese é a "reunião de elementos concretos ou abstratos em um todo através de fusão ou composição"" (Asis, 2015).

[10] "[...] "situação" se refere à realidade em que está imerso um "ator social", o qual tem importância para as atividades que ele exerce; e que toda situação tem um contexto temporal, geográfico, social (incluindo o cultural), econômico, ecológico e biológico" (Asis, 2015).

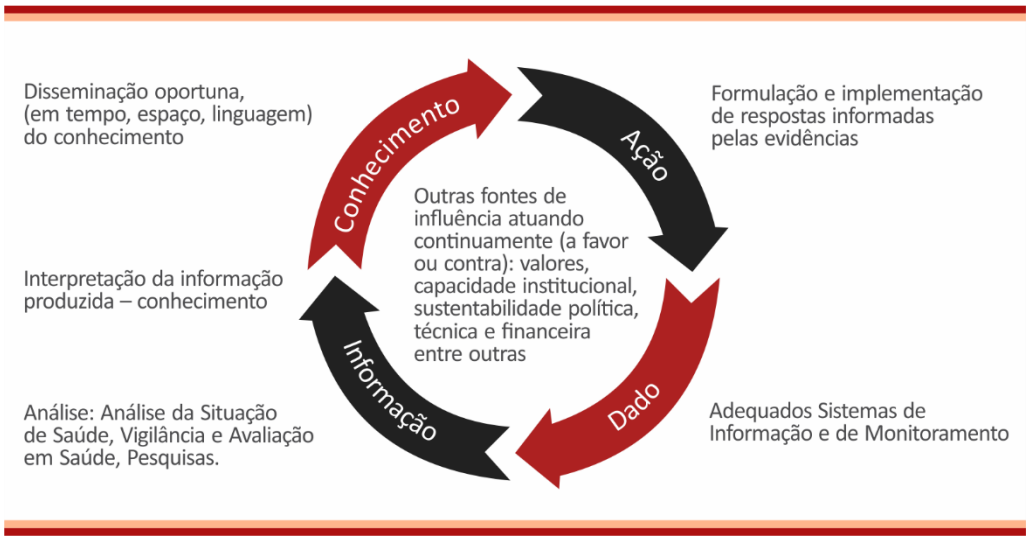
[11] "[...] a validade externa refere-se ao potencial de aplicação dos achados nos mais diferentes contextos e em populações distintas daquelas estudadas" (Asis, 2015).

[12] Para maior detalhamento de cada um deles, consultar o documento Asis – Análise de Situação de Saúde (2015), Ministério da Saúde/UFG, Volume 1, a partir da página 11 (Seção Atributos da Asis).

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 14 / 81

Cabe destacar, ainda segundo o mesmo documento, que “o fim último da Asis – que talvez seja o elemento que mais a diferencie da pesquisa em saúde em geral – é influenciar o processo decisório, auxiliando na priorização, na formulação e na avaliação das políticas de saúde”, podendo ser entendida, desta forma, “como um dos instrumentos da saúde coletiva baseada em evidências (SCBE) em um movimento espiralar de ação, produção de dados, informações, conhecimento e sua interferência para a modificação da ação”, conforme figura a seguir (Asis, 2015).

Figura 2: Tomada de decisão baseada em evidências e respostas



Fonte: Adaptado de Institute for Health Metrics and Evaluation apud Asis, 2015.

> A SCBE fundamenta-se no uso consciente, explícito e crítico da melhor evidência corrente disponível para a tomada de decisão sobre a atenção à comunidade e às populações no campo da proteção da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde. Neste escopo, a evidência pode ser entendida como o dado, a informação ou o conhecimento acurado o suficiente para ser relevante para entender o problema ou para tomar decisão a seu respeito (Asis, 2015, p. 15).

Portanto, o fim último da Asis se coaduna com um dos objetivos principais deste trabalho, que é produzir informação e conhecimento para orientar, de forma qualificada e a partir de evidências, as ações integradas da saúde coletiva nos diferentes níveis de decisão no estado do Espírito Santo. Neste sentido, cabe ressaltar o papel estratégico do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), instituição de pesquisa vinculada à Secretaria de Estado de Economia e Planejamento (SEP), que tem como finalidade produzir

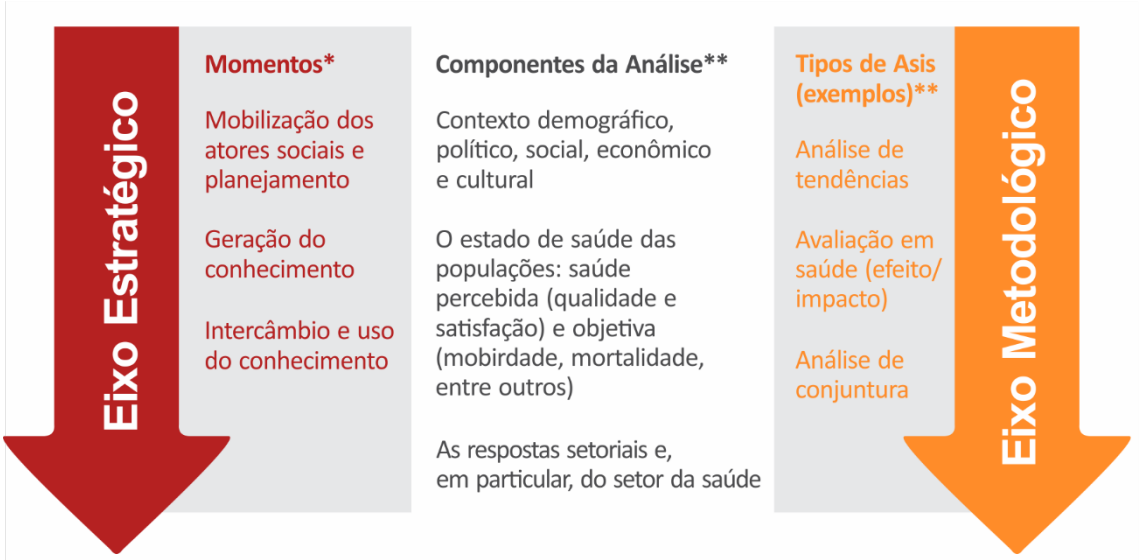
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 15 / 81

conhecimento e subsidiar políticas públicas através da elaboração e implementação de estudos, pesquisas, planos, projetos e organização de bases de dados estatísticos e georreferenciados, nas esferas estadual, regional e municipal, voltados ao desenvolvimento socioeconômico do Espírito Santo.

Sob o ponto de vista metodológico, cabe destacar três tipos principais de Asis (adaptado de Opas, 2001 apud Asis, 2015): Análise de tendências; Avaliação em saúde (efeito/impacto); e Análise de conjuntura. O trabalho aqui proposto restringe-se a esta última, com foco na análise territorializada das desigualdades em saúde. As análises das desigualdades em saúde abordam as diferenças nos níveis de saúde de grupos socioeconômicos distintos e fornecem elementos para o debate das iniquidades em saúde. Já os componentes da Asis (Adaptado de Opas, 2001 apud Asis, 2015), conforme pode ser observado na figura abaixo, são:

- Contexto demográfico, político, social, econômico e cultural;
- O estado de saúde das populações: saúde percebida (qualidade e satisfação) e objetiva (morbidade, mortalidade, entre outros);
- As respostas setoriais e, em particular, do setor da saúde.

Figura 3: Momentos e componentes da Asis



*Fonte: *Adaptado de Choi, 2005, **adaptado de Opas, 2001 apud Asis, 2015.*

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 16 / 81

Contudo, para a presente análise, alguns componentes não serão considerados, como por exemplo, a saúde percebida (qualidade e satisfação). Desta forma, destaca-se aqui a utilização preferencial de dados secundários, principalmente os censitários e os disponíveis no Sistema Integrado de Saúde (SIS), com destaque para as bases de dados do Datasus (SIM, Sinasc, Sinan, etc.)

O uso de dados secundários e dados primários apresentam vantagens e perdas em termos de validade, oportunidade, custo e tempo despendido para análise, dentre outros, que devem ser analisados considerando o objetivo proposto. Segundo o documento utilizado como referência (Asis, 2015), os dados secundários, principalmente aqueles originados de sistemas contínuos de informação nacionais no Brasil, favorecem atributos relevantes da Asis, tais como: oportunidade e continuidade das análises; precisão e validade externa dos achados; simplicidade de uso das bases de dados e menor custo; respeitabilidade dos dados; entre outros. Como ganho secundário, o documento destaca ainda a retroalimentação dos sistemas de informação em saúde em um processo circular de uso dos dados que produz crítica dos dados, qualidade dos dados, mais uso dos dados e assim por diante. Os dados primários, apesar de sua acurácia, demandam maior custo e tempo e tem validade interna (Asis, 2015).

Outra referência importante, no que tange aos conceitos e princípios para uma abordagem integrada da saúde, multidimensional e intersetorial, foi o I Seminário Internacional de Promoção da Saúde e Cidade, ocorrido em 27 de setembro de 2021.[13]

O Seminário em questão evidenciou uma visão holística da saúde, destacando a necessidade da intersetorialidade e da multidimensionalidade na promoção da saúde, ou seja, a “Saúde em todas as Políticas”. Especificamente, cabe destacar a apresentação da Prof.ª Dr.ª Ana Paula Santana (UC/Portugal), que discorreu sobre “as interconexões entre os princípios e valores da promoção da saúde e o desenvolvimento urbano sob a perspectiva da cidade saudável” (SANTANA, 2021).

[13] Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=tu81S1ZP34E

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 17 / 81

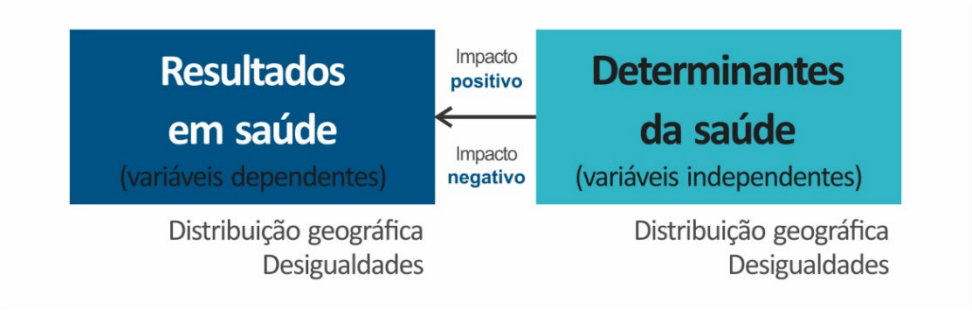
Figura 4: Interconexões entre a promoção da saúde e o desenvolvimento urbano



Fonte: SANTANA, 2021. Seminário Internacional de Promoção da Saúde e Cidade.

Sob esta perspectiva, apresenta uma abordagem multidimensional dos determinantes da saúde, destacando que para planejar a cidade saudável, "é necessário conhecer e avaliar os resultados em saúde e, sobretudo, as condições dos lugares onde as pessoas vivem, trabalham e envelhecem" (SANTANA, 2021).

Figura 5: Abordagem multidimensional dos determinantes da saúde



Fonte: SANTANA, 2021. Seminário Internacional de Promoção da Saúde e Cidade.

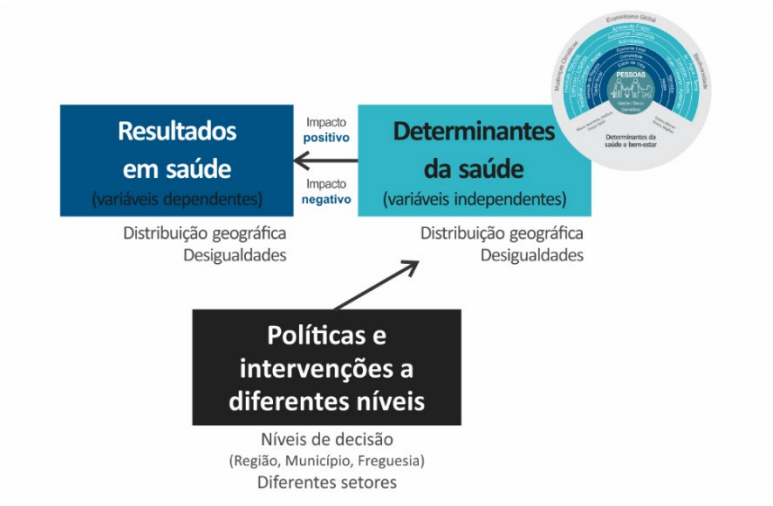
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 18 / 81

Figura 6: Abordagem multidimensional dos determinantes da saúde



Fonte: SANTANA, 2021. Seminário Internacional de Promoção da Saúde e Cidade.

Figura 7: Abordagem multidimensional dos determinantes da saúde



Fonte: SANTANA, 2021. Seminário Internacional de Promoção da Saúde e Cidade.

Desta forma, o *mote* "Saúde em todas as Políticas" é fundamental na promoção da saúde, principalmente na esfera local/municipal, com vistas a alcançar cidades saudáveis. A figura esquemática a seguir destaca esta abordagem fundamental.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 19 / 81

Figura 8: Saúde em todas as Políticas



Fonte: SANTANA, 2021. Seminário Internacional de Promoção da Saúde e Cidade.

No 1º Seminário Municípios, Cidade, Comunidades e Territórios Saudáveis e Sustentáveis: Desafios Atuais e Futuros[14], realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2021, também houve uma convergência neste sentido, tendo como algumas *palavras chave* do evento o *planejamento*, a *integração* e a *intersetorialidade*.

Assim, considerando que a abordagem integrada, intersetorial e multidimensional é fundamental na promoção da saúde, de cidades saudáveis e sustentáveis, com menos desigualdade e mais equidade, é proposto neste trabalho a inserção não apenas dos resultados em saúde, mas também de alguns determinantes da saúde (fatores sociais, econômicos, ambientais, etc., dimensões que determinam as condições de vida da população), na medida do possível a partir dos dados e indicadores disponíveis, compondo o Painel de Indicadores Multidimensional da Saúde.

Quanto à escala a ser utilizada, foi definida a escala municipal, tendo em vista a abordagem proposta, considerando as políticas integradas, "focalizadas e baseadas no

[14] Disponível em: https://municipiossaudaveis.crdlive.com.br/home/.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 20 / 81

lugar, atendendo às necessidades específicas de grupos vulneráveis e dos territórios" (SANTANA, 2021). O que não impede, contudo, a realização de análises macrorregionais, para a definição de estratégias na promoção da saúde, considerando as 3 (três) regiões da saúde de planejamento do Espírito Santo: Central/Norte, Metropolitana e Sul.

Figura 9: Saúde em todas as Políticas – Abordagem Integrada



Fonte: SANTANA, 2021. Seminário Internacional de Promoção da Saúde e Cidade.

Além da Asis (MS/UFG), outras referências foram mapeadas, considerando a construção do Painel de Indicadores, especialmente quanto aos indicadores de resultados em saúde, dentre os quais: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações - Ripsa[15] (OPAS); Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientação de operacionalização[16] (MS; OPAS); Uma Análise da Base de Dados do Sistema Hospitalar entre 2001 e 2018 – Dicionário

[15] Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008

[16] Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 21 / 81

dinâmico, disponibilidade dos dados e aspectos metodológicos para a produção de indicadores sobre a violência (CERQUEIRA et al.). Os indicadores contidos nos ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis) também foram referências importantes inicialmente.

Contudo, na tentativa de somar esforços e melhor operacionalizar o trabalho, em convergência com outras ações em andamento no Governo do Estado, visando ainda o acompanhamento atualizado da Saúde no Espírito Santo, buscou-se utilizar como referência na definição dos indicadores de saúde aqueles que compõem o Painel de Indicadores do Observatório MulherES, eixo "Saúde da Mulher", construído em parceria com o Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN), e os indicadores do Sistema de Pactuação Interfederativa de Indicadores – SISPACTO. Priorizou-se ao máximo esses indicadores, os quais foram discutidos caso a caso junto aos técnicos.

No SISPACTO, além dos indicadores, são pactuadas metas por municípios, regiões de saúde, estados e Distrito Federal. Contudo, durante o desenvolvimento deste trabalho, ocorreu o seu encerramento do SISPACTO. Mais recentemente foi formalizada a Pactuação Bipartite entre o Estado do Espírito Santo, através da Secretaria de Estado de Saúde (SESA), e os municípios, cujo painel é composto de 13 indicadores, alguns coincidentes com o SISPACTO. Os indicadores do Pacto Bipartite começarão a ser acompanhados esse ano, por isso ainda não foi possível utilizar aqueles que não estavam no SISPACTO e eram de interesse da pesquisa.

Cabe ressaltar que na escala municipal o Plano Municipal de Saúde (PMS) é a principal referência, sendo o instrumento que sistematiza os problemas e necessidades de saúde da população do município, as propostas de ação e os resultados a serem alcançados, os quais se expressam em objetivos, diretrizes e metas. É importante que estejam sempre atualizados e agora alinhados com o Pacto Bipartite, recém estabelecido.

Os indicadores são essenciais nos processos de avaliação e monitoramento, pois permitem acompanhar o alcance das metas, o que reforça a necessidade de convergir os indicadores de saúde operacionalizados em outras frentes de trabalho no Governo

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 22 / 81

do Estado, considerando ainda o objetivo comum de acompanhamento permanente e atualizado da saúde no Estado entre as diversas instâncias e órgãos.

Para a definição das dimensões do denominado Painel de Indicadores Multidimensional da Saúde, utilizou-se como referência os eixos temáticos do Projeto "Desenvolvimento Regional Sustentável" (DRS), coordenado pelo IJSN, buscando essa convergência: Territorial; Ambiental; Social; Gestão Pública. Soma-se a essas a dimensão Saúde, totalizando cinco dimensões.

Para a definição dos indicadores que iriam compor especificamente a dimensão Saúde, no âmbito das referências acima citadas (principalmente o SISPACTO), foi criado um Grupo de Trabalho formado por técnicos da Coordenação de Estudos Territoriais (CET) do IJSN, TCE/ES e SESA.[17] Foram realizadas reuniões quinzenais com este GT para discussão e definição dos indicadores de saúde. Os indicadores que iriam compor as demais dimensões foram discutidos internamente na CET.[18]

No caso dessas outras dimensões, houve alguns gargalos na definição dos indicadores. O principal parâmetro considerado foi a disponibilidade dos dados e indicadores por município. Desta forma, em alguns casos foi necessário optar por dados e indicadores sem a periodicidade e atualidade ideal, como os dados do Censo 2010. No caso da mobilidade urbana, por exemplo, há uma carência enorme de informações, por isso a utilização de dados como tempo de deslocamento casa-trabalho, disponibilizado no Censo 2010, e rede cicloviária, disponibilizado no PDUI[19] apenas para os municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV).

Cabe destacar, ainda, os dados referentes ao saneamento básico: optou-se por utilizar os dados do Censo Demográfico 2010 (por domicílios), ainda que desatualizados, com a perspectiva de atualizá-los a partir do novo Censo. Optou-se por não utilizar os dados

[17] Clemir Regina Pela Meneghel, Cynthia Lopes Pessoa de Miranda, William Joubert Ramos de Almeida (CET); Mayte Cardoso Aguiar (TCE/ES); Francisco Silva e Luana Freire (SESA). Tivemos a colaboração da Coordenação de Estatística (CEST) nos indicadores de Saúde que compõem o Painel da Mulher.
[18] Tivemos a colaboração da Coordenação de Estudos Sociais (CES) na definição dos indicadores da dimensão Social do Painel.
[19] Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da RMGV.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 23 / 81

de saneamento provenientes do SNIS[20], pois entendemos, metodologicamente, que não são os mais indicados para a análise que se pretende, considerando que se relaciona com a disponibilidade de rede pelas prestadoras de serviço e não com a efetiva ligação dos domicílios, ou seja, evidencia mais a disponibilidade da infraestrutura existente em detrimento ao atendimento da população.

Para os dados da dimensão Saúde, foi estabelecida uma série histórica que compreende os últimos cinco anos, entre 2017 e 2021, visto que a série histórica é fundamental para as análises de saúde. Contudo, para as demais dimensões não foi possível essa padronização, por suas diversas fontes, metodologias, disponibilidade e periodicidade.

A base de dados construída, que compreende todos os dados e informações do Painel coletados a nível de município, também será disponibilizado como produto. Além disso, foram definidos alguns dados e informações para espacialização e análise. A maior parte do Painel refere-se a dados secundários de fontes confiáveis e oficiais (uma exceção, por exemplo, são as informações de PDM e Planos Setoriais da dimensão Gestão Pública, obtidos a partir de levantamento próprio online).

4. Painel multidimensional de indicadores da saúde

4.1 Dimensão Saúde

A Dimensão Saúde, a maior do Painel, é composta de 16 dados e indicadores. A maior parte, conforme já mencionado, integrava o rol de indicadores do SISPACTO, recém encerrado, sendo que alguns agora também compõem o Pacto Bipartite.

Tabela 1: Dimensão Saúde

Indicador	Fonte
Proporção de gravidez na adolescência	SINASC/TABNET/SESA
Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação	SINASC/TABNET
Óbitos maternos	SIM/TABNET/SESA
Proporção de internações por condições sensíveis à atenção básica - ICSAB	TABWIN/SESA
Mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis	SIM/TABNET/SESA
Taxa de mortalidade infantil	SIM/TABNET/SESA

[20] Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 24 / 81

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária	SIA/TABNET/SESA
Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população de mesma faixa etária	SIA/TABNET/SESA
Proporção de parto normal no SUS e saúde suplementar	SINASC/TABNET/SESA
Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	e-Gestor AB/SESA
Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica	e-Gestor AB/SESA
Morbidade hospitalar segundo causas internações capítulos CID	SIM/TABNET
Mortalidade hospitalar segundo causas capítulos CID	SIM/TABNET
Óbitos segundo neoplasias	SIM/TABNET
Óbitos segundo causas externas	SIM/TABNET
Óbitos por causas evitáveis	SIM/TABNET

Fonte: Elaboração própria.

Proporção de gravidez na adolescência

Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos. Refere-se ao número de nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 19 anos residentes em determinado local e período, dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes no mesmo local e período, multiplicado por 100 (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021). Tem como fonte o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

$$Proporção\ de\ gravidez\ na\ adolescência = \left(\frac{Nº\ de\ nascidos\ vivos\ de\ mães\ adolescentes\ de\ 10\ a\ 19\ anos}{Nº\ de\ nascidos\ vivos\ de\ mães\ residentes\ no\ mesmo\ local\ e\ período}\right) x\ 100$$

Permite estimar a ocorrência de nascidos vivos em condições de risco associado à idade das mães, considerando que condições como prematuridade e baixo peso ao nascer tendem a ser mais frequentes em nascidos de mães adolescentes e idosas, e também oferece indicações sobre a frequência da gravidez precoce, a ser analisada em relação às condições sociais e econômicas da população (DATASUS, 2022).[21]

É um indicador relevante pois monitora a tendência da gravidez de adolescentes com o objetivo de nortear as ações de saúde nas unidades básicas, escolas (programa saúde na escola) e maternidades no território; além de subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

[21] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd16.htm.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 25 / 81

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas

Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação. Trata-se da categoria "adequado" da categorização "Adequação quantitativa de pré-natal".

Com base em dados do SINASC, refere-se ao número de crianças nascidas vivas pela quantidade de consultas pré-natais realizadas pelas mães. As consultas são contabilizadas pelo SUS, portanto, dados em que constam nenhuma consulta realizada, é possível que o pré-natal tenha sido pelo sistema privado de saúde (IJSN, 2021).[22]

Óbitos maternos

Número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e a gravidez) em determinado período e local de residência (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021)[23]. A fonte é o SIM[24].

Segundo o Conceito de óbito materno – A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), considera-se morte materna como a "morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais" (apud PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Dentre os objetivos e relevância deste indicador, destaca-se: avaliar o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência pautada nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento reduzam as mortes maternas evitáveis; analisar variações geográficas e temporais do número de óbitos maternos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado; subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde

[22] Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7740
[23] Ficha de Indicadores.
[24] Sistema de Informação sobre Mortalidade.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 26 / 81

voltadas para a atenção à saúde da mulher; destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do número de óbitos maternos entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Mortalidade prematura

Refere-se aos óbitos prematuros de pessoas na faixa etária entre 30 a 69 anos pelo conjunto das 4 principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), a saber: doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doença respiratória crônica.

Para os municípios com menos de 100 mil habitantes, utiliza-se o número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) por DCNT em determinado ano e local; para os municípios com mais de 100 mil habitantes é utilizada a taxa bruta, calculada da seguinte forma: numerador – número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10: I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10 - E14, em determinado ano e local; denominador – população residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local; Fator de multiplicação – 100.000 (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

$$Mortalidade\ prematura = \left(\frac{Número\ de\ óbitos\ (de\ 30\ a\ 69\ anos)\ por\ DCNT}{População\ residente\ (de\ 30\ a\ 69\ anos)}\right) x\ 100.000$$

O objetivo e relevância deste indicador é contribuir para o monitoramento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que representam a maior causa de óbitos em todo o país. Além de ser um importante parâmetro para planejamento e pactuação de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, voltados aos portadores de doenças crônicas (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021)[25].

Taxa de Mortalidade Infantil

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. Refere-se ao número de óbitos de menores de um ano de

[25] Ficha de Indicadores.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 27 / 81

idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (DATASUS) [26], calculado conforme a seguir:

$$Taxa\ de\ Mortalidade\ Infantil = \left(\frac{Número\ de\ óbitos\ de\ residentes\ com\ menos\ de\ 1\ ano\ de\ idade}{Número\ total\ de\ nascidos\ vivos\ de\ mães\ residentes}\right) x\ 1000$$

De modo a evitar distorções estatísticas, para os municípios com menos de 100 mil habitantes utiliza-se como unidade de medida o número absoluto. Para os municípios acima de 100 mil habitantes é adotada a taxa, comumente utilizada.

Um dos objetivos do indicador é monitorar a assistência pré-natal, a vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto evitando a sua peregrinação e as boas práticas durante o atendimento ao parto e nascimento e a qualidade da atenção hospitalar ofertada a crianças menores de 1 ano (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021)[27].

Razão de exames citopatológicos do colo do útero

Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária

Utiliza-se o seguinte método de cálculo: (Numerador) Soma da frequência do número de exames citopatológicos do colo do útero (procedimentos 02.03.01.001-9 Exame citopatológico cervicovaginal/microflora e 02.03.01.008-6 Exame citopatológico cervico vaginal/microflora-rastreamento) realizados em mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, por município de residência e ano de atendimento / (Denominador) População feminina na faixa etária de 25 a 64 anos, no mesmo local e ano/3. A Unidade de Medida, portanto, é o Procedimento (Exame citopatológico) por mulher na faixa etária. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021)[28]

Este indicador permite a análise de variações geográficas e temporais no acesso a exames preventivos para câncer do colo do útero da população feminina na faixa etária

[26] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm.
[27] Ficha de Indicadores.
[28] Ficha de Indicadores.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 28 / 81

de 25 a 64 anos, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Razão de exames de mamografia

Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária.

Método de cálculo: (Numerador) Soma da frequência do número de mamografias (procedimento 0204030188 - Mamografia Bilateral para Rastreamento) realizadas em mulheres residentes na faixa etária de 50 a 69 anos por ano de atendimento / (Denominador) População feminina na faixa etária de 50 a 69 anos, no mesmo local e ano/2. Unidade de Medida: Procedimento (Mamografia bilateral para rastreamento) por mulher na faixa etária. (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021)

Este indicador tem como objetivo medir o acesso e a realização de exames de rastreamento de câncer de mama pelas mulheres de 50 a 69 anos. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (WHO, 2008 apud PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Proporção de parto normal no SUS e saúde suplementar

Refere-se ao percentual de parto normal no SUS e na saúde suplementar. Tem como fonte o SINASC. É calculado a partir do número de nascidos vivos por parto normal ocorridos, de mães residentes em determinado local e ano, em relação ao número de nascidos vivos de todos os partos, de mães residente no mesmo local e ano (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

$$Proporção\ de\ parto\ normal\ no\ SUS\ e\ saúde\ suplementar = \left(\frac{\begin{matrix} Número\ de\ nascidos\ vivos\ por\ parto\ normal\ ocorridos, \\ de\ mães\ residentes\ em\ determinado\ local\ e\ ano \end{matrix}}{\begin{matrix} Número\ de\ nascidos\ vivos\ de\ todos\ os\ partos, \\ de\ mães\ residentes\ no\ mesmo\ local\ e\ ano \end{matrix}} \right) x\ 100$$

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 29 / 81

Este indicador tem como objetivos: Avaliar o acesso e a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência aumente o percentual de partos normais; Analisar variações geográficas e temporais da proporção de partos normais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos; Contribuir na análise da qualidade da assistência ao parto e das condições de acesso aos serviços de saúde, no contexto do modelo assistencial adotado; Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção à saúde da mulher e da criança; Destacar a necessidade de articulação de estratégias para redução do parto cesáreo entre os gestores do SUS e gestores dos planos privados de saúde, mediada pela regulação da Agencia Nacional de Saúde Suplementar (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica

Trata-se da estimativa de cobertura populacional pelas equipes de Atenção Básica, a partir do seguinte método de cálculo (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021):

$$Cobertura\ populacional\ estimada\ pelas\ equipes\ de\ AB = \left(\frac{Nº\ de\ eSF\ x\ 3.450 + (Nº\ eAB + Nº\ eSF\ equivalente)\ X\ 3.000}{Estimativa\ populacional\ do\ ano\ anterior} \right) x\ 100$$

$em\ determinado\ local\ e\ período$

É um indicador importante, “considerando a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locorregionais de Saúde e eixo estruturante de programas e projetos; além de favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde” (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021). Foi selecionado para compor o SISPACTO visando a diretriz nacional de “ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS” (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 30 / 81

Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica

Trata-se da estimativa de cobertura populacional de saúde bucal na Atenção Básica, a partir do seguinte método de cálculo (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021):

$$Cobertura\ populacional\ estimada\ de\ saúde\ bucal\ na\ AB = \left(\frac{Nº\ eSB\ x\ 3.450 + (Nº\ eSB\ equivalentes\ X\ 3.000)\ em\ determinado\ local\ e\ período}{Estimativa\ populacional} \right) x\ 100$$

Este indicador tem como objetivos, dentre outros: Medir a ampliação de acesso a serviços de saúde bucal na população no âmbito da Atenção Básica; Possibilitar a análise da situação atual dos serviços ofertados, estimar a necessidade de melhorias e onde devem ser realizadas; Subsidiar os processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas voltadas para o acesso aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA 2017-2021).

Morbidade hospitalar

Refere-se ao número de internações hospitalares por Capítulos do CID-10, por local de residência e ano de atendimento. Permite analisar a distribuição percentual de internações hospitalares no SUS por grupos de causas selecionadas, em determinado local e período, e o maior o peso relativo dos grupos de causas de internação.

Mortalidade hospitalar

Refere-se ao número de óbitos hospitalares por Capítulos do CID-10, por local de residência e ano do óbito. Permite analisar as principais causas de óbitos hospitalares por grupos de causas selecionadas, em determinado local e período.

Óbitos por neoplasias

Número de óbitos segundo neoplasias, por local de residência e ano do óbito. Neoplasias (tumores) refere-se ao Capítulo II do CID-10, que compreende os diversos tipos de neoplasias existentes como: melanoma e outras neoplasias malignas da pele; neoplasias malignas da mama; neoplasias malignas da tireoide e de outras glândulas endócrinas; Neoplasias malignas do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos; neoplasias

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 31 / 81

malignas do lábio, cavidade oral e faringe; neoplasias malignas do trato urinário; neoplasias malignas dos órgãos digestivos; neoplasias benignas; neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido; dentre outras. Busca-se avaliar as neoplasias com maiores incidências na população em determinado local.

Óbitos por causas externas

Número de óbitos segundo causas externas, por local de residência e ano do óbito. As causas externas referem-se a traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena. Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais (mecânica, química, térmica, etc.).[29]

Óbitos por causas evitáveis

Trata-se do número de óbitos de pessoas de 5 a 74 anos por causas evitáveis (Tabela 2). Os dados disponíveis são oriundos do SIM[30]. Considera-se mortes evitáveis como "agravo ou situação prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis a identificação e à intervenção acertada" (DATASUS, 2022)[31]. A tabela a seguir mostra a lista de tabulação de causas evitáveis de 5 a 74 anos segundo agrupamentos e códigos da CID-10 (IJSN, 2022)[32].

Tabela 2: Lista de Tabulação de Causas Evitáveis de 5 a 74 anos

Agrupamento	Elemento da Tabela	Códigos da CID-10
1.	**Causas evitáveis**	
1.1.	**Reduzível pelas ações de imunoprevenção**	
	Tuberculose do sistema nervoso	A17
	Tuberculose miliar	A19
	Tétano obstétrico	A34

[29] Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/causas-externas-2/
[30] Sistema de Informação sobre Mortalidade.
[31] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos_Evitaveis_5_a_74_anos.pdf.
[32] IDRS – Relatório Técnico. Disponível em:

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 32 / 81

	Tétano	A35
	Difteria	A36
	Coqueluche	A37
	Poliomielite aguda	A80
	Sarampo	B05
	Rubéola	B06
	Hepatite aguda B	B16
	Meningite por Haemophilus	G00.0
1.2.	**Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças de causas infecciosas**	
	Tuberculose respiratória, com confirmação bacteriológica e histológica	A15
	Tuberculose das vias respiratórias, sem confirmação bacteriológica ou histológica	A16
	Tuberculose de outros órgãos	A18
	Sequelas de tuberculose	B90
	Doenças infecciosas intestinais	A00-A09
	Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	B20-B24
	Hepatites virais (exceto Hepatite aguda B)	B15, B17-B19
	Sífilis, gonorreias e outras doenças sexualmente transmissíveis	A50-A59, A63-A64
	Doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos	N70-N76, exceto N73.6
	Febre reumática aguda e doenças reumáticas crônicas do coração	I00-I09
	Infecções respiratórias, inclusive pneumonia e influenza	J00-J01, J02.8-J02.9, J03.8-J03.9, J04-J05, J06, J10-J22
	Infecções da pele e do tecido subcutâneo, exceto síndrome da pele escaldada estafilocócica do recém-nascido e impetigo.	L02-L08
	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0
	Outras doenças de notificação compulsória	A20-A22, A27, A30, A77, A82, A90-A91, A92.3, A95, A98.5, B03, B55, B57.0-B57.2, B65
	Outras infecções	A23-A26, A28, A31-A32, A38, A39-A41, A46, A69.2, J02.0, J03.0, B50-B53, B54, G00.1-G00.9, G01
1.3.	**Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis**	
	Neoplasia maligna do lábio, melanoma maligno da pele e outras neoplasias malignas da pele	C00, C43-C44
	Neoplasia maligna do fígado e das vias biliares intrahepáticas	C22

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 33 / 81

	Neoplasia maligna do estômago	C16
	Neoplasia maligna do cólon, da junção retossigmoide, do reto, do ânus e do canal anal	C18-C21
	Neoplasia maligna da boca, da faringe e da laringe	C01-C06, C09-C10, C12- C14, C32
	Neoplasia maligna do esôfago	C15
	Neoplasia maligna da traqueia, dos brônquios e dos pulmões	C33-C34
	Neoplasia maligna da mama	C50
	Neoplasia maligna do colo do útero	C53
	Neoplasia maligna dos testículos	C62
	Neoplasia maligna da glândula tireoide	C73
	Doença de Hodgkin	C81
	Leucemia linfoide	C91
	Leucemia mieloide	C92
	Tireotoxicose, hipotireoidismo e deficiências do iodo	E01-E05
	Diabetes mellitus	E10-E14
	Obesidade	E66
	Psicose alcoólica e outros transtornos do álcool	F10, I42.6, K29.2, K70, K86.0
	Epilepsia e estado de mal epiléptico	G40-G41
	Doenças hipertensivas, exceto hipertensão secundária	I10-I13
	Doenças isquêmicas do coração	I20-I25
	Aterosclerose	I70
	Insuficiência cardíaca	I50
	Doenças cerebrovasculares	I60-I69
	Doenças crônicas das vias aéreas inferiores e edema pulmonar, não especificado de outra forma	J40-J47, J81
	Úlceras gástrica, duodenal, péptica de localização não especificada e gastrojejunal	K25-K28
	Apendicite aguda	K35
	Doenças pulmonares devidas a agentes externos	J60-J70
	Hérnias, íleo paralítico e obstrução intestinal sem hérnia	K40-K46, K56
	Transtornos da vesícula biliar e das vias biliares	K80-K83
	Insuficiência renal crônica	N18
1.4.	**Reduzíveis por ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna**	
	Gravidez, do parto e do puerpério, exceto assistência materna por outras complicações ligadas predominantemente à gravidez	O00-O26, O29-O99
1.5.	**Reduzíveis por ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas**	
	Acidentes de transporte	V01-V99

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 34 / 81

	Quedas	W00-W19
	Afogamento e submersão acidentais	W65-W74
	Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	X00-X09
	Envenenamento [intoxicação] acidental por exposição a substâncias nocivas	X40-X49
	Lesões autoprovocadas intencionalmente	X60-X84
	Agressões	X85-Y09
	Intervenções legais e operações de guerra	Y35-Y36
	Acidentes ocorridos em pacientes durante a prestação de cuidados médicos e cirúrgicos e Reação anormal em paciente ou complicação tardia causadas por procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos médicos sem menção de acidente ao tempo do procedimento	Y60-Y69, Y83-Y84
	Incidentes adversos durante atos diagnósticos ou terapêuticos associados ao uso de dispositivos médicos	Y70-Y82
	Exposição a forças mecânicas inanimadas	W20-W49
	Exposição a forças mecânicas animadas	W50-W64
	Outros riscos acidentais à respiração	W75-W84
	Exposição a corrente elétrica, a radiação e a temperatura e pressão extremas do ar ambiental	W85-W99
	Contato com uma fonte de calor e com substâncias quentes	X10-X19
	Contato com animais e plantas venenosas	X20-X29
	Exposição às forças da natureza	X30-X39
	Exposição acidental a outros fatores e aos não especificados	X58-X59
	Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas usadas com finalidade terapêutica	Y40-Y59
	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada Y10-Y34	
2.	**Causas mal definidas**	R00-R94, R96-R99
3.	**Demais causas (não claramente evitáveis)**	As causas não listadas anteriormente

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, 2022 apud IJSN, 2022.

4.2 Dimensão Territorial

A Dimensão Territorial é composta de 13 indicadores e informações, sendo que algumas são exclusivamente geoespacializadas, como por exemplo, equipamentos públicos e de saúde e deslocamentos para serviços de saúde.

A rede cicloviária em Km por município, cuja fonte é o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado (PDUI), é disponibilizado apenas para RMGV, assim como equipamentos públicos de esporte e lazer geoespacializados. Consideramos importante

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 35 / 81

inseri-los, apesar de não ter sido possível abranger todos os municípios, por serem indicadores importantes relacionados com as condições urbanas e ambientais da cidade, com a disponibilidade de equipamentos de saúde e lazer e de infraestrutura que favoreçam a atividade física e o bem estar dos cidadãos.

Tabela 3: Dimensão Territorial

Indicador	Fonte
Densidade demográfica (Hab./Km²)	IBGE; IDAF
Equipamentos Públicos (saúde, segurança, social, justiça e educação)	CGEO
Equipamentos Públicos de Esporte e Lazer *RMGV	SESP; CGEO; IJSN 2017
Aglomerados Subnormais	IBGE
Déficit Habitacional	CadÚnico/IJSN
Imóveis em Áreas de risco	Defesa Civil
Taxa de pessoas afetadas por desastres	Defesa Civil
Tempo de deslocamento casa/trabalho	Censo 2010/IBGE
Rede cicloviária (Km) *RMGV	PDUI
Urbanização de vias públicas	Cidades; Censo 2010/IBGE
Arborização de vias públicas	Cidades; Censo 2010/IBGE
Equipamentos de Saúde (por complexidades)	CGEO; Geobases
Deslocamentos para serviços de saúde	Regic/IBGE; IJSN

Fonte: Elaboração própria.

Densidade Demográfica

Medida do grau de concentração de uma população no território, dada pelo quociente entre o volume total de população da área e sua extensão territorial (hab./km²)[33]. Foi utilizada a estimativa populacional 2021 (IBGE) e a área em km² 2018 (IDAF).

Equipamentos Públicos

Equipamentos de uso público geoespacializados, nas áreas de saúde, segurança, social, justiça e educação, mostrando sua distribuição no território.

Equipamentos Públicos de Esporte e Lazer

Equipamentos públicos de esporte e lazer geoespacializados, mostrando sua distribuição e concentração (IJSN 2017)[34] no território da RMGV.

Aglomerados Subnormais

[33] Glossário do Atlas Demográfico 2010 (IBGE).
[34] Caderno da Juventude "O Jovem e o Espaço Público na RMGV". Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/5969.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 36 / 81

Identificação e mapeamento dos Aglomerados Subnormais, a partir da base de dados do IBGE "Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19". Trata-se de uma antecipação na divulgação do mapeamento preliminar dos Aglomerados Subnormais, como preparação para a operação do Censo 2020 (adiado para 2022), com objetivo de fornecer à sociedade informações para o enfrentamento da pandemia do *Coronavírus* (IJSN, 2020).[35]

Os Aglomerados Subnormais, segundo classificação do IBGE, são formas de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia (públicos ou privados) para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas que apresentam restrições à ocupação. Sua identificação é feita com base nos critérios do IBGE[36]:

1. caso haja ocupação irregular da terra, ou seja, quando os domicílios estão em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular), agora ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos);

2. quando se soma à ocupação irregular da terra uma ou mais das características a seguir:

a) precariedade de serviços públicos essenciais, como iluminação elétrica domiciliar, abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo regular e/ou

b) urbanização fora dos padrões vigentes, refletida pela presença de vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais, ausência de calçadas ou de largura irregular e construções não regularizadas por órgãos públicos e/ou

c) restrição de ocupação, quando os domicílios se encontram em área ocupada em desacordo com legislação que visa à proteção ou restrição à ocupação com fins de

[35] Caderno DRS "Habitação de Interesse Social". Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7342.
[36] Aglomerados Subnormais 2019: Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19 – Notas Técnicas. Rio de Janeiro, 2020.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 37 / 81

moradia como, por exemplo, faixas de domínio de rodovias, ferrovias, áreas ambientais protegidas e áreas contaminadas (IBGE 2019, apud IJSN, 2020).

Desse modo, o IBGE contempla uma variedade de assentamentos conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros, dispersos por toda extensão territorial brasileira (IJSN, 2020).

Déficit Habitacional

Déficit habitacional total e por componentes, rural e urbano, dos municípios do Espírito Santo, construído pelo IJSN com base nas informações contidas no CadÚnico[37].

O déficit habitacional refere-se, basicamente, ao número de famílias[38] inscritas no CadÚnico em situação de precariedade na sua residência de moradia, que envolve habitação precária (improvisado e rústico), coabitação familiar, ônus excessivo com aluguel e adensamento excessivo. Estas são as componentes do déficit habitacional, que também pode ser dimensionado quanto ao contexto urbano e rural.

O déficit habitacional está ligado diretamente às deficiências do estoque de moradias, contemplando domicílios sem condições de serem habitados em razão da precariedade das construções ou do desgaste da estrutura física (habitação precária), assim como a coabitação familiar forçada (famílias que pretendem constituir um domicilio unifamiliar); os moradores de baixa renda que comprometem mais de 30% da sua renda com aluguel (ônus excessivo por aluguel), e por fim, os que vivem em casas e apartamentos alugados com densidade excessiva de pessoas (IJSN, 2020).

Imóveis em Áreas de Risco

Refere-se ao número de imóveis em áreas de risco, por município. São dados consolidados pelo IJSN a partir dos mapas de risco disponibilizados pela Defesa Civil/ES,

[37] Atualizado e publicado periodicamente pela Coordenação de Estudos Territoriais (CET) do IJSN: Déficit Habitacional no Espírito Santo com base no CadÚnico. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/6768

[38] Os indicadores do déficit habitacional podem ser dimensionados quanto ao número de famílias e de pessoas que vivem em domicílios particulares permanentes. Optou-se por utilizar apenas os dados por famílias inscritas no CadÚnico.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 38 / 81

elaborados pelo Serviço Geológico Nacional (CPRM).[39] Cabe destacar que o ano de elaboração ou atualização dos mapas de risco (que são disponibilizados por setores) varia de acordo com o município, sendo o mais recente 2021.[40]

Visando uma redução geral das perdas humanas e materiais, o Governo Federal firmou convênios de colaboração mútua para executar em todo o país o diagnóstico e mapeamento das áreas com potencial de risco alto a muito alto (Defesa Civil/ES). [41]

Na setorização das áreas de alto e muito alto risco foram considerados os seguintes processos geológicos e hidrológicos: movimentos de massa (rastejo, deslizamentos, corrida de detritos, queda de blocos); inundação e enxurrada; erosão (pluvial e fluvial). Cabe destacar que não foram considerados os alagamentos e enxurradas urbanas (problemas de infraestrutura urbana), o entupimento de redes de drenagem, problemas construtivos, problemas em pontes e estradas e eventos em áreas rurais, dentre outros. Além disso, restringiu-se apenas a áreas habitadas.[42]

Pessoas afetadas por desastres

Refere-se ao número de pessoas afetadas por desastres, por município. São dados com periodicidade anual, cuja fonte é a Defesa Civil Estadual. Os dados da série histórica compreendida entre 2015 a 2020 estão disponibilizados no site.[43]

Considera-se aqui desastre como sendo o resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem sobre um cenário vulnerável, causando grave perturbação ao funcionamento de uma comunidade ou sociedade envolvendo extensivas perdas e

[39] Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/mapas-de-risco-2
[40] O programa foi executado pelo Serviço Geológico do Brasil (CPRM). Devido a grandes demandas e ao histórico de vários municípios brasileiros, iniciou-se uma ação emergencial em algumas localidades a partir de novembro de 2011, com o objetivo de mapear, descrever e classificar as situações com potencialidade para risco alto e muito alto. No Estado do Espírito Santo todos os 78 municípios foram mapeados. Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/Media/DefesaCivil/PEPDEC/PEPDEC%20-%20Abril_2022.pdf
[41] Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/mapas-de-risco-2
[42] Curso Básico de Percepção e Mapeamento do Risco Geológico – Serviço Geológico do Brasil (CPRM). Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/Media/DefesaCivil/Material%20Did%C3%A1tico/CBPRG%20-%202019/Aula%209%20Mapeamento_Metodologia_CPRM_Vitoria.pdf
[43] Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/danos-e-prejuizos

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 39 / 81

danos humanos, materiais, econômicos ou ambientais, que excede a sua capacidade de lidar com o problema usando meios próprios (Defesa Civil/ES, 2020).

Tempo de deslocamento para trabalho

Refere-se ao tempo total médio gasto diariamente pela população de um determinado município no percurso de casa ao trabalho. Caso o deslocamento ao trabalho seja feito do local de estudo, este é o percurso considerado pela pesquisa. Este indicador tem como fonte o Censo Demográfico 2010 do IBGE.

No Censo Demográfico 2010 (Resultados da Amostra), para a pessoa de 10 anos ou mais de idade, ocupada na semana de referência, que trabalhava fora do domicílio e retornava diariamente, foi pesquisado o tempo habitual gasto de deslocamento do domicílio até o trabalho. Os intervalos de tempo foram classificados como: até 5 minutos; de 6 minutos até meia hora; mais de meia hora até uma hora; mais de uma hora até duas horas; ou mais de duas horas.[44]

Rede Cicloviária

Levantamento da rede cicloviária dos municípios da Região Metropolitana da Grande Vitória – RMGV, em Km, contido no Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado (PDUI). A RMGV conta atualmente com uma rede de infraestrutura cicloviária composta por ciclovias, ciclofaixas e vias compartilhadas que totalizam 159,7 km. Somadas a elas, operam aos domingos e feriados, das 7h às 15h as ciclofaixas de lazer. Os terminais urbanos disponibilizam vagas para bicicletas compartilhadas. A RMGV ainda conta com as redes de bicicletas compartilhadas.

Deve-se ampliar a rede cicloviária e buscar a melhor conexão metropolitana, favorecendo a mobilidade ativa, tanto para o transporte de passageiros quanto para o lazer, contribuindo para a melhoria das condições ambientais das cidades e das condições de saúde do cidadão.

[44] Censo Demográfico 2010: Resultados Gerais da Amostra. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/99/cd_2010_resultados_gerais_amostra.pdf

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 40 / 81

Arborização de vias públicas

Indicador disponibilizado na plataforma Cidades, que é o sistema integrador de informações do IBGE sobre os municípios e estados do Brasil[45], calculado a partir de dados do Censo 2010. Consideramos inseri-lo, pois, uma cidade mais arborizada pode refletir nas condições de saúde e qualidade de vida da população. Sabe-se que a vegetação, por exemplo, incide positivamente na qualidade do ar e no conforto térmico das cidades. É calculado conforme a seguir:

$$Arborização\ de\ vias\ públicas = \left(\frac{Domicílios\ urbanos\ em\ face\ de\ quadra\ com\ arborização}{Domicílios\ urbanos\ totais} \right) x\ 100$$

Urbanização de vias públicas

Indicador disponibilizado na plataforma Cidades, que é o sistema integrador de informações do IBGE sobre os municípios e estados do Brasil[46], com base no Censo 2010. Consideramos inseri-lo, pois, as condições de urbanização das cidades podem refletir nas condições de saúde da população. No caso desse indicador, por exemplo, as condições de pavimentação, calçadas, etc. pode refletir no número de quedas. É calculado conforme a seguir:

$$Urbanização\ de\ vias\ públicas = \left(\frac{Domicílios\ urbanos\ em\ face\ de\ quadra\ com\ boca\ de\ lobo\ e\ pavimentação\ e\ meio\ fio\ e\ calçada}{Domicílios\ urbanos\ totais} \right) x\ 100$$

[45] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.
[46] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 41 / 81

Equipamentos de Saúde

Equipamentos de saúde do Espírito Santo geoespacializados, públicos e privados, por complexidade (tipo de agrupamento e tipo de unidade), mostrando sua distribuição no território. São informações importantes para que se possa avaliar a quantidade e a qualidade dos deslocamentos necessários para os serviços de saúde.

Deslocamento para serviços de saúde

Mapeamento dos deslocamentos para serviços de saúde de baixa, média e alta complexidades, com base na pesquisa do IBGE "Regiões de Influência das Cidades" – REGIC 2018. O mapa é estruturado a partir da hierarquia dos centros urbanos definidas pela REGIC/IBGE para o Espírito Santo: Metrópole – Vitória; Capital Regional C – Cachoeiro de Itapemirim; Centro Sub-Regional A – Colatina, São Mateus e Linhares; Centro Sub-Regional B – Aracruz, Guarapari e Nova Venécia; Centro de Zona A – Barra de São Francisco e Guaçuí; Centro de Zona B – Afonso Cláudio, Baixo Guandu, Iúna e Montanha; Centro Local (57 municípios do ES). Os deslocamentos são categorizados como "Primeira opção", "Segunda opção" e "Terceira opção".

4.3 Dimensão Ambiental

Esta dimensão é composta de 8 indicadores, sendo que a maioria refere-se aos serviços saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos (destino do lixo). Neste caso, optou-se por utilizar os dados do Censo 2010, conforme justificado anteriormente, e na perspectiva de atualização em 2022.

Os dados de qualidade do ar estão disponibilizados apenas para a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) e alguns municípios e tem como fonte o IEMA. Mas consideramos importante na composição do Painel, devido ao impacto das áreas portuárias e industrias da RMGV nas condições de saúde e bem-estar.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 42 / 81

Tabela 4: Dimensão Ambiental

Indicador	Fonte
Unidades de Conservação	CGEO; Geobases; DRS/IJSN
Cobertura Florestal	SOS Mata Atlântica; IDRS
Domicílios por tipo de abastecimento de água	Censo 2010/IBGE
Domicílios por tipo de esgotamento sanitário	Censo 2010/IBGE
Domicílios sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e nem sanitário	Censo 2010/IBGE
Domicílios por destino do lixo	Censo 2010/IBGE
Esgotamento sanitário adequado	Cidades; Censo 2010/IBGE
Índice de Qualidade do Ar *RMGV	IEMA

Fonte: Elaboração própria.

Unidades de Conservação

Identificação e espacialização das Unidades de Conservação do Espírito Santo, por categoria e esfera administrativa (Federal, Estadual e Municipal). As informações estão disponíveis no Caderno DRS (Desenvolvimento Regional Sustentável) 04: Panorama Geral das Unidades de Conservação do Espírito Santo.[47]

Em 2000, foi instituído o Sistema Nacional de Unidades de Conservação da Natureza (SNUC) criado pela Lei 9.985. O SNUC surgiu com o objetivo de definir um sistema único, que buscou reunir todas as categorias de áreas protegidas que estavam dispersas em instrumentos legais diferentes, além de estabelecer critérios e normas para a criação, implantação e gestão das Unidades de Conservação (UCs) no Brasil (IJSN, 2021).[48]

O artigo 2º, inciso I, da lei que instituiu o SNUC define Unidade de Conservação (UC) como “espaço territorial e seus recursos ambientais, incluindo as águas jurisdicionais, com características naturais relevantes, legalmente instituído pelo Poder Público, com objetivos de conservação e limites definidos, sob regime especial de administração, ao qual se aplicam garantias adequadas de proteção” (BRASIL, 2000 apud IJSN, 2021).

[47] Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7411
[48] Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7411

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 43 / 81

Cobertura Florestal

Refere-se aos dados sobre a composição de uso do solo e suas informações referentes ao tamanho das áreas de matas identificadas como nativas, considerando seus valores em hectares e seu percentual em relação à área total do município.[49] Este indicador compõe o Índice de Desenvolvimento Regional Sustentável (IDRS), produzido pelo IJSN.

Destaca-se que em um primeiro momento a captura das imagens são classificadas em: bioma amazônico; pasto; agricultura; floresta plantada; zona costeira; mineração; e aquicultura. Após essa captura faz-se a integralização com os biomas de ocorrência juntamente com a infraestrutura urbana. Em seguida, faz-se a classificação das imagens captadas com utilização de filtro espacial, temporal e frequência. Tais imagens são comparadas ao longo do tempo com o intuito de observar as mudanças ocorridas no ambiente (MAPBIOMAS, 2019 apud IJSN, 2022).[50]

Com a integração das imagens é possível excluir as imagens que estão com qualidade inferior, brilho intenso como nuvens, etc., sendo assim, os dados recebem um atestado de qualidade por meio do QA (Quality assessment), que garante a qualidade da imagem. As imagens são sobrepostas por cima de outros mapas e classificados um a um no bioma e na alteração do ambiente. Após esses filtros são gerados mapas de transição para cálculos da interferência no ambiente e por fim faz-se uma avaliação dos dados gerados com objetivo de mensurar o tamanho da intervenção causada no ambiente, tendo assim uma amostra de acurácia dos dados (MAPBIOMAS, 2019 apud IJSN, 2022).[51]

Domicílios com abastecimento de água

Percentual e número (unidades) de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água da rede geral; água de poço ou nascente na propriedade; água

[49] Fonte: Projeto de Mapeamento Anual da Cobertura e Uso do Solo no Brasil (MapBiomas).
[50] Relatório Técnico Índice de Desenvolvimento Regional Sustentável (IDRS).
[51] Relatório Técnico Índice de Desenvolvimento Regional Sustentável (IDRS).

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 44 / 81

da chuva armazenada em cisterna; outra forma de abastecimento. A fonte deste indicador é o Censo Demográfico 2010/IBGE.[52]

Optou-se por colocar todas as categorias disponibilizadas pelo Censo 2010, considerando que nem sempre o abastecimento de água por rede geral pode ser considerado o mais adequado para algumas áreas, como as rurais, por exemplo.

A forma de abastecimento de água do domicílio particular permanente é classificada como:

• Rede geral de distribuição: quando o domicílio ou o terreno, ou a propriedade onde estava localizado, estava ligado a uma rede geral de distribuição de água;

• Poço ou nascente na propriedade: quando o domicílio era servido por água proveniente de poço ou nascente localizado no terreno ou na propriedade onde estava construído;

• Água de chuva armazenada em cisterna: quando o domicílio era servido por água de chuva armazenada em cisterna, caixa de cimento etc.

• Outra: quando a forma de abastecimento de água do domicílio era proveniente de poço ou nascente fora da propriedade, carro-pipa, água da chuva armazenada de outra forma, rio, açude, lago ou igarapé ou outra forma de abastecimento de água, diferente das descritas anteriormente (IBGE, 2010).[53]

Domicílios com esgotamento sanitário

Percentual e número (unidades) de domicílios particulares permanentes com banheiro de uso exclusivo dos moradores ou sanitário e esgotamento sanitário via rede geral de

[52] Resultados do Universo – Características da População e dos Domicílios.
[53] Publicação "Base de Informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por setor censitário".

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 45 / 81

esgoto ou pluvial; fossa séptica; fossa rudimentar; vala; rio, lago ou mar; outro escoadouro. A fonte deste indicador é o Censo Demográfico 2010/IBGE.

Optou-se por colocar todas as categorias disponibilizadas pelo Censo 2010, considerando que nem sempre o esgotamento sanitário por rede geral pode ser considerado o mais adequado para algumas áreas, como as rurais, por exemplo.

O tipo de esgotamento sanitário do banheiro ou sanitário do domicílio particular permanente é classificado pelo IBGE como:

• Rede geral de esgoto ou pluvial: quando a canalização das águas servidas e dos dejetos, proveniente do banheiro ou sanitário, estava ligada a um sistema de coleta que os conduzia a um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não dispusesse de estação de tratamento da matéria esgotada;

• Fossa séptica: quando a canalização do banheiro ou sanitário estava ligada a uma fossa séptica, ou seja, a matéria era esgotada para uma fossa próxima, onde passava por um processo de tratamento ou decantação, sendo, ou não, a parte líquida conduzida em seguida para um desaguadouro geral da área, região ou município;

• Fossa rudimentar: quando o banheiro ou sanitário estava ligado a uma fossa rústica (fossa negra, poço, buraco, etc.);

• Vala: quando o banheiro ou sanitário estava ligado diretamente a uma vala a céu aberto;

• Rio, lago ou mar: quando o banheiro ou sanitário estava ligado diretamente a rio, lago ou mar;

• Outro: quando o esgotamento dos dejetos, proveniente do banheiro ou sanitário, não se enquadrasse em quaisquer dos tipos descritos anteriormente (IBGE, 2010).[54]

[54] Publicação “Base de Informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por setor censitário”.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 46 / 81

Domicílios com esgotamento sanitário

Percentual e números absolutos (unidades) de domicílios particulares permanentes sem banheiro de uso exclusivo dos moradores e sem sanitário. É considerado como sanitário o local limitado por paredes de qualquer material, coberto ou não por um teto, que dispunha de vaso sanitário ou buraco para dejeções (IBGE, 2010).[55]

Domicílios com lixo coletado

Percentual e número (unidades) de domicílios particulares permanentes com lixo coletado. Optou-se por colocar todas as categorias disponibilizadas pelo Censo 2010.

O destino do lixo proveniente do domicílio particular permanente é classificado como:

• Coletado:

Diretamente por serviço de limpeza: quando o lixo do domicílio era coletado diretamente por serviço de empresa pública ou privada; ou

Em caçamba de serviço de limpeza: quando o lixo do domicílio era depositado em uma caçamba, tanque ou depósito, fora do domicílio, para depois ser coletado por serviço de empresa pública ou privada;

• Queimado (na propriedade): quando o lixo do domicílio era queimado no terreno ou propriedade em que se localizava o domicílio;

• Enterrado (na propriedade): quando o lixo do domicílio era enterrado no terreno ou propriedade em que se localizava o domicílio;

• Jogado em terreno baldio ou logradouro: quando o lixo do domicílio era jogado em terreno baldio ou logradouro público;

[55] Publicação "Base de Informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por setor censitário".

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 47 / 81

• Jogado em rio, lago ou mar: quando o lixo do domicílio era jogado em rio, lago ou mar; ou

• Outro destino: quando o lixo do domicílio tinha destino diferente dos descritos anteriormente (IBGE, 2010).[56]

Esgotamento sanitário adequado

Calculado a partir de dados do Censo Demográfico 2010/IBGE, este indicador é disponibilizado na plataforma Cidades, que é o sistema integrador de informações do IBGE sobre os municípios e estados do Brasil[57],

Considera como adequado os domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário do tipo rede geral e fossa séptica e é calculado conforme a seguir:

$$Esgotamento\ sanitário\ adequado = \left(\frac{População\ total\ residente\ nos\ domicílios\ particulares\ permanentes\ com\ esgotamento\ sanitário\ do\ tipo\ rede\ geral\ e\ fossa\ séptica}{População\ total\ residente\ nos\ domicílios\ particulares\ permanentes} \right) x\ 100$$

Índice de Qualidade do Ar

Trata-se do Índice de Qualidade do Ar (IQAr), no qual para cada poluente medido é calculado um índice. Dependendo do índice obtido, o ar recebe uma qualificação, que é uma nota para a qualidade do ar: Boa, Moderada, Ruim, Muito Ruim ou Péssima. O IQA pode ser utilizado para verificação do atendimento ao padrão legal de qualidade do ar ou, ainda, como uma maneira de relacionar o nível de contaminação do ar com os efeitos negativos para a população (IEMA).[58]

[56] Publicação "Base de Informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por setor censitário".
[57] Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.
[58] Guia da Qualidade do Ar/IEMA. Disponível em: https://iema.es.gov.br/Media/iema/CQAI/Cartilha/Guia_Qualidade_Ar_ebook.pdf

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 48 / 81

A poluição do ar ou atmosférica é um dos grandes problemas que afetam a qualidade de vida e a saúde da população. É causada pela presença de algumas substâncias no ar que, em concentrações fora de limites estabelecidos como aceitáveis, podem causar danos aos seres humanos, aos animais e vegetais e a vários tipos de materiais, entre outros. Dentre os principais impactos da poluição do ar sobre os seres humanos estão os problemas de saúde como asma, rinite e bronquite, irritação nos olhos e na pele. Como resultado, aumentam os atendimentos e internações hospitalares, bem como os gastos com a saúde, sendo as crianças, os idosos e as pessoas com doenças respiratórias e cardíacas os segmentos mais vulneráveis (IEMA).

No Estado do Espírito Santo, a gestão da qualidade do ar é de responsabilidade da Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Recursos Hídricos (SEAMA) e do Instituto Estadual de Meio Ambiente e Recursos Hídricos (IEMA). A maior parte da atenção com a qualidade do ar recai especialmente sobre a RMGV, onde vive 48% da população do capixaba. Problemas de saúde e incômodo com poeira e odores são os impactos mais evidentes da poluição do ar na região (IEMA).

Como principais fontes de poluição, dentre as inventariadas na RMGV, têm-se: indústrias minero siderúrgicas, veículos (escapamento, evaporação de combustíveis e desgaste de pneus e freios), além de portos e aeroportos e ressuspensão de partículas sobre as vias de tráfego. A construção civil não foi inventariada, segundo consta no Guia da Qualidade do Ar/IEMA, referência aqui utilizada para a descrição deste indicador. Apesar de não ter sido incluída no último inventário estadual de emissões, a construção civil surge também como importante contribuição para os níveis atuais de poluição, segundo estudo técnico-científico recente. (IEMA)[59]

A avaliação da qualidade do ar na RMGV é baseada em duas etapas, conforme seja: medição dos parâmetros indicadores de poluição na região, ou seja, da concentração dos poluentes; e comparação desses valores medidos com valores de referência que

[59] Guia da Qualidade do Ar/IEMA. Disponível em: https://iema.es.gov.br/Media/iema/CQAI/Cartilha/Guia_Qualidade_Ar_ebook.pdf

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 49 / 81

correspondem aos padrões de qualidade do ar vigentes na legislação ambiental estadual. Os equipamentos de medição estão localizados em pontos estratégicos da RMGV, compondo nove estações de monitoramento em quatro municípios, a saber: Jardim Camburi, Enseada do Suá e Centro, em Vitória; Carapina e Laranjeiras, na Serra; Ibes e Centro, em Vila Velha; na CEASA, em Cariacica. (IEMA)

Para avaliar a qualidade do ar na RMGV, o IEMA analisa o comportamento de cada parâmetro indicador de poluição[60], em cada estação de monitoramento, ao longo do dia. Com base nesses resultados, calcula-se o Índice de Qualidade do Ar (IQAr).

O Índice de Qualidade do Ar (IQAr) apresentado nos relatórios de qualidade do ar do IEMA permite a verificação do atendimento ao padrão legal estabelecido no Estado do Espírito Santo. Entretanto, pode-se também utilizar o IQA para a associação entre a qualidade do ar e os potenciais efeitos a saúde. De maneira geral, todos os poluentes monitorados têm o potencial de causar efeitos prejudiciais à saúde, mas o IQA reporta a qualidade do ar relacionada ao pior poluente. (IEMA)

4.4 Dimensão Social

A Dimensão Social é composta de 3 indicadores: Estimativa de Pobreza, Estimativa de Extrema Pobreza e Índice de Desenvolvimento da Família (IDF), todos produzidos no âmbito da Coordenação de Estudos Sociais (CES) do IJSN, com base no CadÚnico (Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal).

Tabela 5 – Dimensão Social

Indicador	Fonte
Estimativa de Pobreza	CadÚnico; CES/IJSN
Estimativa de Extrema Pobreza	CadÚnico; CES/IJSN
Índice de Desenvolvimento da Família (IDF)	CadÚnico; CES/IJSN

Fonte: Elaboração própria.

[60] Ver parâmetros no Guia da Qualidade do Ar/IEMA.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 50 / 81

Estimativa de pobreza

A Estimativa de Pobreza consiste no percentual de pessoas pobres (inscritas no CadÚnico) em relação à população total do município, com renda domiciliar per capita inferior à linha de pobreza estabelecida (US$ 5,50 per capita dia). Esse indicador mede o grau de pobreza na população estimada do município (IJSN, 2021). A periodicidade de atualização é anual. Estão sendo disponibilizadas as estimativas por município entre 2019 e 2021.

$$Estimativa\ de\ pobreza = \left(\frac{Nº\ extremo\ pobres\ inscritos\ no\ CadÚnico\ (renda\ <\ a\ linha)}{Total\ da\ população\ estimada\ do\ município}\right) x\ 100$$

Estimativa de extrema pobreza

A Estimativa de Extrema Pobreza consiste no percentual de pessoas extremamente pobres (inscritas no CadÚnico) em relação à população total do município, com renda domiciliar per capita inferior à linha de extrema pobreza estabelecida (US$ 1,90 per capita dia). Mede o grau de extrema pobreza na população estimada do município. A periodicidade de atualização e divulgação é a mesma da Estimativa de pobreza. Estão sendo disponibilizadas as estimativas por município entre 2019 e 2021.

$$Estimativa\ de\ extrema\ pobreza = \left(\frac{Nº\ extremo\ pobres\ inscritos\ no\ CadÚnico\ (renda\ <\ a\ linha)}{Total\ da\ população\ estimada\ do\ município}\right) x\ 100$$

Índice de Desenvolvimento da Família (IDF)

O Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) visa sintetizar diferentes dimensões da pobreza (IJSN, 2021). Calculado com base no CadÚnico, é composto por 6 dimensões, 27 componentes e 65 indicadores (IJSN, 2021).[61] As dimensões são: Ausência de

[61] Para maiores informações, ver a publicação "Perfil da Pobreza no Espírito Santo". Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7688

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 51 / 81

vulnerabilidade; Acesso ao conhecimento; Acesso ao trabalho; Disponibilidade de recursos; Desenvolvimento infantil; Condições habitacionais.

Os 65 indicadores obedecem à sistemática de respostas sim ou não, onde cada sim é computado como algo positivo, aumentando a pontuação da família na direção de um maior índice de desenvolvimento (IJSN, 2021). O IDF pode variar entre 0 (para famílias que se encontram na pior situação possível) e 1 (para famílias que alcançam uma situação menos vulnerável no contexto do CadÚnico). Está sendo disponibilizado o índice total e por componentes para os anos 2019, 2020 e 2021.

Uma das principais características do Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) é a possibilidade de agregação. O fato de ter a família como unidade de análise permite que o IDF seja calculado por grupos sociais e demográficos diversos, como por exemplo negros, crianças e idosos. Ademais, o fato de todos os seus indicadores serem agregáveis permite obter o IDF de um país a partir da média ponderada dos IDFs dos estados, diversamente do que ocorre com o IDH (IJSN, 2021).

4.5 Dimensão Gestão Pública

A Dimensão Gestão Pública, além do Gasto per capita com Saúde, é composta de informações referentes à existência de Planos Diretores Municipais (PDM) e Planos Setoriais (Saneamento, Habitação, Mobilidade e Redução de Riscos) nos municípios. Trata-se de um levantamento próprio, realizado pela Coordenação de Estudos Territoriais do IJSN por meio de pesquisa online.[62] É atualizado periodicamente conforme necessário, mas pretende-se estabelecer periodicidade bianual.

[62] Para maiores informações, ver “Instrumentos de Gestão Municipal no Espírito Santo”. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7161

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 52 / 81

Tabela 5: Dimensão Gestão Pública

Indicador	Fonte
Plano Diretor Municipal (PDM)	CET/IJSN
Plano Municipal de Saneamento	CET/IJSN
Plano Municipal de Habitação	CET/IJSN
Plano Municipal de Mobilidade	CET/IJSN
Plano Municipal de Redução de Riscos	CET/IJSN
Gasto per capita com Saúde	TCE/ES

Fonte: Elaboração própria.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 53 / 81

Plano Diretor Municipal (PDM)

Refere-se à informação sobre a existência de Plano Diretor Municipal (PDM) nos municípios (IJSN, 2020). Segundo o Estatuto da Cidade (Lei nº 10.257/2001), o PDM é o instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana. Consideramos que o PDM é um instrumento indispensável na busca por um desenvolvimento equilibrado e sustentável do território, garantindo a função social da cidade.

Segundo o Art. 41 do Estatuto da Cidade, o plano diretor é obrigatório para cidades com mais de vinte mil habitantes; integrantes de regiões metropolitanas e aglomerações urbanas; onde o Poder Público municipal pretenda utilizar os instrumentos previstos no § 4o do art. 182 da Constituição Federal; integrantes de áreas de especial interesse turístico; inseridas na área de influência de empreendimentos ou atividades com significativo impacto ambiental de âmbito regional ou nacional; e incluídas no cadastro nacional de municípios com áreas suscetíveis à ocorrência de deslizamentos de grande impacto, inundações bruscas ou processos geológicos ou hidrológicos correlatos.

Entretanto, consideramos que todos os municípios, independente da obrigatoriedade, deveriam dispor de PDM, pois trata-se de um instrumento fundamental de política urbana. E de acordo com o EC (Lei Nº 10.257/2001), em convergência com a perspectiva de cidades saudáveis e sustentáveis aqui colocadas anteriormente, “a política urbana deve garantir o direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infraestrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações”.

Plano Municipal de Saneamento

Refere-se à informação sobre a existência de Plano Municipal de Saneamento Básico nos municípios (IJSN, 2020). Sabe-se que a falta de saneamento básico se relaciona com a ocorrência de diversas doenças. Consideramos a política pública de saneamento básico fundamental na promoção da saúde e de cidades saudáveis e sustentáveis.

Segundo a Lei nº 11.445/2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico, o titular dos serviços de saneamento deverá formular a respectiva política pública de saneamento básico (artigo 9º), tendo como uma de suas diversas atribuições elaborar os planos de saneamento básico, bem como estabelecer metas e indicadores de desempenho.

De acordo com a Lei nº 11.445/2007, em seu artigo 2º (redação dada pela Lei nº 14.026/2020), os serviços públicos de saneamento devem ser prestados com base em alguns princípios fundamentais como: universalização do acesso e efetiva prestação do serviço; integralidade, compreendida como o conjunto de atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento que propicie à população o acesso a eles em conformidade com suas necessidades e maximize a eficácia das ações e dos resultados; abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de forma adequada à saúde pública, à conservação dos recursos naturais e à proteção do meio ambiente; articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde, de recursos hídricos e outras de interesse social relevante, destinadas à melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator determinante; dentre outros.

Plano Municipal de Mobilidade

Refere-se à informação sobre a existência de Plano Municipal de Mobilidade Urbana nos municípios (IJSN, 2020). Da mesma forma, pela abordagem aqui proposta, entendemos que política de mobilidade urbana se relaciona fortemente com a promoção da saúde, na perspectiva das condições de vida como “determinantes da saúde”.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 54 / 81

Em seu Capítulo IV, a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU) – Lei nº 12.587/2012 estabelece que dentre as atribuições dos municípios está a de planejar, executar e avaliar a política de mobilidade urbana. Além disso, estabelece o Plano de Mobilidade Urbana (PMU) como o instrumento de efetivação da política de mobilidade urbana, que deve ser integrado e compatível com os respectivos planos diretores e, quando couber, com os planos de desenvolvimento urbano integrado e com os planos metropolitanos de transporte e mobilidade urbana (BRASIL, 2012).

Apesar da saúde não estar evidenciada entre os princípios da PNMU, o desenvolvimento sustentável das cidades e as dimensões socioeconômicas e ambientais estão contempladas explicitamente. A PNMU está fundamentada nos seguintes princípios: acessibilidade universal; desenvolvimento sustentável das cidades, nas dimensões socioeconômicas e ambientais; equidade no acesso dos cidadãos ao transporte público coletivo; eficiência, eficácia e efetividade na prestação dos serviços de transporte urbano; gestão democrática e controle social do planejamento e avaliação da Política Nacional de Mobilidade Urbana; segurança nos deslocamentos das pessoas; justa distribuição dos benefícios e ônus decorrente do uso dos diferentes modos e serviços; equidade no uso do espaço público de circulação, vias e logradouros; e eficiência, eficácia e efetividade na circulação urbana (BRASIL, 2012).

Plano Municipal de Habitação

Refere-se à informação sobre a existência de Plano Local de Habitação de Interesse Social (PLHIS) nos municípios (IJSN, 2020). Na perspectiva da abordagem multidimensional da saúde, consideramos que as condições de moradia têm um papel central na promoção da saúde e de cidades saudáveis. Isso ficou mais evidenciado com a pandemia da *Covid 19*, quando observou-se, a partir de evidências, um impacto maior em áreas mais precárias das cidades, como favelas e aglomerados subnormais.

A Política Nacional de Habitação (PNH) foi aprovada em 2004 pelo Conselho das Cidades (ConCidades) – órgão colegiado de natureza deliberativa e consultiva do então Ministério das Cidades, tendo como principal meta promover as condições de acesso à moradia digna – urbanizada e integrada à cidade, em especial para a população de baixa

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 55 / 81

renda, sendo fundamental para atingir seus objetivos a integração entre a política habitacional e a política nacional de desenvolvimento urbano (PLANHAB, 2009).

Dentre os instrumentos que deveriam ser criados para viabilizar a implementação da PNH destaca-se o Sistema Nacional de Habitação (PLANHAB, 2009). Neste contexto, foi instituída a Lei nº 11.124/2005, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS. O SNHIS é formado por órgãos e instituições das esferas federal, estadual e municipal, bem como conselhos, entidades, cooperativas habitacionais, dentre outros.[63] No modelo institucional do SNHIS, definido pela Lei nº 11.124/2005, a partir da adesão ao Sistema, por meio de celebração de termo de adesão, estados e municípios devem constituir Fundo Local de Habitação de Interesse Social (FLHIS), Conselho Gestor do fundo (CGFLHIS) e Plano Local de Habitação de Interesse Social (PLHIS), conforme modelo e diretrizes nacionais. Assim, Fundo, Conselho Gestor e Plano são instrumentos essenciais para que o SNHIS opere.

Plano Municipal de Redução de Riscos

Refere-se à informação sobre a existência de Plano Municipal de Redução de Riscos (PMRR) nos municípios do Espírito Santo (IJSN, 2020). No Painel de Indicadores foi inserido dados de imóveis em áreas de risco (Dimensão Territorial), visto que também integra a problemática das condições de moradia, que são determinantes da saúde em diversos aspectos. Neste sentido, consideramos importante disponibilizar o levantamento realizado pela CET/IJSN acerca dos municípios capixabas com Plano Municipal de Redução de Riscos – PMRR (IJSN, 2020).

A Lei nº 12.608/2012 institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC, autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres e dá outras providências. É dever da União, Estados, Distrito Federal e Municípios adotar as medidas necessárias à redução dos riscos de desastres. Importa destacar que a PNPDEC abrange as ações de prevenção,

[63] Para maiores informações, ver “Instrumentos de Gestão Municipal no Espírito Santo”. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7161

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 56 / 81

mitigação, preparação, resposta e recuperação voltadas à proteção e defesa civil, devendo integrar-se às políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia e às demais políticas setoriais, tendo em vista a promoção do desenvolvimento sustentável (IJSN, 2020).

Cabe destacar, ainda, que segundo o artigo 14 da PNPDEC, os programas habitacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios devem priorizar a relocação de comunidades atingidas e de moradores de áreas de risco (IJSN, 2020).

O Plano Municipal de Redução de Riscos (PMRR) se insere no âmbito das competências municipais estabelecidas na Lei Federal acima citada, tais como: a execução da PNPDEC em âmbito local; a incorporação das ações de proteção e defesa civil no planejamento municipal; a identificação e mapeamento das áreas de riscos de desastres; a fiscalização das áreas de risco de desastre; dentre outras. Destaca-se, que um dos objetivos da PNPDEC é "incorporar a redução do risco de desastre e as ações de proteção e defesa civil entre os elementos da gestão territorial e do planejamento das políticas setoriais" (artigo 5º). Portanto, é imperativo que o município considere em seu planejamento urbanístico as ações de proteção e defesa civil, bem como disponha de estudos técnicos para identificação de áreas de risco (IJSN, 2020).

O PMRR tem como objetivo formular estratégias, diretrizes e procedimentos que efetivamente consigam ampliar o conhecimento sobre os processos geodinâmicos, riscos e desastres, com proposição de ações estruturais e não estruturais[64].

Gasto per capita com Saúde

Aplicação per capita em saúde (R$) por município do Espírito Santo, referente a 2021.[65] Conceitualmente, trata-se do gasto com ações e serviços de saúde por habitante, por esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado[66].

[64] Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/Media/DefesaCivil/PEPDEC/PEPDEC%20-%20Abril_2022.pdf
[65] Disponível em: https://paineldecontrole.tcees.tc.br/indicadoresConsolidados/2021/saude
[66] Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_E0602.pdf

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 57 / 81

5. Espacialização das informações

Para entendermos a espacialização das informações relativas à saúde, no território, faz-se necessário, à luz do Plano Estadual de Saúde 2030, trazer a Regionalização na Saúde que se "configura num eixo estruturante do SUS e importante estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores no âmbito do processo de discussão/negociação/pactuação Inter federativa, sendo base para a efetiva gestão do sistema de saúde" (ESPÍRITO SANTO, 2019). Podemos destacar a importância da territorialidade dentro do planejamento da rede de saúde.

> A regionalização pressupõe construir acesso universal, com racionalidade na cobertura territorial e populacional, respondendo as necessidades sociais das populações em seus próprios territórios, mediante modelos de provisão de serviços baseados nas necessidades integrais e não apenas na oferta inicialmente disponível (ESPÍRITO SANTO, 2019).[67]

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Saúde do Espírito Santo, de 2020, estabelece três regiões da saúde, a saber: Central/Norte, Metropolitana e Sul (Figura 10).

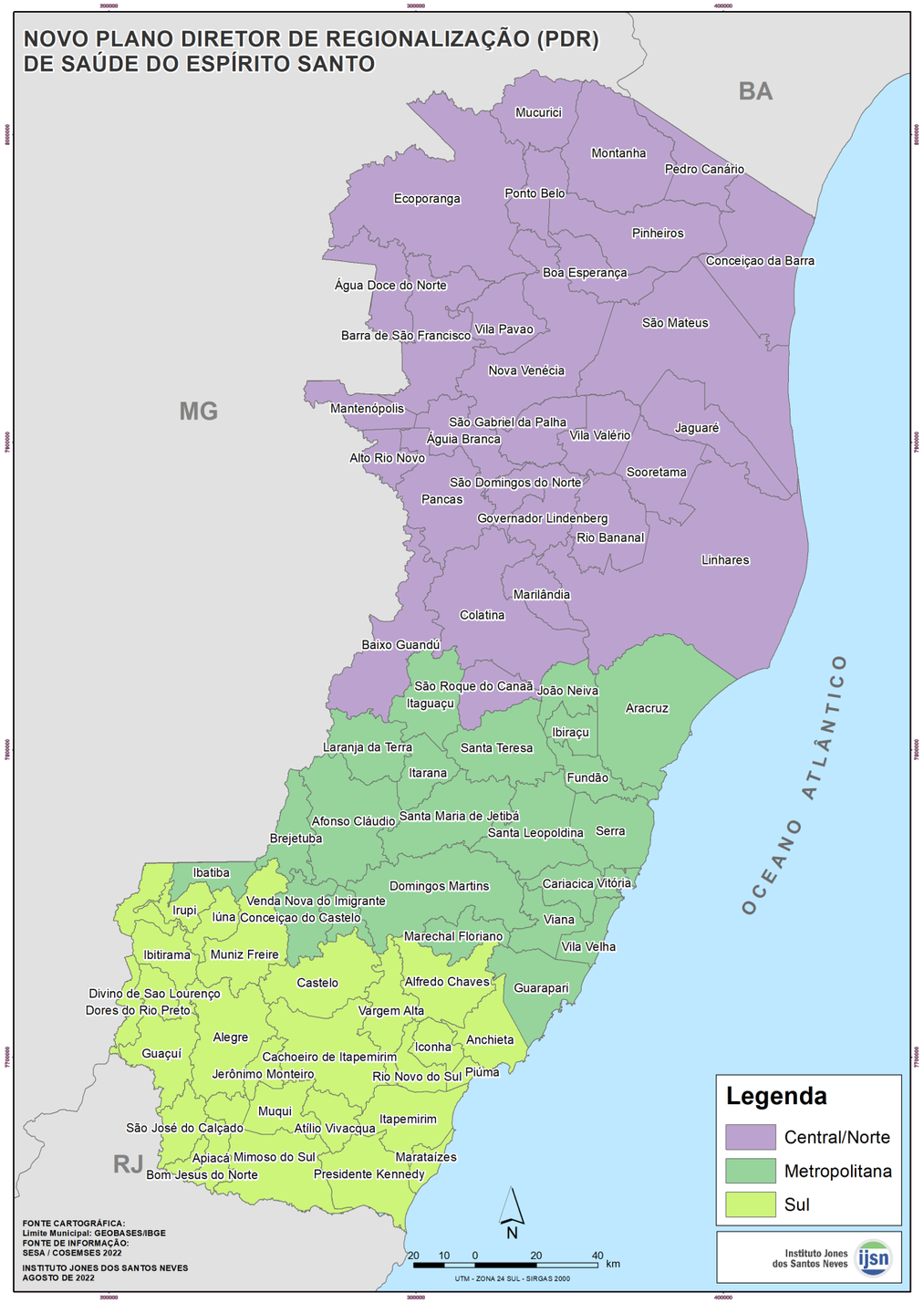
Por outro lado, são quatro as Macrorregiões de Planejamento do estado, definidas na Lei 9.768/2011, que dispõe sobre a divisão regional do Espírito Santo (incluindo as Microrregiões): 1. Metropolitana, 2. Norte, 3. Central, 4. Sul (Figura 11).

As Macrorregiões Metropolitana e Sul se assemelham com as regiões da saúde Metropolitana e Sul, sendo que as diferenças referem-se ao município de Ibatiba, que na regionalização da saúde integra a região Metropolitana mas pertence à Macrorregião Sul; e aos municípios de João Neiva, Ibiraçu e Aracruz, que na saúde também integram a região Metropolitana mas pertencem à Macrorregião de Central. Portanto, a região da saúde Central/Norte coincide com a junção das Macrorregiões de Planejamento Central e Norte, com exceção dos municípios citados: João Neiva, Ibiraçu e Aracruz.

67 Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf. Acesso em: 20 julho 2022.

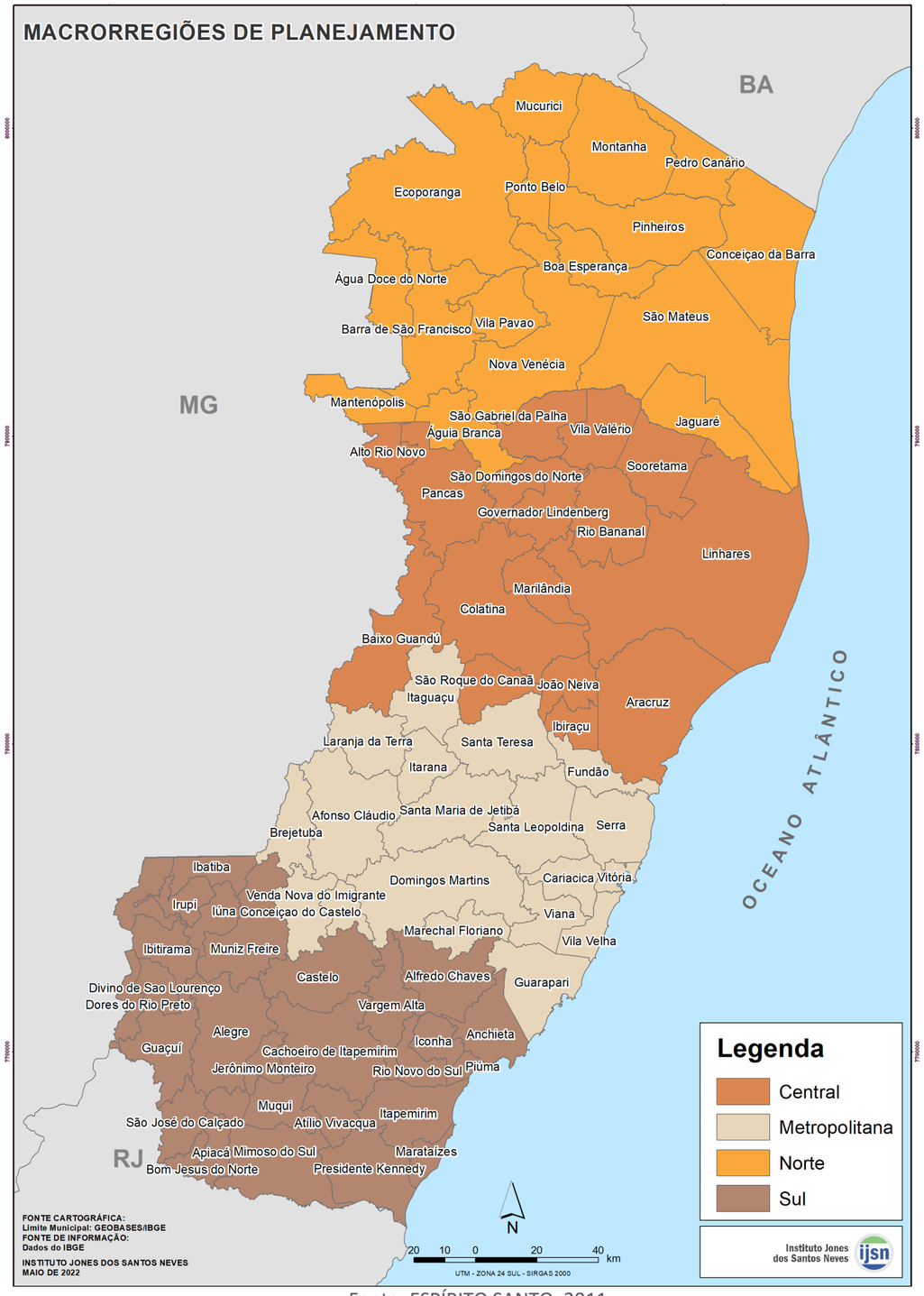
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 58 / 81

Figura 10: Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Saúde do Espírito Santo.



Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2011.

Figura 11: Macrorregiões de Planejamento do Espírito Santo



Fonte: ESPÍRITO SANTO, 2011.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 59 / 81

Algumas informações contidas no Painel de Indicadores Multidimensional da Saúde foram espacializadas, buscando exemplificar a análise territorial da saúde. No entanto, importa ressaltar que idealmente pretendia-se realizar uma análise territorial correlacionando alguns indicadores de forma direta, entre indicadores de resultados em saúde e indicadores de determinantes da saúde. Contudo, durante o desenvolvimento do trabalho, a partir de alguns ensaios correlacionando indicadores selecionados, e também a partir de consultas com técnicos da saúde, observou-se a necessidade de estudos mais aprofundados, com o devido apoio técnico, para estabelecer essas correlações diretas e analisar seus resultados de maneira consistente.

Além disso, ressalta-se a dificuldade relacionada à não padronização do ano de referência dos dados e indicadores, conforme já justificado. Como exemplo, podemos citar os dados do Censo Demográfico 2010/IBGE, com mais de uma década de defasagem, em relação aos dados de saúde, mais atualizados e para os quais foi adotada uma série histórica com periodicidade anual dos últimos cinco anos. Cabe destacar novamente a limitação de dados disponíveis para a escala municipal, o que mostra a relevância da utilização do Censo a despeito de sua desatualização.

Observa-se nos mapas das Figuras 12 e 13 que há bastante convergência entre municípios com alta estimativa de extrema pobreza e municípios com baixo percentual de esgotamento sanitário adequado. A extrema pobreza está muito concentrada no extremo norte do Espírito Santo (Figura 12), enquanto verifica-se que a mesma região não possui municípios com saneamento adequado acima de 75% (Figura 13).

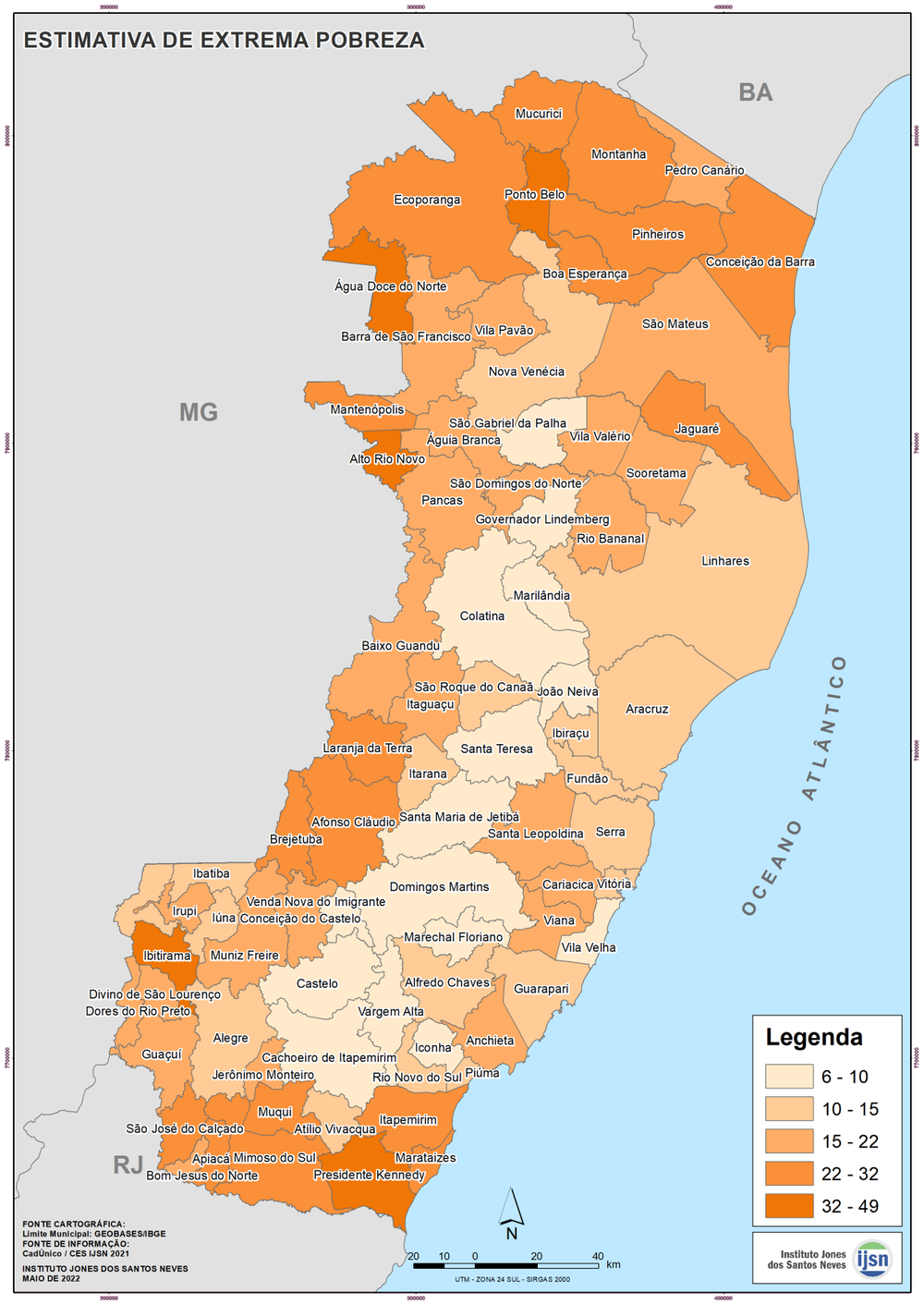
Por outro lado, ao relacionar esses indicadores sociais e urbano-ambientais com alguns indicadores de saúde, nem sempre observa-se uma convergência. Este é o caso da mortalidade infantil. Municípios com maior taxa de mortalidade infantil estão distribuídos no território capixaba, mas com concentração maior na faixa central do estado, compreendendo os municípios de Vila Velha, Serra e Viana, na RMGV, bem como Domingos Martins e Santa Maria de Jetibá (Figuras 14 e 15). Esses dois últimos municípios, juntamente com Vila Velha, estão na faixa com menor estimativa de extrema pobreza do Espírito Santo (Figura 12).

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 60 / 81

Cabe salientar que, de modo a evitar distorções estatísticas, para os municípios com menos de 100 mil habitantes utilizou-se como unidade de medida o número absoluto, ou seja, o número de óbitos. Já para os municípios acima de 100 mil habitantes foi adotada a taxa (óbitos por mil nascidos vivos), comumente utilizada. Dessa forma, foi necessário a elaboração de dois mapas separados: Taxa de Mortalidade Infantil - municípios com mais de 100 mil habitantes; Mortalidade Infantil em nº absolutos - municípios com menos de 100 mil habitantes (Figuras 14 e 15).

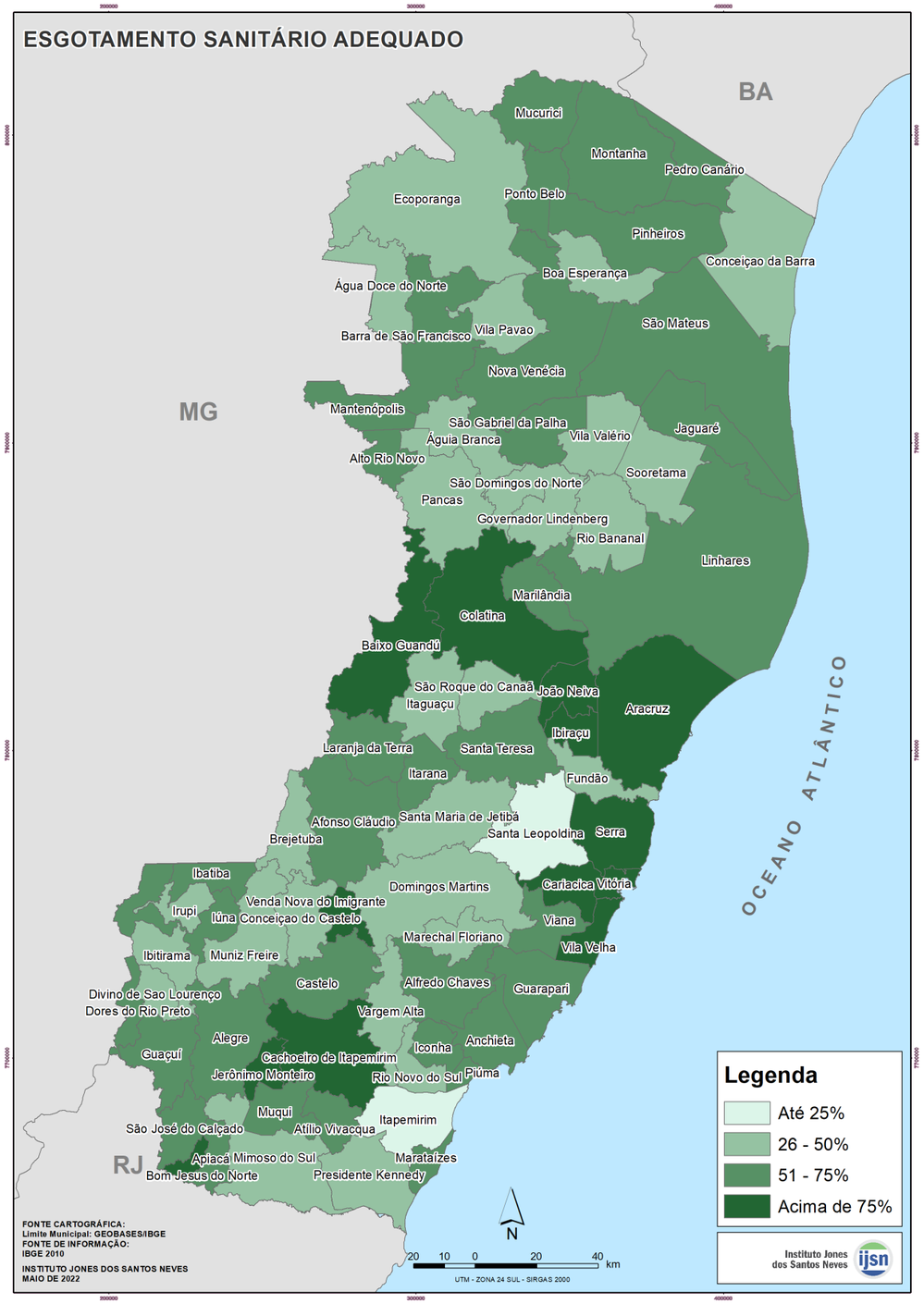
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 61 / 81

Figura 12: Estimativa de Extrema Pobreza nos municípios do Espírito Santo



Fonte: IJSN, 2022. Elaboração: IJSN, 2022

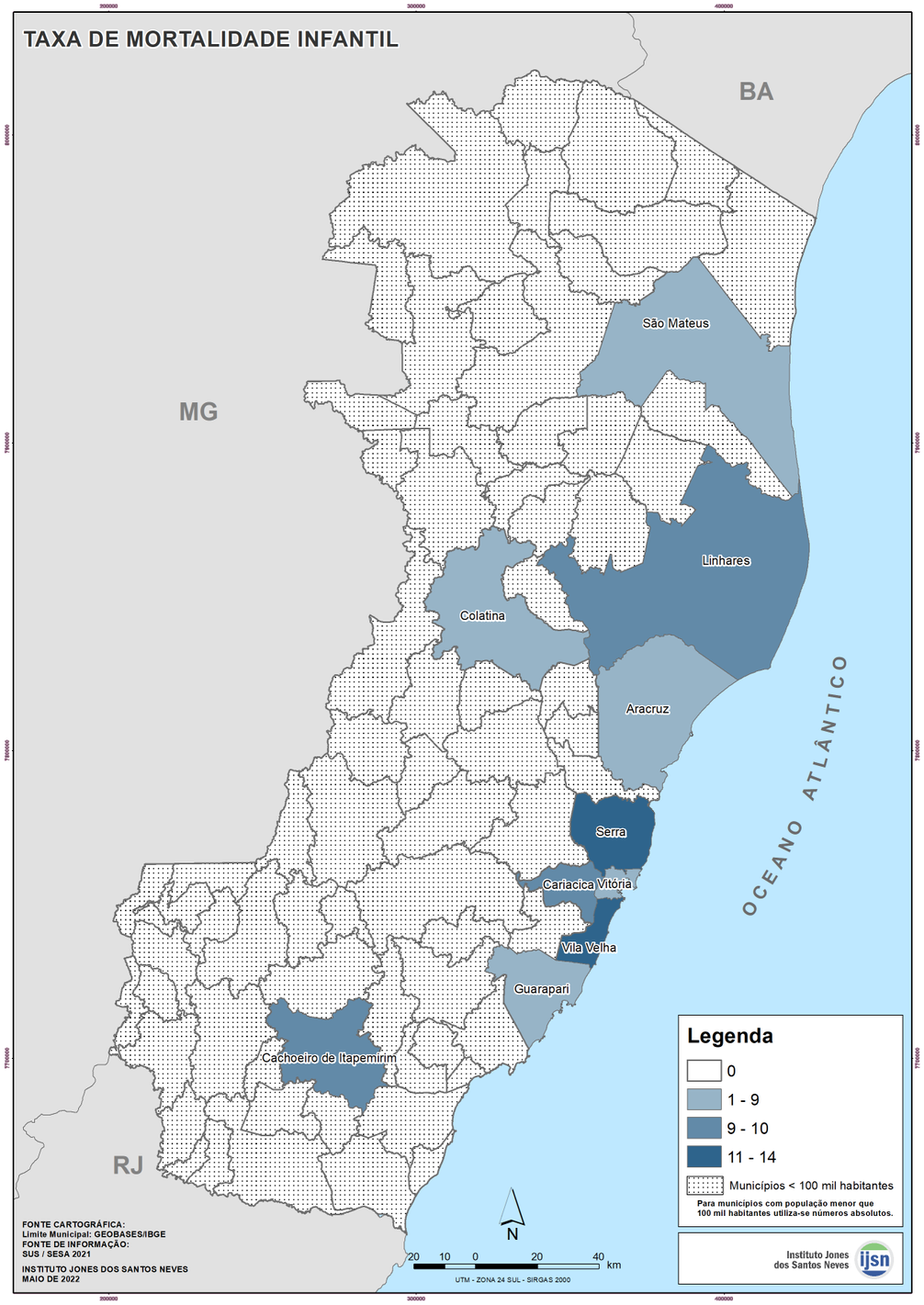
Figura 13: Esgotamento sanitário adequado nos municípios do Espírito Santo



Fonte: IJSN, 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

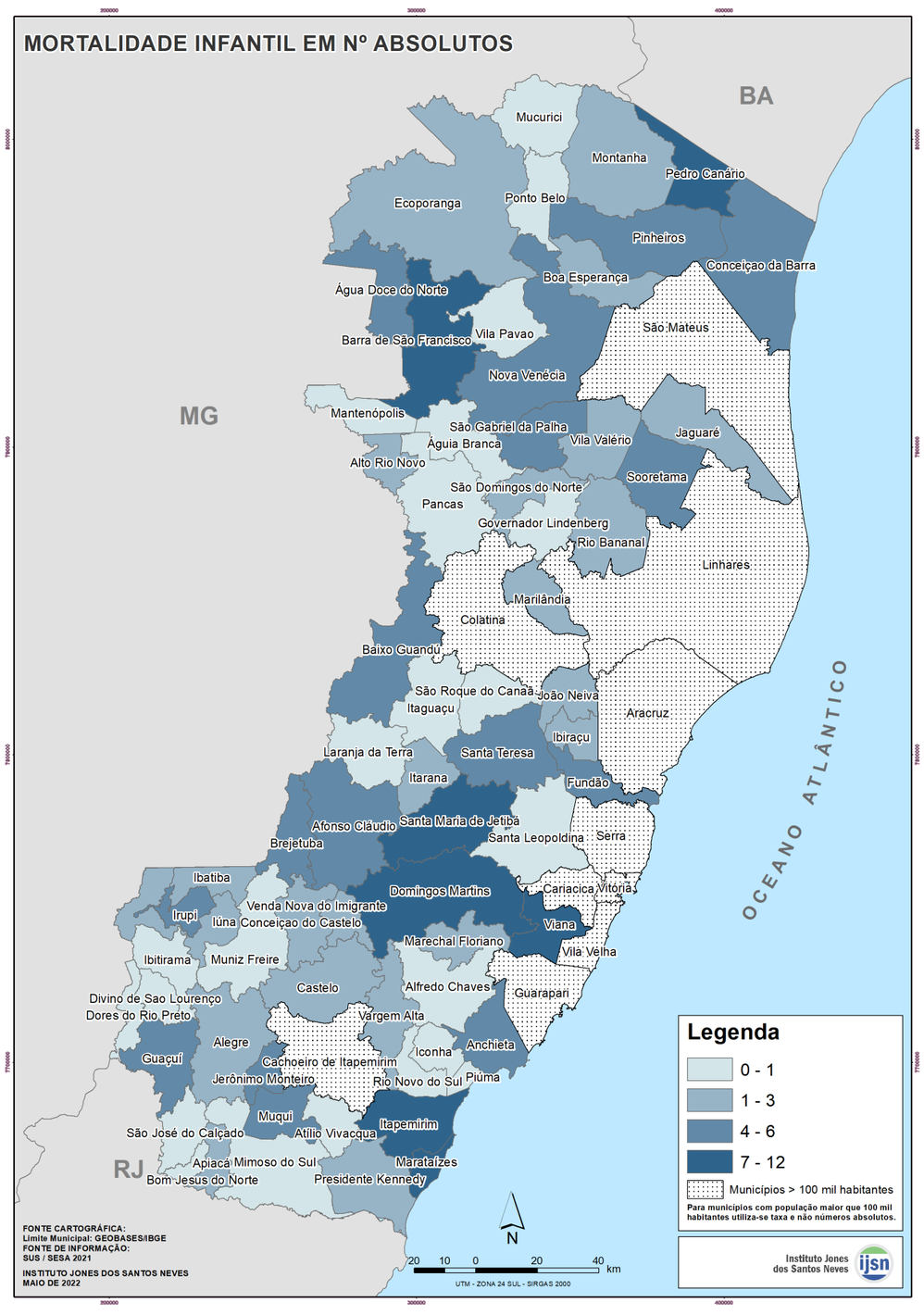
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 62 / 81

Figura 14: Taxa de Mortalidade Infantil - municípios com mais de 100 mil habitantes



Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

Figura 15: Mortalidade Infantil em nº absolutos - municípios com menos de 100 mil habitantes



Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 63 / 81

Em geral, o Espírito Santo tem uma satisfatória cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica, visto que maioria dos municípios tem uma cobertura alta, acima de 75% (Figura 16). Com exceção de Alto Rio Novo, Vila Pavão e Santa Leopoldina, os municípios com cobertura menor que 75% referem-se a municípios polo e metropolitanos: São Mateus, Colatina, Fundão, Cariacica, Serra, Vitória e Vila Velha. Vila Velha, aliás, possui isoladamente a menor cobertura do estado, abaixo de 25%.

A cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica também se mostra satisfatória no território capixaba, mas com um número menor de municípios com cobertura acima de 75% (Figura 17). Entre os municípios com cobertura menor de 75%, além de alguns municípios polo e metropolitanos, estão Alegre, Ibatiba, Conceição do Castelo, Vila Valério e Vila Pavão. Os municípios de Conceição do Castelo e Vila Valério são os únicos do estado com cobertura estimada de saúde bucal na AB abaixo de 25%.

A Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAB indica as internações que poderiam ser evitadas pelo atendimento básico de saúde, "refletem um conjunto de problemas de saúde para os quais o acesso aos serviços de Atenção Básica (AB) e ações efetivas poderiam ter reduzido a ocorrência de internações, tornando-as um indicador de resultado para avaliação da qualidade e do acesso nesse nível de atenção" (OBSERVATÓRIO DE BOA VISTA)[68].

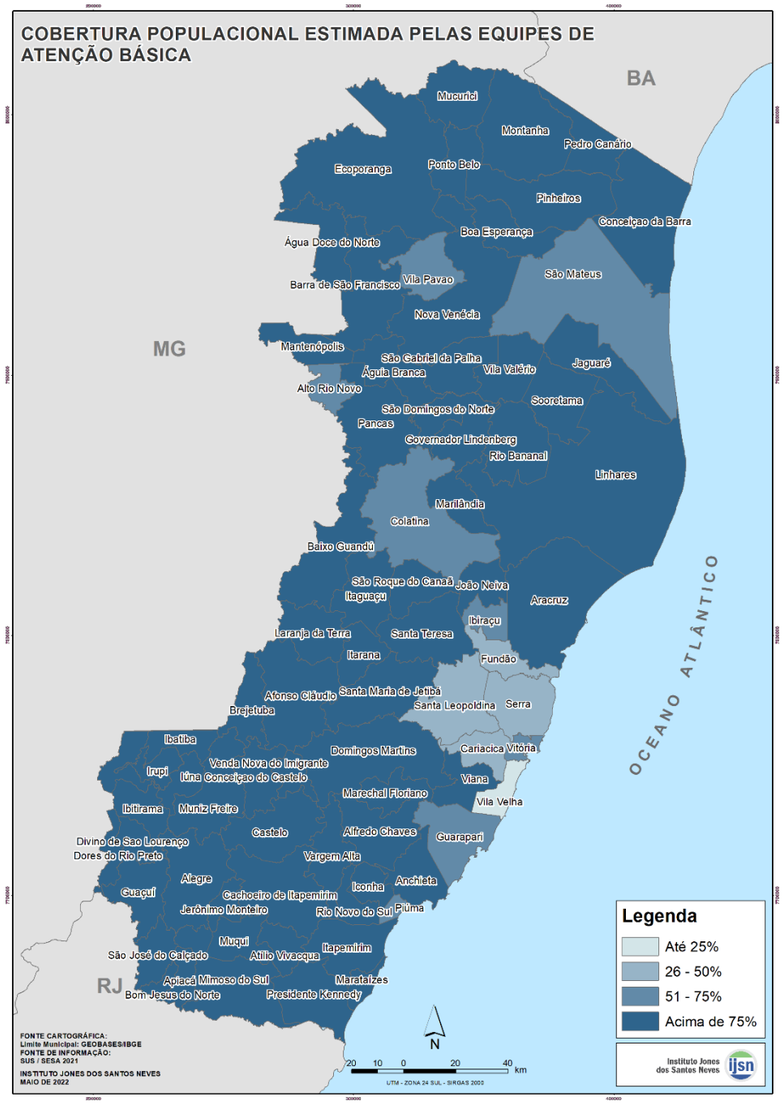
> As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da atenção básica acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado. Têm sido consideradas indicadoras indiretas da qualidade dos serviços de atenção básica, apontando a possibilidade de barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) e prestando-se ao monitoramento da efetividade e desempenho do sistema de atenção básica (FIOCRUZ).[69]

São 15 municípios com maior Proporção de ICSAB (Figura 18), sendo 6 localizados no extremo norte, variando entre 30,4 e 39,5. Por outro lado, são 8 municípios com menor proporção, entre 13,1 e 19,5. A partir dos resultados desse indicador, o estado pode ser mais efetivo na gestão e desempenho do sistema de atenção básica.

[68] Disponível em: https://observatorio.prefeitura.boavista.br/indicadores/proporcao-de-internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-basica-icsab?filters=203,1400100,314;127,1400100,218;121,1400100,207
[69] http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/pages/iframe_print.php?aid=57

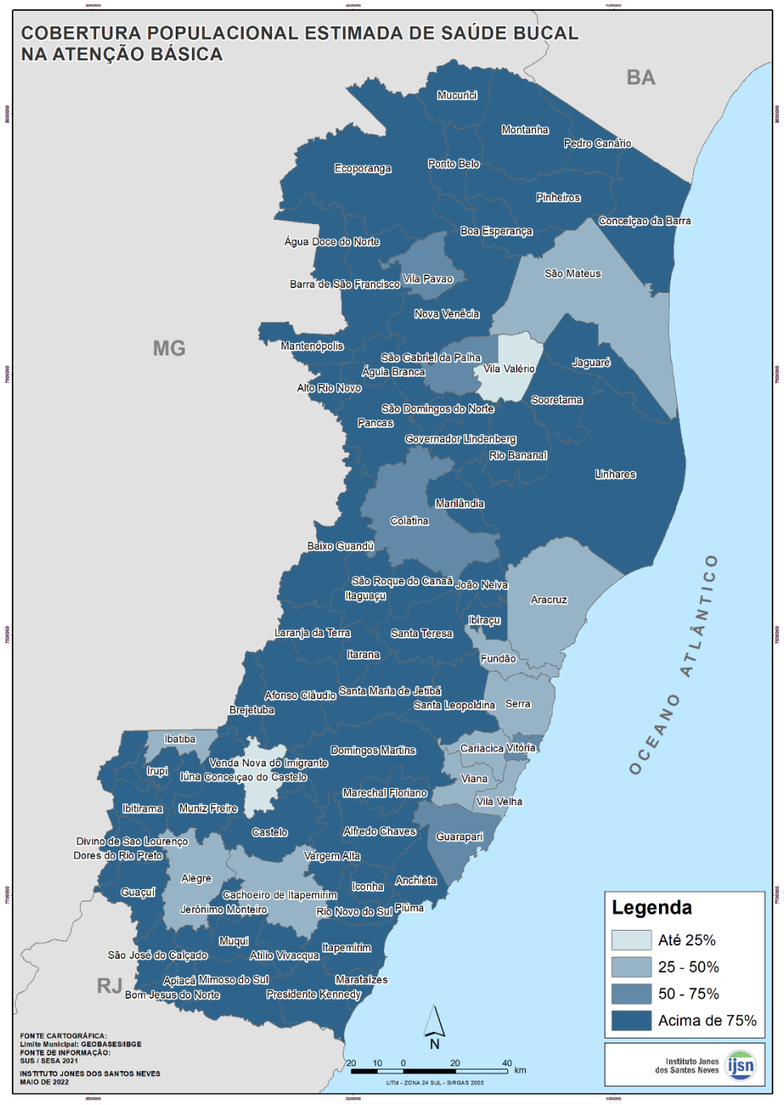
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 64 / 81

Figura 16: Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica



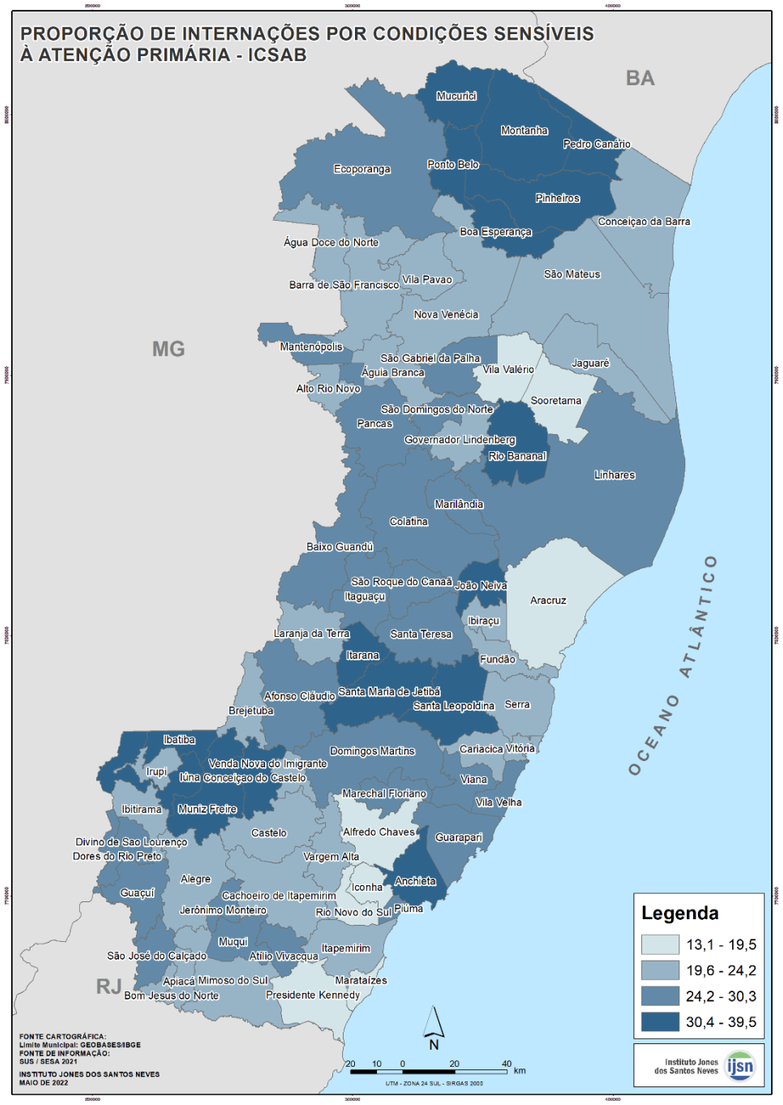
Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

Figura 17: Cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Básica



Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022

Figura 18: Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária



Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022

2023-6M0L32 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 65 / 81

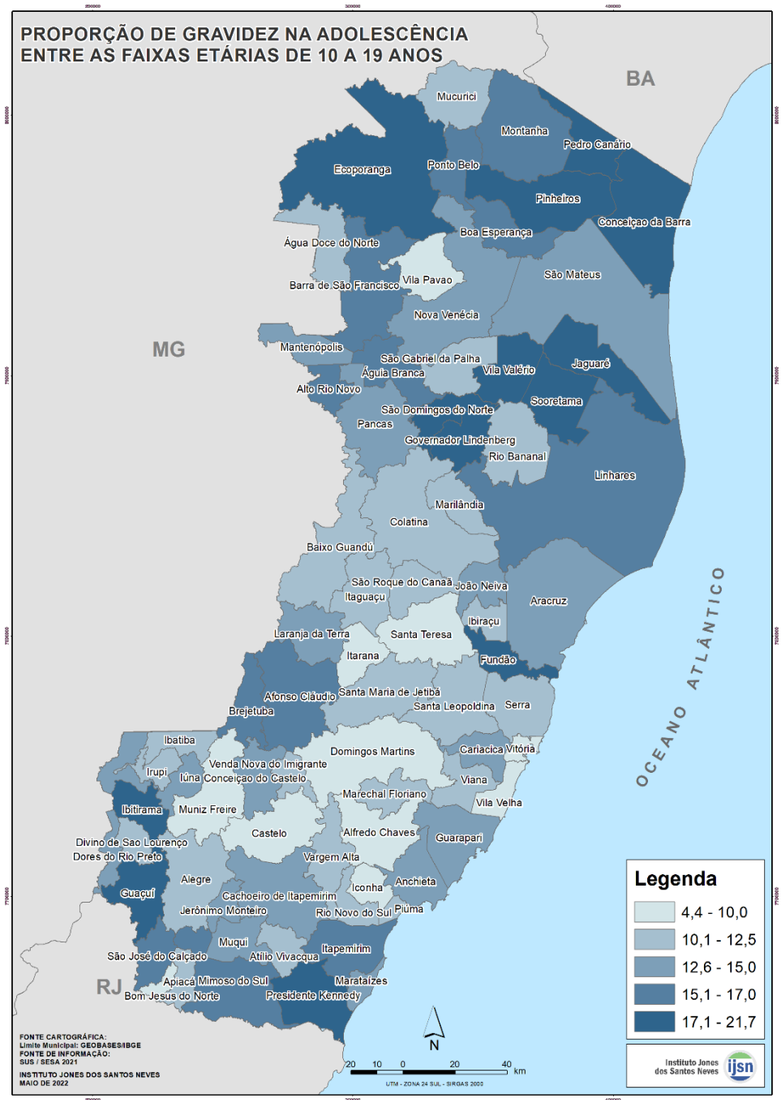
Os maiores resultados de proporção de gravidez na adolescência estão concentrados no norte do Espírito Santo (Figura 19), em convergência com os resultados da estimativa de extrema pobreza. O extremo sul do estado também se destaca nesse sentido. Fundão é o único município metropolitano que integra o grupo dos que possuem a maior proporção do estado. Por outro lado, na porção norte se destaca positivamente o município de Vila Pavão, sendo o único da região no grupo de menor proporção de gravidez na adolescência.

Por sua vez, quanto à proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a décima segunda semana de gestação, essa mesma região não tem a pior situação do estado, que ocorre na faixa central do Espírito Santo, abarcando vários municípios das Microrregiões Sudoeste Serrana, Central Serrana e Centro-Oeste (Figura 20). A melhor situação ocorre na RMGV, sendo que os municípios de Vila Velha, Cariacica e Serra possuem a maior proporção do estado, juntamente com o município de Linhares. Observa-se que, em geral, os melhores resultados do estado ocorrem de fato em municípios polo e metropolitanos.

A proporção de parto normal no SUS e saúde suplementar (Figura 21) é maior na RMGV e no norte do estado, e menor na porção sul e central do território capixaba. Os municípios incluídos na categoria de maior proporção são: Serra, Cariacica, Viana, Montanha, Pedro Canário, Pinheiros, Guaçuí e Divino de São Lourenço. Há de se questionar e melhor investigar as razões para que ocorra maior proporção de parto normal nessas regiões. Teria relação com o indicador anterior, que se refere ao acompanhamento satisfatório através de consultas pré-natal? No caso da região norte, teria relação com a maior estimativa de extrema pobreza, considerando a ausência de escolha das mães quanto à forma de parto ideal?

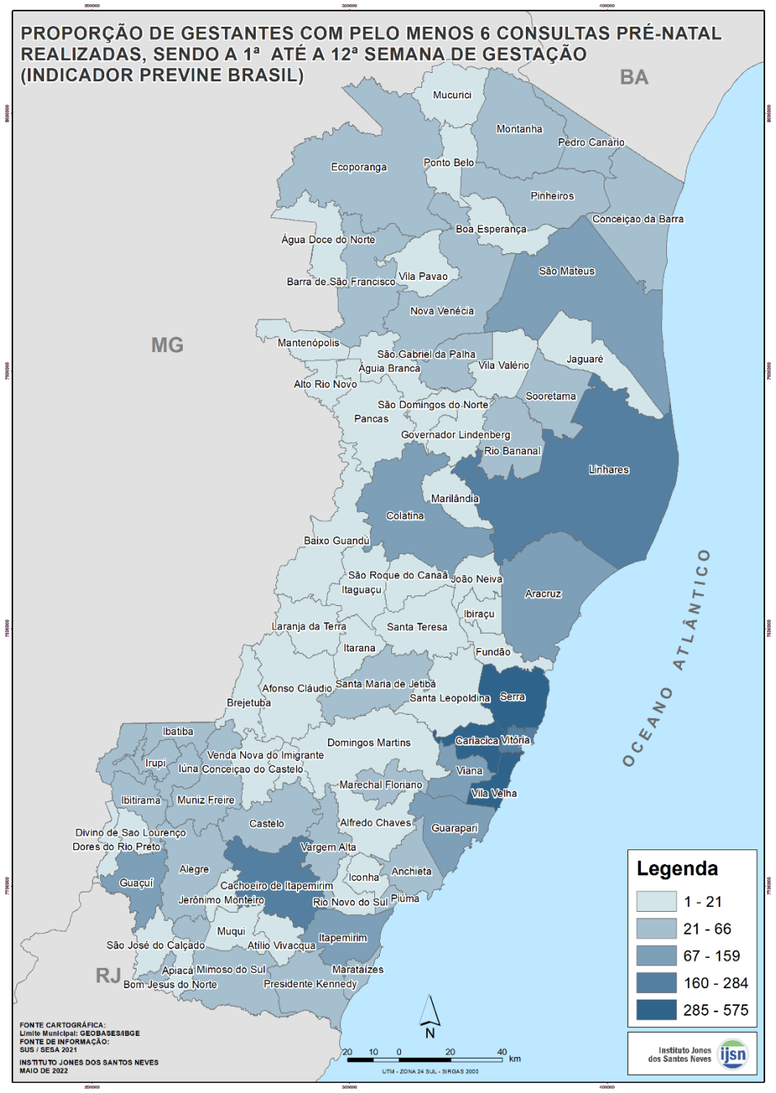
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 66 / 81

Figura 19: Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias de 10 a 19 anos



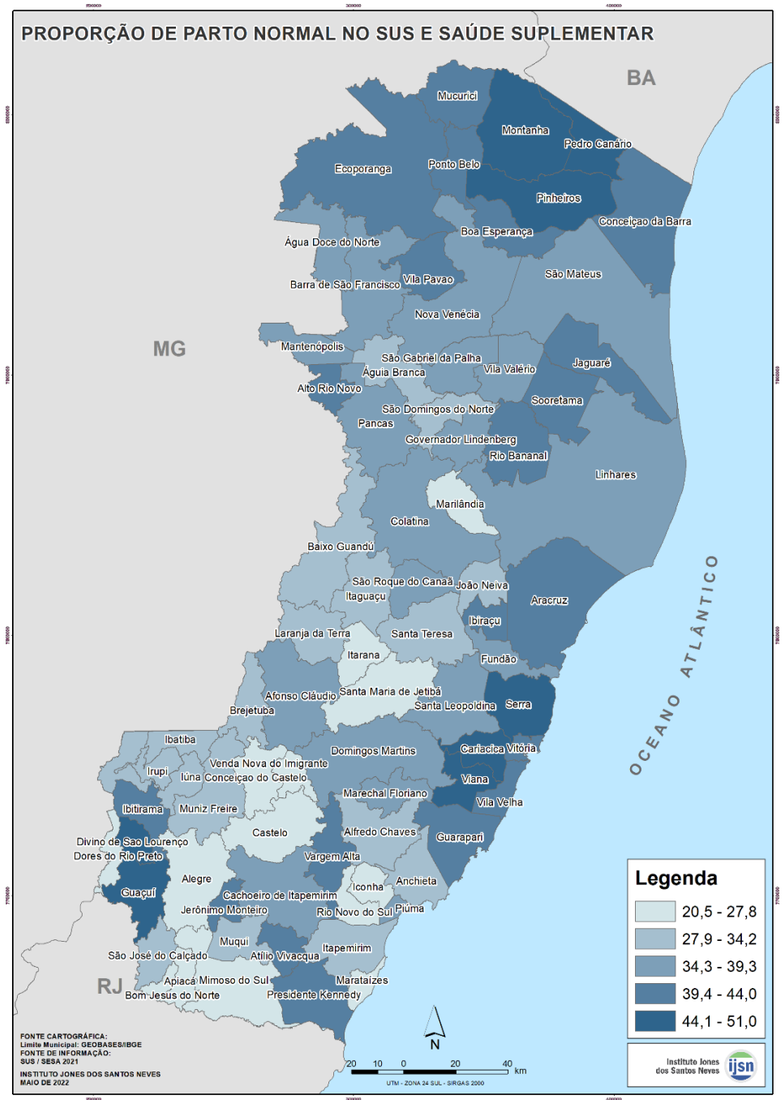
Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022

Figura 20: Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 12º semana de gestação



Fonte: DATASUS apud Observatório MulherES/IJSN 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

Figura 21: Proporção de parto normal no SUS e saúde suplementar



Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 67 / 81

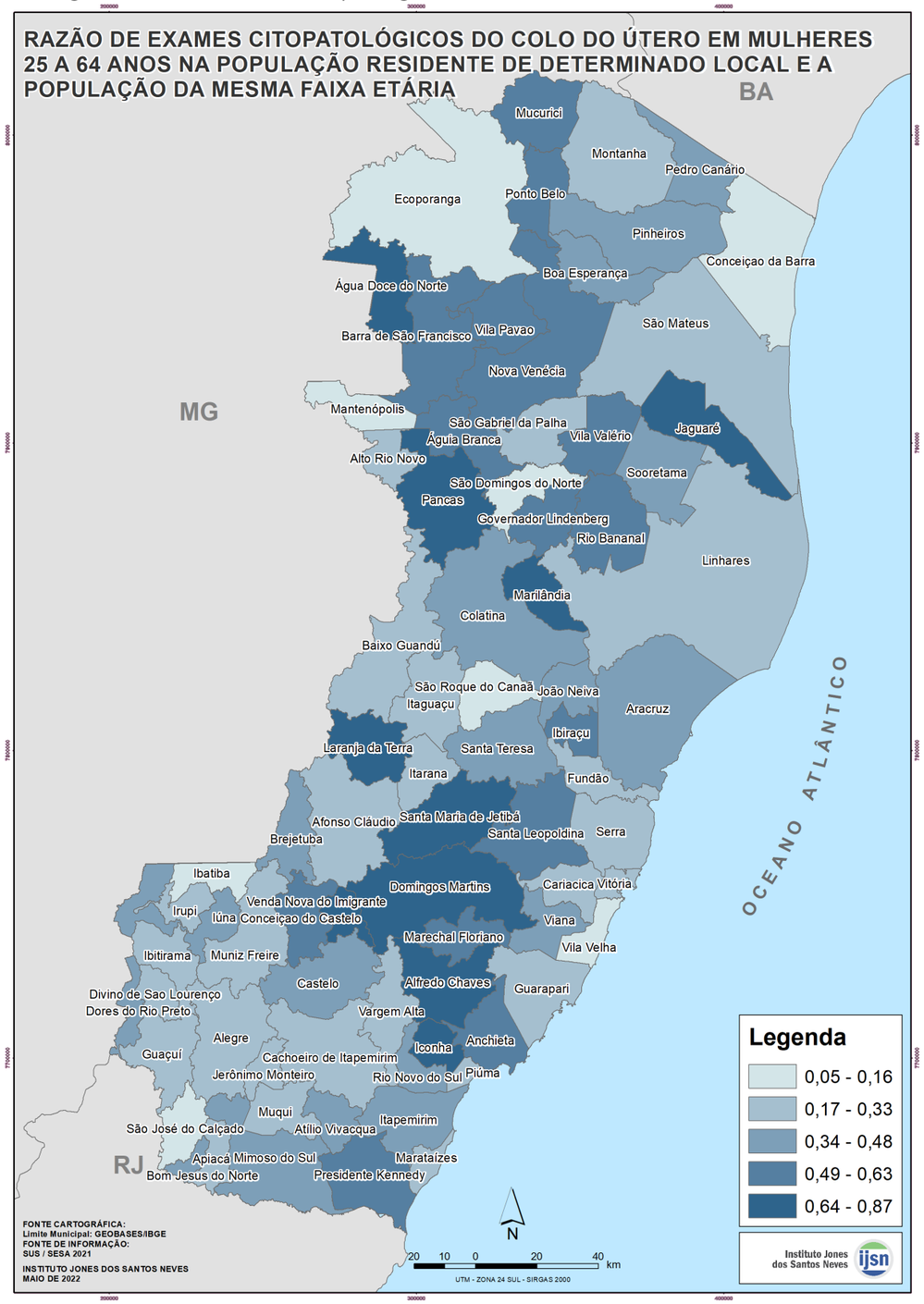
Em relação à razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos (Figura 22), os melhores resultados ocorrem no norte do Espírito Santo, a partir de Marilândia, com destaque para Água Doce do Norte, Pancas, Jaguaré e Marilândia (cor azul mais escuro no mapa), e em alguns municípios da porção centro sul do estado, com destaque para Laranja da Terra, Santa Maria de Jetibá, Domingos Martins, Venda Nova do Imigrante, Alfredo Chaves e Iconha (cor azul mais escuro no mapa).

Os municípios do Espírito Santo no grupo com piores resultados para este indicador (cor azul mais claro no mapa) estão distribuídos ao longo do território capixaba, em algumas Microrregiões, a saber: Ecoporanga e Mantenópolis (Noroeste), Conceição da Barra (Nordeste), São Domingos do Norte e São Roque do Canaã (Centro-Oeste); Ibatiba e São José do Calçado (Caparaó); Vila Velha (Metropolitana).

Considerando a razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos (Figura 23), comparativamente ao caso anterior, até há certa convergência quanto aos melhores resultados. No entanto, percebe-se que, em geral, os resultados são bem inferiores (as cores no mapa são mais claras no geral). Além disso, o número de municípios no grupo com piores resultados é muito mais expressivo: 8 no caso anterior e 25 neste caso. O município de Santa Maria de Jetibá é o único no grupo de melhor situação do estado nos dois casos.

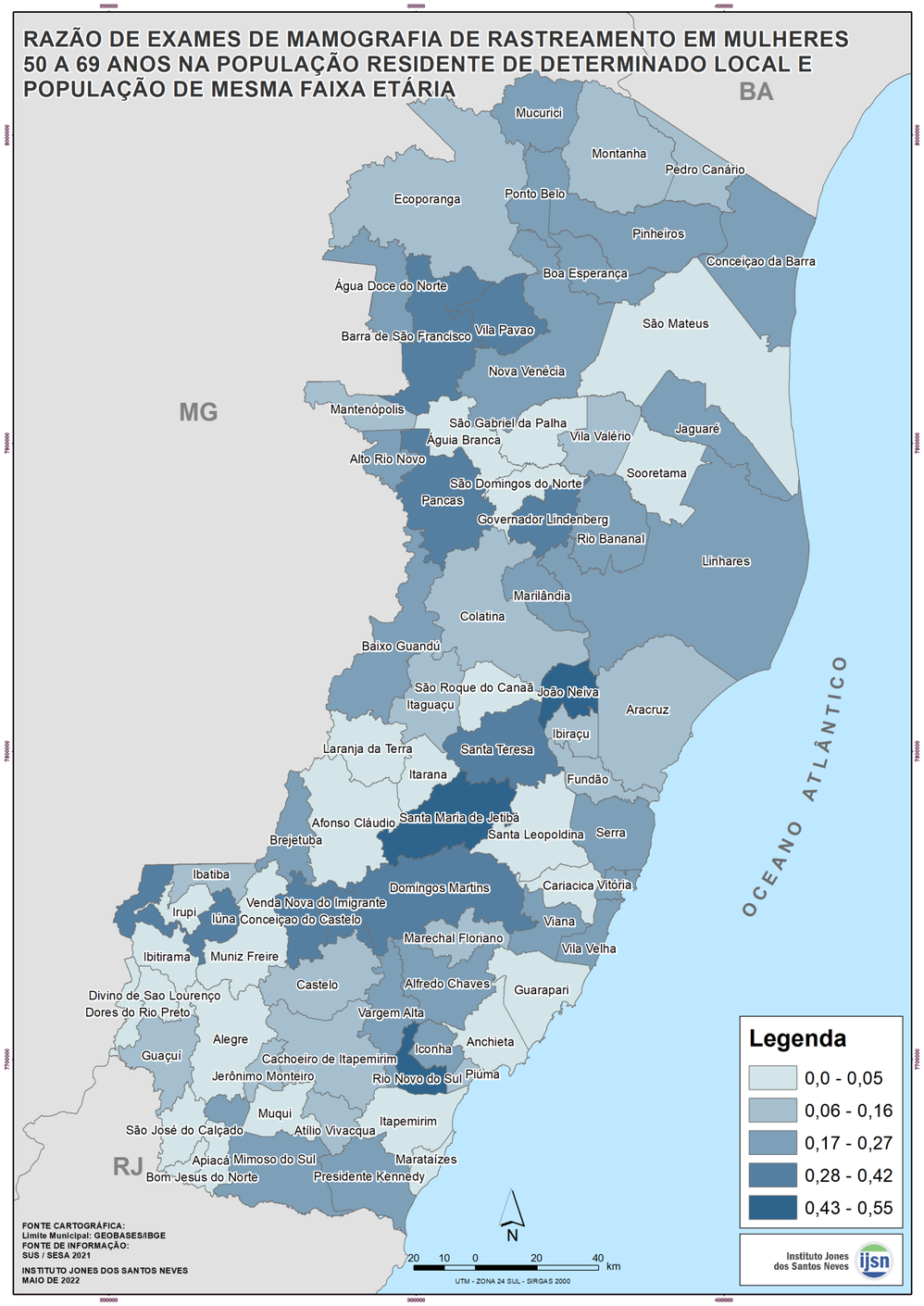
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 68 / 81

Figura 22: Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos



Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

Figura 23: Razão de exames de mamografia de rastreamento em mulheres de 50 a 69 anos



Fonte: SESA, 2022. Elaboração: IJSN, 2022.

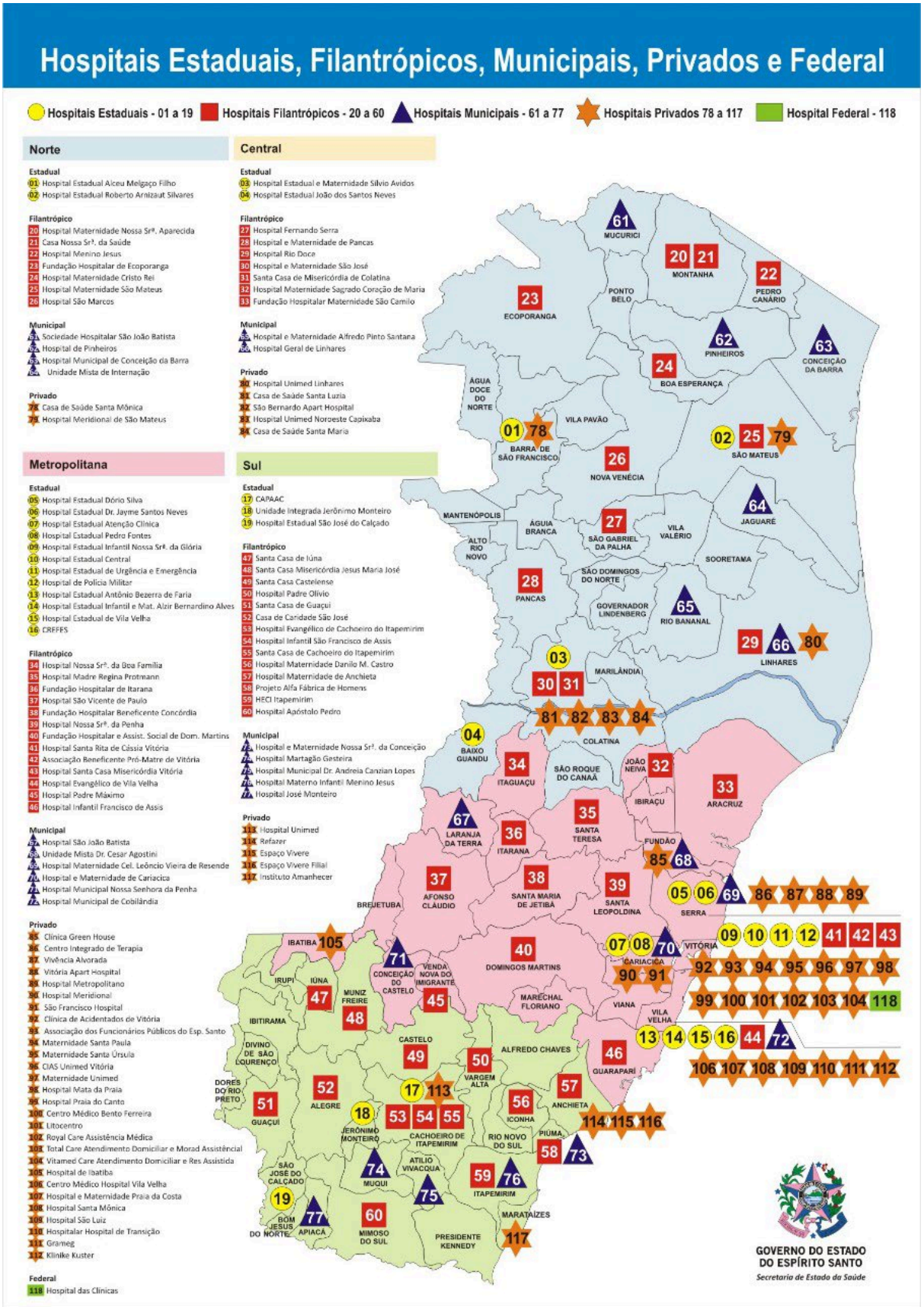
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 69 / 81

Antes de analisar a distribuição espacial dos equipamentos de saúde do estado, importa destacar que a gestão estadual, por meio da Secretaria Estadual de Saúde - SESA é, atualmente, responsável pela quase totalidade da oferta de atenção ambulatorial especializada e parte significativa da atenção hospitalar (ESPÍRITO SANTO, 2019).

A rede de serviços do SUS-ES é formada por 118 unidades hospitalares, integrando as Redes de Atenção à Saúde. São 19 hospitais estaduais, 41 filantrópicos, 17 municipais, 40 privados e 01 federal (Figura 24). Por região de saúde, estão distribuídos da seguinte forma: 29 unidades na Região Central/Norte; 62 na Região Metropolitana, e 27 na Região Sul (Figura 24). Observa-se que há uma grande concentração da rede hospitalar na Região de Saúde “Metropolitana”, em especial na RMGV, que concentra quase 50% da população do estado, seguido da Região Sul.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 70 / 81

Figura 24: Hospitais Estaduais, Filantrópicos, Municipais, Privados e Federais



Fonte: SESA, 2021.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 71 / 81

Os dois mapas subsequentes apresentam a distribuição dos equipamentos de saúde no estado, os de alta complexidade (Figura 25) – hospitais, e os de baixa e média complexidade (Figura 26). A baixa complexidade refere-se à atenção básica (AB), "entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade" (CONASS, 2007, p. 16).

> Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (CONASS, 2007, p. 16).

A Portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006[70], destaca a unidade básica de saúde como infraestrutura necessária para a AB, "com ou sem saúde da família, com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros" (CONASS, 2007, p. 16).

> [...] embora a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema, sua porta de entrada preferencial e que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população adscrita, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços, não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS (CONASS, 2007, p. 17).

Nesse sentido, importa também destacar as definições de média e alta complexidade em saúde. A média complexidade é definida pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) como (SAS/MS apud CONASS, 2007, p. 17):

> A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

[70] Essa Portaria, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 72 / 81

Em material de apoio conhecido como “O SUS de A a Z”, do Ministério da Saúde, construído em conjunto com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), a alta complexidade é definida como:

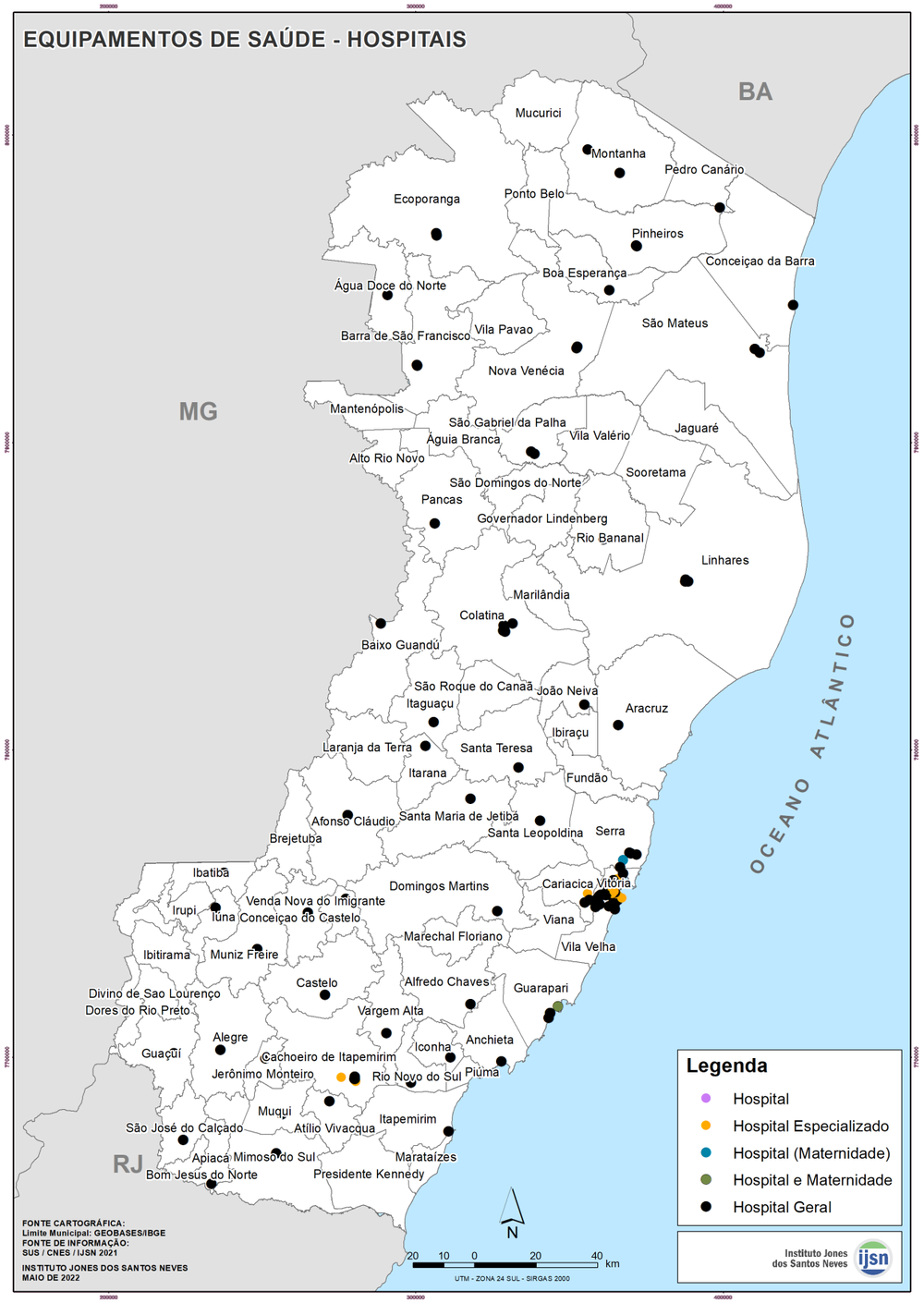
> Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (MS apud CONASS, 2007, p. 18).

Analisando os mapas com a distribuição dos equipamentos de saúde no território capixaba, como esperado, os equipamentos de alta complexidade estão mais concentrados na RMGV, que além disso, dispõe de maior variedade de tipos de hospitais, seja Geral, Especializado, Maternidade, dentre outros. No restante do estado prevalece o Hospital Geral, como pode ser observado no mapa da Figura 25 – o município de Cachoeiro de Itapemirim é uma exceção, contando também com Hospitais Especializados. Em uma análise mais superficial do mapa, desconsiderando a RMGV, os Hospitais Gerais parecem estar bem distribuídos no território capixaba. No entanto, importa ressaltar que apenas com análises mais aprofundadas, considerando aspectos como acesso e deslocamentos, é possível realizar uma reflexão crítica consistente. Convém destacar ainda a ausência de Hospitais Especializados fora da RMGV.

Da mesma forma, os equipamentos de saúde de baixa e média complexidades têm maior concentração na RMGV. Também como esperado, prevalece no território capixaba, estando presente em quantidade e em todos os municípios, a Unidade Básica de Saúde. Conforme pode ser observado no mapa da Figura 26, os outros tipos de equipamentos de baixa e média complexidade, além da RMGV, estão concentrados em municípios polo e com maior população, como Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Linhares, São Mateus e Aracruz. Considerando os dois mapas, o município de Cachoeiro de Itapemirim parece ter o maior destaque do estado quanto à oferta de equipamentos e serviços de saúde geral e especializados fora da RMGV.

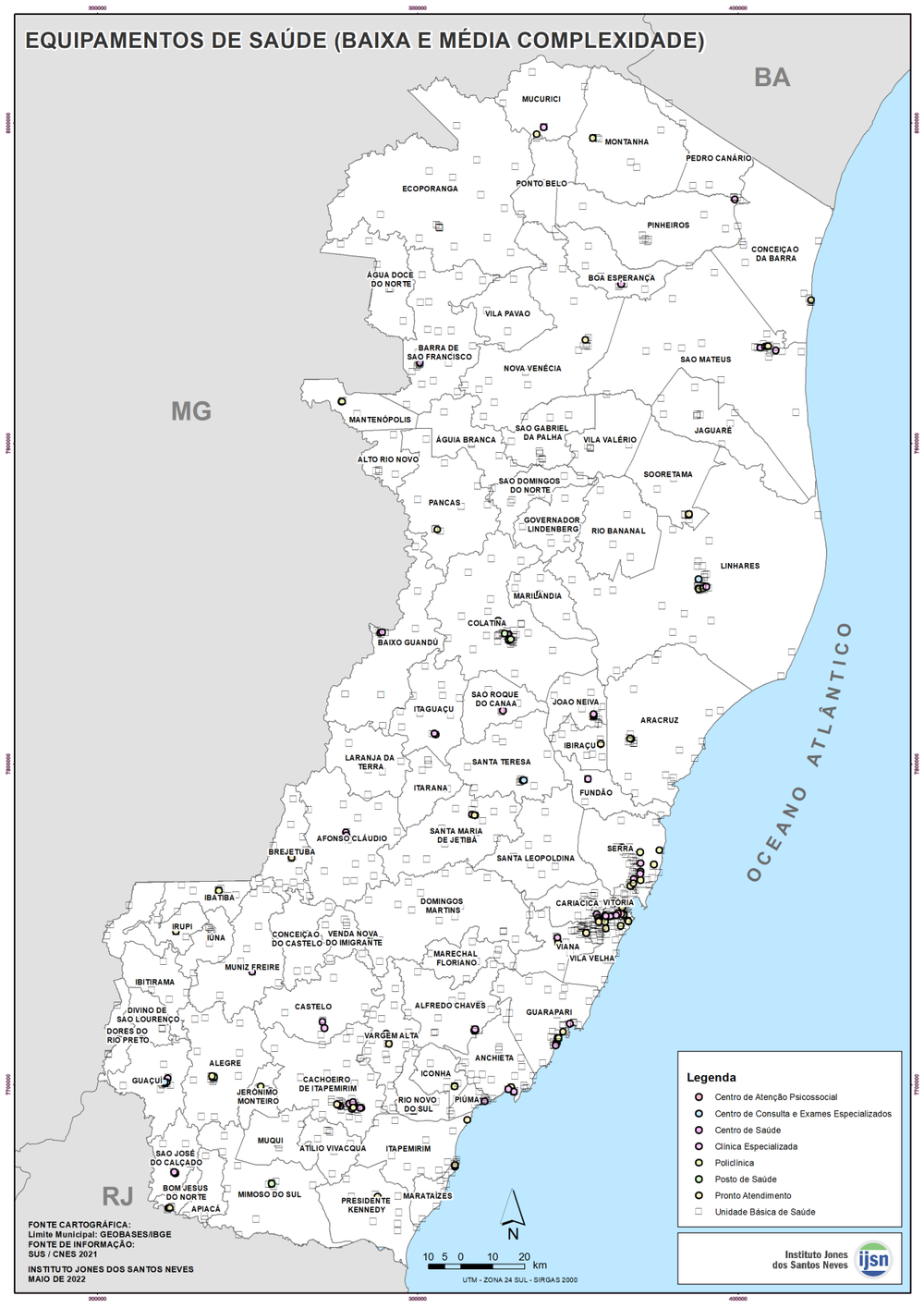
2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 73 / 81

Figura 25: Distribuição dos equipamentos de saúde - Hospitais



Fonte: SUS/CNES, 2021. Elaboração: IJSN, 2022.

Figura 26: Distribuição dos equipamentos de saúde – baixa e média complexidades



Fonte: SUS/CNES, 2021. Elaboração: IJSN, 2022.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES - 19/10/2023 18:01 PÁGINA 74 / 81

6. Considerações finais

Este estudo teve como principal objetivo realizar uma análise territorial e multidimensional da saúde no Espírito Santo, de modo a subsidiar a identificação das necessidades e desigualdades em saúde no território capixaba. Pretendia-se, especificamente, construir um Painel de Indicadores Multidimensional da Saúde, o que foi concluído, bem como realizar análises territoriais considerando a inter-relação entre os resultados em saúde (indicadores da dimensão Saúde) e os determinantes da saúde, que se relacionam com as condições de vida de uma determinada população no território (indicadores das outras dimensões). Acerca desse segundo objetivo, conforme já destacado, observou-se a necessidade de estudos mais aprofundados e especializados para que se alcançasse os resultados pretendidos.

Espera-se que com estudos mais aprofundados e contínuos, seja possível investigar e melhor interpretar as inter-relações entre os resultados em saúde e os determinantes em saúde no território. Importa destacar ainda a limitação de dados e indicadores oficiais e atualizados na escala municipal para algumas dimensões. Neste sentido, é necessário buscar a cooperação entre instituições e órgãos públicos para a acessibilidade de dados administrativos, assegurada a segurança das informações, privacidade e anonimato dos cidadãos. De todo modo, este estudo abre novas perspectivas de pesquisas em saúde a partir de temas relacionados ao território e às questões urbanas e ambientais, como mobilidade, habitação, saneamento, etc.

A análise de saúde é um campo muito vasto, como mostra a metodologia de Análise de Situação de Saúde – ASIS aqui explicitada. Mesmo que o presente trabalho tenha se restringido a um pequeno recorte, uma análise territorial multidimensional ainda assim é ampla e complexa. Entendemos que este trabalho representa um ponto de partida para o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde a partir de uma abordagem multidimensional e intersetorial, na perspectiva da promoção de cidades saudáveis e sustentáveis, buscando a equidade em saúde no território capixaba, por meio de políticas e ações focalizadas e integradas.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 75 / 81

Referências

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Assistência de Média e Alta no SUS**. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf. Acesso em: 12 de julho de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nves.def Acesso em:

DEFESA CIVIL DO ESPIRITO SANTO. Curso Básico de Percepção e Mapeamento do Risco Geológico. **Mapeamento em áreas de risco: Metodologia, leitura e aplicações**. Vitória, 2019. Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/Media/DefesaCivil/Material%20Did%C3%A1tico/CBPRG%20-%202019/Aula%209%20Mapeamento_Metodologia_CPRM_Vitoria.pdf

DEFESA CIVIL DO ESPIRITO SANTO. **Plano Estadual de Proteção e Defesa Civil**, 2020. Disponível em: https://defesacivil.es.gov.br/Media/defesacivil/Acesso%20R%C3%A1pido/PEPDEC%20-%20SITE.pdf. Acesso em: maio de 2022.

ESPIRÍTO SANTO. Lei nº 9.768 de 28 de dezembro de 2011. **Dispõe sobre a definição das Microrregiões e Macrorregiões de Planejamento no Estado do Espírito Santo.** Disponível em: https://leisestaduais.com.br/es/lei-ordinaria-n-9768-2011-espirito-santo-dispoe-sobre-a-definicao-das-microrregioes-e-macrorregioes-de-planejamento-no-estado-do-espirito-santo. Acesso em: 27 jul. 2022.

ESPIRÍTO SANTO. Secretária de Estado da Saúde (SESA). **Plano Estadual de Saúde 2020-2023.** Vitória, 2019. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf. Acesso em: julho de 2022.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 76 / 81

FIOCRUZ. **Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011.** Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/pages/iframe_print.php?aid=57.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Aglomerados Subnormais 2019:** Classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à COVID-19 – Notas Técnicas. Rio de Janeiro, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Base de informações do Censo Demográfico 2010: Resultados do Universo por setor censitário.** Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra.** Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Glossário** *In:* Atlas do Censo Demográfico 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64529_ref_glossario_equipetec.pdf. Rio de Janeiro, 2013.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **BOLETIM 03. Déficit Habitacional no Espírito Santo com base no CadÚnico – 2019.** Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/6768. Vitória, 2019.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Caderno de Pesquisa Instrumentos de Gestão Municipal no Espirito Santo: Planos, Conselhos e Fundos setoriais de desenvolvimento Territorial.** Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7161. Vitória, 2020.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Caderno DRS 02: Habitação de Interesse Social.** Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7342. Vitória, 2020.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Caderno DRS 04: Panorama Geral das Unidades de Conservação.** Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7411. Vitória, 2020.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 77 / 81

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Desenvolvimento Regional Sustentável: Diagnóstico.** Vitória, 2021. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/drs/produtos#diagnostico. Vitória, 2021.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana da Grande Vitória (PDUI – RMGV).** Vitória, 2018.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Perfil da Pobreza no Espírito Santo: Famílias inscritas no CadÚnico 2021.** Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7688. Vitória, 2021.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Relatório Técnico: Índice de Desenvolvimento Regional Sustentável.** Vitória, 2022.

INSTITUTO ESTADUAL DE MEIO AMBIENTE E RECURSOS HIDRICOS (IEMA). **Guia da qualidade do ar**. Disponível em: https://iema.es.gov.br/Media/iema/CQAI/Cartilha/Guia_Qualidade_Ar_ebook.pdf. Acesso em: Maio de 2022.

INSTITUTO JONES DOS SANTOS NEVES (IJSN). **Observatório das mulheres – saúde 2021.** Nota Técnica 65. Disponível em: http://www.ijsn.es.gov.br/component/attachments/download/7740. Vitória, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Asis – Analise de Situação de Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf Acesso em: abril de 2021

MONKEN, Maurício *et al*. **O Território na saúde: construindo referencias para análises em saúde e ambiente**.

RIGHETTI, Sabine. **Cidades Saudáveis**: condições ambientais e bem estar social são fatores que influenciam saúde da população. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252004000200004

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 78 / 81

SANTANA, Ana Paula. **As interconexões entre os princípios e valores da promoção da saúde e o desenvolvimento urbano sob a perspectiva da cidade saudável.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E CIDADE, 1º, 2021, Portugal. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=tu81S1ZP34E.

SEMINÁRIO MUNICÍPIOS, CIDADE, COMUNIDADES E TERRITÓRIOS SAUDÁVEIS E SUSTENTÁVEIS: DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS, 1, 2021, Brasil. Anais [...]. [S. l.: s. n.], 2021. Tema: **As interconexões entre os princípios e valores da promoção da saúde e o desenvolvimento urbano sob a perspectiva da cidade saudável.** Disponível em: https://municipiossaudaveis.crdlive.com.br/home/. Acesso em: outubro de 2021.

TRANSFORMAR NOSSO MUNDO: A AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. **Brasilnaagenda2030**, [*s. l.*], 1 ago. 2015. Disponível em: https://brasilnaagenda2030.files.wordpress.com/2015/08/odstraduzidos.pdf. Acesso em: outubro de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acessado em: 24 de maio de 2022.

GRUPO DE TRABALHO DA SOCIEDADE CIVIL PARA A AGENDA 2030 DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL**. Objetivos de Desenvolvimento sustentável**. Disponível em: https://gtagenda2030.org.br/ods/. Acesso em: 19 de outubro 2021.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Disponível em: https://odsbrasil.gov.br/home/agenda. Acesso em: 19 outubro de 2021.

OBSERVATÓRIO DE BOA VISTA**. Internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)**. Disponível em: https://observatorio.prefeitura.boavista.br/indicadores/proporcao-de-internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-basica-icsab?filters=203,1400100,314;127,1400100,218;121,1400100,207

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 79 / 81

REDE PORTUGUESA MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS. **Movimento Cidades Saudáveis.** Disponível em: http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/apresentacao/movimento_cidades_saudaveis#c. Acesso em: novembro de 2021.

PACTUAÇÃO Interfederativa 2017-2021: Fichas de Indicadores. **SAÚDE**, [*s. l.*], 1 jan. 2016. Disponível em: https://ti.saude.rs.gov.br/bi/file/fichas.pdf. Acesso em: novembro de 2021.

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 80 / 81

INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO
Documento capturado em 19/10/2023 18:01:14 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por JOÃO VITOR ANDRÉ (ASSESSOR III - ARIN - IJSN - GOVES)
Valor Legal: CÓPIA SIMPLES | Natureza: DOCUMENTO DIGITALIZADO
Conferência: CONFERIDO COM DOCUMENTO CÓPIA SIMPLES EM SUPORTE PAPEL.

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: https://e-docs.es.gov.br/d/2023-6M0LJ2

2023-6M0LJ2 - E-DOCS - CÓPIA SIMPLES 19/10/2023 18:01 PÁGINA 81 / 81