

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE ARARAS



CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE

O Programa de Estudos em Sistemas de Saúde (PESS) do Núcleo de Estudos em Políticas de Públicas (NEPP) tem como principal objetivo, desenvolver permanentemente estudos e projetos, de caráter interdisciplinar, que venham contribuir com a integração, qualificação e consolidação do SUS em regiões de saúde, considerando o atual momento de evolução do Sistema Público de Saúde, visando alcançar a equidade, a integralidade e o acesso universal.

É nesse sentido, que ao publicar os Cadernos de Pesquisa em Saúde, o grupo de pesquisadores, docentes e alunos envolvidos no PESS/NEPP pretendem divulgar de forma objetiva e sumarizada, os resultados mais significativos dos projetos interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão realizados nos últimos anos, com foco no desenvolvimento de sistemas regionais de saúde, particularmente na formulação e implementação de linhas de cuidado e estruturação de redes de atenção à saúde.

Com esta divulgação pretende-se também contribuir com os gestores e gerentes do SUS na sua construção e, auxiliar na qualificação da atenção à saúde, bem como no avanço do gerenciamento do sistema e dos serviços, nos seus diferentes níveis.

Estará acessível na homepage do NEPP, em publicações, cujo acesso se dá através do endereço eletrônico: <http://www.nepp.unicamp.br>.

COORDENAÇÃO
CARMEM CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

COORDENADOR ASSOCIADO
CARLOS RAUL ETULAIN

Universidade Estadual de Campinas



Reitoria

Prof. Dr José Tadeu Jorge

Pró-reitorias

Teresa Dib Zambon Atvars
Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário - PRDU

João Frederico da Costa Azevedo Meyer
Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários - PREAC

Luís Alberto Magna
Pró-Reitor de Graduação - PRG

Gláucia Pastore
Pró-Reitor de Pesquisa - PRP

Rachel Meneguello
Pró-Reitor de Pós-Graduação - PRPG

Centros e Núcleos

Jurandir Zullo Junior
Coordenadoria de Centros e Núcleos Interdisciplinares de Pesquisa-COCEN

Carmen Cecília de Campos Lavras
Coordenadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Carlos Raul Etulain
Coordenador Associado Núcleo de Estudos de Políticas Públicas - NEPP

Produção Editorial: NEPP-Publicações

CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE / Núcleo de Estudos de Políticas Públicas / UNICAMP. - nº. 06, 2014 - Campinas, SP.: PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

(Área de Pesquisa – Programa de Estudos em Sistemas de Saúde)

1. Saúde Pública.
2. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas.
3. Programa de Estudos em Sistemas de Saúde

Considerações Éticas:

A responsabilidade pelos conteúdos dos artigos, relato de experiências, Comunicações publicados é exclusivamente do (s) autor (es), assim como a revisão ortográfica.



DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE ARARAS

**PROJETO DE APOIO À REGIONALIZAÇÃO DO SUS
NO ESTADO DE SÃO PAULO**

AGOSTO/2009

**Coordenação
Carmen Cecília de Campos Lavras**

Pesquisadores

Carmen Cecília de Campos Lavras
Coordenadora Técnica do Projeto
Médica Sanitarista, Especialista em
Planejamento e Gerenciamento em Saúde,
Doutora em Saúde Coletiva.
Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP

Domenico Feliciello
Médico Especialista em Planejamento e
Gerenciamento em Saúde,
Doutor em Saúde Coletiva.
Pesquisador Associado do NEPP/UNICAMP

Jorge Ruben Biton Tapia
Sociólogo e Doutor em Ciências Humanas
Docente do Instituto de Economia da
UNICAMP
Pesquisador do NEPP/UNICAMP

José Donizete Cazzolato
Geógrafo - Mestre em Geografia
Pesquisador Associado do
PESS/NEPP/UNICAMP

Maria Cristina Restitutti
Médica Sanitarista, Especialista em
Planejamento e Gerenciamento em Saúde,
Médica da Coordenadoria de Informação e
Informática da Secretaria Municipal de Saúde
de Campinas
Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP

Maria José Comparini Nogueira de Sá
Psicóloga e Especialista em Planejamento e
Gerenciamento em Saúde
Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP

Maria Teresa Dalla Fontana P. M. Porto
Enfermeira Sanitarista, Advogada, Especialista
em Desenvolvimento de Recursos Humanos
para o SUS, Mestranda em Demografia
Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP

Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva
Médico Pediatra e Doutor em Medicina Interna
Docente FCM/UNICAMP
Pesquisador do NEPP/UNICAMP

Ricardo Alves Cocolisce
Médico Sanitarista, Especialista em Medicina
Preventiva e Social, Médico da SMS de
Campinas e Coordenador do Núcleo de
Epidemiologia Hospitalar do Hospital Municipal
Dr. Mário Gatti
Pesquisador Associado do
PESS/NEPP/UNICAMP

Suely Bonilha Esteves
Graduada em Ciência da Computação, Mestre
em Gerenciamento de Sistema de Informação
Pesquisadora Associada
PESS/NEPP/UNICAMP.

Tiago Cerqueira Sássi
Enfermeiro, Especialista em Informática em
Saúde Pesquisador Associado do
PESS/NEPP/UNICAMP

Pesquisadores de campo

Carla Priscila Linarelli - Psicóloga

Carmen Sílvia Righetto Mollo de Tella
Médica Pediatra, Especialista em Saúde
Pública, Auditora da Coordenadoria de
Avaliação e Controle da SMS de Campinas

Heloísa Novaes de Miranda Amaral
Psicóloga do Serviço de Saúde Dr. Cândido
Ferreira

Lenita Buchalla Bagarelli Ferreira
Terapeuta Ocupacional, Especialista em
Planejamento e Gerenciamento em Saúde

Maria Aparecida Carricondo de Arruda Leite
Graduada em Enfermagem e Obstetrícia,
Especialista em Enfermagem

Rafaela Rodrigues Cheche - Psicóloga

Regina Maria Hirata
Assistente Social, Mestre em Economia Social
e do Trabalho Pesquisadora Associada do
NEPP/UNICAMP

Rodrigo Pereyra de Sousa Coelho
Economista, Mestre em Economia Social e do
Trabalho -Pesquisador do NEPP/UNICAMP

Consultoras

Carmen Sílvia Righetto Mollo de Tella
Médica Pediatra, Especialista em Saúde
Pública, Auditora da Coordenadoria de
Avaliação e Controle da SMS de Campinas

Selma Loch
Médica da Secretaria Municipal de Saúde de
Florianópolis, Doutoranda em Engenharia da
Produção

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL	14
2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE ARARAS	31
3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE ARARAS	59
3.1. Atenção Básica	
3.2. Ações de Saúde Pública	
3.3. Atenção Especializada	
3.4. Apoio Diagnóstico e Terapêutico	
3.5. Sistema de Apoio Logístico	
3.6. Gestão do SUS	
3.7. Gestão do Cuidado	
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	152

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE ARARAS

INTRODUÇÃO

Em que pesem os grandes avanços ocorridos no âmbito do SUS desde sua criação, particularmente os relacionados à ampliação de cobertura e à qualificação da assistência e de seus mecanismos gestores, ainda há muito que ser construído na perspectiva de garantir uma atenção à saúde de qualidade a todos os brasileiros.

Adequar o seu financiamento, amadurecer o modelo de gestão tripartite, superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar suas práticas clínicas constituem-se em desafios que necessitam ser enfrentados na atualidade.

No que diz respeito especificamente aos modelos de gestão e de atenção à saúde, deve-se destacar que a descentralização do SUS, desde o início de sua implantação, foi marcada por um intenso processo de municipalização. Esse processo, no qual os municípios brasileiros assumiram um conjunto de novas responsabilidades no que se refere ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde dirigidos tanto à promoção da saúde, como ao enfrentamento de riscos e agravos existentes em sua população, foi imprescindível para o amadurecimento do próprio sistema e, em especial, para a ampliação de sua cobertura.

No entanto, isso se deu, na maioria das vezes, sem a necessária articulação entre as unidades de saúde de municípios de uma mesma região, consolidando assim sistemas municipais de saúde autônomos. A autonomia dos sistemas municipais de saúde, num país em que mais de 70% dos municípios apresentam população abaixo de 20.000 habitantes e onde a articulação intermunicipal é tênue por razões diversas, compromete a qualidade da atenção à saúde prestada e produz um grande desperdício de recursos, em função de não se respeitar a lógica de produção em escala de vários procedimentos especializados.

Dessa forma, faz-se necessário propor e/ou intensificar os processos de organização loco-regionais do SUS, o que pode ser feito a partir da estruturação de redes regionais de atenção à saúde, que vem sendo tentada em vários países na perspectiva de consolidação de sistemas de saúde integrados.

A modelagem das redes regionais de atenção à saúde no SUS apresenta-se, pois, como um desafio na consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso e a qualidade da atenção ofertada. Isso exige a cooperação solidária entre os municípios de uma determinada Região Sanitária, e se constitui numa das estratégias para a regionalização do sistema.

Em sistemas públicos de saúde, os territórios se constituem em espaços organizativos e de responsabilização sanitária. No Brasil, a União, os estados e os municípios são definidos previamente como territórios através de uma divisão político-administrativa e, assim, já se

constituem em territórios nos quais se organizam práticas sanitárias. Porém, na perspectiva de organização de redes de atenção à saúde, há que se configurar outros territórios que correspondem às regiões sanitárias. Segundo Mendes “*é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços de saúde que cada território ofertará a grupos populacionais adscritos. Isso é que marca, na experiência internacional, os sistemas de serviços de saúde de base populacional*”¹.

A regionalização é assim entendida como processo de constituição de regiões sanitárias, nas quais se organizam redes regionalizadas de atenção à saúde, visando garantir a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a resolubilidade das ações e serviços de saúde. Esse processo deve considerar diferentes dimensões relacionadas a aspectos socioculturais, geográficos e econômicos, respeitando as características de cada região.

O processo de regionalização do SUS deve contemplar a definição de um conjunto de estratégias e ações consideradas essenciais para a organização dessas redes, envolvendo a articulação de serviços de saúde sob gestão de diferentes municípios, na perspectiva de promoção da integralidade da atenção.

Enquanto diretriz organizativa do SUS, a regionalização tem seus fundamentos legais na Constituição de 1988 e em toda a legislação infraconstitucional e normatizações que deram operacionalidade ao sistema. Mais recentemente, o acúmulo de discussões em torno desse processo no âmbito do SUS fundamentou o *Pacto pela Saúde*² assumindo as características de flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário e subsidiariedade e indicando a necessidade de pactuação permanente entre os gestores públicos das três esferas de governo para a sua implementação³.

Nessa perspectiva, a organização de Colegiados de Gestão Regional e a proposição de utilização de um conjunto de instrumentos (PDI, PDR, PPI, etc.) que venham a facilitar a efetivação das pactuações devem ser destacadas.

A regionalização no SUS configura-se assim, na atualidade, como resultante da ação coordenada dos três entes federados envolvidos na implementação de processos de constituição de regiões sanitárias, nas quais se organizam redes regionalizadas de atenção à saúde.

¹ MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, Junho de 2005. mimeo.

² BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

³ MS/SE/DAGD/CGIP. *Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para sua implementação no SUS*. Série Pactos Pela Saúde. Brasília: MS, 2006. V.3.

Por outro lado, as responsabilidades indicadas no Termo de Compromisso de Gestão Estadual incluem um conjunto de ações voltadas ao planejamento, gestão, regulação, monitoramento e avaliação tanto do Plano Estadual de Saúde⁴, quanto das Regiões de Saúde.

No Estado de São Paulo, a regionalização do SUS adquire, neste momento, características singulares em que a configuração de 64 regiões de saúde; a implantação dos Colegiados de Gestão Regional; a definição no *Plano Estadual de Saúde 2008-2011* de eixos, objetivos e ações estratégicas voltadas ao fortalecimento da gestão regional; e a definição, pela SES-SP, de um conjunto de diretrizes políticas, especificamente voltadas ao incremento desse processo, devem ser vistos como fatores que favorecem o seu pleno desenvolvimento.

Os Colegiados de Gestão Regional (CGR), compostos pelos secretários municipais de saúde e por representantes do gestor estadual, e coordenados pelo diretor do DRS, responsabilizam-se pelas pactuações que promovem o desenvolvimento do sistema na região.

É com o propósito de contribuir com o fortalecimento do processo de regionalização em curso no SUS em São Paulo, particularmente nas regiões de saúde que guardam correspondência com os DRS de Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, que se desenvolveu este estudo fundamentado num conjunto de conceitos a seguir explicitados.

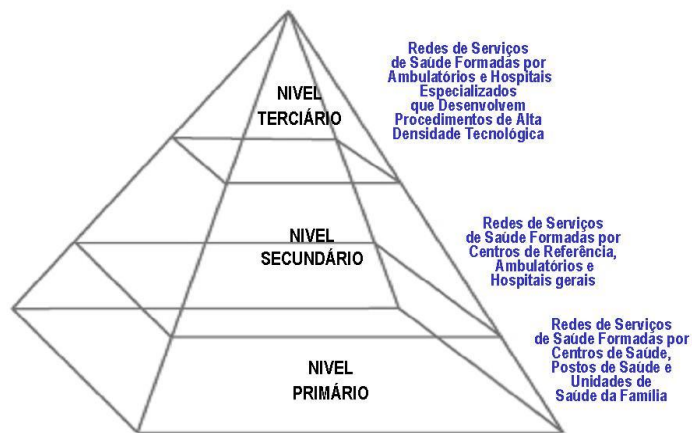
Entende-se por **sistema de saúde** um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar uma resposta aos problemas de saúde de uma determinada população. Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado recentemente para explicitar componentes ou modalidades de assistência. Cabe ressaltar, no entanto, que essa utilização se dá de diferentes formas em função de peculiaridades de cada sistema.⁵

Em sistemas hierarquizados por níveis de atenção primário, secundário e terciário (hierarquia piramidal), que refletem diferentes graus de densidade tecnológica incorporada aos procedimentos que aí se desenvolvem, bem como a especialização profissional existente, utiliza-se o conceito de **redes de serviços de saúde**, fazendo-se referência às ações e serviços que se organizam em cada um desses níveis (Figura 1).

⁴ SP/SES. *Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011*. Organizadores: Renilson Rehem de Souza et al. São Paulo: SES, 2008.

⁵ As abordagens acerca da configuração atual dos Sistemas de Saúde em Redes Hierarquizadas e Redes Temáticas estão embasadas no relatório de pesquisa da FAPESP *Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde*, junho de 2007.

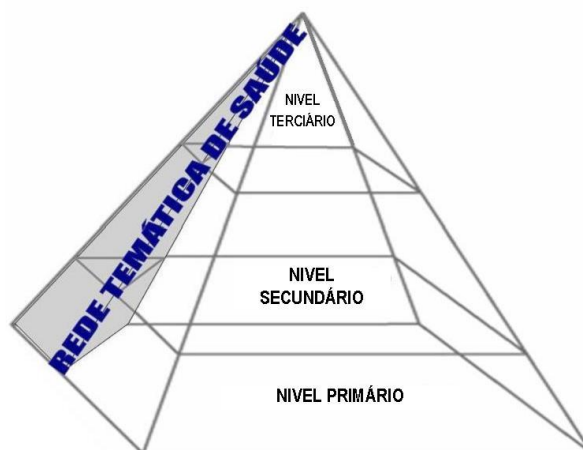
Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Esses sistemas também comportam a identificação de ações e os serviços de saúde desenvolvidos e organizados em **redes temáticas de saúde**, definidas em função de um agravo, de uma patologia ou de uma fase do ciclo de vida numa dada população. As redes temáticas seriam um recorte longitudinal, no modelo hierarquizado, incluindo todos os serviços de diferentes níveis, voltados ao atendimento de um grupo populacional ou de um agravo específico (Figura 2).

Figura 2 - Representação de Rede Temática de Saúde



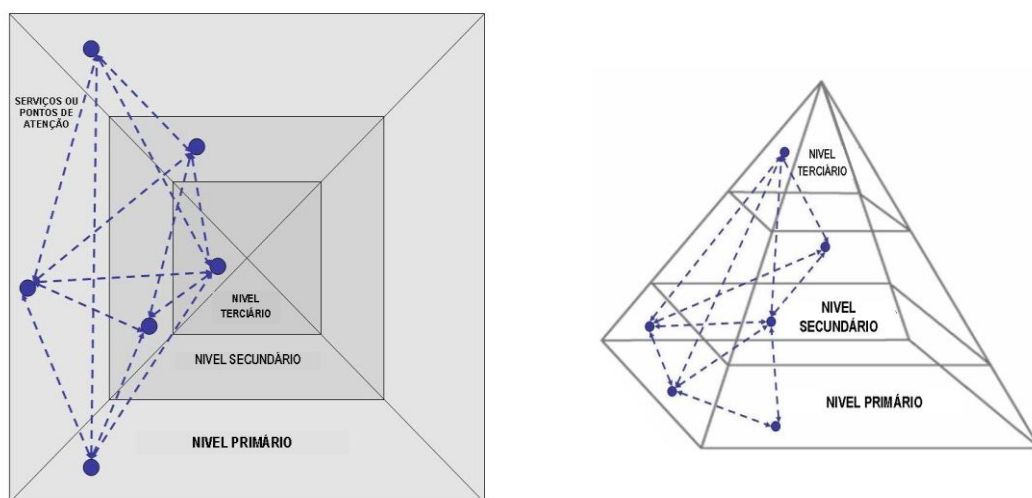
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Em processos de planejamento e/ou de reorganização de sistemas de saúde, a identificação das redes de serviços de saúde por nível hierárquico do sistema e de redes temáticas mostra-se necessária, por possibilitar uma melhor avaliação da oferta em função das necessidades de saúde existentes. No entanto, a percepção de sistemas de saúde apenas por níveis hierárquicos e/ou por redes temáticas não contribui para que se supere a fragmentação desses sistemas, em que a falta de articulação entre os níveis compromete a qualidade e a resolutividade da assistência prestada aos usuários. O desafio, nesse caso, encontra-se então na organização de sistemas integrados de saúde, em que essas modelagens sejam acrescidas de outra que possibilite maior integração das ações e serviços de saúde ofertados.

A perspectiva de construção de sistemas integrados de serviços de saúde é favorecida pela utilização do conceito de redes de atenção à saúde, entendidas como potentes indutores da organização ou reorganização de sistemas locais e regionais. Essa abordagem implica uma atuação mais cooperativa entre as unidades de saúde, de modo a possibilitar a garantia do acesso e do atendimento integral à saúde dos usuários.

Entendem-se redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integradas através de sistemas logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (Figura 3).

Figura 3 - Representação de Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

O desenho das redes de atenção à saúde deve ser realizado através de uma relação dialética dos princípios de economia de escala, de escopo e de qualidade no acesso aos serviços⁶. Por isso, o desenho das redes deve ser flexível, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

Os **pontos de atenção** que compõem as redes de atenção à saúde são, portanto, unidades funcionais, que exigem condições tecnológicas diferenciadas e específicas (estrutura física; equipamentos e insumos; perfil dos profissionais; conhecimento técnico específico) e campo de atuação bem definido, para oferta de um conjunto de ações de saúde. Já os **pontos de apoio diagnósticos e terapêuticos** constituem-se também em unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, dispensação de medicamentos, etc.

Essas unidades funcionais devem estar distribuídas espacialmente, em territórios definidos, buscando garantir a efetividade e a qualidade da atenção. A distribuição territorial dos pontos de atenção e dos pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, deve respeitar a natureza das ações e procedimentos por eles ofertados. Assim é que as ações e procedimentos de maior densidade tecnológica devem ser ofertados de forma concentrada, respeitando a lógica de economia de escala. Já os de menor densidade tecnológica devem ser ofertados de forma dispersa, respeitando as especificidades locais.

Os pontos de atenção e os pontos de apoio diagnóstico e terapêutico são integrados por sistemas logísticos e de gestão.

Entende-se por **sistema logístico**, o conjunto de mecanismos e atividades de suporte à rede de atenção à saúde que propiciam integração das unidades funcionais do sistema e facilidade de acesso aos usuários. Fazem parte do sistema logístico: o transporte de pacientes; o transporte de resíduos de serviços de saúde; os sistemas informatizados de apoio; as centrais de marcação; os sistemas de distribuição de insumos e medicamentos; etc.

Define-se **sistema de gestão** como o conjunto de ações e atividades organizadas especificamente para possibilitar tanto a governabilidade da rede de atenção à saúde, incluindo instâncias, processos e instrumentos de gestão, como a Gestão do Cuidado.

Os sistemas de gestão do SUS já possuem um conjunto expressivo e consolidado de instâncias, mecanismos e instrumentos de gestão. Deve-se destacar a importância do *Pacto de Gestão* recentemente instituído no SUS, como um potente instrumento de gestão regional que propõe estruturas e processos de negociação e gestão compartilhada.

⁶ CONASS. *SUS: Avanços e Desafios*. Brasília: CONASS, 2006 e MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. Documento do Banco Mundial, Junho de 2005. mimeo.

No entanto, cabe ressaltar que o desenvolvimento das redes exige o estabelecimento de outros mecanismos de **governança regional**, aqui entendida como um conjunto de estruturas, processos e ações envolvendo atores públicos e privados no espaço regional. As vantagens que podem ser destacadas nessa acepção de governança contemplam duas dimensões: o processo (envolvendo conflitos, negociações, coordenação) e os resultados (os programas e as políticas públicas).

A opção por esse conceito justifica-se, primeiramente, pelo fato das regiões sanitárias serem de configuração recente e apresentarem processos de institucionalização ainda permeados por conflitos e incertezas quanto ao grau de adesão dos atores institucionais envolvidos.

Dada à natureza e escopo dos problemas de saúde existentes nas diferentes regiões sanitárias, as soluções vão exigir negociações, estratégias cooperativas e mobilização de recursos compartilhados para seu enfrentamento. As probabilidades de êxito, nesse caso, são condicionadas ao processo decisório e à capacidade de diagnosticar os problemas e propor soluções frente aos novos desafios colocados pelas transformações econômicas, sociais, demográficas e espaciais dessas regiões.

Nesse estudo, **cuidado em saúde** é entendido como o conjunto de práticas/intervenções voltadas à promoção, preservação ou recuperação da saúde. Engloba desde as iniciativas singulares de auto-cuidado desenvolvidas pelos indivíduos, visando à promoção, à preservação ou à recuperação de sua própria saúde, até as atividades ofertadas de forma organizada pelos sistemas de saúde.

A adequada organização do cuidado em saúde, nos sistemas de saúde, vem sendo embasada em protocolos clínicos e linhas de cuidado.

Protocolos Clínicos são padronizações clínicas que consideram a atualidade do conhecimento científico e tecnológico na oferta do cuidado a portadores de riscos e/ou agravos. A partir dos protocolos clínicos podem ser definidas as **linhas de cuidado**, aqui entendidas como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma articulada por um dado sistema de saúde. Deve abranger a definição de ações, procedimentos, itinerários diagnósticos e terapêuticos e parâmetros de atenção, tendo como base a relevância epidemiológica e a prioridade de atenção definida por políticas setoriais.

Finalmente, explicita-se mais uma vez o conceito de **região sanitária**, aqui definida como a área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais singulares e necessidades próprias de atenção à saúde, bem como com os recursos de saúde aí existentes para atendê-la. A região sanitária é definida para cada realidade e

pode ser constituída por vários bairros de um município ou vários municípios de uma região. No processo de definição de região sanitária devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros e as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

Nas regiões sanitárias organizam-se redes regionais de atenção à saúde, alicerçadas em complementaridades e trocas, e acordadas de forma participativa entre gestores municipais e estaduais.

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

A Região de Saúde (RS) Araras é tratada, neste capítulo, através de diferentes focos de análise. Inicialmente, traça-se um panorama do Estado de São Paulo sob a perspectiva da organização regional e da regionalização do SUS, e, na sequência, é apresentada a região correspondente ao Departamento Regional de Saúde na qual a RS Araras se insere, resumindo-se seu delineamento geoeconômico. No terceiro sub-item, foca-se a RS Araras propriamente dita, com destaque para a rede urbana e viária, e para os principais aspectos da demografia e condições de vida.

1.1. O Estado de São Paulo

Localizado na porção Centro-Sul do país, e atravessado pelo Trópico de Capricórnio, São Paulo faz parte da Região Sudeste, tendo como vizinhos o Paraná, o Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e o Rio de Janeiro. Seu território estende-se do litoral às margens do rio Paraná, com se vê no Mapa 1⁷, que apresenta também os principais compartimentos da geomorfologia e hidrografia.

⁷ Este mapa e os demais inseridos neste relatório foram elaborados pelo geógrafo José Donizete Cazzolato no âmbito do *Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo*. As bases cartográficas utilizadas são originárias do IBGE e/ou do CEM/Cebrap; as categorias das legendas remetem ao fenômeno representado conforme sua ocorrência no conjunto dos territórios correspondentes aos DRS Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, opção adotada para que os mapas permitam a comparação entre essas diferentes regiões de saúde.

Mapa 1 - Estado de São Paulo: localização territorial, a capital e algumas cidades do interior.



O Estado de São Paulo constitui-se no maior contingente demográfico entre as unidades da federação brasileira. Polo de atração migratória desde o final do século XIX agregou à população anterior formada por indígenas, ibéricos e africanos, levadas de europeus, asiáticos, latino-americanos e brasileiros de todas as regiões. Também é paulista a mais densa rede urbana, a mais extensa malha viária, a economia mais dinâmica e diversificada do país. O maior porto, os principais aeroportos e a bolsa de valores do país estão em São Paulo, que se destaca ainda, nos setores de ensino, pesquisa e produção cultural.

Utilizando-se a terminologia de Milton Santos (2002), poder-se-ia classificar o Estado de São Paulo, hoje, como um espaço *luminoso* no contexto brasileiro e continental, em que pese a também inegável parcela de porções espaciais *opacas*, marcadas pela precariedade sanitária, pela insuficiência educacional e ambiente social de violência e exclusão. Permanecem as favelas e outras mazelas urbanas, enquanto a expansão imobiliária agrega notáveis recortes de zona rural para a implantação de condomínios residenciais de alto padrão. De todo modo, apresenta um dinamismo econômico que se manifesta na participação aproximada de 1/4 da produção agrícola nacional, 1/3 das exportações e 2/5 da produção industrial; na manutenção da infraestrutura viária e consolidação do transporte público, na

urbanização de pequenas cidades do interior, na implantação de novas unidades industriais, com destaque para a produção de álcool combustível e para os setores de informática e eletrônica, na expansão do consumo e na crescente contribuição dos centros de pesquisa para o desenvolvimento de produtos e tecnologias (CANO, 2007).

Como ocorre em outras regiões brasileiras, o Estado de São Paulo totaliza um grande número de municípios, 645, criados a partir de um processo historicamente ininterrupto de emancipações político-administrativas. Essas novas unidades territoriais foram incorporadas à estrutura político-administrativa da Federação (União/Estados/Municípios) sem a desejável mediação de critérios técnicos, avolumando-se sobremaneira o número de municípios com reduzido contingente demográfico, ao lado de pequena, mas significativa parcela de municípios populosos.

Em função desse quadro, o executivo paulista tem utilizado, principalmente nas últimas décadas, o instrumento da regionalização. Em 1967, foi instituído um recorte territorial em conformidade com a clássica visão geográfica do conceito *região*, ou seja, reconhecendo os principais polos e subpolos urbanos que balizam os fluxos geoeconômicos e compartimentando o território do Estado por inteiro. Três anos depois, alguns ajustes foram incorporados (Decreto nº. 52576/70), e o governo do Estado passou a operar com base em base em 11 Regiões Administrativas (RA)⁸. Nos anos 80, essas regiões foram subdivididas em 43 Regiões de Governo (RG), num desenho territorial que, embora alterado posteriormente em alguns pontos, ainda é utilizado para o planejamento geral das ações governamentais. O Mapa 2 representa a atual divisão do Estado de São Paulo em RA e RG.

⁸ Entre os considerandos do Decreto 52576/70 destacam-se: "a importância de que todos os órgãos governamentais [...] adotem divisões geográficas harmônicas [...] favorecendo assim um tratamento mais coerente do conjunto dos problemas socioeconômicos de cada comunidade" e a necessidade de "maior rendimento, eficiência e adequação às realidades regionais" por parte da administração estadual.

Mapa 2 - Estado de São Paulo: Regiões Administrativas e de Governo.



Na década de 1980, as diversas secretarias estaduais adequaram-se ao modelo territorial das RG, instalando em cada cidade polo seus escritórios regionais. No caso da Saúde, instituíram-se os ERSA (Escritórios Regionais de Saúde), que funcionaram até 1995, quando foram substituídos pelas Diretorias Regionais de Saúde (DIR) sem no entanto respeitar as RG. Mais recentemente, as DIR tornaram-se Departamentos Regionais de Saúde (DRS), num total de 17 unidades.

A partir da década de 1990, as secretarias, de um modo geral, retomaram os arranjos regionais próprios, focados nas peculiaridades de cada setor.

Ao final dos anos 1990, o executivo estadual passou a se utilizar também de outro modelo de recorte territorial supramunicipal - as regiões metropolitanas⁹. Previstas na Constituição Estadual, e definidas pela Lei Complementar 760/94, são regiões que apresentam "cumulativamente, as seguintes características: elevada densidade demográfica; significativa conurbação; funções urbanas e regionais com alto grau de diversidade; e

⁹ A Lei Complementar 815/97 criou a RM da Baixada Santista, e a LC 871/00 a RM de Campinas.

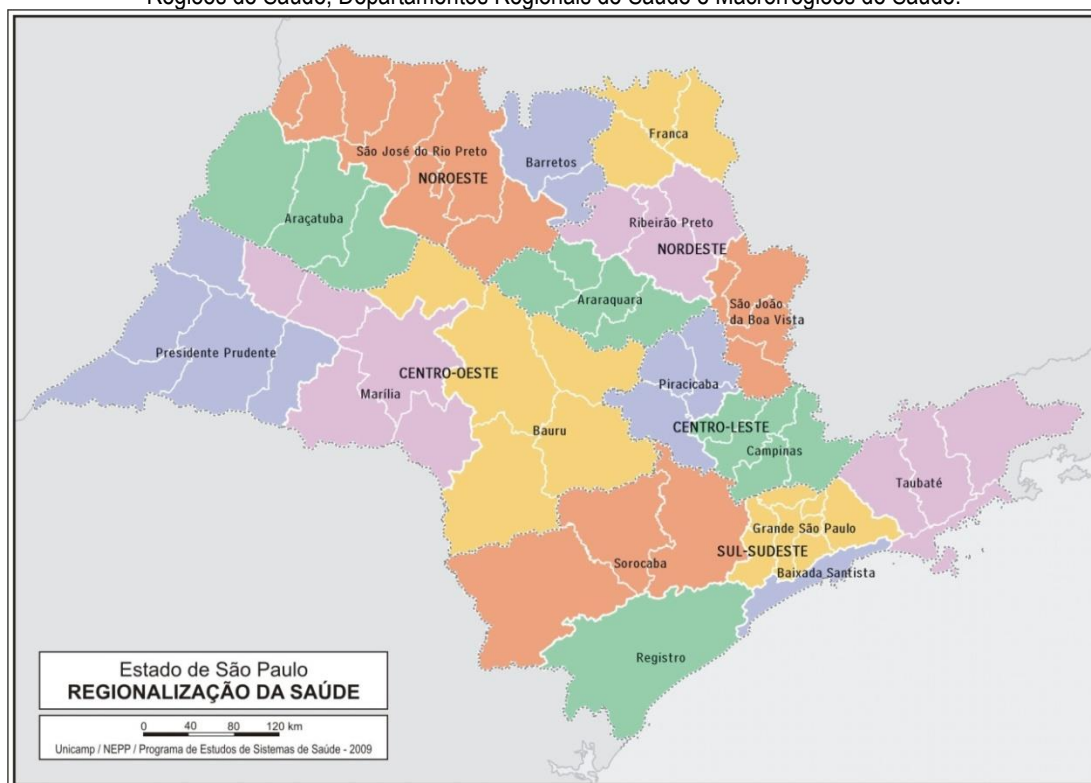
especialização e integração socioeconômica", e, diferentemente das Regiões Administrativas, as Regiões Metropolitanas têm uma estrutura jurídica que lhes garante certa autonomia, através do Conselho de Desenvolvimento.

São, portanto, três modelos distintos de gestão regional em uso no Estado de São Paulo: a proposta *unificante* das RA e RG, de cunho mais tradicional; a divisão em regiões metropolitanas, as quais, por se aplicarem apenas a determinados pontos do território, constituem um modelo que pode ser chamado de regionalização *pontual* e a regionalização *setorial*, empreendida por secretarias estaduais ou outros organismos, e adequada às especificidades de cada segmento.

No setor saúde, em virtude das necessidades próprias do desenvolvimento e implementação do SUS, no início dos anos 2000, foram definidas microrregiões de saúde no Estado de São Paulo.

Em 2007, já na vigência do Pacto de Gestão, foi estabelecida uma nova divisão regional *de saúde* através de um processo de construção coletiva de municípios e Estado, coordenado pela SES e apresentada no Mapa 3. Foram configuradas 64 Regiões de Saúde, definidas com referência a um polo urbano local, reconhecido pelos municípios do entorno, conforme estabelecido no Plano de Desenvolvimento Regional da SES (SES/SP PDR 2008).

Mapa 3 - Estado de São Paulo: Regionalização da Saúde.
Regiões de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde e Macrorregiões de Saúde.



Segundo o PDR 2008, as regiões de saúde são “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados no território”. Consta ainda nesse plano que o desenho das RS é definido como "um processo permanente de planejamento e aperfeiçoamento" (SES/SP-PDR 2008).

O Território Correspondente ao Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba

Pelo atual desenho territorial, correspondem ao DRS X – Piracicaba, as Regiões de Saúde de Araras, Limeira, Piracicaba e Rio Claro. Esse conjunto territorial, aqui também chamado *Região do DRS Piracicaba*, situa-se na porção Centro-Leste do Estado, delimitando-se com as Regiões dos DRS de São João da Boa Vista, Campinas, Sorocaba, Bauru e Araraquara, como demonstrado no Mapa 4.

Mapa 4 - Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba.



--- Limites da Região Metropolitana de Campinas

Ocupando as terras baixas que constituem a Depressão Periférica Paulista¹⁰, a Região do DRS Piracicaba bordeja as serras Grande e de São Pedro, fazendo parte do contexto macrorregional polarizado diretamente pela cidade de Campinas, com a qual mantém fortes relacionamentos, compreendendo inclusive um município da Região Metropolitana de Campinas (Engenheiro Coelho). A região também se insere no chamado *Eixo Anhanguera*¹¹, um dos maiores aglomerados urbano-industriais do país.

Pode-se usar a palavra diversificação para caracterizar a economia dessa grande área. Ao lado da indústria, que tem presença marcante nas regiões de Piracicaba (nos ramos metal-mecânico, de máquinas e equipamentos, de implementos agrícolas, de papel e celulose, biocombustíveis e alimentos), de Limeira (metal-mecânica, autopeças, máquinas e ferramentas, papel e celulose, joias e vestuário), de Rio Claro (indústria mecânica, elétrica e de alimentos) e de Araras (especialmente o ramo metal-mecânico), observa-se uma agricultura bem estruturada no agronegócio vinculado, sobretudo, à produção do álcool, açúcar e da citricultura, e um segmento de serviços em processo de expansão e diferenciação.

A região correspondente ao DRS X – Piracicaba abriga 93% da população na área urbana, com uma cobertura de 91,2% no abastecimento de água e de 82,3% nos serviços de esgoto para os domicílios urbanos (IBGE, Censo 2000). Essas cidades em 2006 eram responsáveis pela geração de 4% do valor adicionado na indústria e de 3,04% do PIB do Estado (R\$ 24,4 bilhões), concentrando 4,9% do total de estabelecimentos agropecuários de São Paulo (3.137 unidades), 5,2% daqueles pertencentes à indústria (4.762) e 3,7% dos estabelecimentos existentes no comércio e nos serviços (22.597 unidades), de acordo com a Fundação SEADE.

No que se refere à rede urbana e articulação regional, sabe-se que a malha rodoviária do Estado de São Paulo é a mais densa de todo o país, seja em vias de pista simples, seja em autoestradas. Especialmente no entorno de Campinas, essa densidade atinge níveis de excelência, em termos de Brasil. Dessa forma, a articulação entre as cidades da Região se viabiliza em muitas direções, e a rede urbana se apresenta bastante complexa do ponto de vista funcional¹².

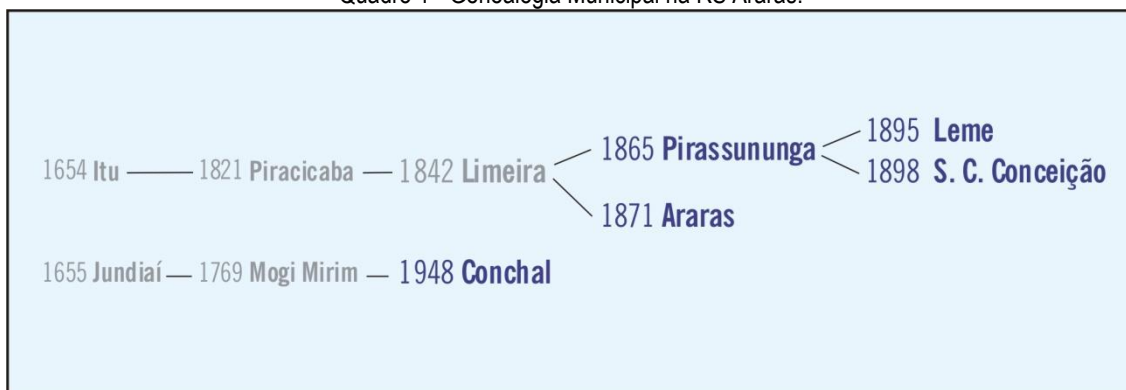
Na Região do DRS Piracicaba, a maioria das cidades se reporta a Piracicaba, o centro mais equipado da região. Com menor grau de abrangência territorial, atuam Limeira, Rio Claro e Araras, embora outros polos também se façam presentes, como Campinas e São Paulo.

¹⁰ Faixa de terras mais baixas, situadas entre a Mantiqueira e a linha de serras geomorfologicamente chamadas *cuestas*.

¹¹ Compreende uma faixa ao longo da Rodovia Anhanguera, de Jundiá a Rio Claro.

¹² Diferentemente do tamanho, a funcionalidade urbana indica a atuação da cidade no seu entorno; ou a capacidade de atração exercida sobre outras cidades.

Quadro 1 - Genealogia Municipal na RS Araras.



Fonte: IGC - Instituto Geográfico e Cartográfico/SEP-SP, 1995. Elaboração própria.

Obs.: para municípios extintos e recriados poucos anos depois, prevalece a data mais antiga.

Localizada nos domínios da Depressão Periférica Paulista, a Região de Saúde Araras estende-se pela bacia do Mogi Guaçu e apresenta topografia e solos bastante apropriados para o cultivo, que tem na cana-de-açúcar seu produto hegemônico. Além desta cultura, as áreas destinadas ao cultivo da laranja (que, como a cana-de-açúcar, emprega muitos trabalhadores volantes) e do milho detêm a maior parte das terras, destacando-se ainda a pecuária (avicultura de corte e piscicultura) como uma forte atividade encontrada nos municípios da região.

Embora as atividades agropecuárias sejam as mais marcantes nos municípios da RS Araras, dando tom à organização socioeconômica destas áreas, a indústria, articulada ao campo e a outros ramos de transformação, e os serviços também estão presentes, especialmente no caso de Araras. Com cerca de 900 estabelecimentos industriais instalados em 2007, notavam-se na região algumas das grandes empresas do País (Nestlé, Federal Mogul Torque S/A, Dedini S/A, Companhia Müller de Bebidas), além das usinas de produção do açúcar e do álcool (com destaque para o Grupo Usina São João S/A e Abengoa Bioenergia Brasil S/A) e de algumas empresas de um importante complexo cerâmico – Polo Cerâmico de Santa Gertrudes (CANO, 2007). O setor de serviços, por sua vez, tem seu dinamismo vinculado a agroindustrial local e é bastante expressivo no comércio, com mais de 2800 estabelecimentos. (SEADE, 2009)

Seguida de perto por Leme e Pirassununga, Araras é a maior cidade da RS. Com pouco mais de cem mil habitantes (Tabela 2), divide a o atendimento às demandas da Região com outros centros, como Limeira (a 25 km de Araras), Piracicaba e Campinas. Em Araras concentram-se as atividades industriais, de comércio de serviços. No segmento educação, sedia um campus da UFSCar (Engenharia agrônômica e Biotecnologia), rivalizando com Pirassununga, onde fica um campus da USP (Zootecnia e Engenharia de Alimentos).

1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

A Região de Saúde Araras, como já indicado no Mapa 5, estende-se, no sentido geral Norte-Sul, ao longo da rodovia Anhanguera (SP 330), que serve diretamente a todos os municípios, com exceção de Conchal. Duas transversais - a SP 191 e a SP 225 - cruzando a Anhanguera em Araras e em Pirassununga conectam a Região ao eixo da SP 310 (Washington Luís) e da SP 340 (Campinas/Casa Branca), enquanto a SP 332, partindo de Conchal, toma o rumo Sul - sentido Paulínia e Campinas, e a SP 201 conecta Pirassununga à SP 215, sentido Nordeste.

A trama rodoviária da RS, portanto, é bastante singela, mas eficiente para a conexão entre seus municípios e regiões circunvizinhas. De Araras a Campinas são 86 km, e até São Paulo 161 km; no sentido Norte, são 147 km até Ribeirão Preto.

As cidades da RS Araras constituem uma trama urbana bastante simples, inclusive pelo fato de serem em pequeno número. O maior núcleo urbano é Araras, com pouco mais de 100 mil habitantes, e o menor é Santa Cruz da Conceição, com cerca de 4 mil, como indicado na Tabela 01. O percentual de população urbana é alto - 92% na média regional.

Em termos de funcionalidade urbana, a Região reporta-se principalmente a Campinas, e, internamente, destaca-se Araras, apontada como polo por todos os municípios nas respostas ao questionário eletrônico. Esse questionário, aplicado aos gestores municipais no decorrer do Projeto, incluiu a questão "indique quais são as 3 cidades mais procuradas para: Serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", cujas respostas apontaram com mais frequência Araras (10 indicações), Campinas (8), Limeira (6) e Leme (5). Também apontaram a influência de Pirassununga, esta atuando como polo inclusive para além dos limites da RS. O estudo do IBGE *Regiões de Influência das Cidades 2007*¹³, por sua vez, classifica Araras como *Centro sub-Regional B*, subordinado diretamente a Campinas (*Capital Regional A*), e Leme como *Centro de Zona B*.

¹³ Este estudo define 4 níveis hierárquicos a saber: MetrÓpole (subdividido em "Grande MetrÓpole Nacional", "MetrÓpole Nacional" e "MetrÓpole"), Capital Regional ("A", "B" e "C"), Centro sub-Regional ("A" e "B") e Centro de Zona ("A" e "B").

1.3.2. Demografia e Condições de Vida

A população total da RS Araras é de quase 300 mil habitantes, cuja distribuição, e suas principais características, são mostradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características do território e contingentes populacionais dos municípios da RS Araras.

Municípios	Área	Densidade demográfica	População	Percentual População RS	População urbana
	(km ²)	(hab/km ²)		(%)	(%)
	2007	2007	2007	2007	2000
Araras	643,5	177,6	114.282	38,0	93,92
Conchal	183,8	135,9	24.979	8,3	89,51
Leme	403,1	219,1	88.315	29,3	96,45
Pirassununga	726,9	95,6	69.468	23,1	88,79
Santa Cruz da Conceição	149,4	26,3	3.936	1,3	54,78
RS Araras	2.106,7	142,9	300.980	100,0	92,6

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta os indicadores demográficos de natalidade, fecundidade e envelhecimento dos municípios da RS Araras. Verifica-se assim que o município de Santa Cruz da Conceição, o menor município da região, destaca-se pelo seu alto índice de envelhecimento. Também apresentam índices acima da média estadual, que é de 41,42, os municípios de Araras e Pirassununga.

Quanto às taxas de crescimento populacional observa-se também que o município de Santa Cruz da Conceição possui os índices mais elevados da região. No outro extremo, destaca-se o município de Pirassununga com índice de crescimento muito abaixo da média estadual que é 1,33.

No que se refere à taxa de natalidade e fecundidade, somente o município de Conchal apresenta taxas acima da média do Estado de São Paulo que é de 15,03 e 52,65, respectivamente.

Tabela 2 - Indicadores demográficos dos municípios da RS Araras.

Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Araras	1,33	13,24	46,36	52,02
Conchal	1,39	16,82	61,66	32,94
Leme	1,30	14,70	52,95	40,06
Pirassununga	0,99	12,56	44,72	60,02
Santa Cruz da Conceição	1,57	12,36	44,20	68,81

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

* Taxa geométrica de crescimento anual da população (Em % a.a.)

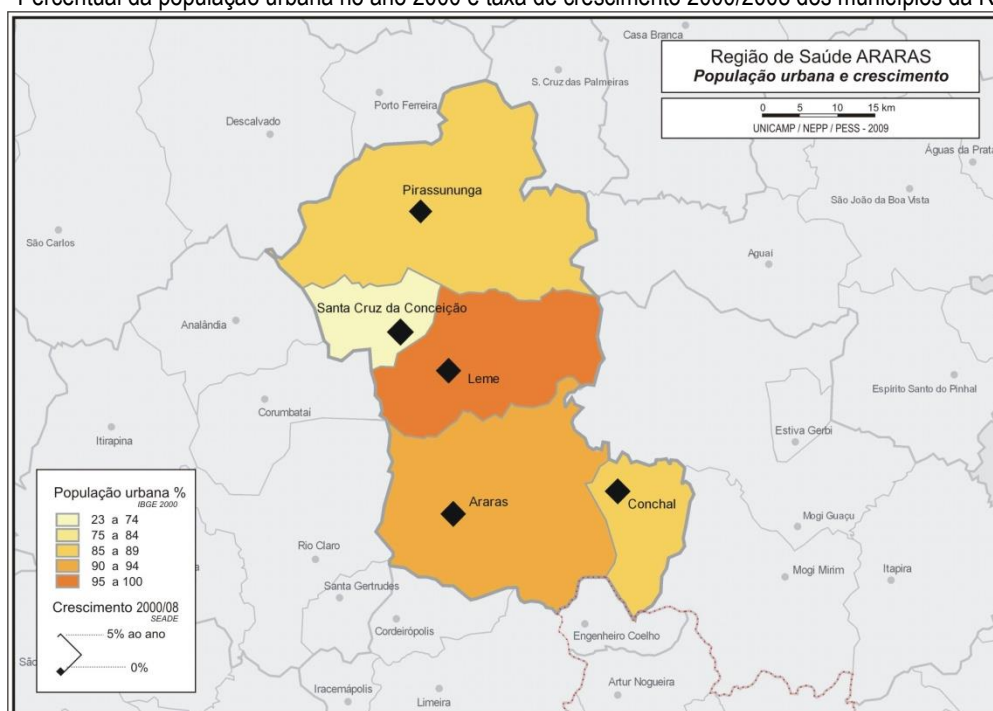
** Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)

*** Taxa de Fecundidade (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)

**** Índice de Envelhecimento (Em %)

O Mapa 6 mostra o percentual de população urbana dos municípios da Região bem como um comparativo entre as taxas de crescimento de cada um deles, evidenciando diferenças significativas entre os mesmos.

Mapa 6 - Percentual da população urbana no ano 2000 e taxa de crescimento 2000/2008 dos municípios da RS Araras.



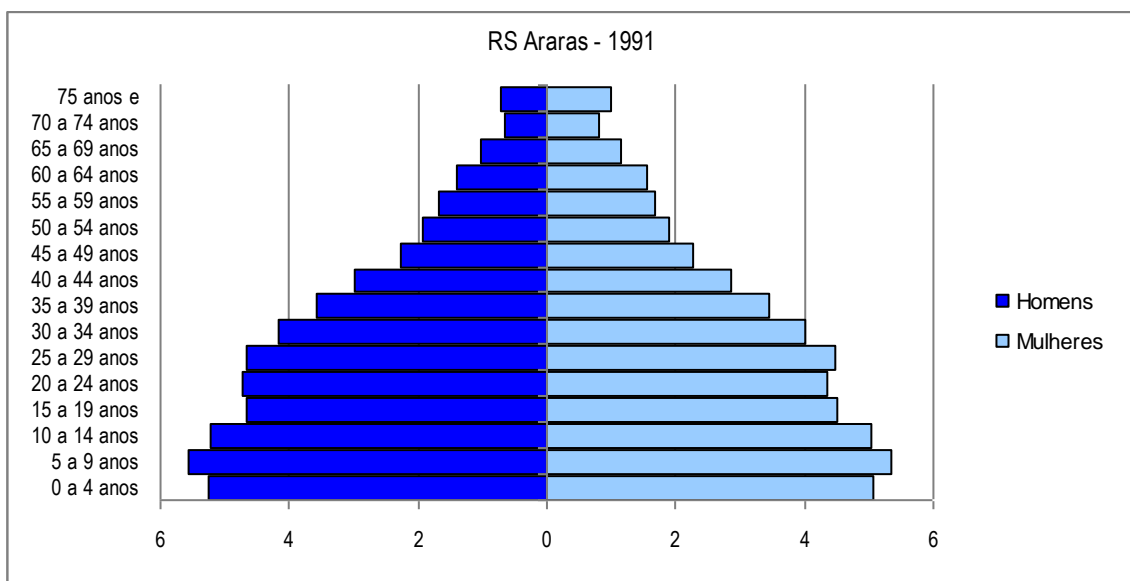
Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Quanto à taxa de urbanização nota-se que a região possui um índice elevado, entretanto com diferenças significativas entre os municípios, como no caso de Santa Cruz da Conceição com baixos índices de população urbana e densidade demográfica.

A tendência ao envelhecimento regional se reflete na configuração das pirâmides populacionais, apesar das diferenças intrarregionais já explicitadas. Entre a situação de 1991

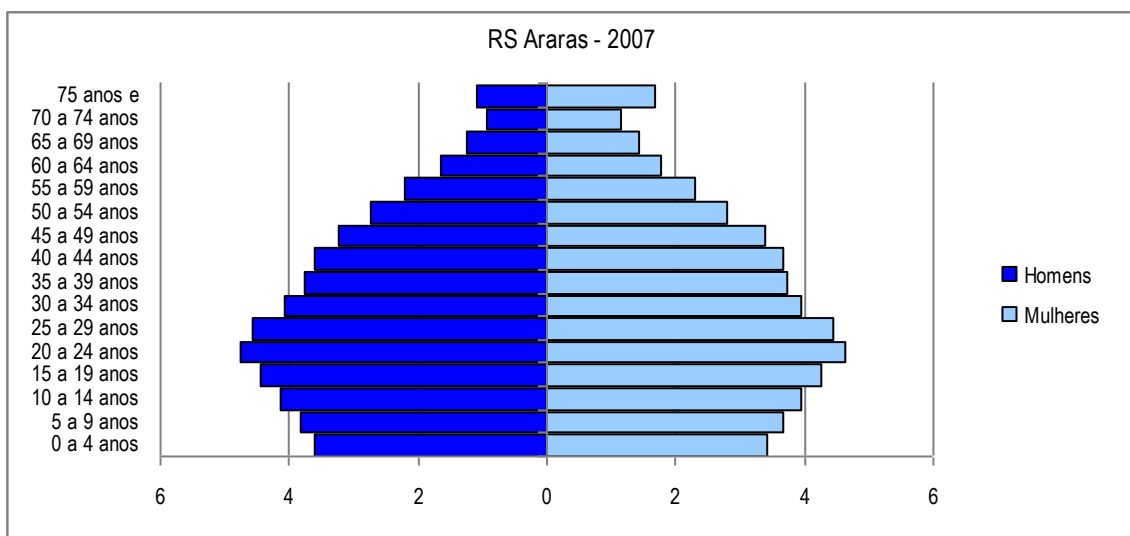
e de 2007 representada nos Gráficos 1 e 2 respectivamente, observa-se a diminuição proporcional das faixas etárias abaixo de 19 anos e o aumento das faixas acima de 60 anos.

Gráfico 1 - Pirâmide etária. RS Araras, 1991.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Araras, 2007.

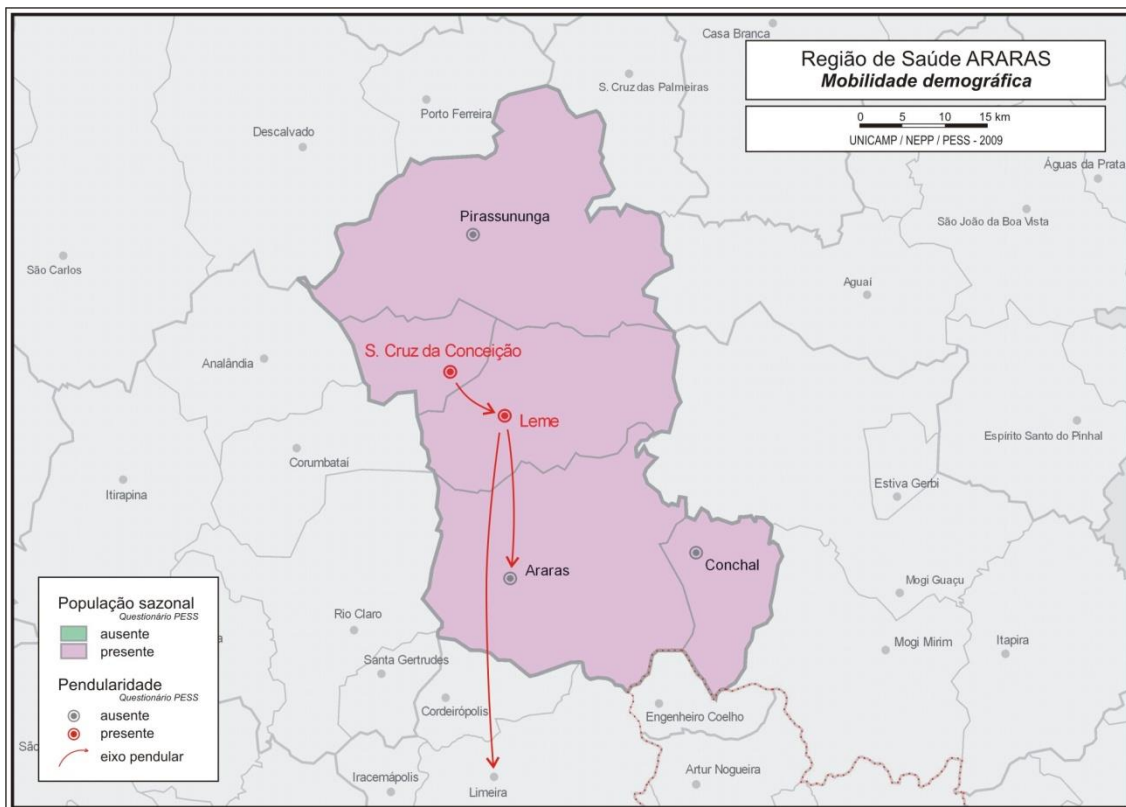


Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Quanto à mobilidade populacional, a atividade sucro-alcooleira, que ainda inclui o corte de cana manual, e o cultivo da laranja, atrai população sazonal para a RS Araras. No questionário eletrônico aplicado aos gestores, todos os municípios responderam que existe população sazonal em seu município. Quanto à atividade principal dessa população, os três maiores municípios indicaram a colheita da cana, e Conchal a colheita da laranja. Ainda no questionário eletrônico, dois municípios (Leme e Santa Cruz da Conceição) indicaram que

seu município pode ser considerado uma cidade-dormitório. A pendularidade na região e fora dela, pode ser visualizada no Mapa 7.

Mapa 7 - Mobilidade populacional. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Buscando delinear as condições gerais de vida na RS Araras, reuniram-se alguns indicadores a seguir apresentados. Os primeiros, constantes na Tabela 3, referem-se ao fornecimento de água e à coleta de esgoto, duas das condições primordiais à qualidade de vida da população. Ambos indicam, para todos os municípios, um perfil próximo da excelência, com a cobertura muito próxima de 100%.

Tabela 3 - Percentual de cobertura de água e esgoto por municípios da RS Araras.

Municípios	Água* 2000	Esgoto** 2000
Araras	99,9	99,5
Conchal	97,6	98,7
Leme	99,4	99,1
Pirassununga	99,7	99,2
Santa Cruz da Conceição	99,3	94,2

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

* Percentual de domicílios urbanos ligados à rede geral de abastecimento de água

** Percentual de domicílios urbanos atendidos por rede geral de esgoto sanitário

Quanto à renda, aqui medida através dos dados de PIB e PIB per capita - indicados na Tabela 4 e no Mapa 8, observam-se disparidades na geração de riqueza entre as cidades e reforçam a posição de liderança de Araras na região, seguido por Pirassununga. Quanto à renda per capita observa-se certa proximidade dos municípios de Conchal e Santa Cruz da Conceição.

Tabela 4 - PIB municipal e per capita dos municípios da RS Araras.

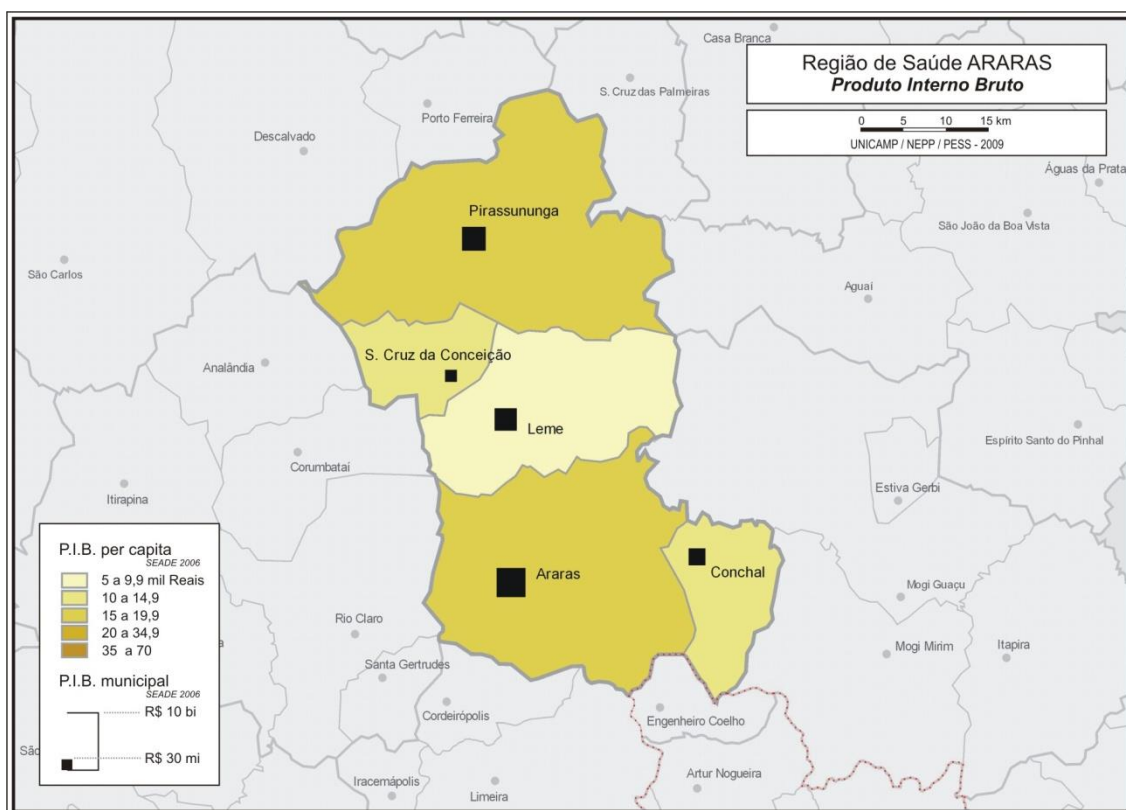
Municípios	PIB Municipal * 2006	PIB per Capita ** 2006
Araras	1.966,2	16,9
Conchal	315,7	12,5
Leme	886,3	9,8
Pirassununga	1.099,8	15,5
Santa Cruz da Conceição	46,5	11,7

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

* em milhões de reais

** em mil reais

Mapa 8 - PIB municipal e per capita dos municípios da RS Araras.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Os indicadores mais específicos do desenvolvimento social encontram-se na Tabela 5. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁴, revela uma situação preocupante no caso de dois municípios (Conchal e Leme) e apenas um município com um quadro bem mais positivo (Pirassununga), ao passo que os demais (Araras e Santa Cruz da Conceição) ficam em posições intermediárias.

Tabela 5 - Indicadores de condições de vida por municípios da RS Araras.

Municípios	IDHM * 2000	IPVS** 2000	IPRS*** 2004
Araras	0,828	38,0	1
Conchal	0,770	75,3	5
Leme	0,796	66,6	5
Pirassununga	0,839	26,1	1
Santa Cruz da Conceição	0,803	45,2	4

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

*IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000

** IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (percentual da população nos grupos 5 e 6)

*** IPRS - Índice Paulista de Responsabilidade Social (grupo)

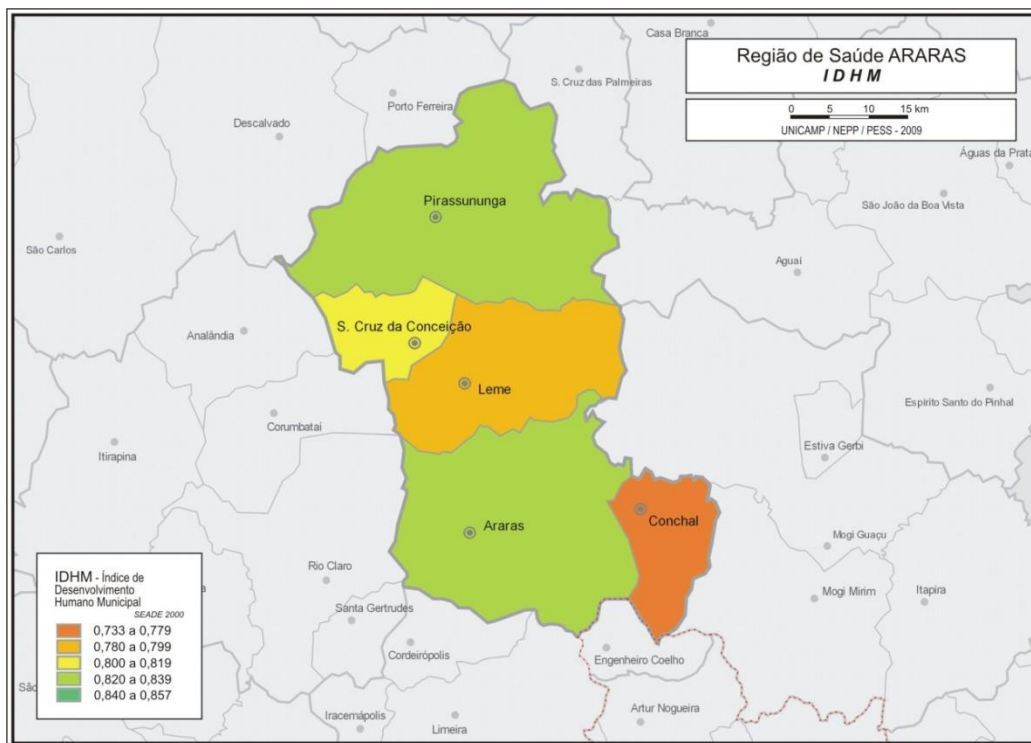
Já segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)¹⁵, que varia entre 1 (bons indicadores sociais e de riqueza) e 5 (baixos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade), mostra um forte contraste entre os municípios com uma boa posição (Araras e Pirassununga), que se caracterizariam por elevados níveis de riqueza combinados com indicadores sociais positivos, e os demais municípios que se encontram no grupo 4 do IPRS, ou seja, cidades que apresentam baixa riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade (Santa Cruz da Conceição), e no grupo 5 (Leme e Conchal), com índices de fragilidade em todas as áreas.

¹⁴ Esse índice da Fundação SEADE classifica a população numa escala de vulnerabilidade de 6 grupos, variando da melhor situação no grupo 1 à pior no grupo 6. Utiliza uma composição de dados incluindo educação, anos médios de ensino, rendimento e faixa etária dos responsáveis pelos domicílios e percentual de crianças de 0 a 4 anos residentes.

¹⁵ O IPRS, da fundação SEADE, classifica os municípios em 5 grupos, utilizando dados diversos de riqueza municipal, longevidade e escolaridade, com os seguintes resultados: Grupo 1 – alta riqueza, alta ou média longevidade e escolaridade; Grupo 2 – alta riqueza, baixa, média ou alta longevidade e escolaridade; Grupo 3 – Baixa riqueza, alta ou média longevidade e escolaridade ; Grupo 4 – Baixa riqueza, alta, média ou baixa longevidade e escolaridade, e Grupo 5 – Baixa riqueza, baixa longevidade e escolaridade.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), também indicado na Tabela 5 e representado no Mapa 9, demonstra que a região divide-se em dois blocos: um de desenvolvimento intermediário, composto por Conchal e Leme, e outro de alto desenvolvimento, formado em ordem decrescente por Pirassununga, Araras e Santa Cruz da Conceição¹⁶.

Mapa 9 - IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) na RS Araras.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Conclusões Parciais

A RS Araras não apresenta um centro urbano hegemônico, sendo constituída por um pequeno número de municípios (5). Pode-se concluir, entretanto que o processo de implementação de políticas públicas, nessa região, também deve considerar diferenças existentes entre os municípios, especialmente os aspectos demográficos e de

¹⁶ Esta classificação segue os padrões internacionais, para os quais as localidades com um IDH de até 0,499 têm baixo desenvolvimento humano; entre 0,500 e 0,799 têm médio desenvolvimento humano; e os locais com IDH maior que 0,800 têm alto desenvolvimento humano. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) congrega, com pesos iguais, indicadores de longevidade, educação e renda, e é largamente utilizado na comparação entre os países. O IDH-M segue a mesma metodologia, focando os municípios.

desenvolvimento sócio econômico. Isso requer uma atuação diferenciada do Colegiado de Gestão Regional, responsável pelo direcionamento do desenvolvimento do SUS na região.

2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE ARARAS

Este capítulo apresenta uma análise descritiva de indicadores relacionados às condições de saúde da população dos municípios que compõem a RS Araras, tendo como foco principal o conjunto de patologias e agravos priorizados no *Pacto pela Vida* e no *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*. Os indicadores selecionados não têm a pretensão de contemplar todas as possibilidades de análises existentes para caracterizar condições de saúde, objeto inclusive, de diversos outros documentos existentes na SES-SP, nos Departamentos Regionais de Saúde e nos municípios. Essa análise pretende apoiar os processos de definição de necessidades, prioridades e políticas de saúde no contexto da formulação dos planos regionais.

Os dados utilizados neste estudo são provenientes dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, obtidos através do Tabnet/DATASUS e dos bancos de dados disponibilizados para download, bem como da Fundação SEADE, nesse caso através de tabulações do Sistema de Informações dos Municípios Paulistas¹⁷; outras fontes, quando utilizadas serão citadas. Todas as estimativas populacionais tiveram como fonte a Fundação SEADE. As informações refletem a situação das bases consultadas no momento da pesquisa, podendo existir diferenças com indicadores calculados pelos municípios e estado a partir das bases locais.

A análise é apresentada a partir dos indicadores municipais, de forma a identificar os diferentes perfis de necessidades de saúde na região através da magnitude e tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer das populações de cada município. Devido aos distintos portes populacionais, optou-se por trabalhar com indicadores municipais agregados em períodos trienais para obtenção das estimativas de riscos, de forma a estabilizar as taxas obtidas, reduzindo assim as flutuações aleatórias características das situações de pequenos números de eventos, cujo impacto é tanto maior quanto menor for a população. As tabelas e gráficos que contém dados individualizados por municípios são apresentados segundo o seu porte populacional, em ordem decrescente.

¹⁷ O Sistema de Informações dos Municípios Paulistas da Fundação SEADE contém séries históricas de variáveis sobre diversos temas, que podem ser pesquisadas para montagem de tabelas e mapas por municípios e regiões do Estado de São Paulo (<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php>).

2.1. Mortalidade por Grupo de Causa

A análise dos dados de mortalidade proporcional, utilizando-se os capítulos da CID 10¹⁸, mostrou que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes em todos os municípios e que, junto com as neoplasias, as causas externas e as doenças do aparelho respiratório responderam por mais de 70% das mortes por causas definidas no triênio 2004-2006 (Tabela 1).

Tabela 1 - Mortalidade proporcional por causas definidas, segundo municípios. RS Araras, triênio 2004-2006.

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Araras	33,1	18,8	10,9	10,8	6,5	5,1	14,8
Leme	27,2	14,6	13,3	15,0	7,6	6,2	16,1
Pirassununga	39,6	18,6	9,0	8,2	6,4	3,9	14,3
Conchal	32,3	16,8	17,1	10,5	5,0	5,8	12,6
S C Conceição	28,1	22,8	14,0	14,0	3,5	3,5	14,0
RS Araras	33,1	17,5	11,5	11,3	6,6	5,1	14,9

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No sexo masculino, as causas externas foram o segundo grupo mais frequente nos municípios de Leme e Conchal (Tabela 2).

Tabela 2 - Mortalidade proporcional por causas definidas, segundo municípios, para o sexo masculino. RS Araras, triênio 2004-2006.

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Araras	30,0	16,7	15,2	10,9	7,1	5,4	14,7
Leme	24,7	13,8	18,6	13,2	9,0	6,3	14,4
Pirassununga	37,1	17,8	12,5	8,1	7,4	4,4	12,7
Conchal	28,7	17,7	21,5	10,1	5,5	5,5	11,0
S C Conceição	23,7	21,1	18,4	15,8	5,3	5,3	10,5
RS Araras	30,2	16,3	15,9	10,8	7,6	5,4	13,8

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

¹⁸ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10), padrão internacional utilizado para classificação das doenças e outros problemas de saúde tais como acidentes e violências, sintomas e sinais, etc. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm> e <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Entre as mulheres, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas apareceram entre os principais grupos de causas (Tabela 3).

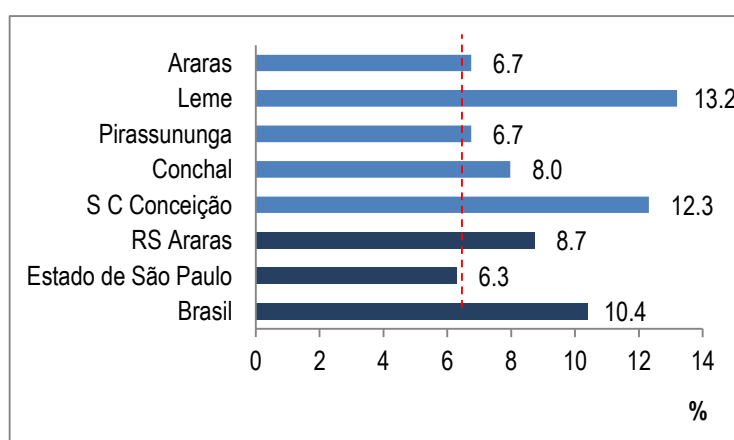
Tabela 3 - Mortalidade proporcional por causas definidas, segundo municípios, para o sexo feminino. RS Araras, triênio 2004-2006.

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Araras	37,8	21,8	10,7	5,6	4,5	3,9	4,6	11,1
Leme	31,1	15,9	17,8	5,2	5,0	4,4	6,1	14,4
Pirassununga	43,2	19,7	8,3	5,0	3,9	7,1	3,2	9,6
Conchal	38,2	15,3	11,1	4,2	9,7	1,4	6,3	13,9
S C								
Conceição	36,8	26,3	10,5	-	5,3	5,3	-	15,8
RS Araras	37,5	19,3	11,9	5,2	4,8	4,7	4,7	11,8

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A proporção de óbitos por causas mal definidas, analisados por local de residência, mostrou grande variação entre os municípios da RS Araras (Gráfico 1). Dois deles apresentaram valores superiores à média da região no período 2004-2006 (8,7%), a qual já era superior à proporção estadual e à do Brasil em 2005 (6,3% e 10,4% respectivamente). Esta situação é reflexo da qualidade dos dados registrados na Declaração de Óbito, a qual sinaliza desde a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e recursos para o diagnóstico das doenças, até a capacitação profissional para o preenchimento daquele documento¹⁹.

Gráfico 1 - Mortalidade proporcional por causas mal definidas, segundo municípios. RS Araras, triênio 2004-2006; Estado de São Paulo e Brasil, 2005.



Fonte: MS/DATASUS (municípios e RS). MS/SVS (Brasil e São Paulo). Elaboração própria.

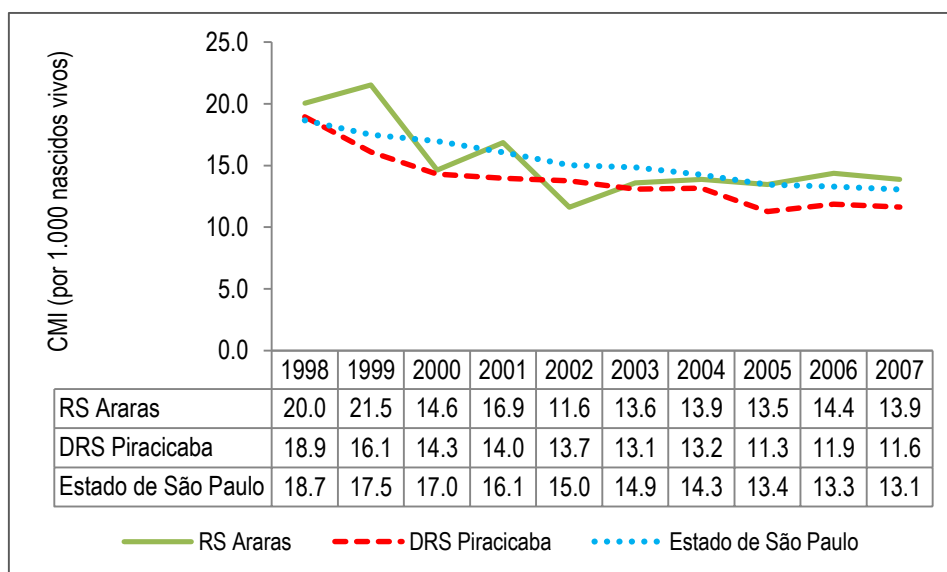
¹⁹ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* – 2ª edição. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2006/indicadores.pdf>.

2.2. Mortalidade Infantil

A mortalidade dos menores de um ano constitui-se num importante sinalizador do cuidado em saúde e das condições socioeconômicas de uma localidade. Observa-se em anos mais recentes uma melhoria importante do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e seus componentes em todo o Brasil, resultado das mudanças demográficas, econômicas e sociais e de importantes intervenções do setor saúde.

O Gráfico 2 mostra a evolução do CMI na RS Rio Claro, na qual podem ser identificados períodos de tendências diferentes: o primeiro, entre 1998 e 2002, de declínio; aumento em 2003 e estabilidade até 2007, último ano da série, diferente do que vem ocorrendo no Estado de São Paulo, com queda em todo o período. Em 2007 obteve-se um valor médio de 13,9/1.000 nascidos vivos, superior ao do conjunto do DRS X (11,6) e Estado no mesmo ano (13,1).

Gráfico 2 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1998-2007.



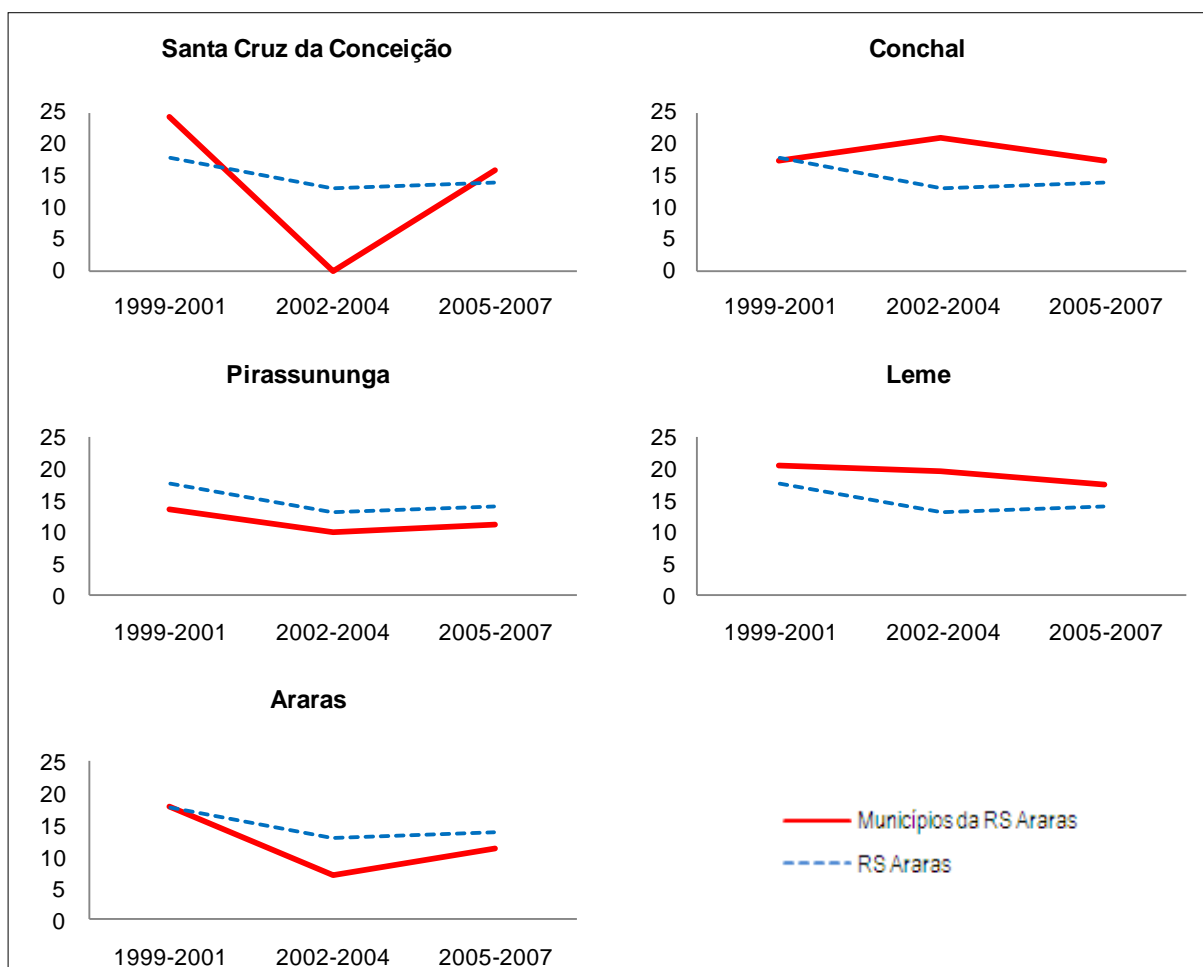
Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A redução do CMI também foi verificada nos seus componentes pós-neonatal e neonatal. Este último foi responsável por cerca de 82% das mortes no primeiro ano de vida em 2007 e reflete, em linhas gerais, a organização das ações relacionadas ao pré-natal, parto e cuidados do recém-nascido.

As diferenças da mortalidade infantil entre os municípios da RS podem ser observadas no Gráfico 3. É constatada queda no decorrer do período analisado apenas em Leme; Conchal

courseu com aumento entre os dois primeiros triênios e redução a seguir; em Pirassununga e Araras constatou-se redução e depois aumento do CMI; devido à pequena população de Santa Cruz da Conceição, as médias trienais do indicador cursaram com maior instabilidade, refletindo numa maior imprecisão do dado relativo.

Gráfico 3 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Araras, médias trienais 1999-2001, 2002-2004, 2005-2007.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A Tabela 4 mostra o número de óbitos no primeiro ano de vida, desdobrado nos períodos neonatal (menores de 28 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias) ocorridos entre 1998 e 2007, e os valores médios das taxas de mortalidade verificados no triênio 2005-2007 para todos os municípios da RS Araras. Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 106 para 56 em toda a região, o que representou uma redução de 47% no período; esta foi mais intensa no período pós-neonatal (68%) do que no neonatal (38%). Entretanto, mesmo considerando a queda tanto em números relativos como absolutos da mortalidade infantil, qualquer óbito infantil é considerado um evento desnecessário e sua

investigação e análise podem contribuir para elucidar nós críticos existentes na assistência e no funcionamento dos serviços.

Tabela 4 - Número de óbitos no período 1998-2007 e coeficientes no triênio 2005-2007 dos componentes da mortalidade infantil. RS Araras, 1998-2007.

Municípios		Nº Óbitos										Taxas 2005- 2007
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Araras	Neonatal	20	30	18	18	7	8	8	10	14	12	8,0
	Pós-neonatal	8	7	5	7	0	2	6	7	5	3	3,3
	Menores 1 ano	28	37	23	25	7	10	14	17	19	15	11,4
Leme	Neonatal	28	27	14	21	16	19	21	18	15	19	13,1
	Pós-neonatal	16	12	9	6	8	9	5	5	5	7	4,3
	Menores 1 ano	44	39	23	27	24	28	26	23	20	26	17,4
Pirassununga	Neonatal	17	12	9	8	7	4	9	6	5	7	7,0
	Pós-neonatal	7	3	5	4	1	2	3	4	6	1	4,3
	Menores 1 ano	24	15	14	12	8	6	12	10	11	8	11,3
Conchal	Neonatal	7	9	6	4	8	10	6	2	5	7	11,5
	Pós-neonatal	3	4	1	2	1	2	1	5	2	0	5,7
	Menores 1 ano	10	13	7	6	9	12	7	7	7	7	17,2
S C Conceição	Neonatal	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	15,7
	Pós-neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0
	Menores 1 ano	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	15,7
RS Araras	Neonatal	72	80	47	52	38	41	44	36	41	45	9,9
	Pós-neonatal	34	26	20	19	10	15	15	21	18	11	4,0
	Menores 1 ano	106	106	67	71	48	56	59	57	59	56	13,9

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Entre as mortes de crianças menores de 1 ano na RS Araras, o componente neonatal precoce (mortes até 7 dias de vida) respondeu por dois terços da taxa da mortalidade infantil observada no ano de 2007.

Considerando o conjunto dos municípios da região, as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas foram responsáveis por 78% e 19% das mortes neonatais no triênio 2004-2006, respectivamente. Dentre as afecções perinatais, as principais causas de morte foram, nesta ordem: transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (CID10 P20-P29); feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (CID10 P00-P04) e os transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08), representando 83% de todas as causas perinatais.

Em relação à mortalidade pós-neonatal no triênio 2004-2006, o grupo das más formações congênitas foi o de maior peso, com 22% das mortes, seguido pelas doenças infecciosas e parasitárias, afecções originadas no período perinatal e as causas mal definidas.

A redução da mortalidade infantil é um importante desafio a ser enfrentado pelos gestores e gerentes dos serviços de saúde: quase 65% das mortes de menores de 1 ano na RS Araras em 2006 ocorreram devido a causas evitáveis ou reduzíveis²⁰, definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (Tabela 5). Destas, 87% são causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e, ao recém-nascido.

Tabela 5 - Distribuição percentual das causas de morte evitáveis em menores de 1 ano, segundo grupos. RS Araras, 1997-2006.

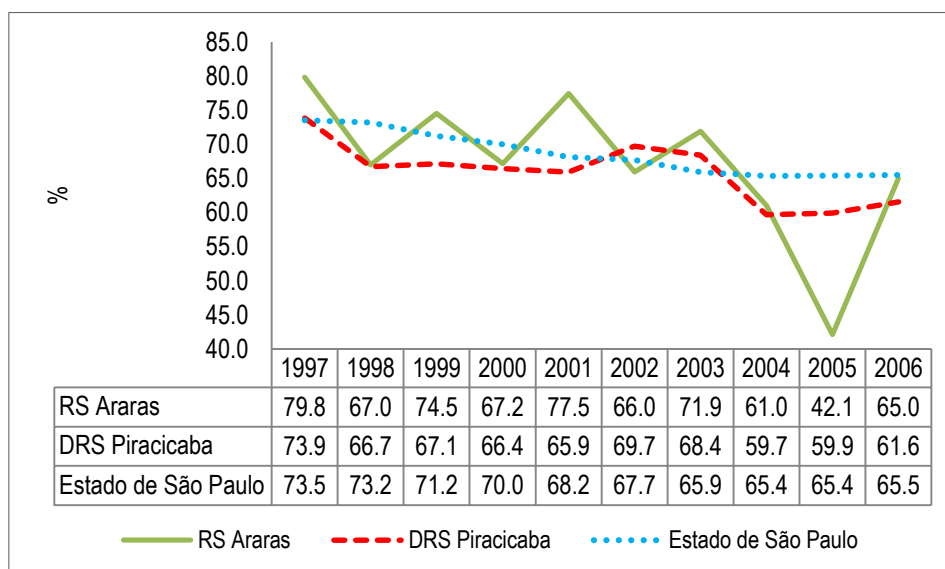
Grupos de causas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reduzíveis por ações de imunoprevenção										2,6
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	82,4	77,5	83,5	80,0	83,6	83,9	90,2	86,1	75,0	87,2
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	7,7	14,1	12,7	6,7	7,3	3,2	4,9	8,3	16,7	7,7
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas à ações adequadas de atenção à saúde	9,9	8,5	3,8	13,3	9,1	12,9	4,9	5,6	8,3	2,6
Todas as causas evitáveis	79,8	67,0	74,5	67,2	77,5	66,0	71,9	61,0	42,1	65,0

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Entre 1997 e 2006, o peso da mortalidade por causas evitáveis nesse grupo etário apresentou declínio contínuo em todo o ESP, enquanto que na RS Araras essa queda se dá com maior variabilidade, assim como ocorrido no conjunto de municípios que compõem o DRS X - Piracicaba (Gráfico 4).

²⁰ Malta DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, dez. 2007, vol.16, no.4, p.233-244. ISSN 1679-4974. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Gráfico 4 - Evolução da proporção de mortes por causas evitáveis em menores de 1 ano. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1997-2006.



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O óbito infantil é um “evento sentinela²¹”, indicador do desempenho dos serviços de saúde e de acesso a eles, e sua investigação é uma importante estratégia a ser viabilizada pelos gestores.

2.3. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é considerada um bom indicador de saúde da mulher, refletindo as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades²². Valores elevados estão associados à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo populacional, incluindo o planejamento familiar e assistência pré-natal, ao parto e puerpério²³. A razão ou taxa de mortalidade materna é calculada pela relação entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez e ao parto e o número de nascidos vivos. Sua mensuração nem sempre traduz a realidade de sua magnitude, em função da imprecisão da causa de morte declarada no atestado de óbito; o correto registro demanda

²¹ O evento sentinela se refere à ocorrência de uma doença, invalidez ou morte indesejada, que poderia ter sido evitada e serve como um sinal de alerta. Os eventos sentinela devem ser objetos de análise para que a partir da compreensão de como e por que ocorreram, eventos semelhantes possam ser evitados no futuro. Para um maior detalhamento desta técnica, ver Penna, MLF em http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf.

²² Laurenti R et al. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1):23-30, jan-mar, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1561.pdf>.

²³ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. RIPSAs – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>.

conhecimento das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorreram os óbitos. O sub-registro também é outro fator importante a ser considerado, frequente em determinadas regiões do país.

A Tabela 6 mostra o número de óbitos materno por município de residência da RS Araras ocorrido entre 1998 e 2007.

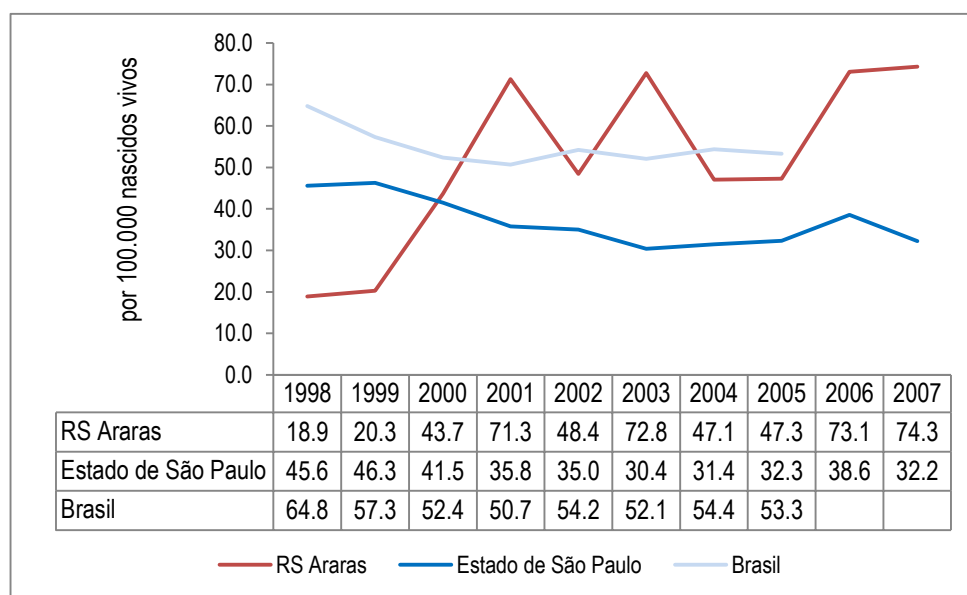
Tabela 6 - Óbitos por Complicação da Gravidez, Parto e Puerpério. RS Araras, 1998-2007.

Municípios	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araras	0	1	0	1	1	2	0	0	2	0
Leme	1	0	2	0	1	1	1	2	1	1
Pirassununga	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Conchal	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
S C Conceição	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
RS Araras	1	1	2	3	2	3	2	2	3	3

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A razão de mortalidade materna foi calculada para a região de saúde, para a totalidade do Estado de São Paulo e Brasil, e pode ser observada no Gráfico 5. A redução dos valores do ESP ocorrida entre 1999 e 2003 é seguida por um período de aumento, que pode estar relacionado à melhoria na notificação de óbitos maternos que antes estavam subestimados, resultado da implantação progressiva dos Comitês de Investigação de Morte Materna em todo o Estado. Esse padrão não foi observado na RS Araras; a grande oscilação está relacionada ao pequeno número de óbitos envolvidos. Entretanto, cada morte em si já representa um grave problema de saúde pública e, assim como nas mortes infantis, as maternas também constituem em bom evento sentinela. É necessário ainda avaliar a situação da vigilância do óbito da mulher em idade fértil na região; a intensificação das ações de vigilância poderia identificar mortes maternas não declaradas.

Gráfico 5 - Razão de Mortalidade Materna. RS Araras e Estado de São Paulo, 1998-2007 e Brasil*, 1998-2005.



* Dado não disponível para 2006 e 2007.

Fonte: SEADE e MS/SVS. Elaboração própria.

A redução da morte materna e infantil é compromisso assumido pelas três esferas de gestão do SUS, inclusive em iniciativas internacionais²⁴. O *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*²⁵ propõe um conjunto de ações estratégicas envolvendo diferentes atores sociais para o enfrentamento do problema, como a qualificação e humanização da atenção ao parto, ao nascimento e no abortamento; ampliação da cobertura do planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento pós-parto e puericultura através da expansão da rede básica; vigilância ao óbito materno e infantil; organização do acesso; adequação da oferta de serviços; qualificação das urgências/emergências; qualificação da assistência hospitalar incluindo unidades de referência regional para gravidez de risco e UTI neonatal entre outras.

2.4. Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)

²⁴ Uma delas foi formulada na ONU e denominada Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), um conjunto de 8 macro-objetivos, a serem atingidos pelos países signatários até o ano de 2015, por meio de ações concretas dos governos e da sociedade, priorizando o desenvolvimento sustentável e a eliminação da pobreza. Entre os oito ODM, três estão diretamente relacionados à saúde: 4-reduzir a mortalidade na infância, 5-melhorar a saúde materna e 6-combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças.

²⁵ MS/SAS. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_reducao_mortalidade_mat_neonatal.pdf.

Com o processo de envelhecimento populacional, o declínio das taxas de natalidade e da carga de morte das doenças infecciosas no Brasil, observa-se um quadro de saúde caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis. Estas, juntamente com as doenças transmissíveis que assumem caráter “crônico” (como HIV/Aids e tuberculose), as doenças genéticas, os transtornos mentais incluindo o uso do álcool e outras drogas, as deficiências físicas e agravos causados pelos acidentes e violências, formam um grupo heterogêneo de doenças denominadas “condições crônicas”²⁶, cujo enfrentamento é um importante desafio do sistema de saúde.

Essas doenças e agravos se caracterizam por serem persistentes e necessitarem de cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos, ocasionando aumento da demanda em todas as unidades de saúde. Acarretam queda da qualidade de vida e têm alto custo social devido ao absentismo, morte e invalidez precoce e aumento de gastos com a previdência social. Por outro lado, muitos problemas podem ser controlados por programas adequados de atenção à saúde, e a maioria deles poderia ser evitada e muitas de suas complicações prevenidas por medidas de promoção à saúde. Sedentarismo, sobrepeso, obesidade, hábitos alimentares inadequados e tabagismo têm sido apontados como importantes fatores de risco para as DANT.

São destacados a seguir, indicadores de saúde para a doença cerebrovascular (DCV), diabetes mellitus, neoplasia do colo do útero, mama e próstata e acidentes e violências.

2.4.1 Doenças Cardiovasculares

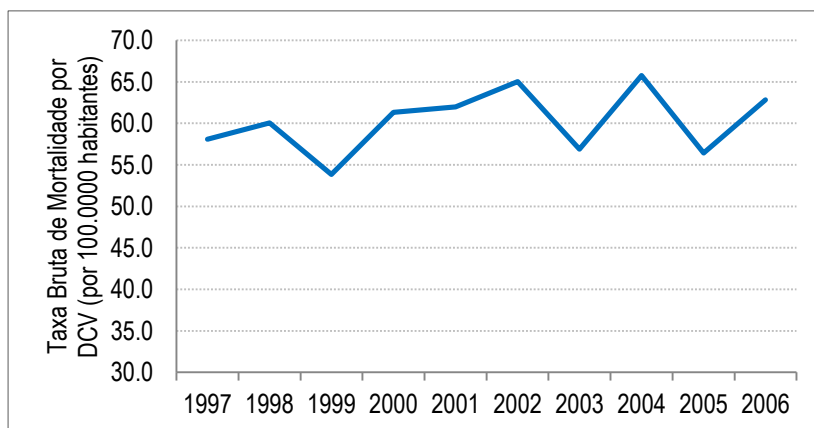
Na RS Araras, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 33% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as neoplasias, responderam por 51% do total dos óbitos, pouco acima ao encontrado no ESP (49%).

A medida dos óbitos pelas doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração é uma boa estimativa do risco de morte pelas doenças do aparelho circulatório, pois constituem seus grupos mais significativos.

²⁶ Para um maior aprofundamento, consultar a publicação OMS. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003. Disponível em http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf.

No conjunto dos municípios do Estado de São Paulo observou-se queda da taxa de mortalidade por DCV entre 1997 e 2006. Essa é a tendência esperada, o que não ocorreu na RS Araras (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Evolução da Taxa de Mortalidade por Doença Cerebrovascular*. RS Araras, 1997-2006.



* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A Tabela 7 mostra o número de óbitos anual e a taxa média bruta do coeficiente no triênio 2004-2006, para cada uma dos municípios que compõem a RS. As taxas de cada local não devem ser comparadas entre si, já que não foram padronizadas por idade e as diferenças encontradas podem estar relacionadas às diferentes estruturas etárias dos municípios²⁷.

Tabela 7 - Número de óbitos por Doença Cerebrovascular* no período 1997-2006 e taxa bruta de mortalidade no triênio 2004-2006. RS Araras, 1997-2006.

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Araras	52	56	37	60	61	71	64	89	57	81	67,9
Leme	46	40	45	48	46	38	38	27	28	39	36,4
Pirassununga	43	54	54	49	47	60	46	55	64	58	86,5
Conchal	10	9	10	11	18	12	13	19	13	8	54,7
S C Conceição	1	1	0	1	1	3	2	1	4	1	52,3
RS Araras	152	160	146	169	173	184	163	191	166	187	61,7

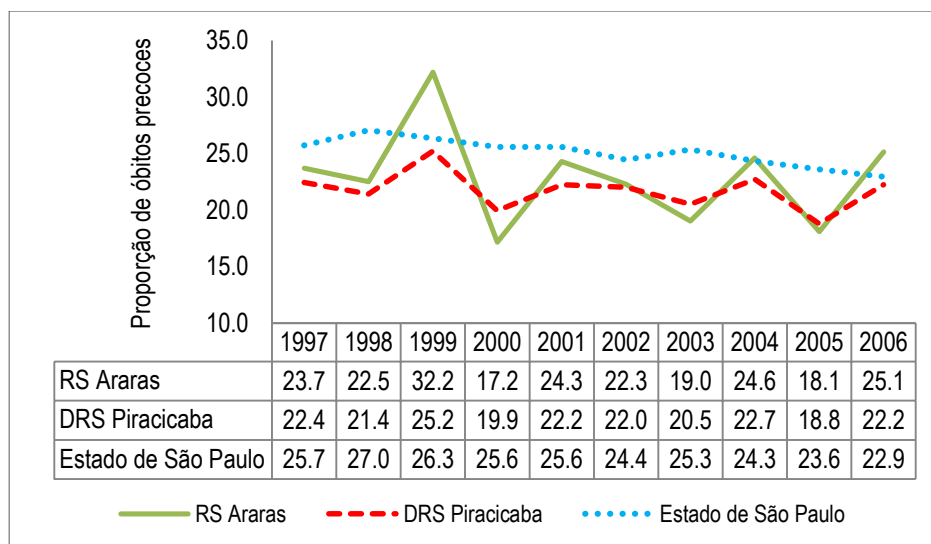
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

²⁷ As taxas calculadas para diferentes municípios podem ser influenciadas pela composição da população por idade, sexo e outros parâmetros e não apenas pelas variações do número de eventos. Para que sejam comparáveis entre si, os coeficientes que não discriminam faixa etária devem ser padronizados em relação a uma população de referência. Consultar, entre outros: Medronho, R. A et al. *Epidemiologia*. SP: Atheneu, 2004.

A hipertensão arterial (HA) é um dos principais fatores de risco cardiovascular e o principal para o desenvolvimento da DCV; encontra-se referida como causas associada ou contribuinte da morte nas declarações de óbito de diversas condições crônicas, entre as quais merecem destaque o acidente vascular cerebral (AVC) e o diabetes mellitus. Um bom cuidado da HA na atenção básica resultará em diminuição das atuais taxas de morbidade e mortalidade decorrentes das doenças cardiovasculares, especialmente aquelas relacionadas à DCV.

A ocorrência de HA e AVC na faixa etária produtiva, além do reflexo na qualidade de vida, têm um custo social elevado, como consequência do absenteísmo, queda da produtividade e retirada precoce da força de trabalho devido a sequelas e morte de jovens e adultos. No Estado de São Paulo, constatou-se uma redução da proporção de óbitos precoces por DCV no período compreendido entre 1997 e 2006, tendência essa também observada na região que guarda correspondência com o DRS X - Piracicaba (Gráfico 7). Considerando o conjunto de municípios da RS Araras, os valores apresentaram maior variação, ainda que quase sempre menores do que os valores do Estado.

Gráfico 7 - Evolução da proporção de óbitos precoces (em menores de 60 anos) por Doença Cerebrovascular*. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1997-2006.



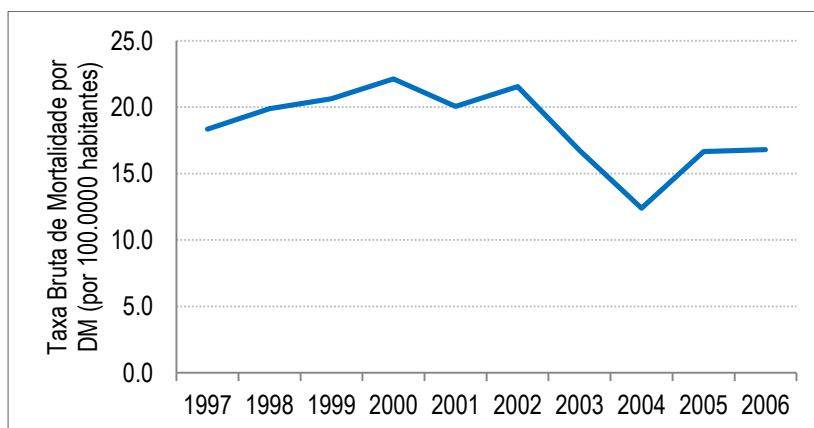
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

2.4.2. Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) é uma doença de alta prevalência; vários estudos têm mostrado que parcela importante das pessoas acometidas não sabe que estão doentes; outro grande grupo não faz tratamento adequado, situações que expõem os diabéticos ao risco de desenvolvimento de diversas complicações e morte.

A taxa de mortalidade por DM estima o risco de morte da população em geral por essa doença; expressa também as condições do cuidado em saúde. A tendência temporal esperada para esse indicador é de queda, relacionada à priorização de ações na atenção básica. O Gráfico 8 mostra, na RS Araras, um período de aumento da mortalidade por DM de 1997 e 2000; um declínio acentuado entre 2002 e 2004 e um novo período de aumento até 2006, indicando potencialidade de redução com uma boa gestão do cuidado.

Gráfico 8 - Evolução da Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus*. RS Araras, 1997-2006.



* Causa básica do óbito CID-10: E10 a E14
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O número de mortes que teve o diagnóstico de DM definido como causa básica em todos os municípios e a taxa bruta média do triênio 2004-2006 estão apresentados na Tabela 8. Assim como explicado em relação aos óbitos por DCV, deve-se ter cuidado na comparação dessas taxas, tendo em vista que não foram ajustadas por idade.

Tabela 8 - Número de óbitos por Diabetes Mellitus* no período 1997-2006 e taxa bruta de mortalidade no triênio 2004-2006. RS Araras, 1997-2006.

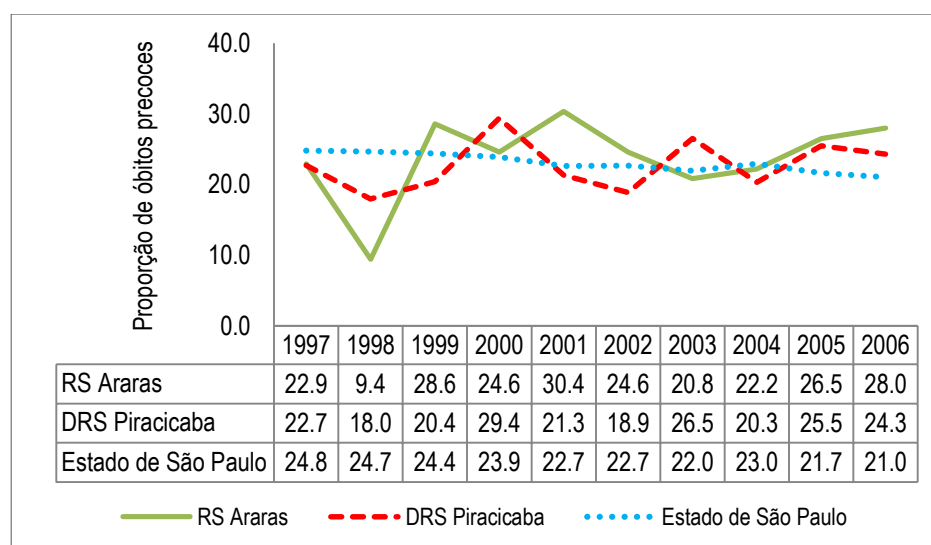
Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Araras	11	18	28	25	17	24	21	14	11	24	14,6
Leme	18	12	16	16	16	16	14	15	12	9	13,9
Pirassununga	13	21	10	17	19	17	11	4	24	13	20,0
Conchal	3	1	2	3	2	3	2	2	2	3	9,6
S C Conceição	3	1	0	0	2	1	0	1	0	1	17,4
RS Araras	48	53	56	61	56	61	48	36	49	50	15,3

* Causa básica do óbito CID-10: E10 a E14

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A proporção de mortes precoces (em menores de 60 anos) por DM foi flutuante em todo o período analisado (Gráfico 9), com tendência de aumento nos últimos anos; já para o Estado de São Paulo, ocorreu um declínio, pequeno mas progressivo. De forma geral, esses óbitos podem ser considerados evitáveis, indicando problemas na prevenção e controle da doença.

Gráfico 9 - Evolução da proporção de óbitos precoces (em menores de 60 anos) por Diabetes Mellitus*. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1997-2006.



* Causa básica do óbito CID-10: E10 a E14

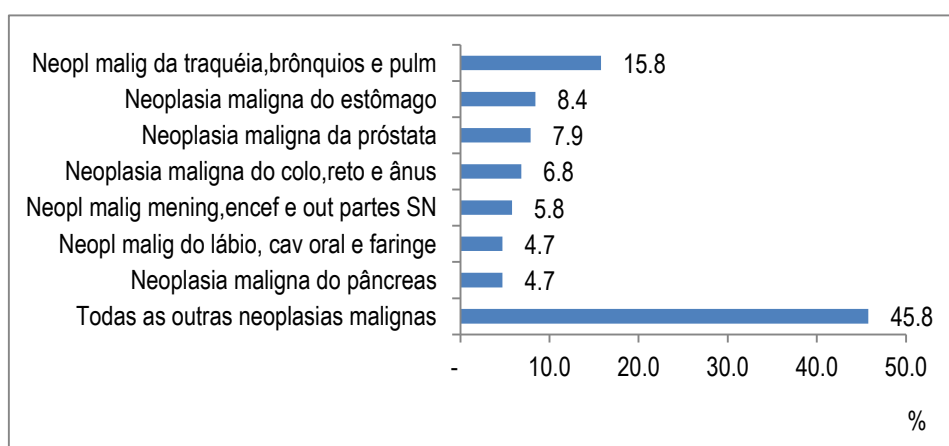
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A priorização de ações de promoção à saúde, diagnóstico e controle do DM pode reduzir o número de internações, com impacto favorável sobre a morbimortalidade por essa e outras causas, como o AVC, a doença isquêmica do coração e a HA.

2.4.2 Neoplasias

As neoplasias responderam por cerca de 18% das mortes na RS Araras no triênio 2004-2006, com valores apenas pouco maiores para as mulheres (19%) em relação aos homens (16%). No sexo masculino, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi o mais frequente, sendo responsável por 16% dos óbitos em 2006 (Gráfico 10), seguido pelas neoplasias de estômago e próstata. Entre as mulheres, as neoplasias das meninges, encéfalo e outras partes do sistema nervoso central tiveram maior expressão (9%), seguida pela localização em traqueia, brônquios e pulmões e estômago (Gráfico 11). Ocorreram em toda a RS Araras, em 2006, 15 mortes por câncer de próstata, 7 por câncer de mama e 6 de colo de útero.

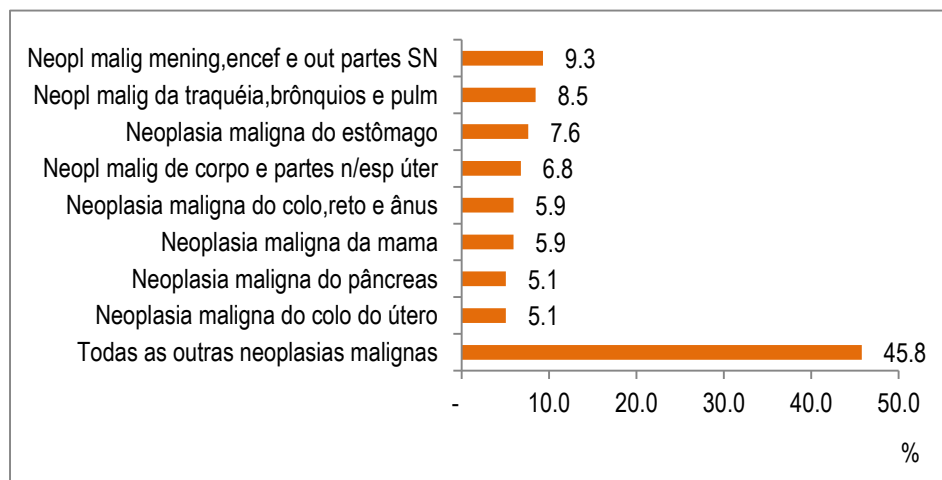
Gráfico 10 - Mortalidade proporcional por neoplasias malignas no sexo masculino*. RS Araras, 2006.



* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Gráfico 11 - Mortalidade proporcional por neoplasias malignas no sexo feminino*. RS Araras, 2006.



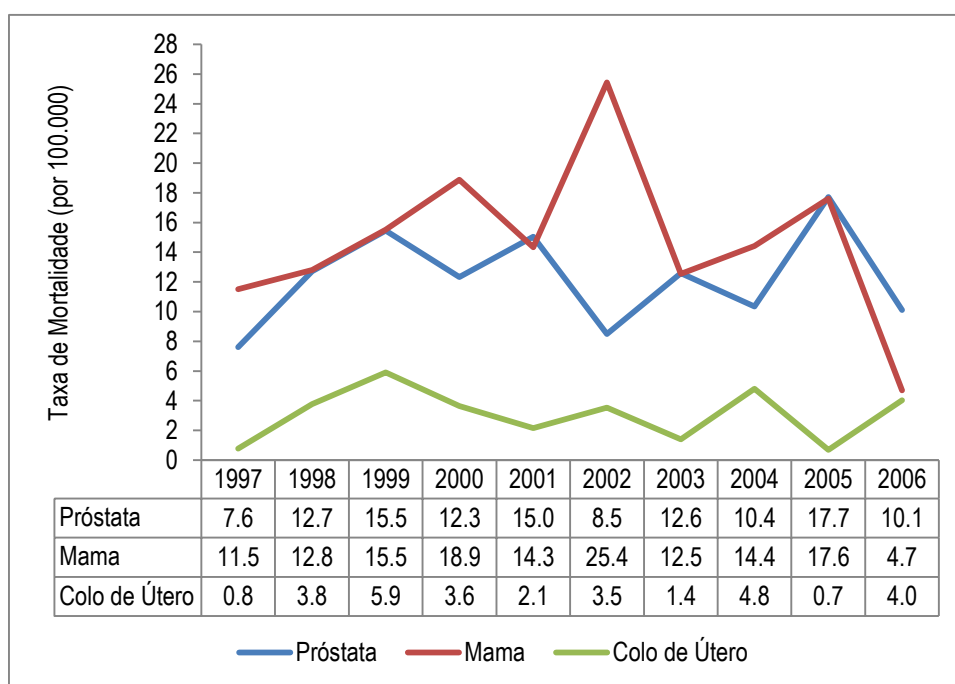
* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No ESP, tem-se observado tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas, e esta também é a tendência da RS Araras. Em 2006 as taxas desta região, do DRS X e ESP foram respectivamente: 103,5; 97,2 e 100,1 por 100.000 habitantes (valores sem ajuste por idade).

O risco de morte pelas neoplasias de próstata, mama e colo de útero está apresentado no Gráfico 12. Observaram-se valores oscilantes em todo o período e que, nas mulheres, o risco é maior para o câncer de mama.

Gráfico 12 - Evolução da taxa de mortalidade* por neoplasias malignas selecionadas: próstata, mama e colo de útero**. RS Araras, 1997-2006.



* Próstata por 100.000 homens; Mama e Colo do Útero por 100.000 mulheres

** Causa básica do óbito CID-10: próstata C61, mama C50 e colo do útero C61

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

As taxas médias de mortalidade por essas neoplasias no triênio 2004-2006 segundo os municípios da RS podem ser observadas na Tabela 9.

Tabela 9 - Taxas brutas de mortalidade* por neoplasias malignas selecionadas**. Municípios da RS Araras, triênio 2004-2006.

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
Araras	10,8	14,3	3,0	108,5
Leme	13,1	12,5	4,7	78,5
Pirassununga	16,9	12,5	1,9	124,6
Conchal	8,2	2,7		75,3
S C Conceição	17,1		17,7	104,5
RS Araras	12,7	12,2	3,2	100,7

* Próstata: por 100.000 homens; mama e colo do útero: por 100.000 mulheres; todas as neoplasias malignas: por 100.000 habitantes

** Causa básica do óbito CID-10: próstata C61, mama C50, colo do útero C61 e todas as neoplasias malignas C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A redução da mortalidade por câncer, especialmente a causada pelos mais prevalentes, é objetivo prioritário estabelecido no Plano Estadual de Saúde. Muitas das mortes por câncer de próstata, mama e colo do útero poderiam ser evitadas com o diagnóstico e tratamento precoces. Os fatores de risco conhecidos para essas e outras neoplasias, em especial o uso do tabaco e álcool, devem ser objeto de programas amplos de promoção em saúde.

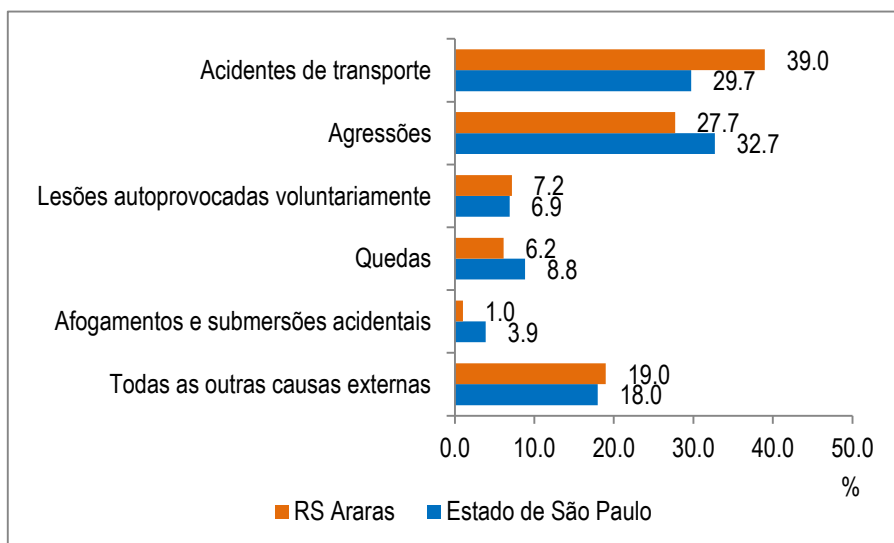
2.4.3 Acidentes e Violências

Os acidentes e violências se constituem em um grave problema social e de saúde pública, exigindo intervenções intersetoriais para seu enfrentamento. Estão entre as principais causas de morte, mas também respondem por importante parcela da morbidade que sobrecarrega a rede de atenção especializada e hospitalar devido aos traumas e lesões físicas e emocionais. Os homens e, em particular, os homens jovens, são o segmento mais afetado pela epidemia da violência em curso em todo o país, apresentando riscos de morte muito superiores aos da população em geral.

A participação relativa de cada um dos subgrupos das causas externas no perfil de mortalidade por esse grupo na RS Araras e ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, o principal componente na região foram os acidentes de transporte (AT), com 39%, enquanto que, no ESP, 33% das mortes foram conseqüentes a agressões.

Gráfico 13 - Mortalidade proporcional por subgrupos de causas externas* em ambos os sexos.

RS Araras e Estado de São Paulo, 2006.



* Causa básica do óbito CID-10: V01-Y98

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

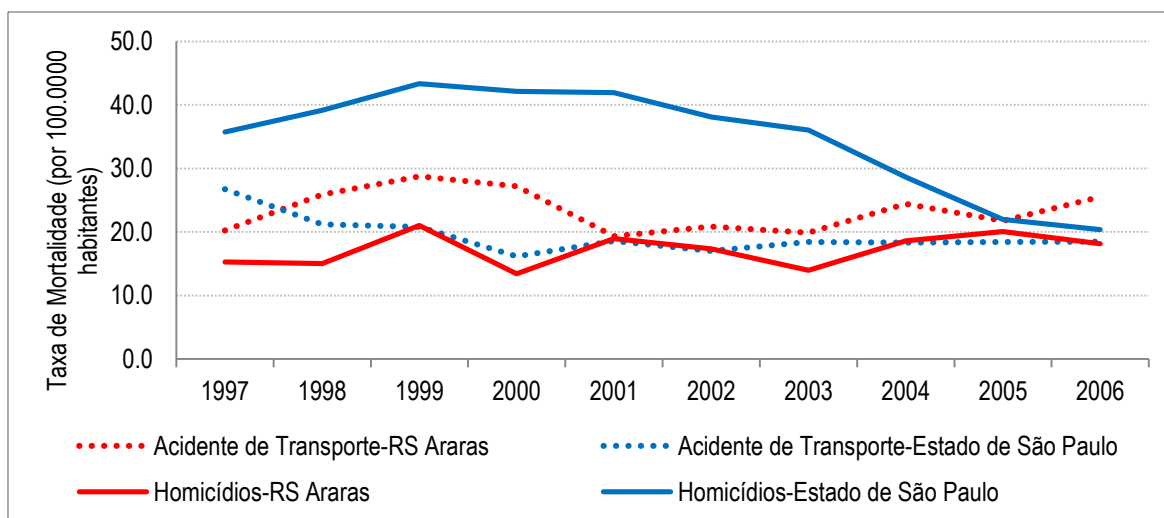
O Gráfico 14 mostra que os riscos de morte por homicídios e acidentes de transporte na RS e no ESP apresentaram comportamentos diferentes no período analisado. Os homicídios no ESP declinaram de forma importante desde 2001.

A RS de Araras manteve valores sempre inferiores aos do ESP em relação aos homicídios, com tendência a aproximação das taxas nos últimos anos, devido tanto à redução ocorrida no Estado, bem como ao aumento dos homicídios na RS em 2004 e 2005. Em 2000 e 2006 as taxas da RS foram 13,4 e 18,1 respectivamente, e 42,1 e 20,4 por 100 mil habitantes no ESP.

Em relação aos acidentes de transporte, os valores da região foram sempre superiores aos do estado desde 1998.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte*.

RS Araras e Estado de São Paulo, 1997-2006.



* Causa básica do óbito CID-10: homicídios X85 a Y09 e acidentes de transporte V01 a V99.

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Taxas trienais de mortalidade por homicídios e AT foram calculadas para o período 2004-2006, de forma a estabilizar o indicador e permitir sua comparação entre os municípios da região (Tabela 10). Na mesma tabela é apresentado o número de óbitos por aquelas causas entre 1997 e 2006. Observa-se que o risco de morte por AT foi mais elevado que o de homicídios em todos os locais.

Tabela 10 - Número de óbitos por homicídios e acidentes de transporte* no período 1997-2006 e taxa de mortalidade no triênio 2004-2006. RS Araras, 1997-2006.

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Araras	Homicídios	12	15	11	15	16	19	18	22	23	14	17,6
	Ac. Transporte	19	27	31	36	26	24	24	22	28	25	22,4
Leme	Homicídios	17	16	36	11	19	19	17	17	20	22	22,8
	Ac. Transporte	13	21	22	9	5	17	14	19	14	27	23,2
Pirassununga	Homicídios	5	8	7	7	13	8	4	11	7	12	14,7
	Ac. Transporte	14	10	19	23	13	9	11	18	12	14	21,5
Conchal	Homicídios	6	1	3	4	5	3	1	4	9	6	26,0
	Ac. Transporte	6	10	4	5	9	7	8	12	9	8	39,7
S C Conceição	Homicídios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
	Ac. Transporte	1	1	2	2	1	2	0	0	1	2	26,1
RS Araras	Homicídios	40	40	57	37	53	49	40	54	59	54	18,9
	Ac. Transporte	53	69	78	75	54	59	57	71	64	76	23,9

* Causa básica do óbito CID-10: homicídios X85 a Y09 e acidentes de transporte V01 a V99

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

É importante ressaltar ainda a relevância social da violência doméstica, sexual e outras formas de violência, que justificam a inclusão desses problemas na agenda de compromissos do Pacto pela Vida e prioridades do Plano Estadual de Saúde.

Em 2008, o Ministério da Saúde implantou o registro de casos de violência sexual, doméstica e outras violências interpessoais no Sistema Nacional de Notificação dos Agravos Notificáveis (SINAN), o que permitirá conhecer melhor os dados sobre violências para além daqueles que levam à morte ou a internações hospitalares e aprimorar a atenção à saúde das vítimas.

2.5. Doenças Transmissíveis

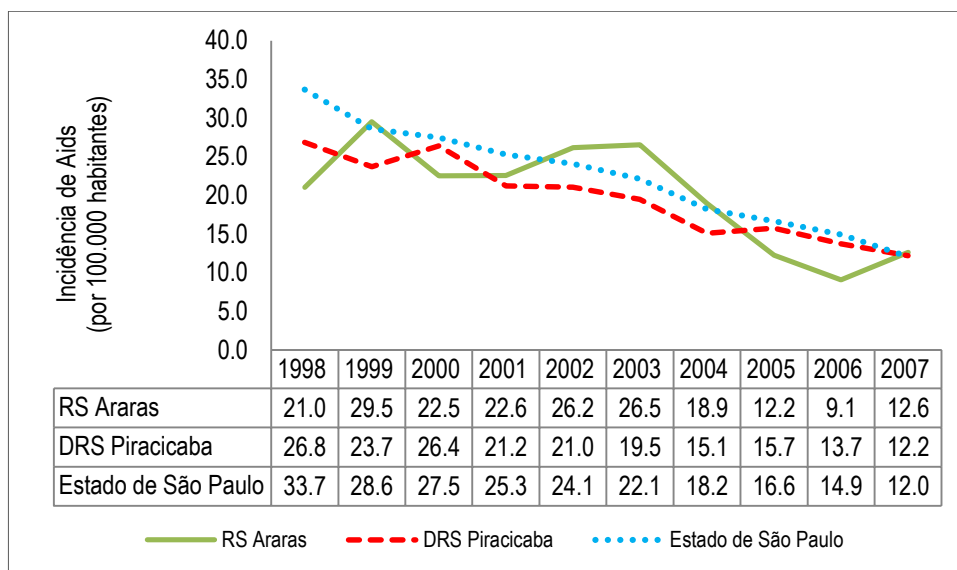
2.5.1 Aids

A Aids é considerada um grave problema de saúde pública, ainda que sua incidência e mortalidade tenham sofrido importante redução no país, e a política de distribuição de medicamentos antirretrovirais seja reconhecida internacionalmente pelo sucesso que vem obtendo. O perfil epidemiológico da epidemia tem-se modificado, com avanço da infecção pelo HIV nas populações mais pobres, entre mulheres e idades mais avançadas.

Considerando apenas os casos notificados no SINAN²⁸, observou-se no período de 1998 a 2007 redução persistente dos coeficientes de incidência da Aids no Estado de São Paulo e no conjunto dos municípios compreendidos no DRS X, diferente do ocorrido na RS Araras, onde o risco apresentou aumento entre 2001 e 2003, seguido por um novo período de queda (Gráfico 15).

²⁸ Mais recentemente têm sido acrescentados aos casos de Aids notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) os registros do SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais)/SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e mortes por Aids declaradas no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), através de técnicas de relacionamento dos bancos de dados desses sistemas, possibilitando corrigir eventual subnotificação no SINAN.

Gráfico 15 - Incidência da Aids. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1998-2007.

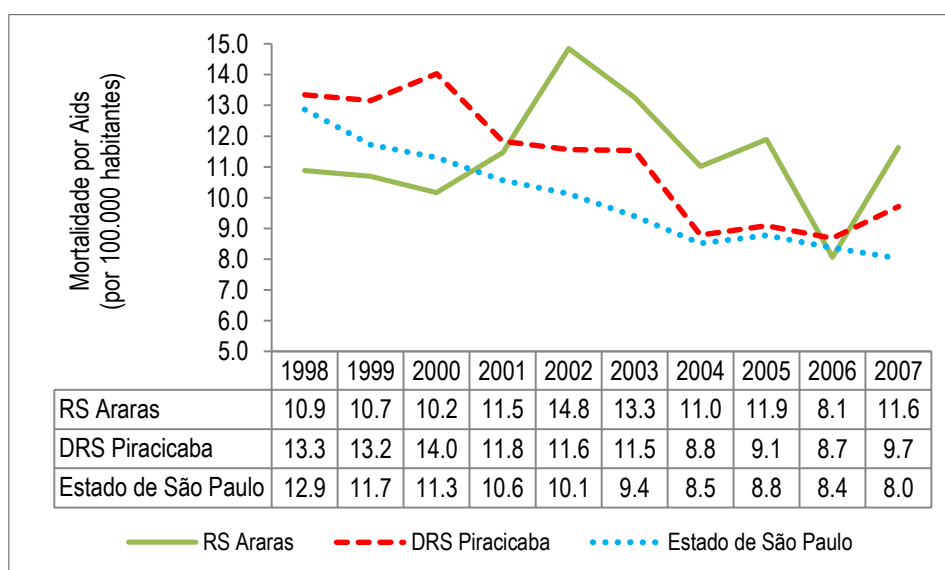


Obs.: Dados até 30/06/08, sujeitos à revisão.

Fonte: SES/CCD/CVE/CRT-DST-AIDS/Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo/SINAN. Elaboração própria.

Nesse mesmo período, os coeficientes brutos de mortalidade por Aids também apresentaram redução no ESP e no DRS X; já na região de saúde de Araras observou-se aumento da taxa em 2001 e 2002 e declínio a partir desse ano, mas com valores acima das médias do Estado e do DRS (Gráfico 16). O aumento verificado em 2007 precisa ser melhor acompanhado nos próximos anos.

Gráfico 16 - Mortalidade por Aids. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1998-2007.



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

Entre os municípios da região de saúde, Araras concentrou quase 70% dos casos de Aids em 2007. As maiores incidências no triênio 2005-2007 foram encontradas em Conchal e Araras (Tabela 11).

Tabela 11 - Casos de Aids no período 1998-2007 e incidência no triênio 2005-2007. RS Araras, 1998-2007.

Municípios	Casos										Incidência 2005-2007
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Araras	30	39	27	30	39	40	26	19	13	26	17,1
Leme	14	15	20	21	13	17	14	10	8	6	9,2
Pirassununga	10	24	14	11	21	16	13	6	2	3	5,3
Conchal	2	1	1	1	1	1	2	1	4	3	10,8
S C Conceição	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	-
RS Araras	56	80	62	63	74	76	55	36	27	38	11,3

Obs.: Dados até 30/06/08, sujeitos à revisão.

Fonte: SES/CCD/CVE/CRT-DST-AIDS/Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo/SINAN. Elaboração própria.

O sistema de vigilância epidemiológica da Aids é baseado principalmente na notificação de casos de indivíduos que desenvolveram a doença, o que não reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período analisado. Nesse sentido, diversas estratégias para avaliar a tendência da infecção pelo HIV têm sido introduzidas no país, tais como a notificação da gestante HIV positiva e crianças expostas, notificação de portadores assintomáticos do HIV entre outras, as quais não foram objetos de análise neste estudo

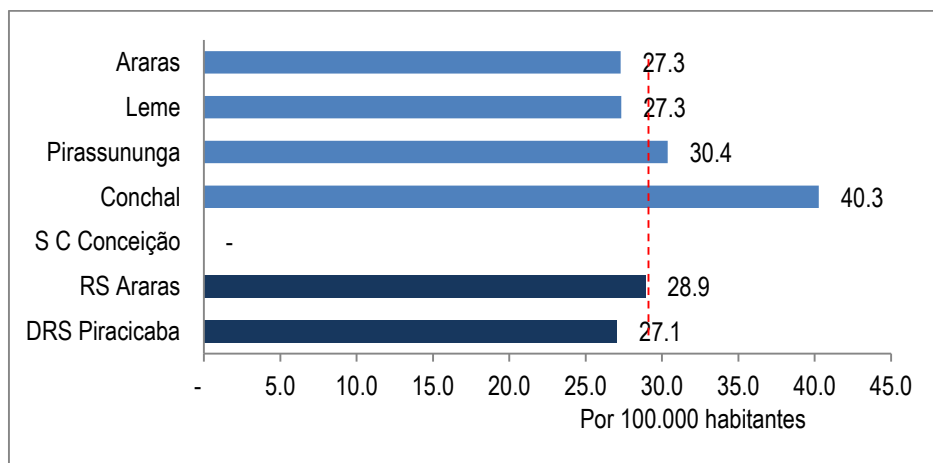
A estabilização e a redução da epidemia de HIV/AIDS ainda não estão asseguradas. A ampliação de programas de promoção e prevenção, diagnóstico e acompanhamento laboratorial e clínico adequados são importantes para aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS.

2.5.2 Tuberculose

A tuberculose continua presente como um grave problema de saúde pública no país, situação que foi agravada com o surgimento da epidemia da Aids e o aparecimento de tuberculose multirresistente. A redução de 50% das mortes e da prevalência até o ano de 2015 é uma das metas assumidas pelo Brasil junto à ONU. No Estado de São Paulo, a tendência dos coeficientes de incidência e mortalidade por tuberculose é de declínio e as menores taxas são encontradas no interior do Estado. Em todo o Brasil, a taxa de incidência foi de 38,2 casos/100 mil habitantes em 2007.

A incidência e o número de casos nos anos 2006 e 2007 na RS Araras são apresentados no Gráfico 17 e Tabela 12 respectivamente, elaborados através de consulta aos dados do sistema TbWeb disponibilizados no site da Divisão de Controle da Tuberculose da SES-SP. Araras e Leme estão incluídos entre os 73 municípios paulistas prioritários para o controle da doença no Estado.

Gráfico 17 - Incidência de Tuberculose. Municípios (2006-2007), RS Araras e DRS Piracicaba (2007).



Obs.: Excluídos os casos novos encerrados com mudança de diagnóstico.

Fonte: SES-SP. CVE. Divisão de Controle da Tuberculose. TbWeb, junho/2009. Elaboração própria..

Tabela 12 - Casos novos de Tuberculose, segundo residência. RS Araras, 2006-2007.

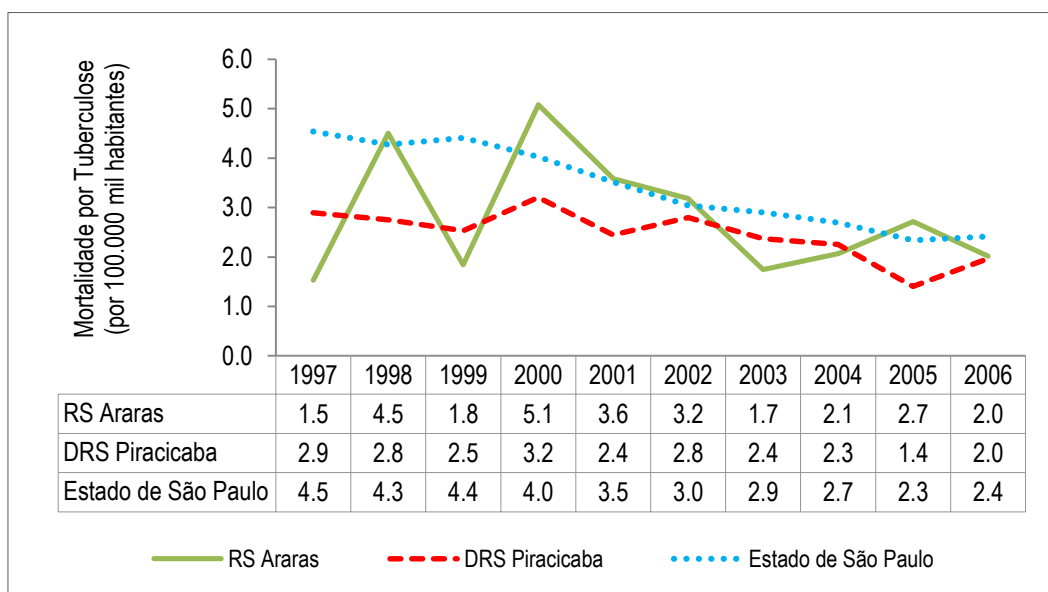
Municípios	2006	2007
Araras	31	31
Leme	28	20
Pirassununga	15	27
Conchal	11	9
S C Conceição	0	0
RS Araras	85	87

Obs.: Excluídos casos encerrados com mudança de diagnóstico.

Fonte: SES-SP. CVE. Divisão de Controle da Tuberculose. TbWeb, junho/2009. Elaboração própria.

A tendência da mortalidade por tuberculose também é de declínio, apesar da maior variabilidade observada na RS Araras (Gráfico 18). Essa é também a tendência desse indicador para o país; o valor da taxa de mortalidade no Brasil em 2006 foi de 2,6/100.000 habitantes.

Gráfico 18 - Taxa de mortalidade por Tuberculose*. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1997-2006.



* Causa básica do óbito CID-10: A15-A19

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

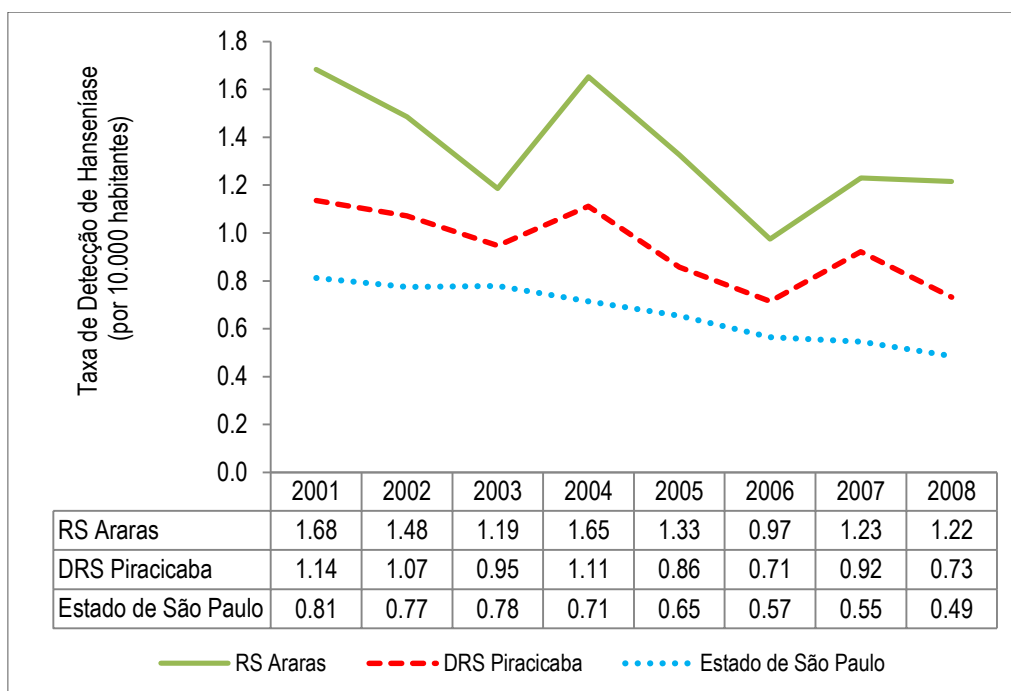
Frente a esse agravo prioritário, recomenda-se investir na ampliação do acesso ao diagnóstico e da estratégia de tratamento supervisionado, nesse caso com o objetivo de aumentar a adesão dos doentes e ampliar as taxas de cura.

2.5.3 Hanseníase

Quanto à hanseníase, o ESP já atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS desde 2005²⁹, meta também atingida no conjunto do DRS X. A magnitude e a carga de morbidade estão apresentadas no Gráfico 19, através da série histórica da taxa de detecção no período de 2001 a 2008. Apesar da tendência de redução observada, a RS Araras está classificada numa situação de alta endemicidade (entre 1,0 e 1,9 casos por 10.000 habitantes).

²⁹ A meta proposta pela OMS em relação à eliminação da hanseníase é de menos de 1 caso por 10.000 habitantes, considerando a taxa de prevalência.

Gráfico 19 - Taxa de detecção de Hanseníase*. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 2001-2008.



* Casos novos notificados, excluídos os encerrados com erro de diagnóstico. Dados de 2007 sujeitos à revisão. Dados preliminares de 2008.

Fonte: MS/SVS-Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Elaboração própria.

A Tabela 13 mostra os casos novos de hanseníase segundo município de residência da região. Leme tem o maior número de casos e é município prioritário para o controle da hanseníase.

Tabela 13 - Casos novos de Hanseníase segundo local de residência*. RS Araras, 2001-2008.

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Araras	7	13	7	11	7	8	7	7
Leme	36	21	20	28	22	19	23	24
Pirassununga	2	4	5	8	5	2	6	4
Conchal	2	4	2	1	5	0	0	2
S C Conceição	0	0	0	0	0	0	1	0
RS Araras	47	42	34	48	39	29	37	37

* Casos novos notificados, excluídos os encerrados com erro de diagnóstico. Dados de 2007 sujeitos à revisão. Dados preliminares de 2008.

Fonte: MS/SVS-Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Elaboração própria.

Essa realidade indica a necessidade de implementação de ações na rede básica voltadas ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de incapacidades e

vigilância de comunicantes, além de garantia de atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário³⁰.

2.5.4. Dengue

Em relação á dengue, a Tabela 14 apresenta o número de casos notificados no SINAN entre os anos de 2001 e 2008 nos municípios da região de saúde, assim como os casos totalizados para a RS Araras, DRS X e Estado de São Paulo. Os dados justificam a priorização da dengue na agenda da saúde, devido à quantidade de casos, além do grande potencial de transmissão e transcendência. O vetor *Aedes aegypti* é encontrado em todos os municípios da RS; esta enfrentou epidemia importante em 2007, com nível de incidência alto em Conchal e Araras e médio em Pirassununga. Entre 2007 e 2008 a situação da dengue se agravou em Leme, com aumento do número de casos.

Tabela 14 - Casos de Dengue segundo local de residência*. RS Araras, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 2001/2008.

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Araras	40	59	8	14	1	11	423	27
Leme	9	22	11			11	80	115
Pirassununga	64	63	5	1	1	8	108	66
Conchal	3	5	2		1	3	98	14
S C Conceição						1	2	2
RS Araras	116	149	26	15	3	34	711	224
DRS Piracicaba	1.581	1.168	303	33	46	619	9.269	534
Estado de São Paulo	51.472	42.368	20.245	3.049	5.433	50.021	92.345	7.187

* Inclui notificações independente de confirmação, exceto os descartados. Dados de 2008 sujeitos à revisão.

Fonte: SES-SP. SUCEN. CVE. DRS Piracicaba. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Elaboração própria.

Com referência às doenças transmissíveis, neste estudo foram abordados alguns agravos que, ou pela tradição e historicidade ou pela magnitude e transcendência conhecidas, possuem informações melhor sistematizadas e notificação consolidada. Assim agravos que, mesmo fazendo parte do elenco de preocupação do *Pacto pela Vida* ou *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*, bem como agravos ou situações particulares de determinada RS ou mesmo município não foram privilegiados neste momento, devendo vir a fazer parte dos planos regionais.

³⁰ Neste sentido, consultar a Portaria Conjunta (SVS e SAS) nº 125, de 26 de março de 2009, que define ações de controle da hanseníase.

2.6. Problemas de Saúde Segundo os Gestores Municipais

No questionário respondido pelos gestores municipais foram levantados os principais agravos e/ou fatores que interferem na saúde da população em cada município, cujo resultado pode ser observado no Quadro 1. Foram relatados problemas de diferentes naturezas, relacionados a: agravos, organização da assistência, condições de vida e trabalho e organização do cuidado.

Mesmo considerando os diferentes enfoques, é possível observar que dois municípios indicaram como problema as condições crônicas de saúde, principalmente as relacionadas às doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e neoplasias e outro mencionou preocupação com alguns dos fatores de risco para esses agravos. Neste sentido, os gestores acabam expressando o principal reflexo, na área da saúde, das características populacionais dos municípios da região. Observa-se ainda que foram indicadas melhorias das condições de moradia e de saneamento como preocupação de pelo menos dois gestores.

Quadro 1 - Principais problemas de saúde apontados pelos gestores municipais. RS Araras, 2008.

Municípios	Principais Problemas Apontados				
Araras	Políticas de saúde pública-obesidade	Combate ao sedentarismo	Melhores condições de moradia na zona rural (higiene)	Desenvolver programas de saúde para safristas	Controle e cuidados nutricionais (alimentação)
Leme	Saneamento Básico	Esgoto	Moradias inadequadas / superlotadas		
Pirassununga	Doenças cardiovasculares	Acidentes de trânsito	Neoplasias	Violências	
Conchal	Hipertensão arterial	Respiratórias	Cardiovasculares		
S C Conceição	Melhoria no sistema de informação, possibilitando contra referência dos outros municípios				

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Conclusões Parciais

A análise realizada sobre a situação de saúde da Região de Saúde Araras, ao disponibilizar um conjunto de informações referentes aos riscos existentes e aos agravos e patologias mais prevalentes na região, permite que sejam definidos os grandes objetivos que devem ser perseguidos pelo Sistema Único de Saúde na região.

Buscar a qualificação do cuidado em saúde, dando prioridade ao enfrentamento das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das doenças do aparelho respiratório e das causas externas, com certeza é um deles. O enfrentamento das condições crônicas, que vêm se tornando cada vez mais representativas na região, exige grandes adequações do sistema, no sentido de torná-lo mais integrado para garantir o acesso e acompanhamento permanente desses usuários.

Por outro lado, como se viu, as análises referentes à mortalidade infantil e materna na região apontam para a necessidade de qualificar a atenção voltada ao planejamento familiar, ao parto, ao puerpério e ao recém nascido.

No que diz respeito às doenças transmissíveis, medidas específicas devem ser definidas na região para o enfrentamento prioritário da Aids, tuberculose, hanseníase, dengue e outras, mantendo-se monitoramento permanente a partir da discussão realizada.

Deve-se, ainda, colocar como objetivo, para essa região, investir na melhoria do registro de óbitos, o que exige desde intervenções voltadas à melhoria dos processos diagnósticos até o desenvolvimento de capacitações profissionais para o preenchimento das declarações de óbito.

3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE ARARAS

Neste capítulo, apresentam-se de forma sistematizada, as principais características observadas quanto à organização do SUS e ao cuidado em saúde por ele ofertado na Região de Saúde Araras.

O estudo buscou identificar as principais fortalezas e fragilidades existentes na organização do SUS na Região, com vistas a subsidiar a definição de medidas voltadas à sua qualificação. Nessa perspectiva, utilizou-se de dados e informações obtidas através de: bancos de dados oficiais (CNES e dados de produção do DATASUS, SEADE e da SES-SP); questionário respondido on-line por todos os gestores municipais da região; e, entrevista coletiva realizada com os membros do CGR.

A análise foi realizada e é aqui apresentada respeitando-se a seguinte lógica sistêmica:

- Atenção Básica;
- Ações de Saúde Pública;
- Atenção Especializada Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência e Emergência;
- Atenção Especializada de Alta Complexidade;
- Apoio Diagnóstico e Terapêutico;
- Apoio Logístico;
- Gestão; e,
- Cuidado em Saúde

3.1. Atenção Básica

Nos sistemas de saúde, a Atenção Primária é definida como um operador fundamental, como uma atenção essencial baseada em métodos científicos e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas da comunidade (STARFIELD, 2002).

Em virtude dos documentos oficiais brasileiros utilizarem as nomenclaturas *Atenção Básica e Política de Atenção Básica* optou-se, neste estudo, pela adoção dessa terminologia.

No âmbito de desenvolvimento atual do SUS, a Atenção Básica à Saúde, norteadada pelo *Pacto pela Saúde* (MS, 2006) é considerada como o segmento organizador da rede sanitária e do sistema de saúde, e deve abordar os problemas de saúde de uma comunidade, oferecendo recursos para promoção, prevenção, cura e reabilitação.

A publicação *Política Nacional de Atenção Básica* (MS, 2006) apresenta, em seu capítulo I, os seguintes princípios gerais:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a

prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.”³¹

Segundo essa Política Nacional, cada uma das esferas de governo tem responsabilidades no desenvolvimento da atenção básica.

De modo geral, cabe ao Ministério da Saúde: elaborar as diretrizes políticas, contribuir com a reorientação do modelo, ordenar a formação de recursos humanos, regular, avaliar e co-financiar a atenção básica.

Por sua vez, cabe às Secretarias Estaduais: avaliar as necessidades, assessorar tecnicamente os municípios na organização e avaliação, acompanhar a implantação e a execução e co-financiar a atenção básica.

Ressalta-se que o papel fundamental é dos municípios, unidade territorial onde os usuários do SUS habitam, vivem e adoecem. Cabe às secretarias municipais de saúde ou organismos gestores afins, independentemente do modelo de organização adotado: definir, implantar e gerenciar a atenção básica; organizar as referências e os fluxos de usuários para outras unidades do sistema e para o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico; viabilizar capacitações profissionais; alimentar os sistemas de informação; acompanhar e avaliar permanentemente as ações e atividades aí desenvolvidas e co-financiar.

Finalmente, cabe enfatizar que a atenção básica deve ser porta de entrada ao sistema de saúde, garantindo acesso, longitudinalidade e integralidade na atenção e exercendo a coordenação do cuidado em saúde de cada usuário no sistema.

Apresentam-se a seguir os principais aspectos observados nesse estudo, em relação à Atenção Básica dos municípios que compõem a Região de Saúde Araras.

3.1.1. Modelo de Organização na Atenção Básica

No que se refere ao modelo de organização, observa-se, na Tabela 1, que há predominância do modelo híbrido, composto de unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família, conforme as respostas dadas por quatro gestores dos municípios da Região. O município de Pirassununga conta exclusivamente com unidades de Saúde da Família (SF).

Tabela 1 - Modelo de organização na Atenção Básica, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Exclusivamente UBS Tradicional	USF	Parte UBS/USF
Araras			x
Conchal			x
Leme			x

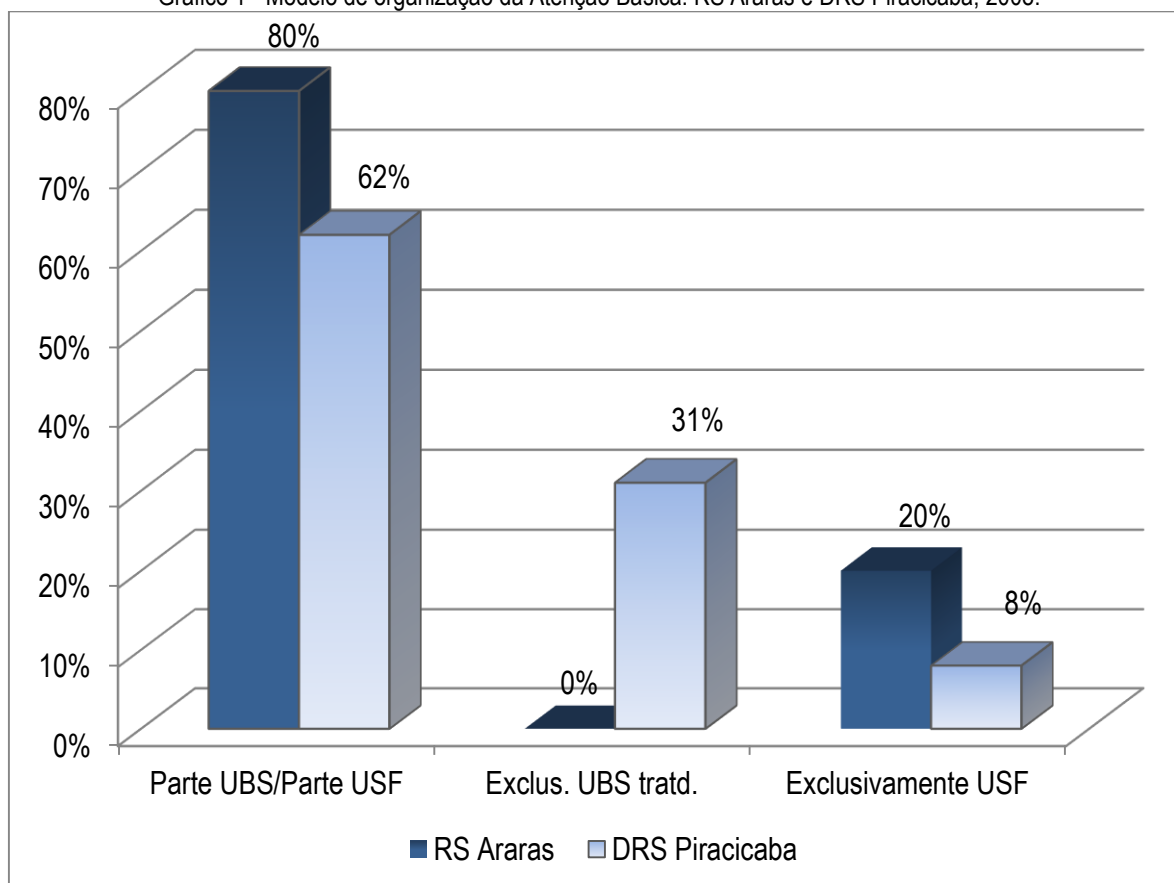
³¹ BRASIL. MS. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2006. p.10

Pirassununga	x
S C Conceição	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Comparando-se os dados dessa Região com os dados das regiões que guardam correspondência com o DRS X, verifica-se que a porcentagem de adoção do modelo híbrido na RS Araras (80 %) prepondera sobre o percentual de adoção desse modelo no DRS X (62%); essa preponderância também ocorre em relação à adoção do modelo saúde da família. Na RS Araras, não foi verificada a presença do modelo de unidades básicas tradicionais, sem saúde da família, presente em 31% dos municípios do DRS X - Piracicaba (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Modelo de organização da Atenção Básica. RS Araras e DRS Piracicaba, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

No tocante às modalidades de equipes de saúde da família³², segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que quatro municípios têm equipes de saúde bucal tipo I (Araras, Conchal, Leme e Santa Cruz da Conceição). Conchal, Leme,

³² Para este estudo, consideraram-se as modalidades de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e equipes de agentes comunitários de saúde, conforme Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS. Além disso, optou-se pela inclusão da modalidade equipe de saúde da família ampliada com outros profissionais, dadas as características comumente encontradas nas regiões estudadas. No que se refere ao NASF (Portaria MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008), considerou-se para esse estudo apenas uma modalidade.

Pirassununga e Santa Cruz da Conceição referem ter Equipe de Saúde da Família ampliada com outros profissionais. Apenas Santa Cruz da Conceição fez referência a ter equipe de ACS.

Quando questionados em relação a projetos de expansão para a rede de Atenção Básica, os gestores municipais de Araras e Leme responderam que pretendem ampliar as equipes de Saúde da Família. O município de Araras visa a implantar um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Santa Cruz da Conceição refere ampliação e reforma de unidades e Leme e Pirassununga referem-se à implantação de programa de educação permanente para os profissionais dessa rede.

Em relação à cobertura populacional por equipes de saúde da família, observa-se que é de 52% na Região, bem superior a da área do DRS-X, que é de 29%, segundo dados coletados no Ministério da Saúde. (Tabela 2).

Tabela 2 - Cobertura Populacional* por equipes de saúde da família. RS Araras e DRS Piracicaba, 2008.

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura Populacional
Araras	114.282	17	50,3%
Conchal	24.979	5	68,5%
Leme	88.315	7	26,8%
Pirassununga	69.468	15	73,0%
S C Conceição	3.936	1	86,9%
RS Araras	300.980	45	52,3%
DRS Piracicaba	1.389.553	114	28,8%

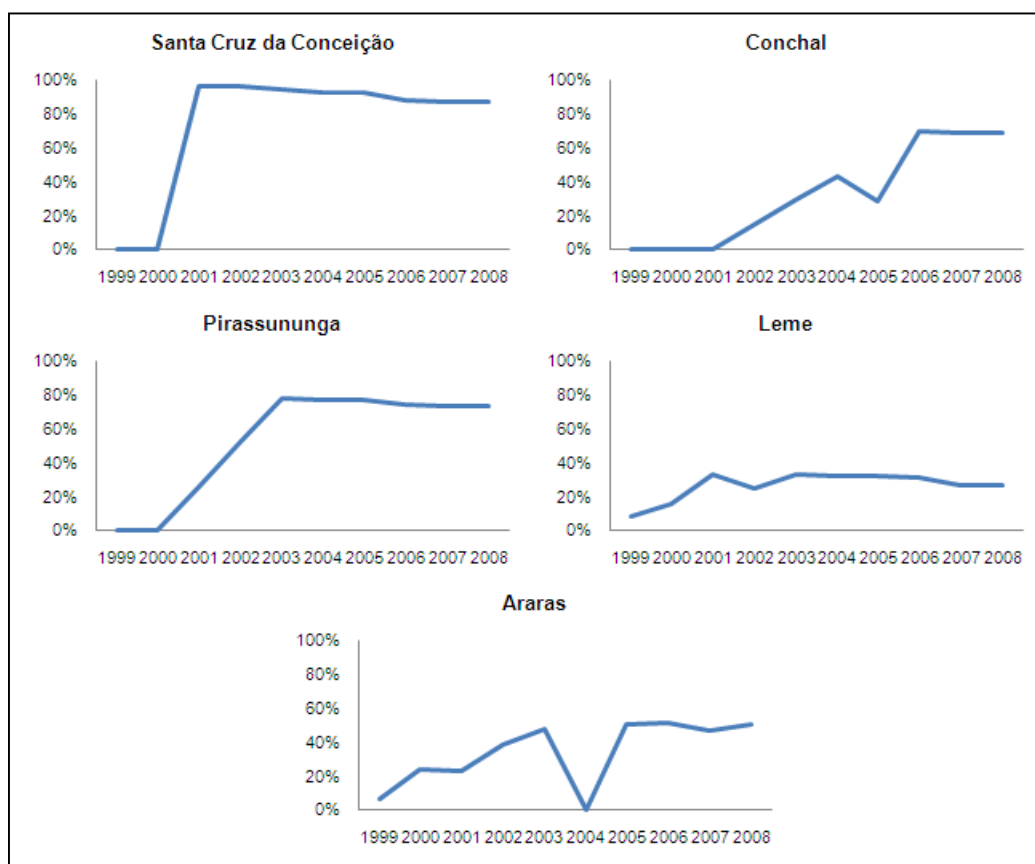
Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

* Para a cobertura nos municípios foi considerada a fonte MS/DAB em 03/03/2009. Para o cálculo da cobertura populacional da RS e DRS, foi considerada 1 equipe de SF para cada 3.500 habitantes.

** Equipes implantadas no Ministério da Saúde em dezembro/2008.

Pode-se observar, no Gráfico 2, a evolução da estimativa de cobertura populacional por equipes ao longo de uma década. Santa Cruz da Conceição, Pirassununga e Conchal apresentam as maiores coberturas na região, próximas a 85, 75 e 70% respectivamente, nos três últimos anos. Araras, o maior município da região vem mantendo, nesse mesmo período, cobertura de 50% e Leme, 25%.

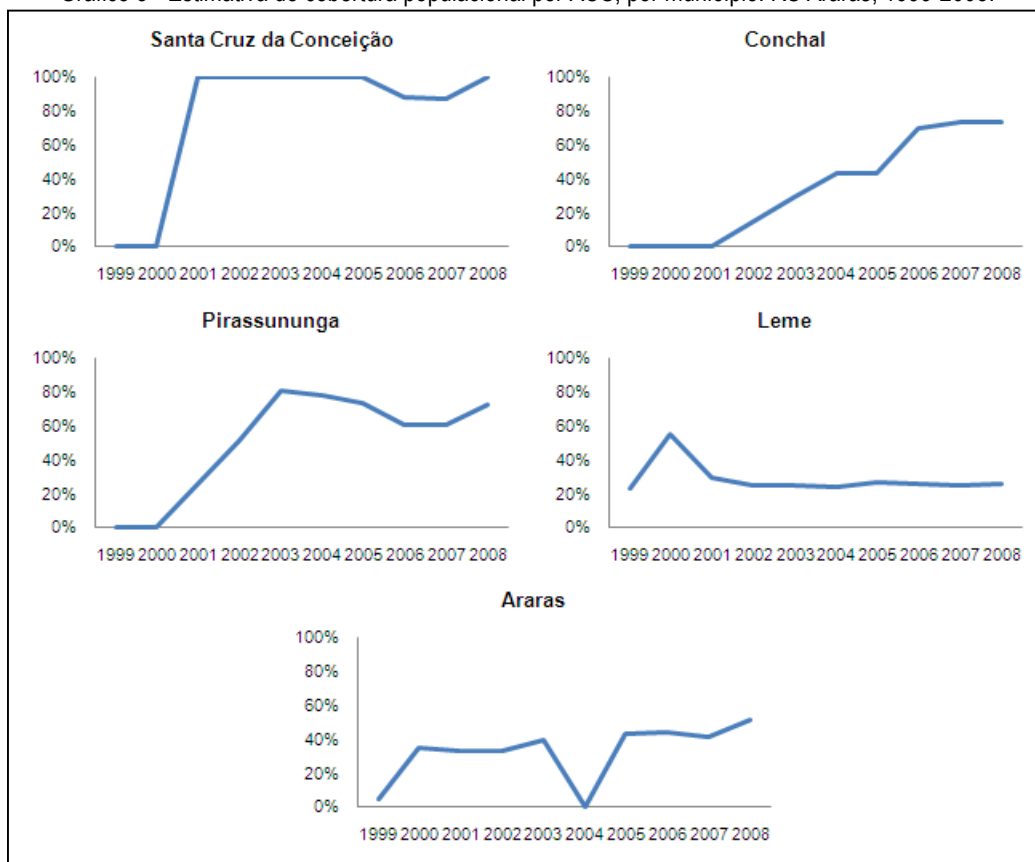
Gráfico 2 - Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família, por município. RS Araras, 1999-2008.



Fonte: MS/SAS/DAB, 2009. Elaboração própria.

No que se refere à cobertura populacional por equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os dados apresentados no Gráfico 3 mostram que a tendência é semelhante à cobertura por equipes de SF e que Santa Cruz da Conceição já atingiu 100% entre 2001 e 2005 e novamente em 2008.

Gráfico 3 - Estimativa de cobertura populacional por ACS, por município. RS Araras, 1999-2008.



Fonte: MS/SAS/DAB, 2009. Elaboração própria.

3.1.2. Capacidade Instalada na Atenção Básica

No que se refere ao número de unidades básicas de saúde, observa-se, na Tabela 3, o resultado expresso pelos gestores em suas repostas ao questionário da pesquisa.

Tabela 3 - Número de unidades básicas de saúde segundo os gestores municipais. RS Araras, 2008.

Municípios	UBS
Araras	3
Conchal	1
Leme	6
Pirassununga	0
S C Conceição	2

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

A Tabela 4 discrimina os municípios da RS Araras e as respostas dos gestores quanto à suficiência ou não das respectivas unidades de Atenção Básica, em relação às necessidades de cada município.

Tabela 4 - Suficiência ou Insuficiência de unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família, segundo os gestores municipais. RS Araras, 2008.

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
Araras	x		x	
Conchal	x		x	
Leme		x		x
Pirassununga		x		x
S C Conceição	x		x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Dos cinco municípios da Região, Araras, Conchal e Santa Cruz da Conceição afirmam que há suficiência do quantitativo, tanto de unidades básicas tradicionais de saúde, como de equipes de SF. Já Leme e Pirassununga consideram as duas modalidades como insuficientes.

Chama atenção o fato de que, embora os municípios de Leme e Pirassununga tenham considerado como insuficientes tanto o número de unidades básicas tradicionais de saúde, como as equipes de SF, tais municípios, em suas respostas ao questionário, não apontaram projetos de expansão na Atenção Básica.

Quanto à localização geográfica, todos os gestores da RS Araras consideram que as unidades encontram-se bem localizadas e distribuídas em seus respectivos territórios, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5 - Percepção dos gestores quanto à distribuição das unidades básicas de saúde. RS Araras, 2008.

Municípios	Bem distribuídas	Mal distribuídas
Araras	x	
Conchal	x	
Leme	x	
Pirassununga	x	
S C Conceição	x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

No que tange aos recursos humanos, os gestores municipais indicaram os profissionais existentes na rede, bem como a insuficiência de cargas horárias, conforme mostram as tabelas 6 e 7 respectivamente.

Tabela 6 - Presença de profissionais na Atenção Básica por município. RS Araras, 2008.

Profissionais	Araras	Conchal	Leme	Pirassununga	S C Conceição
Agente Comunitário de Saúde	x	x	x	x	x
Assistente Social	x	x	x		
Atendente de Enfermagem		x			
Auxiliar de Consultório Dentário		x	x	x	x
Auxiliar de Enfermagem	x	x	x	x	x
Cirurgião-Dentista	x	x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x
Médico Sanitarista		x	x		
Farmacêutico	x	x	x	x	x
Fisioterapeuta		x	x	x	x
Médico Acupunturista					
Médico Clínico	x	x	x	x	x
Médico de Saúde da Família	x	x		x	x
Médico Ginecologista	x	x	x	x	x
Médico Homeopata					
Médico Pediatra	x	x	x	x	x
Médico Psiquiatra	x	x	x		
Nutricionista			x		
Profissional de Educação Física					
Psicólogo	x	x	x	x	x
Técnico de Enfermagem	x	x	x	x	x
Técnico em Higiene Dental					
Terapeuta Ocupacional	x			x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Tabela 7 - Insuficiência de carga horária de profissionais na Atenção Básica por município. RS Araras, 2008.

Profissionais	Araras	Conchal	Leme	Pirassununga	S C Conceição
Agente Comunitário de Saúde					
Assistente Social					
Atendente de Enfermagem					
Auxiliar de Consultório Dentário				x	
Auxiliar de Enfermagem					
Cirurgião-Dentista		x		x	
Enfermeiro					
Médico Sanitarista		x			
Farmacêutico		x			
Fisioterapeuta		x		x	
Médico Acupunturista					
Médico Clínico		x	x	x	x
Médico de Saúde da Família		x		x	
Médico Ginecologista		x		x	
Médico Homeopata					
Médico Pediatra		x		x	
Médico Psiquiatra		x			
Nutricionista					
Profissional de Educação Física					
Psicólogo		x		x	x
Técnico de Enfermagem					
Técnico em Higiene Dental					
Terapeuta Ocupacional					

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Os dados evidenciam que a equipe multiprofissional básica³³, formada por médico clínico ou médico de saúde da família, ginecologista, pediatra, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental, está presente em todos os municípios da Região, exceto o último em Araras (Tabela 6). Quando analisadas as cargas horárias dessas equipes, nota-se que são consideradas insuficientes pelos municípios de Conchal e Pirassununga, em relação aos seguintes profissionais: cirurgião-dentista, ginecologista, pediatra e médico de saúde da família. Quanto à carga horária de médico clínico, esta é considerada insuficiente em quatro dos cinco municípios que compõem a Região (Tabela 7).

Em relação a equipe ampliada na Atenção Básica, há nos municípios da RS Araras primazia dos seguintes profissionais: farmacêutico e psicólogo em cinco municípios, fisioterapeuta em quatro e médico psiquiatra e assistente social em três. Novamente Conchal e Pirassununga apontam insuficiência de cargas horárias para vários profissionais. Outros

³³ A esse respeito, ver Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS, capítulo I, item 3, inciso III.

profissionais de nível superior que podem compor uma equipe ampliada encontram-se pouco presentes nos municípios da Região.

3.1.3. Outros Aspectos da Atenção Básica

Os dados a seguir indicam a produção de procedimentos na Atenção Básica apresentados pelos municípios que compõem a Região.

Tabela 8 - Procedimentos na Atenção Básica, por habitante. RS Araras, 2007.

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Sup.
Araras	4,51	1,14	1,50	0,45
Conchal	3,91	1,72	1,21	0,44
Leme	3,01	2,07	1,93	0,33
Pirassununga	2,67	1,46	0,33	0,42
S C Conceição	4,43	2,60	4,66	0,92

Fonte: Fundação SEADE, População 2007; MS/SAS/DATASUS, Produção 2007; Portaria GM 1.101/2002, Parâmetros. Elaboração própria.

Obs.: Parâmetros de referência:

Enfermagem/Outros: 2,28 a 6,46

Médicas Básicas: 1,06 a 1,67

Odonto Básicas: 0,40 a 1,60

Outros Prof. Nível Sup.: 0,11 a 0,45

Em relação aos procedimentos de Atenção Básica por habitante, os dados secundários dispostos no DATASUS e analisados sob os parâmetros da Portaria MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002, evidenciam que, em relação às ações de enfermagem, todos os municípios estão adequados aos parâmetros; já em relação às ações médicas, chama a atenção o fato de três municípios dos cinco que constituem a Região apresentarem-se com produção acima dos parâmetros. Em relação às ações odontológicas, os resultados apresentados por Pirassununga estão pouco abaixo do preconizado, e os de Leme e Santa Cruz da Conceição acima, o que também ocorre nesse último município no que se refere às ações de outros profissionais de nível superior.

No que diz respeito à necessidade de consultas básicas, conforme quantitativo populacional verifica-se, pelos dados da Tabela 9, que a RS Araras produz 96% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população local.

Tabela 9 - Necessidades de consultas e produção na Atenção Básica, por município. RS Araras, 2007.

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/déficit	% Produção/necessidades
Araras	114.282	179.994	126.967	-53.027	71%
Conchal	24.979	39.342	41.987	2.645	107%
Leme	88.315	139.096	174.143	35.047	125%
Pirassununga	69.468	109.412	101.681	-7.731	93%
S C Conceição	3.936	6.199	10.178	3.979	164%
RS Araras	300.980	474.044	454.956	-19.088	96%

Fonte: Fundação SEADE, População 2007; MS/SAS/DATASUS, Produção 2007; Portaria GM 1.101/2002, Parâmetros. Elaboração própria.

Merece atenção o superávit apresentado pelos municípios de Santa Cruz da Conceição (164%) e Leme (125%) e o déficit em Araras (71%).

Na Tabela 10 pode-se observar o número de consultas programadas e de urgência produzidas pelos municípios da região. Ainda que não existam parâmetros para fundamentar uma análise do quantitativo desses tipos de consultas; considerando-se que haja necessidade de se identificar a existência de unidades de pronto-atendimento nos municípios da Região para aprofundar o conhecimento das necessidades; e levando-se em conta a presença de população flutuante em alguns municípios, optou-se por apresentar esses dados na perspectiva de contribuir para futuras análises dos gestores municipais.

Tabela 10 - Número e tipologia de consultas na Atenção Básica, por município. RS Araras, 2007.

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
Araras	120.338	6.629
Conchal	41.913	74
Leme	120.240	53.903
Pirassununga	78.047	23.634
S C Conceição	8.297	1.881
RS Araras	368.835	86.121

Fonte: MS/SAS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

A observação do quantitativo da tipologia dessas consultas no conjunto da RS revela que cerca de 80% das consultas na Atenção Básica são programadas e 20% de urgência. O maior percentual de consultas de urgência em 2007 foi verificado em Leme (30%) e os menores em Araras (5,2%) e Conchal (0,2%).

No que se refere ao desenvolvimento de atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida (Tabela 11), as respostas ao questionário indicam a presença dessas ações em todos os municípios da Região, sendo que 100% deles as

desenvolvem estabelecendo parcerias com outros setores, como educação, assistência social e outros.

Tabela 11 - Atividades de promoção à saúde, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
Araras	x	x			x	
Conchal	x	x	x	x	x	x
Leme	x	x			x	x
Pirassununga	x	x	x	x	x	
S C Conceição	x		x	x	x	
Total	5	4	3	3	5	2

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

A promoção de atividades físicas e promoção de saúde sexual e reprodutiva prevalecem em todos os municípios, seguida da promoção de práticas alimentares saudáveis, presente em quatro deles, controle de tabagismo e cuidados com o envelhecimento em três e preservação do meio-ambiente em dois.

Os gestores municipais de Araras, Conchal e Leme responderam que realizam atividades de promoção à saúde numa porcentagem que varia de 50% a 75% de suas unidades; Pirassununga e Santa Cruz da Conceição em até 100% de suas unidades.

Ao avaliar aspectos relacionados à Atenção Básica, os gestores elencaram como principais fragilidades presentes nos municípios da Região as seguintes:

- Número insuficiente de profissionais de saúde (4 municípios);
- Alta rotatividade de médicos (4 municípios);
- Inadequação de espaço físico das unidades (4 municípios);
- Formação inadequada de profissionais de saúde (3 municípios);
- Processo de avaliação pouco sistematizado e pontual (3 municípios).

Apenas Conchal refere ainda como fragilidade a grande procura da população pelo pronto atendimento.

Nota-se que grande parte dos problemas apontados concentra-se no campo dos recursos humanos, tanto para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde, quanto para ações de natureza gerencial; embora aspectos da gestão e da infraestrutura também tenham sido indicados.

No entanto, deve-se ressaltar que todos os municípios apresentam alguma iniciativa ou projeto em andamento com vistas a superar suas fragilidades, desenvolvendo ações voltadas à capacitação dos profissionais, à contratação de mais profissionais, ao aumento dos salários

e à ampliação da infraestrutura das unidades. Chama à atenção a ausência de propostas para melhorias na área gerencial.

Conclusões Parciais

A análise realizada da Atenção Básica nos municípios da RS Araras permite considerar que:

- Todos os municípios da Região adotam a ESF; há predominância do modelo híbrido composto de unidades básicas tradicionais e equipes de saúde da família na maior parte deles;
- O percentual de cobertura populacional de Saúde da Família apresentado é de 52%, superior ao do Estado de São Paulo, que é de 25% (MS/SAS/DAB, 2008);
- Aa maior parte dos gestores municipais considera o número de unidades básicas tradicionais e de unidades de saúde da família suficientes e bem localizadas;
- Há profissionais diversificados nas equipes de atenção básica, principalmente aqueles que compõem a equipe multiprofissional básica, mas as cargas horárias são consideradas insuficientes para vários profissionais;
- A produção de procedimentos de atenção básica apresenta-se deficitária em dois municípios da Região e superavitária em três;
- Todos os municípios desenvolvem atividades de promoção à saúde estabelecendo parcerias com outros setores;
- Os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores na Atenção Básica dos municípios da RS Araras visando à sua qualificação, estão relacionados: 1) à ampliação, capacitação e fixação dos profissionais na atenção básica; 2) à fixação de médicos; 3) ao gerenciamento das unidades básicas e 4) à melhoria da infraestrutura e 5) ao aprimoramento da gestão.

Deve-se investir na qualificação da atenção básica na RS de Araras, para que ela possa exercer seu papel de organizadora do sistema de saúde, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado de qualidade.

3.2. Ações de Saúde Pública

A municipalização das ações das vigilâncias epidemiológica (VE) e sanitária (VS) é um processo em curso desde a criação do SUS. As atribuições dos entes federados em relação às vigilâncias estão definidas na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990, que considera de competência dos municípios a execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

Essa mesma lei define VE como *“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”*; e VS como *“um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”*.

Desde então, diversas normatizações editadas por meio das Normas Operacionais Básicas e diversas portarias, definiram mais claramente as atribuições e os recursos a serem disponibilizados aos Estados e Municípios, especialmente a Portaria GM/MS nº 1.172/04 onde estão definidas as responsabilidades de cada uma das esferas de governo. Nessa portaria, são definidas como atribuições dos municípios: a gestão de sistemas de informação epidemiológica no âmbito municipal, e a coordenação, supervisão e execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Estabelece ainda o papel complementar e suplementar dos níveis estaduais e federal do sistema.

Através desse estudo, buscou-se realizar uma análise diagnóstica das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de zoonoses, saúde ambiental e saúde do trabalhador dos municípios da Região de Saúde Araras. Foram utilizados dados e informações colhidos através de questionário respondido pelos gestores municipais e de entrevista coletiva com os membros do CGR, visando identificar as ações desenvolvidas bem como, a existência de setores e recursos humanos específicos responsáveis por essas atividades nos municípios. Os resultados dessa análise são a seguir apresentados.

3.2.1. Aspectos Relacionados à Organização das Ações de Saúde Pública

A Tabela 12 apresenta uma síntese no que se refere à existência ou não de setores específicos ou profissionais responsáveis para VE, VS, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses nos municípios da Região de Saúde Araras.

Tabela 12 – Existência de setor ou profissional responsável, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	VE		VS		Controle Zoonoses		S. Ambiental		S. Trabalhador	
	Setor	Profis. Resp.	Setor	Profis. Resp.	Setor	Profis. Resp.	Setor	Profis. Resp.	Setor	Profis. Resp.
Araras	x		x		x		x		x	
Conchal	x		x		x					x
Leme	x		x		x				x	
Pirassununga	x		x		x					x
S C Conceição	x		x		x			x		x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Observa-se que todos os municípios responderam positivamente, indicando possuírem setores próprios para a coordenação e desenvolvimento das ações objeto da Vigilância Epidemiológica (VE), Sanitária (VS) e Controle de Zoonoses. Quanto à Saúde Ambiental, três municípios não possuem setor ou profissional responsável. Já em relação à Saúde do Trabalhador, todos possuem alguma estrutura, mostrando ser esta área objeto de preocupação dos municípios.

O estudo também avaliou a existência de Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e apenas Santa Cruz da Conceição refere não possuir esse serviço, informando que se utiliza do Município de Rio Claro, componente de outra RS, quando necessário.

3.2.2. Vigilância Epidemiológica

Observou-se que as ações de Vigilância Epidemiológica (notificação de agravos, profilaxia de agravos específicos, investigação de surtos e busca ativa) são desenvolvidas pela totalidade dos municípios integrantes da RS Araras. Os gestores referiram que essas ações são totalmente descentralizadas para as unidades básicas de saúde, à exceção de Araras (Tabela 13).

Tabela 13 - Descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica para as unidades básicas de saúde, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Ações de VE: descentralização para UBS	
	Totalmente	Parcialmente
Araras		x
Conchal	x	
Leme	x	
Pirassununga	x	
S C Conceição	x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Através das informações contidas na Tabela 14, pode-se notar que em relação às várias categorias profissionais que tradicionalmente compõem as equipes de VE, os municípios da RS Araras contam com a presença de enfermeiros em todos eles e médico e auxiliar de enfermagem em quatro. Os municípios da região fizeram importante referência à insuficiência do médico para o desenvolvimento das atividades dessa área, e menos para as outras categorias profissionais.

Tabela 14 - Categorias profissionais de nível superior e médio na VE e insuficiência de carga horária, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Médico	Insuficiênci a	Enfermeir o	Insuficiênci a	Técnico de Enfermage m	Insuficiênci a	Auxiliar de Enfermage m	Insuficiênci a
Araras	x	x	x				x	
Conchal	x	x	x				x	
Leme			x	x			x	x
Pirassununga	x	x	x	x	x	x		
S C Conceição	x	x	x		x		x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

3.2.3. Vigilância Sanitária

No caso das ações de VS, 80% dos municípios da região realizam plenamente as ações dessa área, enquanto um município desenvolve parcialmente tais ações, como se observa na Tabela 15.

Tabela 15 - Desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
Araras	x	
Conchal	x	
Leme	x	
Pirassununga	x	
S C Conceição		x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

O estudo permitiu observar que o Estado apoia ou desenvolve ações em VS em situações de maior complexidade como: aprovação de projetos específicos e fiscalização de farmácias.

Com relação aos profissionais, por categoria, que compõem as equipes de VS, verifica-se que a maioria dos municípios contam com a presença do enfermeiro, farmacêutico, engenheiro, médico e médico veterinário. À semelhança do que ocorre com a VE, há referências à insuficiência de técnicos para o desenvolvimento das atividades dessa área, conforme se pode observar na tabela 16, a seguir apresentada.

Tabela 16 - Categorias profissionais de nível superior na VS e insuficiência de carga horária, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Biólogo	Insuf.	Enferm.	Insuf.	Engenh.	Insuf.	Farmac.	Insuf.	Médico	Insuf.	Méd. Vet.	Insuf.	Tecnólogo	Insuf.
Araras	x	x	x	x			x	x					x	
Conchal			x	x	x	x	x		x	x	x	x		
Leme			x	x			x				x			
Pirassununga	x		x		x	x	x		x	x	x	x		
S C Conceição			x		x	x			x					

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

São poucos os técnicos de nível médio presentes nas equipes de VS, conforme observado na Tabela 17. Dois municípios referem não possuir em seu quadro qualquer das categorias elencadas.

Tabela 17 - Categorias profissionais de nível médio na VS e insuficiência de carga horária, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Técnico de Enfermagem	Insuficiência	Auxiliar de Enfermagem	Insuficiência	Fiscal Saúde Pública	Insuficiência
Araras						
Conchal					X	
Leme						
Pirassununga					X	X
S C Conceição	X	X				

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

3.2.4. Controle de Zoonoses

A dengue adquire uma relevância particular em decorrência do quadro epidemiológico nacional da incidência da doença e do risco que ela representa para toda a população, sendo tratada como prioritária nas três esferas de governo. Em função da participação dos serviços municipais de controle de zoonoses nas atividades de contenção desse agravo, em conjunto ou não com as unidades básicas, optou-se por abordar esse tema neste tópico.

Todos os municípios da RS Araras desenvolvem ações/atividades voltadas ao controle desse tipo de zoonose, conforme discriminado na Tabela 18.

Tabela 18 - Atividades de controle da dengue, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
Araras	X	X	X	X	X	X
Conchal	X	X	X	X	X	X
Leme	X	X	X	X	X	X
Pirassununga	X	X	X	X	X	X
S C Conceição	X	X	X	X	X	X

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

BA – Busca Ativa (de casos suspeitos da doença)

PCMT – Plano de Controle do Mosquito Transmissor

IB – Índice de Breteau (índice de densidade larvária do mosquito)

CC – Casa-a-Casa (atividade de orientação e eliminação de criadouros do mosquito nos domicílios)

PE – Pontos Estratégicos (atividade de orientação, eliminação e pulverização de criadouros do mosquito em locais de maior risco, como borracharias e ferros-velhos)

AE – Ações Educativas

Em relação coordenadas pelo controle de zoonoses elencadas na Tabela 19, observa-se que todos os municípios desenvolvem atividades para o controle da raiva animal, como vacinação anti-rábica animal, observação de animal agressor, pesquisa de vírus rábico e controle da infestação ambiental por morcegos.

Tabela 19 - Outras ações de zoonoses desenvolvidas pelos municípios. RS Araras, 2008.

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos*	Roedores*	AE LEPTO	C. LEISH
Araras	x	x	x	x	x			x		x
Conchal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Leme	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Pirassununga	x	x	x	x	x	x	x			x
S C Conceição	x	x	x	x			x	x	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

VAR – Vacinação Anti-Rábica Animal

OAA – Observação do Animal Agressor

PVR – Pesquisa de Vírus Rábico

AAGP e GAGP (Apreensão e Guarda de Animal de Grande Porte)

AEPR - Ações Educativas em Posse Responsável

AE LEPTO – Ações Educativas em Leptospirose

C. LEISH – Controle da Leishmaniose

*Morcegos e roedores estão aqui destacados por se tratarem de importantes reservatórios de propagadores de agravos, respectivamente raiva e leptospirose.

A posse responsável de animais domésticos é trabalhada em 60% dos municípios. A guarda de animal de grande porte apreendido é realizada no próprio município, com exceção apenas de Santa Cruz da Conceição.

Ações de controle da leptospirose, como controle de infestação ambiental por roedores e ações educativas são referidas em quatro e três municípios da RS, respectivamente, e ações de controle da leishmaniose na totalidade deles.

3.2.5. Vigilância Ambiental

A Tabela 20 apresenta aspectos relacionados à saúde ambiental nos municípios da Região, segundo respostas dos gestores ao questionário.

Tabela 20 - Situação dos municípios quanto à coleta e deposição de resíduos e atividades de vigilância ambiental. RS Araras, 2008.

Municípios	Aterro Sanitário	Coleta Seletiva	Coleta de Resíduos Sanitários	Controle de Áreas Contaminadas e Degradadas	Controle de Poluição Ambiental	Educação Ambiental
Araras			x	x		
Conchal	x		x			
Leme	x	x				x
Pirassununga	x		x			x
S C Conceição		x	x	x	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Nota-se que todos os gestores municipais afirmam desenvolver atividades voltadas para o controle ambiental. Mais de 50% dos municípios referiram possuir aterro sanitário, e dos

dois municípios que responderam não possuir, um deposita seus resíduos domésticos em município da própria Região de Saúde e outro em município de outro DRS.

A maioria dos municípios respondeu positivamente em relação ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, e também, mais de 50% dos municípios referiram desenvolver ações de educação ambiental. Tanto a coleta seletiva de resíduos recicláveis quanto as ações de controle da poluição ambiental são pouco presentes nos municípios da Região.

3.2.6. Vigilância da Saúde do Trabalhador

As atividades e serviços voltados à saúde de trabalhador existentes nos municípios da região são apresentados na Tabela 21, conforme informado pelos gestores no questionário.

Tabela 21 - Atividades e serviços voltados à saúde do trabalhador, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Serviço de saúde específico*	Vigilância do acidente de trabalho	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao benzeno	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao amianto	Vigilância de riscos decorrentes de exposição a agrotóxico	Vigilância de riscos relacionados ao cultivo da cana-de-açúcar
Araras	x	x	x	x		x
Conchal						x
Leme	x	x		x		x
Pirassununga		x				
S C Conceição						

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

* Serviço de saúde específico para os trabalhadores.

Destacam-se Araras, Leme e Pirassununga que informam desenvolver ações específicas relacionadas a acidentes de trabalho; os dois primeiros também referem manter serviço específico para trabalhadores. Vigilância de riscos relacionados ao cultivo de cana-de-açúcar é realizada por três municípios (Araras, Leme e Conchal).

3.2.7. Avanços e Desafios Apontados pelos Gestores Municipais

No questionário, foi solicitado ao gestor que apontasse os avanços e as dificuldades existentes em relação à saúde pública em seu município. As respostas elencadas foram muito diversas, referindo-se a estruturas e organização geral do SUS nos municípios; recursos humanos; recursos materiais; e, logística. Merece destaque a implantação de um CCZ, citado pelo gestor de Conchal. Entre as dificuldades, chama atenção as referências com relação a

recursos humanos tais como a falta e dificuldade de contratação de profissionais e a qualificação dos mesmos.

Conclusões Parciais

A análise realizada a respeito do desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de zoonoses, saúde ambiental e saúde do trabalhador nos municípios da RS Araras sintetizar que:

- Existe setor específico voltado ao desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, na maioria dos municípios, o que contribui para a consolidação do processo de municipalização dessas atividades;
- Todas as unidades básicas de saúde dos municípios desenvolvem ações de VE;
- As ações de VS são totalmente realizadas pela maioria dos municípios da região, e estes contam com o apoio e a complementaridade da SES-SP;
- Há profissionais de diversas formações compondo as equipes de VE e VS dos municípios, mas há referência a insuficiência dos mesmos;
- As ações de controle de zoonoses são bastante desenvolvidas na maioria dos municípios, incluídas as de controle da dengue;
- Tanto na área de saúde ambiental quanto na de saúde do trabalhador, há menor referência ao desenvolvimento de atividades pelos gestores.

3.3. Atenção Especializada

Para o diagnóstico dos Pontos de Atenção Especializada da Região de Saúde foram considerados alguns pressupostos que caracterizam este tipo de assistência e que orientaram o levantamento e a análise dos dados exposto a seguir.

Em primeiro lugar, considerou-se a importância de se respeitar a lógica de produção em escala na oferta de procedimentos especializados visando garantir a sua qualidade, bem como evitar ociosidade e gastos inadequados de recursos.

Outro pressuposto importante diz respeito à garantia de acesso para a população usuária, independente da localização dos serviços, tanto de média como de alta complexidade. Isso pressupõe uma adequada pactuação entre os gestores de saúde da região, de modo que as ações acordadas sejam efetivamente disponibilizadas para atendimento da demanda regional e que os fluxos possam ser organizados.

Levou-se em conta ainda a caracterização das Regiões de Saúde de cada mesorregião, correspondente ao território do DRS, em termos de população e capacidade instalada, de forma a avaliar a possibilidade de autonomia do conjunto dessas ações de saúde na oferta de procedimentos especializados de média complexidade (ambulatorial ou hospitalar), em volume suficiente para atendimento das necessidades da população dessas regiões. Quanto à oferta de procedimentos de alta complexidade, apesar de se apresentar análise realizada com enfoque no território correspondente ao DRS, deve-se considerar essa autonomia em termos estaduais.

Para a realização dessas análises foram buscados dados no DATASUS e em outros bancos oficiais, especialmente do CNES e nos de produção, agregando-se informações levantadas através do questionário da pesquisa e da entrevista coletiva realizada com os membros do CGR da Região de Saúde.

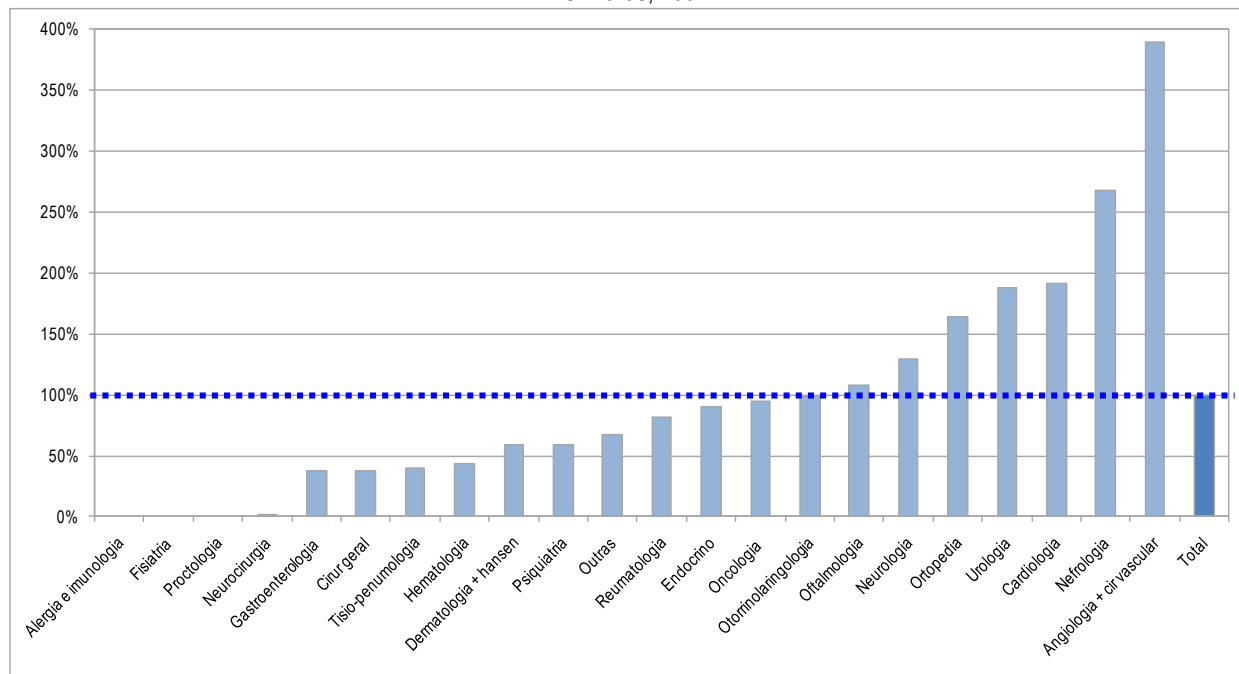
A análise realizada é apresentada nessa seção, obedecendo à seguinte categorização: atenção especializada ambulatorial; atenção hospitalar; atenção de urgência e emergência; atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade no DRS; atenção ambulatorial e hospitalar na Região de Saúde; e, finalmente, conclusões parciais

3.3.1. Atenção Ambulatorial

No caso da Atenção Ambulatorial, considerando a grande variabilidade na forma de sua organização nos municípios, incluindo tanto o atendimento isolado em diferentes unidades de Atenção Básica quanto à concentração em unidades específicas (policlínicas, centros de referência, ambulatórios hospitalares, etc.) e, considerando ainda os sistemas de informação do SUS de suporte, optou-se por analisar os dados com foco nas especialidades e não em unidades físicas.

Nesse sentido, ao confrontar dados sobre as necessidades de consultas, para 70% da população da RS Araras e a produção apresentada ao SUS em 2007, constata-se que das 22 especialidades avaliadas (Gráfico 4 e Tabela 22) cerca de 68% possuem produção abaixo das necessidades da região e 32% com produção acima dessas necessidades. No total, a produção de consultas especializadas da região responde por quase 100% das necessidades.

Gráfico 4 - Percentual de consultas produzidas, por especialidades, em relação às necessidades de 70% da população RS Araras, 2007



Fonte: DATASUS/MS. Elaboração própria.

Observações: 1) Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; 2) Considerada 70% da população como SUS dependente.

Observa-se também que essas especialidades concentram-se principalmente no município de Araras e, em segundo lugar em Leme, ocorrendo uma importante dispersão de oferta de especialidades em todos os municípios da região, especialmente de dermatologia, oftalmologia, ortopedia, cardiologia, otorrinolaringologia e neurologia (Tabela 22).

Tabela 22 - Necessidade, produção e balanço de consultas médicas especializadas, por município. RS Araras, 2007.

Municípios	Alergia e imunologia	Fisiatria	Proctologia	Neurocirurgia	Gastroenterologia	Cirur geral	Tisio-pneumologia	Hematologia	Dermatologia + hansen	Psiquiatria	Outras
Necessidade											
Araras	400	2.400	400	200	1.400	4.600	2.000	200	2.200	4.400	1.000
Conchal	87	525	87	44	306	1.005	437	44	481	962	219
Leme	309	1.855	309	155	1.082	3.555	1.546	155	1.700	3.400	773
Pirassununga	243	1.459	243	122	851	2.796	1.216	122	1.337	2.675	608
S C Conceição	14	83	14	7	48	158	69	7	76	152	34
Subtotal	1.053	6.321	1.053	527	3.687	12.114	5.267	527	5.794	11.588	2.634
Produção											
Araras				3	20	6	83	232	458	1.167	153
Conchal							0		1.172	1.860	779
Leme					302	3.997	2.036		1.791	3.736	347
Pirassununga					1.048	514				128	482
S C Conceição											
Subtotal	0	0	0	3	1.370	4.517	2.119	232	3.421	6.891	1.761
Prod / Necess	0,00%	0,00%	0,00%	0,57%	37,16%	37,29%	40,23%	44,05%	59,05%	59,47%	66,87%

Tabela 22 (Continuação)

Municípios	Reumatologia	Endocrino	Oncologia	Otorrinolaringologia	Oftalmologia	Neurologia	Ortopedia	Urologia	Cardiologia	Nefrologia	Angiologia + cir vascular	Total
Necessidade												
Araras	800	800	600	3.000	5.600	2.400	5.800	1.800	4.000	200	400	44.599
Conchal	175	175	131	656	1.224	525	1.268	393	874	44	87	9.748
Leme	618	618	464	2.318	4.327	1.855	4.482	1.391	3.091	155	309	34.465
Pirassununga	486	486	365	1.824	3.404	1.459	3.526	1.094	2.431	122	243	27.110
S C Conceição	28	28	21	103	193	83	200	62	138	7	14	1.536
Subtotal	2.107	2.107	1.580	7.901	14.748	6.321	15.275	4.740	10.534	527	1.053	117.457
Produção												
Araras	20	20	1.502	19	673	215	1.903	1.072	980	1.413	518	10.457
Conchal				1.056	420	906	4.872	1.023	1.988		0	14.076
Leme	1.695	1.873		5.306	11.031	5.437	12.853	5.057	11.956		2.078	69.495
Pirassununga				1.440	3.814	1.596	5.478	1.742	4.569		1.505	22.316
S C Conceição									638		0	638
Subtotal	1.715	1.893	1.502	7.821	15.938	8.154	25.106	8.894	20.131	1.413	4.101	116.982
Prod / Necess	81,40%	89,85%	95,05%	98,99%	108,07%	129,01%	164,36%	187,62%	191,10%	268,27%	389,30%	99,60%

Fonte: MS/ DATASUS. Elaboração própria.

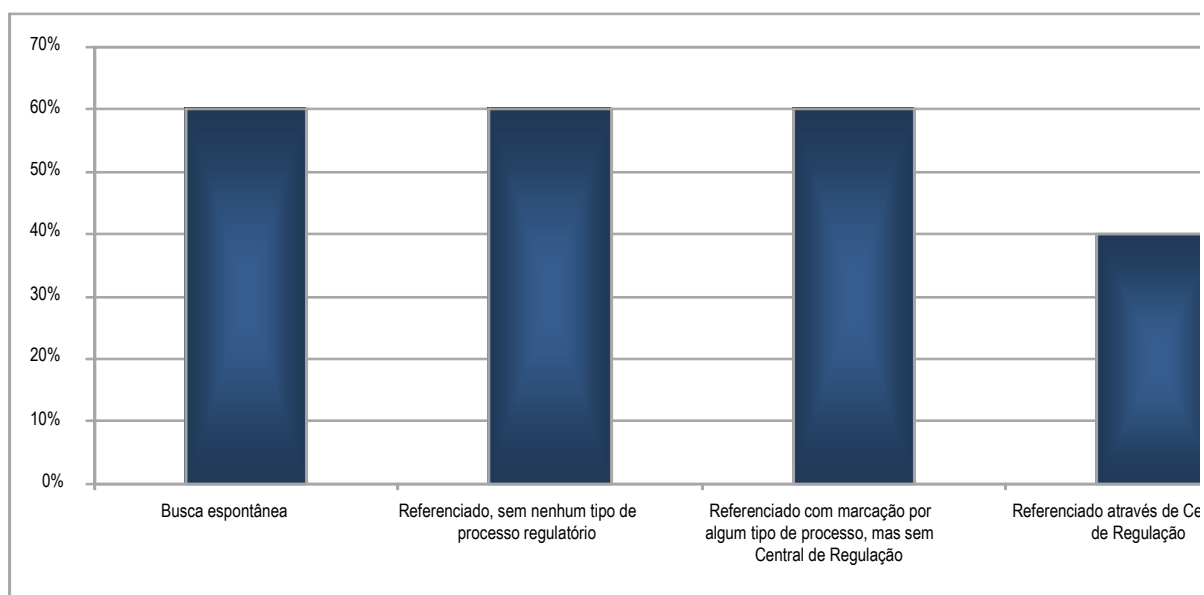
Observação: 1) Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; 2) Considerada 70% da população como SUS dependente.

Ao analisar o conjunto das especialidades ressaltam superproduções que devem ser mais bem avaliadas, considerando as trocas inter-regionais. Entretanto as especialidades de Ortopedia, Urologia, Cardiologia, Nefrologia, Angiologia e Cirurgia Vascular merecem um maior aprofundamento, dada a grande produção apresentada na região. Destaca-se ainda a ausência, ou baixíssima produção nas especialidades de Alergia e Imunologia, Fisiatria, Proctologia e Neurocirurgia.

No que se refere às trocas inter-regionais, as informações levantadas do questionário respondido pelos gestores, mostram que nenhum dos municípios oferece consultas especializadas para outros municípios e que mais de 60% dos municípios da região buscam outros municípios para prover suas demandas. Chama a atenção o fato dos municípios não terem respondido corretamente a existência de especialidades em seus respectivos territórios.

Quanto ao acesso à atenção especializada, 60% dos municípios indicam que esta demanda tem acesso espontâneo, 60% referem algum tipo de processo regulatório. 40% dos municípios referem à utilização de uma Central de Regulação (Gráfico 5). Esta situação indica que convivem nos municípios formas diferenciadas de acesso, devendo ser avaliados os encaminhamentos realizados.

Gráfico 5 - Formas de acesso a Atenção Especializada. RS Araras, 2008

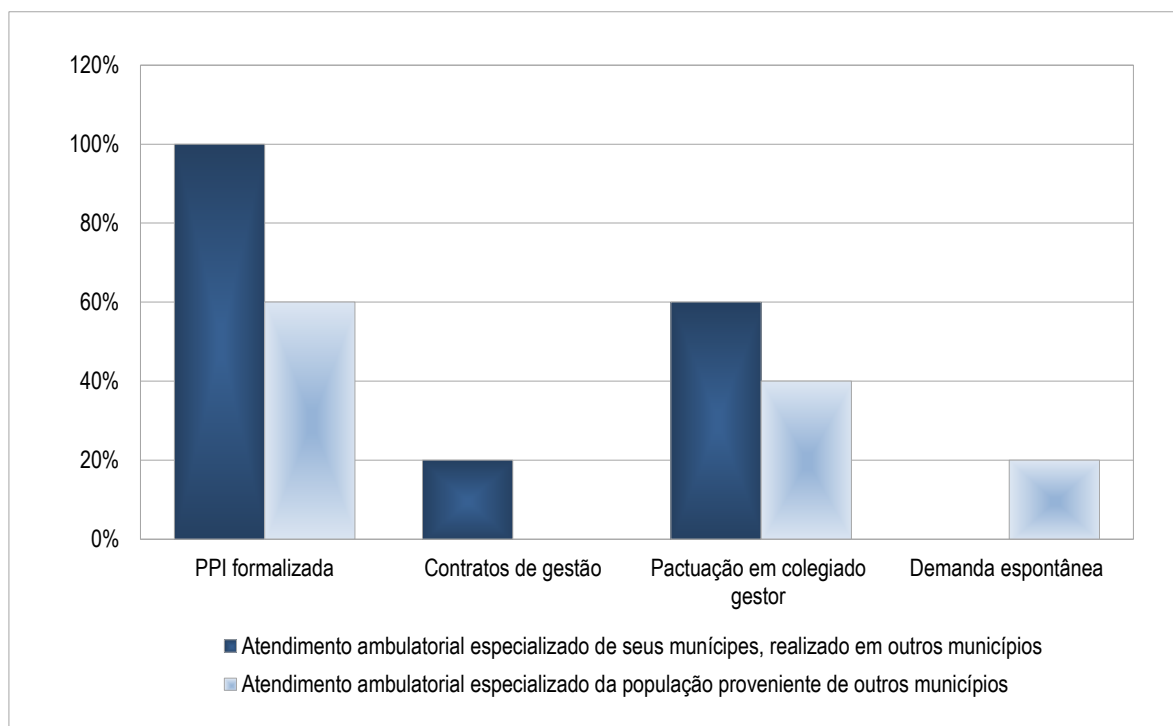


Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Apesar disso, 90% dos municípios indicam que observam a PPI formalizada e 60% referem a pactuação em colegiado gestor como as duas principais formas para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da região. No entanto, essas pactuações são

mais frequentemente observadas pelos municípios quando encaminham suas demandas. Apenas 20% dos municípios indicam que cumprem os acordos em todos os procedimentos e 20% referem que os cumprem na maioria dos procedimentos acordados. Deste modo torna-se imprescindível verificar se o novo processo de elaboração da PPI conseguiu reorganizar e qualificar os processos de encaminhamento.

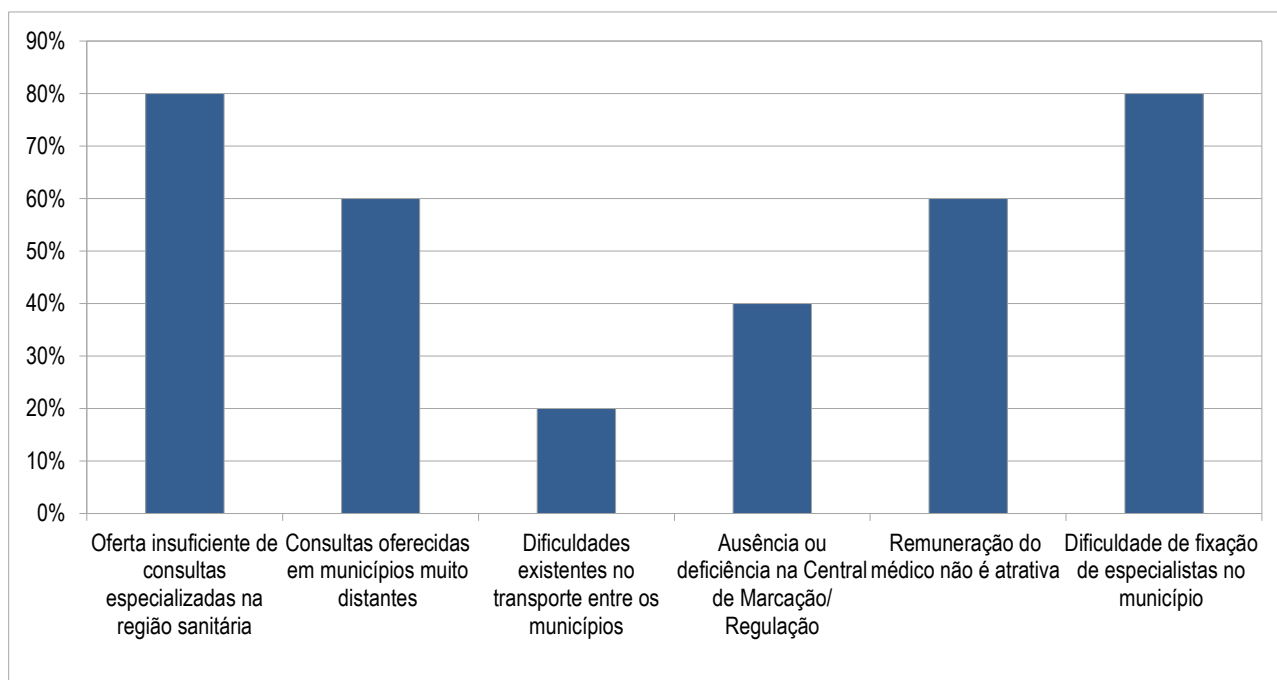
Gráfico 6 - Acordos estabelecidos entre os municípios para consultas especializadas. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto às dificuldades apontadas na atenção ambulatória especializada na região, mais de 80% dos municípios referem a oferta insuficiente de consultas e dificuldades de fixação de especialistas nos municípios, 60% indicam que a remuneração do médico não é atrativa e que as consultas são oferecidas em municípios muito distantes, 40% referem-se à ausência ou deficiência de Central de Marcação / Regulação e, 20% a dificuldades no transporte entre os municípios (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Dificuldades apontadas pelos gestores quanto à atenção ambulatorial especializada. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto à existência de projetos e ações para superar os problemas detectados, a maioria dos municípios indica que não os possuem, e apenas o município de Conchal levanta a necessidade de contratação de especialistas.

A Região de Saúde de Araras caracteriza-se, portanto, pela diversidade de especialidades existentes na região com sobreoferta em algumas e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização, falando a favor da fragmentação desta assistência.

Além disso, torna-se evidente a fragilidade dos processos de regulação na assistência ambulatorial especializada, favorecendo o desequilíbrio na oferta e na alocação das especialidades, o que certamente se reflete no acesso da população.

3.3.2. Atenção Hospitalar - Internação

A análise da capacidade instalada de leitos hospitalares na RS Araras indica que 73% dos leitos existentes estão integrados ao SUS. Além disso, a região possui apenas 3% de leitos públicos, 34% de leitos filantrópicos e 60% de leitos privados (Tabela 23).

Observa-se ainda a existência de hospitais públicos de pequeno porte (menos de 50 leitos), bem como hospitais filantrópicos com menos de 100 leitos e vinculados aos SUS, o

que denota a existência de problemas de sustentabilidade dessas unidades, tendo em vista a questão de escala desses serviços. As maiores unidades hospitalares estão localizadas em Araras e Leme.

Tabela 23 - Leitos hospitalares existentes. RS Araras, 2008.

Municípios	Leitos Existentes					Leitos SUS					Percentual SUS				
	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total	Público	Filantropico	Privado	Sindicato	Total
Araras	20	256	903	44	1.223	20	162	719		901	100,0%	63,3%	79,6%		76,4%
Conchal		58			58		44			44		75,9%			75,9%
Leme		110	20		130		76			76		69,1%	0,0%		58,5%
Pirassununga	22	98			120		60			60	0,0%	61,2%			50,0%
S C Conceição					0										
Total	42	522	923	44	1.531	20	342	719	0	1.081	47,6%	65,5%	77,9%	0%	73%

Fonte: MS/ DATASUS. Elaboração própria.

Analisando-se, por outro lado, a necessidade de internações SUS para 70% da população e a produção apresentada em 2007, verifica-se que esta última responde por 86% das necessidades da região (Tabela 24).

Tabela 24 - Comparação entre a necessidade e produção de internações. RS Araras, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de internações 100% da pop. (8% da população)	Necessidade de internações 70% da população	Produção internações SUS 2007	Déficit / superávit 70% da população	% de produção em relação à necessidade de 70% da pop
Araras	114.282	9.143	6.400	8.172	1.772	127,69%
Conchal	24.979	1.998	1.399	2.372	973	169,57%
Leme	88.315	7.065	4.946	4.077	-869	82,44%
Pirassununga	69.468	5.557	3.890	3.322	-568	85,39%
S C Conceição	3.936	315	220		-220	0,00%
RS Araras	300.980	24.078	16.855	17.943	1.088	106,46%
DRS Piracicaba	1.389.553	111.164	77.815	66.724	-11.091	85,75%

Fonte: MS/ DATASUS. Elaboração própria.

Observações: 1) Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; 2) Considerada 70% da população como SUS dependente.

No entanto, se considerarmos o potencial de internações³⁴ que podem ser realizadas pelos leitos SUS existentes, observa-se que seria possível atender mais de 100% das

³⁴ Para Cálculo do Potencial de internações por leito foram considerados os seguintes parâmetros: 85% de ocupação média e 6 dias de permanência, em média.

internações necessárias (Tabela 25). Utilizando-se os mesmos critérios para a totalidade de leitos existentes, conclui-se que seriam suficientes para atendimento das necessidades da região.

Tabela 25 - Necessidades, produção e potencial de produção de internações. RS Araras, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de internações 70% da Pop.	Produção internações 2007	Potencial Produção leitos (1)		Potencial / necessidade - SUS 70% da população	Produção /potencial - SUS 70% da população
				Potencial Leitos SUS	Potencial Leitos Totais		
Araras	114.282	6.400	8.172	46.852	63.596	732%	17%
Conchal	24.979	1.399	2.372	2.288	3.016	164%	104%
Leme	88.315	4.946	4.077	3.952	6.760	80%	103%
Pirassununga	69.468	3.890	3.322	3.120	6.240	80%	106%
S C Conceição	3.936	220		0	0	0%	
RS Araras	300.980	16.855	17.943	56.212	79.612	334%	32%
DRS Piracicaba	1.389.553	77.815	66.724	118.040	192.712	152%	57%

Fonte: MS/ DATASUS. Elaboração própria.

Observações: 1) Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; 2) Considerada 70% da população como SUS dependente.

A avaliação mais detalhada dos leitos por especialidades indica que do total existente, proporcionalmente estão mais disponíveis ao SUS os leitos de outras especialidades (81%), seguidos por leitos pediátricos (74%) e obstétricos (68%). Chama atenção ainda que do total de leitos disponibilizado ao SUS, cerca de 67%, estão classificados como outras especialidades.

Nesse aspecto, os gestores avaliaram pelo questionário que: as internações nas especialidades de gineco-obstetrícia, pediatria, observação, clínica médica, cirurgia geral e neurocirurgia são suficientes; as internações em cardiologia cirúrgica, neurologia clínica e gastroclínica são consideradas insuficientes por 50% dos municípios; e, as internações em psiquiatria, UTI adulto, UTI pediátrica e neonatal, semi-intensivo, hospital dia e ortopedia cirúrgica são indicadas como insuficientes pela maioria dos gestores.

Quando solicitados a indicarem as cinco primeiras áreas com demandas reprimidas, os gestores foram unânimes em indicar a especialidade de ortopedia. Em seguida, cerca de 67% dos gestores indicaram ainda cardiologia e neurologia como áreas com repressão de demanda e, 40% se referiram à área de vascular.

No que se refere ao acesso à internação, observa-se ainda que 20% dos municípios não possuem leitos hospitalares, 20% buscam internações em outros municípios e cerca de 40% oferecem leitos de internações para demais municípios.

Ainda neste aspecto, 100% dos gestores indicam que há busca espontânea para internações, 80% referem que existe encaminhamento, mas sem processo de regulação e, 60% referem que há encaminhamentos realizados através de central de regulação. Esse quadro indica que há co-existência de diferentes formas de acesso da população à internação, chamando atenção a alta percentagem de gestores que indicam a busca espontânea para este tipo de atendimento.

Quanto ao fluxo intrarregional observa-se que os acordos mais utilizados para atendimento das internações são a PPI formalizada, as pactuações realizadas no Colegiado Gestor da Região e a demanda espontânea. No entanto, as respostas dos gestores indicam que essas pactuações são obedecidas com maior frequência quando são feitos encaminhamentos do seu município para os demais municípios, em comparação ao atendimento de demanda externas proveniente de outros municípios.

Sobressai, entretanto, o alto percentual de demanda espontânea o que pode indicar que os acordos intermunicipais não se traduzem em procedimentos pactuados com as entidades hospitalares. Considerando que a maioria dos leitos da região está localizada em entidades privadas, filantrópicas, ou não, o estabelecimento de procedimentos de referência e contra-referência torna-se estratégico para um adequado atendimento hospitalar.

As principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais, quanto às internações hospitalares, referem-se na maioria (60% dos gestores) à falta de leitos e vagas, bem como de cotas insuficientes para internação. Em seguida, (40% dos gestores) apontam a falta de médicos para realizarem os procedimentos previstos e, a falta de recursos financeiros.

Como já indicado, cerca de 98% dos leitos SUS na RS Araras são de entidades privadas, filantrópicas ou não, disponibilizados através de convênios/contratos com os setores públicos. Neste aspecto 40% dos gestores, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para acompanhamento de contratos/convênios, indicam a falta de equipe capacitada para realiza essas atividades. Do conjunto de gestores responsáveis pela gestão de leitos (4), nas respectivas RAS, apenas Conchal parece implementar um processo mais organizado de acompanhamento, considerando as respostas enviadas pelo questionário.

Com relação aos elementos que interferem no cumprimento de metas da assistência hospitalar no SUS, 60% a 80% dos gestores municipais indicaram como principais itens, a partir de uma lista apresentada no questionário:

- qualificação inadequada e número insuficiente de profissionais (72% dos gestores);

- não utilização de protocolos clínicos, não implantação de linhas de cuidado, inexistência de implantação de programa de capacitação de RH, central de regulação deficiente ou inexistente e área física inadequada (64% dos gestores); e,
- não operacionalização das comissões (CCIH, Óbito, Ética, Prontuário), insumos insuficientes e equipamentos antigos ou insuficientes (55% dos gestores).

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da atenção hospitalar nos municípios, 60% dos municípios que se manifestaram a respeito indicam que não possuem qualquer projeto. O município de Conchal indica o Projeto Pró Santa Casa e a ampliação de leitos como possíveis soluções. O município de Leme indica a necessidade de construção de leitos de UTI Neonatal.

Em resumo, a assistência hospitalar (internação) na região apresenta baixa produção, frente às necessidades, embora o número total de leitos existentes na região mostra-se suficiente para o atendimento à população. Sobressai também a existência de unidades hospitalares de pequeno porte ao lado de unidades maiores, a maioria de natureza filantrópica e, a fragilidade dos processos de regulação.

3.3.3. Atenção de Urgência e Emergência

Quanto aos pontos de atenção de Urgência e Emergência foram considerados os equipamentos móveis (SAMU e remoção por ambulância) e fixos (unidades de pronto atendimento e pronto socorro).

Na RS Araras existe apenas um SAMU com um suporte avançado localizado em Araras (Tabela 26). O equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção presente em 80% das cidades, num total de 27 unidades. Observa-se ainda 04 Prontos Atendimentos distribuídos em quatro municípios e, 05 Prontos Socorros localizados também em 04 municípios. Chama atenção o fato de o gestor de Pirassununga não ter indicado a existência de ambulância na cidade, o que deve ser melhor investigado.

Tabela 26 - Número e distribuição das unidades de urgência e emergência. RS Araras, 2008.

Municípios	SAMU	Pronto Atendimento	Pronto-Socorro
------------	------	--------------------	----------------

	Suporte básico	Suporte avançado	Remoção ambulância	Isolado	Acoplado à unidade	Isolado	Em unidade hospitalar
Araras	0	1	3		1	1	1
Conchal			7				1
Leme			12	1			1
Pirassununga				1			1
S C Conceição			5		1		
Total	0	1	27	2	2	1	4

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Na avaliação dos gestores de saúde quanto à insuficiência ou suficiência desses pontos de atenção observa-se que a opinião emitida refere-se especialmente aos equipamentos presentes no próprio município, sem a visão regional, uma vez que os municípios que não responderam à questão são muito frequentes. Do percentual de opiniões obtidas dos gestores observa-se que há insuficiência de ambulâncias (80%) e de Pronto Atendimento (40%).

Por outro lado, ao analisarmos a produção de consultas de urgência e emergência realizadas na região (Tabela 27) observa-se uma elevada produção, quando comparada com as necessidades da população. Neste aspecto ressalta o excesso de consultas realizadas, especialmente nos municípios de Conchal, Leme e Araras que apresentam produção acima de 290% com relação às necessidades (Tabela 27).

Tabela 27 - Necessidade e produção de consultas de Urgência e Emergência. RS Araras, 2007.

Municípios	População Seade 2007	Necessidade de consultas urgência 100% da pop	Consultas Urgência/Emergência 2007				Superávit/déficit (Total-necessidades)	Balanco %
			Urgências básicas	Urgência emergência	Acidentado trabalho	Total		
S C Conceição	3.936	1.476	1.881	182		2.063	587	140%
Pirassununga	69.468	26.051	23.634	17.609		41.243	15.193	158%
Araras	114.282	42.856	6.629	116.067	2.357	125.053	82.197	292%
Leme	88.315	33.118	53.903	59.097	1.547	114.547	81.429	346%
Conchal	24.979	9.367	74	49.152		49.226	39.859	526%
RS Araras	300.980	112.868	86.121	242.107	3.904	332.132	219.265	294%
DRS Piracicaba	1.389.553	521.082	682.732	836.538	9.621	1.528.891	1.007.809	293%

Fonte: MS/ DATASUS. Elaboração própria.

Observação: 1) Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101.

A análise da demandas intrarregional, conforme indicação dos gestores mostra a centralidade da cidade de Araras com relação ao SAMU e ao resgate, que atendem vários municípios da região. Por outro lado, ao considerarmos as demandas para os Prontos Atendimento e os Prontos Socorros, detecta-se que um número pequeno de municípios indica que encaminha demandas para essas unidades, em outros municípios.

Este fato, junto com a grande produção de consultas, indicadas anteriormente, aponta para a necessidade de melhor detalhar as demandas para esses pontos de atenção que, a princípio, indicam uma grave distorção no atendimento.

O detalhamento dos encaminhamentos que necessitam de internação, por áreas de especialidades, aponta também para a importância do município de Araras e, em segundo lugar, para a cidade de Leme. Além disso, ressalta Limeira, cidade que pertence à outra região de saúde, como uma retaguarda muito utilizada, ao lado de Rio Claro e Piracicaba.

Na área de Saúde Mental observa-se que os encaminhamentos são realizados para municípios de diferentes Regiões de Saúde do DRS Piracicaba, especialmente Rio Claro e Araras.

Tabela 28 - Especialidades e locais de encaminhamento para internação de Urgência e Emergência. RS Araras, 2008.

Municípios de destino		Nº de municípios que indicaram encaminhamento para internação de urgência/emergência nas especialidades				
		Pediatria	GO	Politraum.	CL MED	Psiquiatria
RS Araras	Araras	2	2	4	1	4
	Conchal	0	0	0	0	0
	Leme	1	1	2	1	0
	Pirassununga	0	0	0	0	0
	Santa Cruz da Conceição	0	0	0	0	0
Outras RS do DRS Piracicaba	Limeira	3	2	4	1	0
	Rio Claro	1	2	0	0	4
	Piracicaba	1	1	1	1	0
Outras RS	Campinas			1	1	0

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Na assistência à Urgência e Emergência, a RS Araras caracteriza-se pela existência precária de SAMU, por unidades de Pronto Atendimento em 75% das cidades e Prontos-Socorros em 50% dos municípios. Entretanto, deve ser aprofundado o estudo sobre a caracterização dessas unidades assistenciais, de acordo com os parâmetros instituídos pela Política Nacional de Atenção às Urgências (MS, 2006), tanto no que se refere às unidades não-hospitalares quanto às unidades hospitalares de atenção às urgências.

Outra questão a ser destacada, que transparece dos dados levantados, refere-se à ausência de visão e planejamento regional na organização desta assistência, uma vez que está ausente um planejamento estadual e regional para a área.

3.3.4. Atenção Hospitalar e Ambulatorial de Alta Complexidade na Região do DRS

A análise dos Pontos de Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade levou em consideração as habilitações existentes no DRS Piracicaba e respectivas Regiões de Saúde, considerando que cada habilitação possui legislação própria que define os parâmetros para sua organização.

Além disso, dada a sua complexidade e a necessidade em organizar-se em unidades e centros regionalizados, sua análise deve necessariamente ocorrer com foco regional e macrorregional. Neste aspecto apresentam-se a seguir dados dos serviços habilitados mais importantes, considerando a demanda e o volume de recursos SUS que utilizam.

Observa-se, preliminarmente, que as Unidades e Centros de Alta Complexidade aglutinam diversos pontos de atenção, relacionados principalmente ao tratamento clínico ambulatorial e hospitalar e, ao apoio diagnóstico e terapêutico.

Neste tópico será avaliada, inicialmente, a distribuição, no âmbito do DRS Piracicaba, dos principais serviços que realizam procedimentos para tratamento clínico nas áreas de: Saúde Mental; Cardiologia; Neurologia e Neurocirurgia; Oncologia; Traumatologia-ortopedia; UTI Adulto e Pediátrica; Nefrologia e Hemodiálise. Posteriormente serão analisados os dados específicos da Região de Saúde de Araras.

Segundo a política do Ministério da Saúde, os serviços habilitados para alta complexidade devem ser organizados em Unidades de Assistência de Alta Complexidade e Centros de Referência em Alta Complexidade, conforme indicado a seguir.

- Unidades de Assistência em Alta Complexidade são unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada, na respectiva área;
- Os Centros de Referência em Alta Complexidade são Unidades de Assistência de Alta Complexidade que exercem o papel auxiliar, de caráter técnico, ao

gestor nas políticas de atenção às patologias específicas que atende e que possua os seguintes atributos:

- I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004;
- II. Definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 4 (quatro) milhões de habitantes;
- III. Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;
- IV. Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
- V. Ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- VI. Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- VII. Participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

De um modo geral, observa-se que esses serviços no DRS de Piracicaba estão concentrados em alguns municípios das Regiões de Saúde, no qual se destacam os municípios de Piracicaba, Limeira, Araras e Rio Claro, não só pela concentração de serviços, mas também pela variabilidade de serviços aí localizados.

Na área de Saúde Mental observa-se na Tabela 29 a distribuição de CAPS pelas Regiões de Saúde do DRS de Piracicaba, exceto na Região de Limeira. Os serviços de internação estão presentes nas RS de Araras e Rio Claro.

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		R Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	S Gertrudes	Rio Claro
0601-Atenção à saúde mental - classe I	0									
0602-Atenção à saúde mental - classe II	0									
0603-Atenção à saúde mental - classe III	1									1
0604-Atenção à saúde mental - classe IV	0									
0607-Atenção à saúde mental - classe VII	0									
0608-Atenção à saúde mental - classe VIII	0									
0611-Atenção à saúde mental - classe XI	0									
0614-Atenção à saúde mental - classe XIV	1							1		

Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Os serviços de alta complexidade em cardiologia estão distribuídos em todas as regiões, não havendo, entretanto, Centro Assistencial de Alta Complexidade Cardiovascular. Observa-se a presença de 05 Unidades Assistenciais de Alta Complexidade nos municípios polos de cada região de saúde, estando ausentes os serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica e a cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição dos serviços habilitados em alta complexidade em Cardiologia no DRS X - Piracicaba, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		R Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	S Gertrudes	Rio Claro
0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular	5			2	1			1		1
0802-Centro ref alta complex cardiovascular	0									
0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionista	4			2	1			1		
0804-Cirurgia cardiovascular pediátrica	0									
0805-Cirurgia vascular	2				1					1
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíacos	0									
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	1							1		
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares	1							1		

Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Os serviços de traumato-ortopedia encontram-se fortemente concentrados em Piracicaba e Limeira. Em duas Unidades de Alta Complexidade que abrangem todo o espectro de especialidades, embora na opinião dos gestores a demanda para esses serviços é bem maior que a capacidade de atendimento (Tabela 31).

Tabela 31 - Distribuição dos serviços habilitados em Traumato-ortopedia no DRS X - Piracicaba, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		R Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	S Gertrudes	Rio Claro
2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	2			1	1					
2511-Ortopedia - coluna	2			1	1					
2512-Ortopedia - ombro	2			1	1					
2513-Ortopedia - mão	1				1					
2514-Ortopedia - quadril	2			1	1					
2515-Ortopedia - joelho	2			1	1					
2516-Ortopedia - tumor ósseo	2			1	1					
2517-Outros segmentos ossos	2			1	1					

Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Quanto aos serviços habilitados em oncologia (Tabela 32), observa-se a sua presença nas quatro regiões, mas concentrados nos municípios polos de cada região. Não foram detectados Centros observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia em Araras e Rio Claro. Além disso, encontram-se serviços de UNACON com radioterapia e hematologia, não havendo serviços de oncologia pediátrica, serviços isolados de quimioterapia.

Tabela 32 - Distribuição dos serviços habilitados em oncologia no DRS X - Piracicaba, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		R Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	S Gertrudes	Rio Claro
1712-Cacon	0									
1706-Unacon	2							1		1
1707-Unacon com Serviço de radioterapia	3			2	1					
1708-Unacon com Serviço de hematologia	1			1						
1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica	0									
1710-Unacon exclusiva de hematologia	0									
1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	0									
1705-Serviço isolado quimioterapia	0									

Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Na área de UTI observa-se a presença de serviços de nível II em todas as Regiões de Saúde e nas diversas áreas – adulto, neonatal e pediátrica (Tabela 33). Os serviços de UTI Tipo III concentram-se em Piracicaba e Araras.

Tabela 33 - Distribuição dos serviços habilitados em UTI adulto e pediátrico no DRS X - Piracicaba, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		R Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	S Gertrudes	Rio Claro
2601-UTI II adulto	6		1		2	1	1			1
2602-UTI II neonatal	2				1					1
2603-UTI II pediátrica	2				1					1
2604-UTI III adulto	3			2				1		
2605-UTI III neonatal	2			2						
2606-UTI III pediátrica	3			2				1		
2699-UTI I	0									

Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Finalmente, os serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise (Tabela 34) encontram-se concentrados nos municípios polos das regiões de saúde do DRS Piracicaba, observando-

se a presença de Unidades de Alta Complexidade em todos, exceto em Limeira que possui serviço apenas de Hemodiálise II.

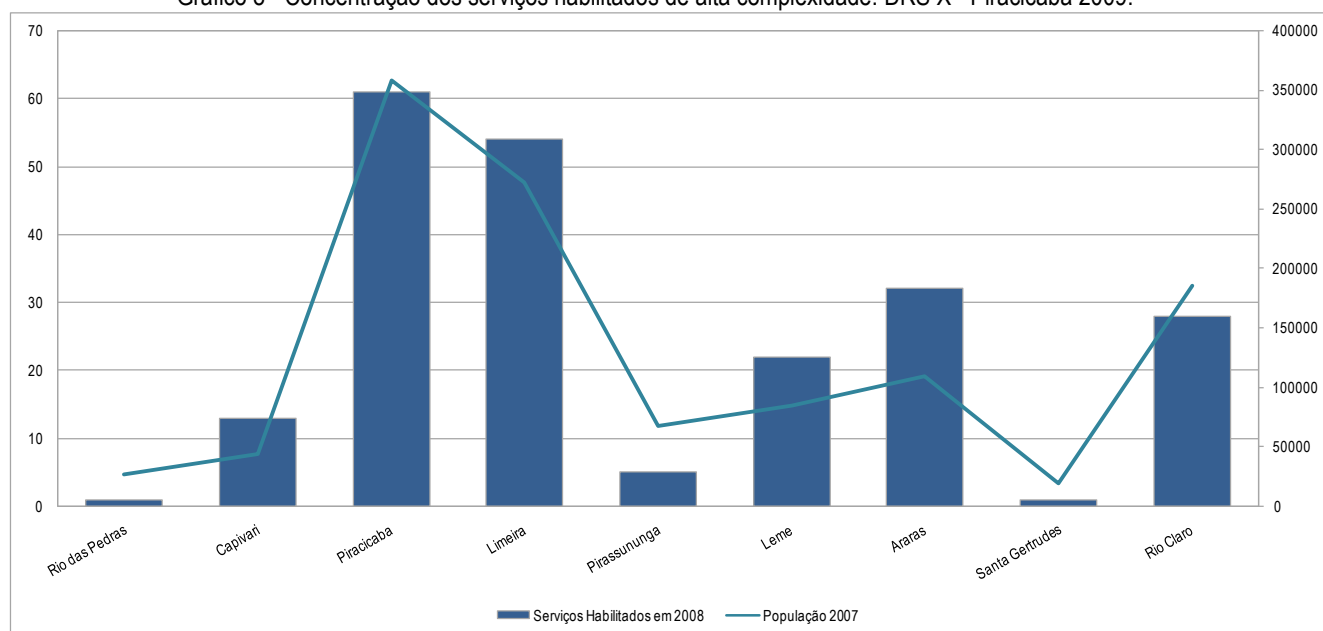
Tabela 34 - Distribuição dos serviços habilitados em Nefrologia e Hemodiálise no DRS X - Piracicaba, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		R Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	S Gertrudes	Rio Claro
1501-Unidade assist alta complexidade nefrologia	5			2			1	1		1
1503-Hemodiálise II	1				1					

Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria

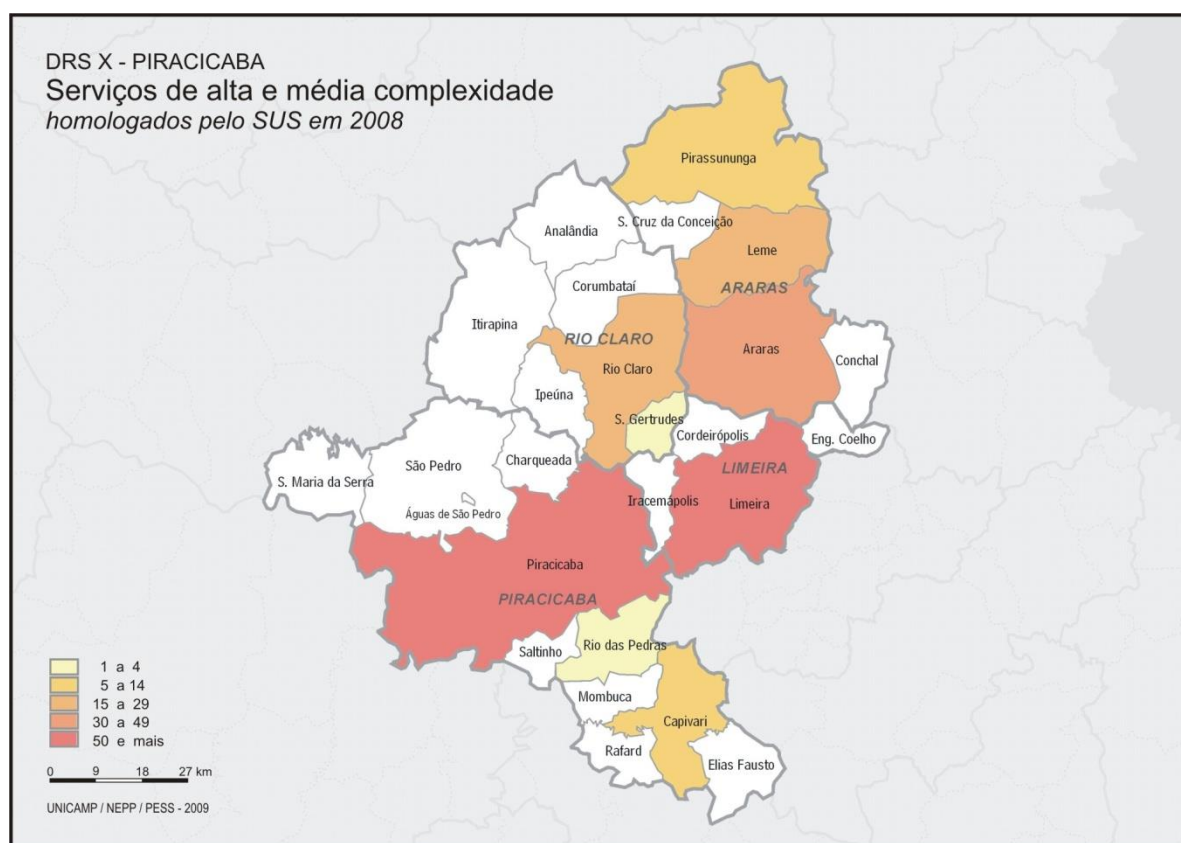
Considerando o conjunto de serviços habilitados (217) no DRS de Piracicaba, observa-se no Gráfico 8 e no Mapa 1 que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de dois municípios polos regionais (Piracicaba e Limeira) e dois polos secundários (Araras e Rio Claro).

Gráfico 8 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade. DRS X - Piracicaba 2009.



Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria

Mapa 1 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade. DRS X - Piracicaba, 2009.



Fonte: MS/ DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Considerando os dados expostos, é possível concluir que a região correspondente ao DRS Piracicaba não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços muito diversificados, falando a favor da necessidade em se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS e do Estado, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção.

3.3.5. Atenção de Alta Complexidade na RS

Além da análise da distribuição e concentração desses serviços no DRS de Piracicaba, dados sobre a produção de procedimentos em áreas selecionadas (hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva) da Região de Saúde Araras mostram importante superprodução desses procedimentos, quando calculada por parâmetros estabelecidos a partir do número de consultas especializadas para 70% da população, conforme estabelecido na Portaria MS 1.101 (Tabela 35).

Nesse aspecto, observa-se que, exceto em hemoterapia e radioterapia que apresenta carência de procedimento tanto na RS quanto no DRS de Piracicaba, nas outras duas áreas, quimioterapia e TRS, a produção concentra-se no Município de Araras, ocorrendo superprodução importante na região de saúde e no DRS.

Aproximadamente 60% dos municípios da região referem, no questionário respondido, que utilizam esses serviços em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas. Quanto a TRS e quimioterapia, cerca de 50% dos municípios referem que oferecem os procedimentos para seus municípios e que são suficientes. Entretanto, muitos desses municípios indicam, contraditoriamente, que utilizam procedimentos em outros municípios e que esses são insuficientes.

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado em parte sem nenhuma referência por 20% dos municípios (01), com algum processo de referência por outros 40% (02) e através de Central de Regulação por 40% (02) dos municípios. Chama atenção o fato de haver procura de procedimentos de Alta Complexidade sem nenhuma referência, o que deve ser melhor investigado, especialmente no município de Araras.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada (100%) e a pactuação no colegiado gestor (40%). Entretanto, na avaliação dos gestores essas pactuações são atendidas com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Ainda no que se refere a esses acordos, 40% dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos em todos os procedimentos acordados.

Chama a atenção, entretanto, o alto percentual de opiniões dos gestores (40%) quanto à demanda espontânea para esses procedimentos, o que deve ser melhor investigado, uma vez que pode estar relacionada a fragilidade dos processos de regulação da demanda.

Tabela 35 - Produção e necessidade de procedimentos de alta complexidade em áreas selecionadas. RS Araras, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade Hemoterapia (4,0%)	Produção Hemoterapia	% Produção em relação à necessidade	Necessidade Terapia Renal Substit.	Produção TRS	% Produção em relação à necessidade
Araras	114.282	199.994	8.000	421	5,26%	4.000	15.649	391,24%
Conchal	24.979	43.713	1.749		0,00%	874		0,00%
Leme	88.315	154.551	6.182		0,00%	3.091		0,00%
Pirassununga	69.468	121.569	4.863		0,00%	2.431		0,00%
S C Conceição	3.936	6.888	276		0,00%	138		0,00%
RS Araras	300.980	526.715	21.069	421	2,00%	10.534	15.649	148,55%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	97.269	69.521	71,47%	48.634	74.459	153,10%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade Quimioterapia (0,18%)	Produção Quimioterapia	% Produção em relação à necessidade	Necessidade Radioterapia (1,22%)	Produção Radioterapia	% Produção em relação à necessidade
Araras	114.282	199.994	360	2.738	760,58%	2.440		0,00%
Conchal	24.979	43.713	79		0,00%	533		0,00%
Leme	88.315	154.551	278		0,00%	1.886		0,00%
Pirassununga	69.468	121.569	219		0,00%	1.483		0,00%
S C Conceição	3.936	6.888	12		0,00%	84		0,00%
RS Araras	300.980	526.715	948	2.738	288,79%	6.426	0	0,00%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	4.377	15.895	363,14%	29.667	69.993	235,93%

Fonte: MS/DATASUS. Parâmetros: PT GM 1101/2002. Produção SIA 2007.

Quanto às dificuldades referentes aos serviços de alta complexidade 80% dos municípios apontam insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda desses serviços. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto pra enfrentamento dos problemas apontados.

Finalizando este tópico, julga-se necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a superprodução de procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para esses serviços. Observa-se também a fragilidade dos processos de regulação neste setor, que devem ser melhor detalhados para sua reorganização.

Conclusões Parciais

Pela análise dos dados sobre Atenção Especializada de Média e Alta complexidade é possível indicar as seguintes tendências:

1. A Região de Saúde Araras caracteriza-se, pela diversidade de especialidades existentes na região com sobreoferta em algumas e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização. Isso contribui para a fragmentação desta assistência. Além disso, torna-se evidente a fragilidade dos processos de regulação na assistência ambulatorial especializada, favorecendo o desequilíbrio na oferta e na alocação das especialidades, o que certamente se reflete em dificuldades de acesso para a população.
2. Na Atenção Especializada Hospitalar, detectou-se um déficit de internações, quando comparadas produção e necessidades, embora o número de leitos SUS existentes permita potencialmente cobrir 100% das necessidades. Nesse sentido, observou-se ainda que 94% dos leitos da Região são privados ou filantrópicos, o que requer a instituição de adequados processos de contratualização e regulação, de modo que esses leitos possam atender às necessidades da região. Sobressai também a fragilidade dos processos de regulação e a ausência de planos regionais.
3. Na Assistência à Urgência e Emergência, é possível observar que a Região possui todos os tipos de equipamentos, sendo o mais frequente a ambulância para remoção e, em segundo

lugar, as Unidades de Pronto Atendimento, isoladas ou acopladas a outras unidades. Chama a atenção, entretanto, o grande volume de consultas nessa área, chegando-se a produzir três vezes mais do que as necessidades preconizadas pelo MS. Observando os municípios da região, essa produção chega a ser 3 vezes maior em cerca de 60% (02) deles. Além disso, é preciso caracterizar com maior precisão as unidades existentes na região de modo a verificar se as mesmas se adéquam à Política Nacional de Assistência às Urgências;

4. Considerando os dados expostos, é possível concluir que a região correspondente ao DRS Piracicaba não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços muito diversificados. Isto evidencia a necessidade de se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS e do estado, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção. Quanto à Atenção de Alta Complexidade, observam-se também superproduções importantes em Terapia Renal Substitutiva, Quimioterapia e Radioterapia, que devem ser melhor investigadas, considerando-se o déficit de consultas e internações especializadas e o excesso de consultas de urgência / emergência. Ressalta-se ainda a necessidade em se elaborar um planejamento desta assistência em âmbito regional.
5. Em termos de polarização, o município de Araras configura-se como grande polo dessa região de saúde.
6. O relacionamento intermunicipal, na Região, ocorre principalmente com base na PPI formalizada e nas pactuações ocorridas no CGR da região, sendo cumpridas na maioria das vezes. Chama atenção, entretanto, a indicação de demandas espontâneas para os serviços de média e alta complexidade.
7. No que se refere ao acesso da população, chama atenção a convivência de encaminhamentos com uso de processos de regulação ao lado de encaminhamentos sem qualquer regulação nas consultas especializadas, nas internações e na média e alta complexidade, o que deve ser melhor investigado.
8. Finalmente, caberia assinalar a ausência de propostas, na maioria dos municípios para enfrentamento das dificuldades e limites detectados na Assistência Especializada.

3.4. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Na avaliação do Apoio Diagnóstico e Terapêutico os dados, apresentados a seguir, foram organizados focando os procedimentos de Alta e Média Complexidade para a RS Araras. Importa destacar também que as respectivas unidades funcionais que realizam esses procedimentos podem estar organizadas em diferentes espaços, incluindo: laboratórios, ambulatórios de especialidade, unidades hospitalares, unidades e centros de alta complexidade.

Por outro lado, os sistemas de informação do SUS estão centrados na produção de procedimentos ou no cadastro de estabelecimentos de saúde, não sendo totalmente adequados à análise com foco em pontos de apoio diagnóstico e terapêutico. Desse modo, neste estudo buscou-se associar dados de produção com informações coletadas junto aos gestores sobre a distribuição, suficiência, acesso e qualidade desses pontos de apoio diagnóstico e terapêutico na Região de Saúde. Foram priorizados nesta análise os procedimentos mais significativos do ponto de vista assistencial, de demanda, de produção e de recursos gastos.

3.4.1. Média e Alta Complexidade

No que se refere à Média Complexidade, a avaliação da produção de exames de Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Radiológicos e Ultrassonográficos (Tabela 36 e Gráfico 9) indicam elevada produção desses exames, exceto em Anatomia Patológica. A superprodução de exames de Patologia Clínica, Radiológicos e Ultrassonográficos é observada tanto no âmbito de cada município quanto da região de saúde e do DRS Piracicaba e, na maioria dos casos, essa produção é mais que o dobro das necessidades calculadas.

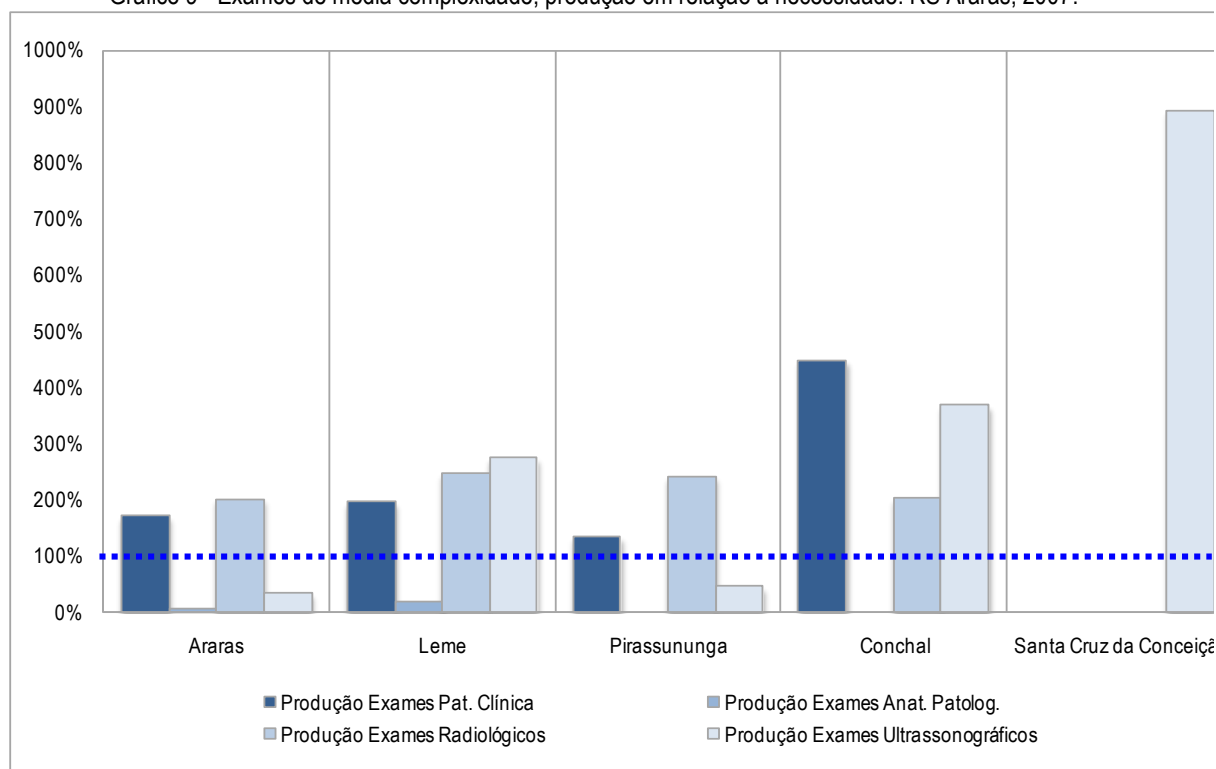
Tabela 36 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Araras, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% população	Necessidade de exames Pat. Clínica (50%)	Produção exames Pat. Clínica	% Produção em relação à necessidade	Necessidade Anátomo Patológico e Citopatologia (2,36%)	Produção exames Anat. Patolog.	% Produção em relação à necessidade
Araras	114.282	199.994	99.997	69.617	169,62%	4.720	19	0,40%
Leme	88.315	154.551	77.276	150.424	194,66%	3.647	632	17,33%
Pirassununga	69.468	121.569	60.785	80.944	133,17%	2.869		0,00%
Conchal	24.979	43.713	21.857	97.441	445,82%	1.032		0,00%
S C Conceição	3.936	6.888	3.444		0,00%	163		0,00%
RS Araras	300.980	526.715	263.358	498.426	189,26%	12.430	651	5,24%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	1.215.859	2.044.628	168,16%	57.389	43.802	76,33%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% população	Necessidade Radiodiagnóstico (8%)	Produção exames Radiológicos	% Produção em relação à necessidade	Necessidade Ultrassonografia (1,5%)	Produção exames Ultrassonográficos	% Produção em relação à necessidade
Araras	114.282	199.994	15.999	31.913	199,46%	3.000	984	32,80%
Leme	88.315	154.551	12.364	30.213	244,36%	2.318	6.345	273,70%
Pirassununga	69.468	121.569	9.726	23.178	238,32%	1.824	805	44,15%
Conchal	24.979	43.713	3.497	7.004	200,28%	656	2.406	366,94%
S C Conceição	3.936	6.888	551		0,00%	103	921	891,41%
RS Araras	300.980	526.715	42.137	92.308	219,07%	7.901	11.461	145,06%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	194.537	432.501	222,32%	36.476	60.805	166,70%

Fonte: MS/DATASUS. Parâmetros: PT GM 1101/2002. Produção SIA 2007

Gráfico 9 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Araras, 2007.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Entretanto, na avaliação dos gestores municipais de saúde há insuficiência de oferta tanto nos próprios municípios quanto em outros municípios, aos quais são encaminhadas as demandas (Tabela 37), principalmente de procedimentos de Mamografia, Ecocardiografia, Ultrassonografia, Endoscopia e RX Contrastado.

Tabela 37 - Opinião dos gestores acerca da suficiência de oferta de procedimentos diagnósticos e compra de exames por iniciativa dos municípios, em percentuais, RS Araras, 2008.

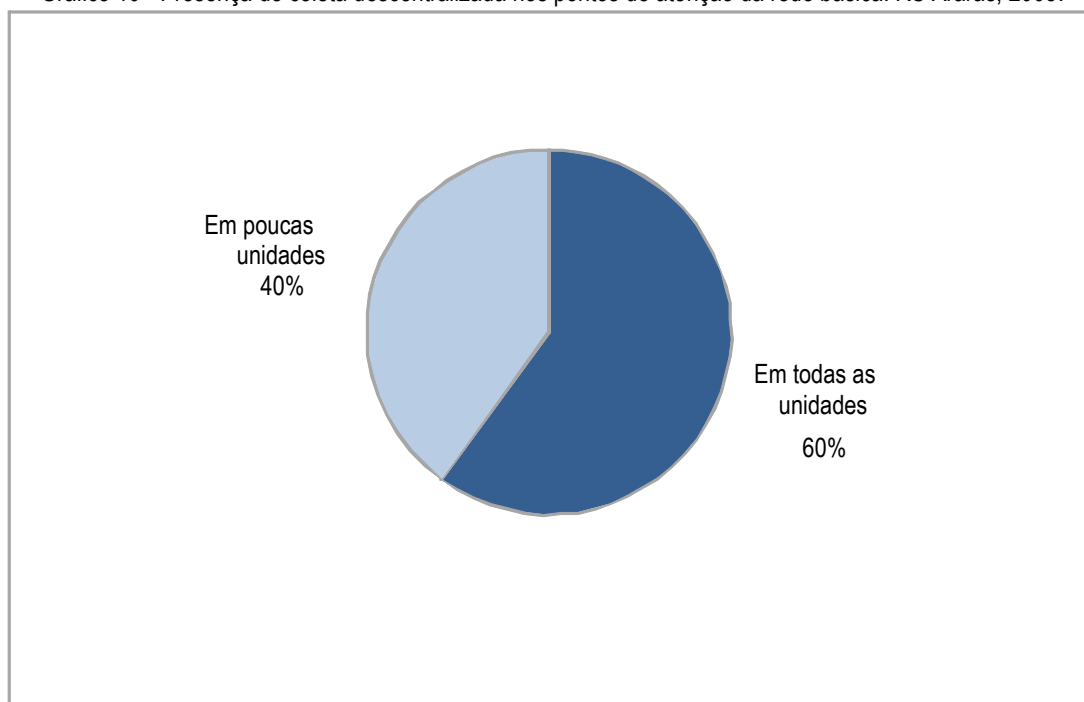
Tipos de Procedimentos	Município oferta com recursos próprios, além da PPI	Oferta Insuficiente		Oferta Suficiente	
		No Município	Em outros Municípios	No Município	Em outros Municípios
Patologia e Análise Clínicas	0,00%	40,00%	0,00%	60,00%	20,00%
Colposcopia	0,00%	20,00%	20,00%	60,00%	0,00%
Ultrassonografia	0,00%	80,00%	0,00%	20,00%	0,00%
RX-simples	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
ECG	0,00%	20,00%	0,00%	80,00%	0,00%
EEG	0,00%	0,00%	40,00%	60,00%	0,00%
Ecocardiografia	20,00%	20,00%	40,00%	20,00%	0,00%
RX-contrastado	20,00%	20,00%	60,00%	20,00%	0,00%
Mamografia	20,00%	20,00%	20,00%	40,00%	20,00%
Endoscopia (colonoscopia, EDA, retossig, e outros)	40,00%	60,00%	20,00%	20,00%	0,00%

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Em função da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os municípios da RS Araras acabam financiando a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI, especialmente de Ecocardiografia, RX contrastado, Mamografia e Endoscopia.

No que se refere ao acesso aos exames, dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que em 60% (3) dos municípios existe coleta descentralizada em todos os Pontos de Atenção da Rede Básica (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Presença de coleta descentralizada nos pontos de atenção da rede básica. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto ao envio dos resultados dos exames, os gestores consideram adequado esse processo em relação aos seguintes exames: a) mais de 80% dos gestores consideram adequado o processo de envio dos exames de Patologia e Análises Clínicas, Colposcopia, Ultrassonografia e Mamografia; e b) cerca de 60% dos gestores consideram adequado o envio de exames de Endoscopia, Ecocardiografia, Rx Simples e Contrastado, ECG e CEG. No que se refere ao acesso aos exames mais de 80% dos gestores consideram que não há dificuldades, exceto para os exames de Endoscopia, Ecocardiografia e EEG, nos quais 50% dos gestores referem dificuldades de acesso. Por outro lado mais de 100% desses gestores indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta desses exames. Entretanto, a maioria dos municípios não indica qualquer projeto para resolver as dificuldades apontadas e

apenas Pirassununga indica a proposta de centralizar a realização dos exames na Santa Casa e descentralizar a coleta nos serviços.

A avaliação deste conjunto de dados aponta para a necessidade de aprofundar a análise, na medida em que se detecta uma grande inadequação entre necessidades, demandas e produção de exames, especialmente porque já é de conhecimento geral a distorção existente de elevada solicitação de exames, que na sua maioria possuem resultados normais, situação que ocorre devido à inadequada abordagem clínica pelos profissionais de saúde.

A análise da produção dos exames de Alta Complexidade - incluindo tomografia, ressonância, radiologia intervencionista, medicina nuclear e hemodinâmica na RS Araras - mostra superprodução em Hemodinâmica e Tomografia quando comparados com o cálculo de necessidades para 70% da população. Por outro lado, os exames de Ressonância, Medicina Nuclear e Radiologia Intervencionista não exibem produção na região.

Em torno de 90% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que os procedimentos de tomografia e radiologia Intervencionista são ofertados pelos municípios. Contraditoriamente, esses municípios também referem que ofertam exames de Medicina Nuclear, o que deve ser melhor investigado, dada a ausência de produção no SUS.

O acesso a outros municípios é realizado em parte sem nenhuma referência por 20% dos municípios (1), com algum processo de referência por outros 40% (2) e através de Central de Regulação por 40% (2) dos municípios. Chama a atenção o fato de haver procura de procedimentos de Alta Complexidade sem nenhuma referência, o que deve ser investigado, especialmente no município de Araras.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada e a pactuação no colegiado gestor. Através da análise das respostas dos questionários, pode-se observar que os gestores afirmam respeitar com maior frequência as pactuações nos encaminhamentos para outros municípios referindo, porém, que quando recebem encaminhamentos essas pactuações são respeitadas com menos frequência. Ainda no que se refere a esses acordos, 45% dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos na maioria dos procedimentos pactuados.

Tabela 38 - Produção e necessidade de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade. RS Araras, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade exames de Tomografia (0,20%)	Produção exames Tomografia	% Produção em relação à necessidade	Necessidade exames Ressonância (0,04%)	Produção exames Ressonância	% Produção em relação à necessidade
Araras	114.282	199.994	400	1.075	268,76%	80		0,00%
Conchal	24.979	43.713	87		0,00%	17		0,00%
Leme	88.315	154.551	309	638	206,40%	62		0,00%
Pirassununga	69.468	121.569	243	456	187,55%	49		0,00%
S C Conceição	3.936	6.888	14		0,00%	3		0,00%
RS Araras	300.980	526.715	1.053	2.169	205,90%	211	0	0,00%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	4.863	11.436	235,14%	973	2.883	296,40%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade exames Radiol. Interv. (0,01%)	Produção exames Radiol. Interv.	% Produção em relação à necessidade	Necessidade exames Medicina Nuclear (0,14%)	Produção exames Medicina Nuclear	% Produção em relação à necessidade
Araras	114.282	199.994	20		0,00%	280		0,00%
Conchal	24.979	43.713	4		0,00%	61		0,00%
Leme	88.315	154.551	15		0,00%	216		0,00%
Pirassununga	69.468	121.569	12		0,00%	170		0,00%
S C Conceição	3.936	6.888	1		0,00%	10		0,00%
RS Araras	300.980	526.715	53	0	0,00%	737	0	0,00%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	243	154	63,33%	3.404	3.932	115,50%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade exames Hemodinâmica (0,03%)	Produção exames Hemodinâmica	% Produção em relação à necessidade
Araras	114.282	199.994	60	345	575,02%
Conchal	24.979	43.713	13		0,00%
Leme	88.315	154.551	46		0,00%
Pirassununga	69.468	121.569	36		0,00%
S C Conceição	3.936	6.888	2		0,00%
RS Araras	300.980	526.715	158	345	218,33%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	730	1.512	207,26%

Fonte: MS/DATASUS. Parâmetros: PT GM 1101/2002. Produção SIA 2007

Chama a atenção, no entanto, a indicação de 40% dos gestores da existência de demanda espontânea para esses procedimentos que deve ser avaliada considerando que se trata de exames de alta complexidade.

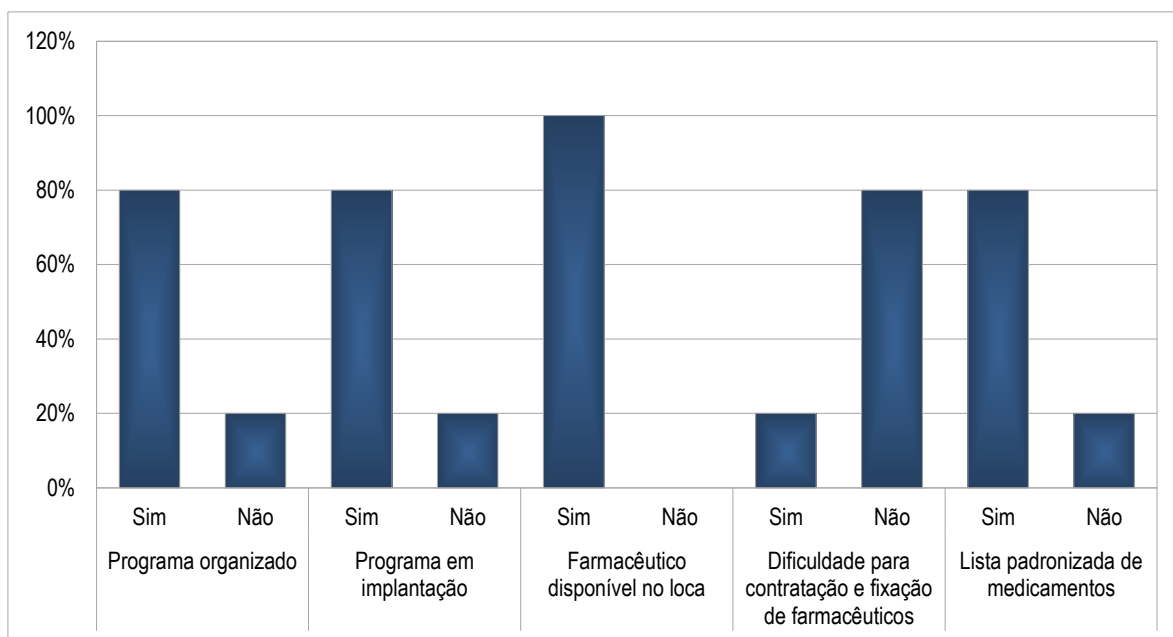
No que diz respeito às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade 60% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda desses serviços. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto para o enfrentamento dos problemas apontados.

Finalizando este tópico, julga-se necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a superprodução de parte dos procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para esses serviços.

3.4.2. Assistência Farmacêutica

A assistência Farmacêutica esta organizada como programa em 80% dos municípios da RS Araras (Gráfico 11), estando em implantação ainda em 80% deles. Todos possuem farmacêutico disponível, sem dificuldades para contratação e fixação desse profissional. Todos os municípios referem possuir lista padronizada de medicamentos.

Gráfico 11 - Caracterização do programa de Assistência Farmacêutica. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto às responsabilidades assumidas pelos municípios, na assistência farmacêutica, pode ser observado no Quadro 1 que o entendimento e as responsabilidades indicadas pelos gestores municipais são muito variadas e demonstram pouca compreensão a respeito do assunto, na medida em que são indicadas responsabilidades pontuais e também processos de trabalho.

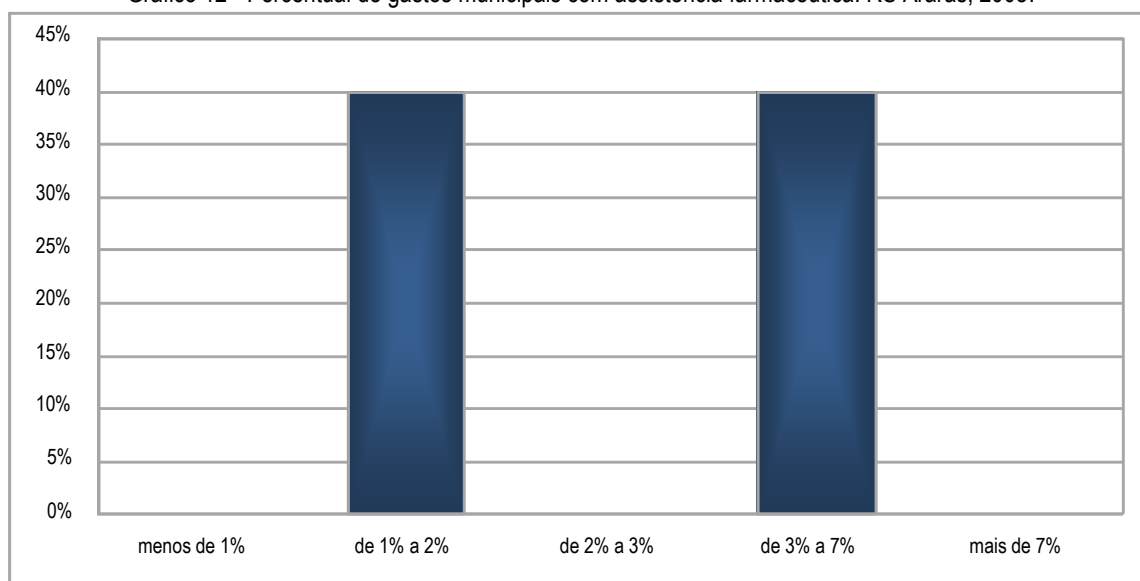
Quadro 1 - Responsabilidades assumidas na assistência farmacêutica, segundo gestores municipais. RS Araras, 2008.

Municípios	Responsabilidades assumidas
Araras	Distribuição de medicamentos.
Conchal	Temos uma listagem de medicamentos de administração e dispensação que atendem as demandas clínicas básicas e para algumas especialidades. Possuímos também um programa para medicamentos que não estão nesta padronização.
Leme	Distribuição de medicamentos de alto custo com inspeção de DRS.
Pirassununga	Convênio com a DRS-X para dispensação de Medicamentos Excepcionais no município; Existência de polo de DST-Aids com presença de farmacêutico e início de assistência farmacêutica; Supervisão Farmacêutica nas Unidades de Saúde da Família no esquema de 3 unidades para 1 farmacêutico; Presença de Farmacêutico exclusivo para a VISA municipal.
S C Conceição	Distribuição de medicamentos básicos.

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Os gastos com a Assistência Farmacêutica, indicados pelos gestores municipais, localizam-se em duas faixas bem definidas: 40% referem gastar de 1% a 2% do orçamento em saúde e 40% referem gastar de 3% a 7% (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentual de gastos municipais com assistência farmacêutica. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto às dificuldades apontadas para a assistência farmacêutica, 60% dos municípios referem a falta de Recursos Humanos ao lado de indicações isoladas de ausência de protocolos, locais inadequados para armazenamento e de dispensação e, excesso de demanda.

Com relação às propostas elaboradas para enfrentamento d essas dificuldades, 60% dos municípios não possuem propostas, outros 20% indicam a necessidade de contratação de recursos humanos.

Conclusões Parciais

A avaliação do conjunto aponta para a necessidade de detalhamento dos dados apresentados, bem como para o desenvolvimento de novos processos de gestão em âmbito regional, incluindo:

1. Aprofundamento da análise da produção de exames de média complexidade, na medida em que se detecta uma profunda inadequação entre necessidades, demandas e produção de exames. Além disso, é necessário ampliar a coleta de exames nas unidades básicas de saúde, bem como melhorar os processos de envio de resultados de vários procedimentos.
2. Quanto aos exames de alta complexidade é necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a superprodução de procedimentos, realizados na região e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para tais serviços. Observa-se, também, a fragilidade dos processos de regulação e a ausência de planejamento com enfoque regional.
3. No que se refere à Assistência Farmacêutica, apesar de a maioria dos gestores indicarem que possuem programas, ainda encontram-se em fase de implantação. Por outro lado, o entendimento das suas responsabilidades, indicadas pelos gestores, permite afirmar que falta uma abordagem mais estratégica na área, estando ausente também uma abordagem regional, no que se refere aos medicamentos de alto custo. Além disso, a maioria dos municípios possuem gastos elevados com medicamentos que deve ser melhor avaliado.

3.5. Apoio Logístico

O sistema de apoio logístico deve ser visto como elemento essencial para o desenvolvimento do sistema de saúde.

Seus vários componentes devem ser observados na análise dos sistemas de saúde, tendo em vista particularmente sua importância na conformação de Redes Regionais de Atenção à Saúde. Neste estudo, buscou-se identificar os seguintes aspectos: as características do transporte sanitário de pacientes; o transporte sanitário de resíduos hospitalares; os processos de gestão de insumos farmacêuticos; processos de gestão de outros materiais e insumos; central de marcação; grau de informatização do SUS, abordando a capacidade instalada; grau de informatização e integração dos sistemas existentes e outros sistemas informatizados.

3.5.1. Transporte Sanitário de Pacientes

Observou-se que todos os municípios da RS Araras possuem transporte sanitário de pacientes, notando-se uma diversificação nos meios de locomoção utilizados: ambulâncias, ônibus e microônibus. A responsabilidade por esse sistema de transporte nessa região é dividido entre Secretarias Municipais de Saúde e Prefeituras Municipais.

Na entrevista realizada junto aos membros do Colegiado de Gestão Regional de Araras, os gestores apontaram duas fragilidades presentes no transporte sanitário da Região: o transporte de pacientes para outros municípios de forma individualizada, e a precariedade do transporte de pacientes por ambulância. Na Região, não há pactuação ou outra forma de acordo entre os municípios. O número de pacientes transportados por dia varia bastante na Região, como mostra a Tabela 39.

Tabela 39 - Transporte de pacientes por dia, por municípios. RS Araras, 2008.

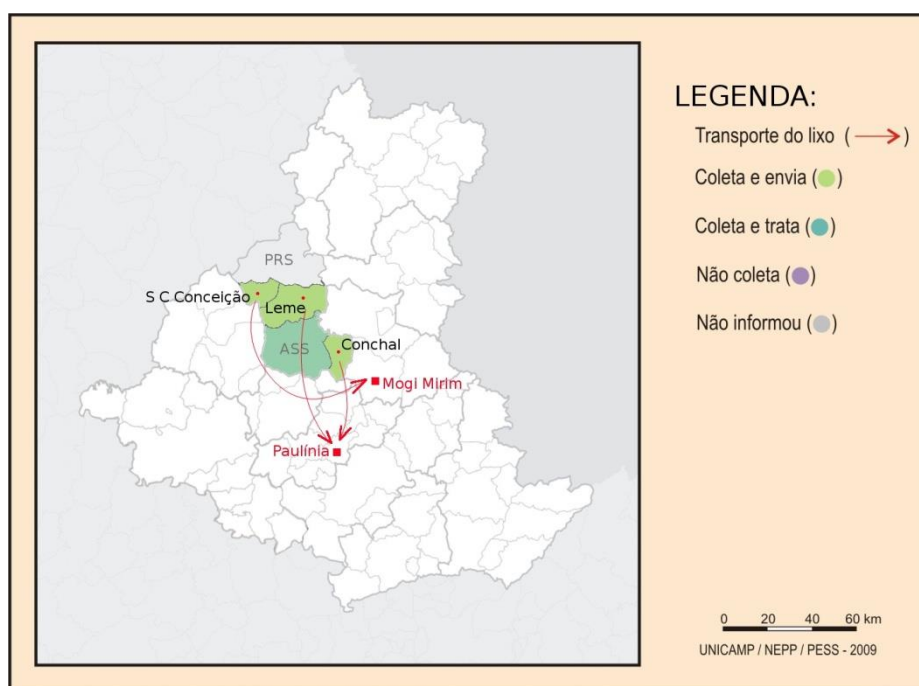
Municípios	Número de pacientes transportados por dia		
	11 a 20	21 a 50	51 a 100
Araras		x	
Conchal		x	
Leme			x
Pirassununga			x
Santa Cruz da Conceição	x		

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

3.5.2. Transporte Sanitário de Resíduos de Serviços de Saúde

Observou-se que a coleta de resíduos hospitalares, em quatro municípios, é realizada por empresa contratada, e em um município, pela própria prefeitura. Esses resíduos são normalmente encaminhados para outros municípios do Estado, conforme o Mapa 2.

Mapa 2 - Destino do transporte de resíduo hospitalar. RS de Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

3.5.3. Processos de Gestão de Insumos Farmacêuticos

Os processos identificados, através deste estudo, relacionados à gestão de insumos farmacêuticos, apresentam-se na Tabela 40.

Tabela 40 - Atividades da gestão de insumos farmacêuticos realizadas por número de municípios. RS Araras, 2008.

Atividades	Nº de municípios
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	5
Dispensação de medicamentos	5
Padronização de lista de medicamentos além da RENAME	4
Planejamento de compras de curto prazo	4
Planejamento de compras de médio prazo	4
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	4
Realização de processos de licitação e compra	3
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos	3

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Pode-se observar que os processos de armazenamento, dispensação e distribuição dos medicamentos são referidos por todos os municípios dessa Região.

Analisando-se os processos de informatização relacionados à assistência farmacêutica, verifica-se que, na região, dois dos cinco municípios contam com sistemas informatizados para o controle de dispensação de medicamentos; um município para distribuição de medicamentos e um para controle de estoque, conforme Tabela 41. Dos sistemas apresentados nenhum possui controle dos medicamentos com código de barras.

Tabela 41 - Informatização de processos da Assistência Farmacêutica por número de municípios.
RS Araras, 2008.

Controle de estoque sem estoque mínimo	Controle da distribuição de medicamentos para as unidades de saúde	Controle da dispensação de medicamentos
1	1	2

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

3.5.4. Processos de Gestão de Materiais e Insumos

Com relação à estrutura e processos referentes à gestão de materiais e insumos na RS Araras, verifica-se que quatro secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por esse processo e uma indica a não existência do processo, conforme Tabela 42.

Tabela 42 - Existência de estrutura e processos de gestão de materiais e insumos nas Secretarias Municipais de Saúde. RS Araras, 2008.

Municípios	Sim	Não
Araras		x
Leme	x	
Pirassununga	x	
Conchal	x	
Santa Cruz da Conceição	x	
Total	4	1

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Quanto à adequação e constituição da equipe profissional para a gestão de materiais e insumos, dois municípios da região afirmam que tal composição está adequada, e dois a avaliam como não adequada. As atividades mais desenvolvidas estão relacionadas aos processos de levantamento de necessidades e controle de estoques. O processo menos desenvolvido é o de padronização da descrição de materiais e distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço, conforme Tabela 43.

Tabela 43 - Processos de gestão de materiais e insumos por número de municípios. RS Araras, 2008.

Processos	Nº de municípios
Levantamento de necessidades	4
Controle de estoques	4
Planejamento de compras de curto prazo	3
Realização de processos de licitação e compra	3
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	3
Padronização da descrição de materiais	1
Distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço	1

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Sobre a informatização da gestão de materiais e insumos, três municípios referem possuir sistema de gestão de materiais e insumos implantado e um refere ter um controle local com planilha eletrônica.

3.5.5. Central de Marcação

Em relação às Centrais de Marcação, dois municípios da RS Araras apresentam como característica predominante a comunicação por telefone. Apenas um município informa possuir equipe suficiente e qualificada (Tabela 44).

Tabela 44 - Características da Central de Marcação, por município. RS Araras, 2008.

Características	Araras	Leme	Pirassununga	Conchal	S C Conceição
Possui sistema de comunicação telefônica com as unidades de saúde	x			x	
Está integrada às unidades de saúde por meio de sistema informatizado on-line					
Possui apoio de sistema informatizado para marcação					
Possui equipe suficiente e qualificada					x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

As atividades desenvolvidas por essas Centrais de Marcação são apresentadas na Tabela 45 indicando o número de municípios que as realizam.

Tabela 45 - Tipo de marcação desenvolvida por essas Centrais e número de municípios que as realizam. RS Araras, 2008.

	Consulta de especialidades	Exames de laboratório clínico	Exames gráficos	Exames de imagem	Exames de patologia	Internações
Nº de municípios	3	3	3	3	3	2

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Cabe destacar, na RS Araras, a fragilidade na utilização das Centrais de Marcação como ponto de apoio logístico para a regulação do acesso.

3.5.6. Informatização

Os dados deste estudo mostram que, na RS Araras, três municípios contam com sistemas de saúde informatizados e dois afirmam não possuí-lo, conforme as respostas dos gestores municipais ao questionário da pesquisa (Tabela 46).

Tabela 46 - Municípios com sistema informatizado de saúde. RS Araras, 2008.

Municípios	Sim	Não
Araras	x	
Leme	x	
Pirassununga		x
Conchal	x	
Santa Cruz da Conceição		x
Total	3	2

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Nos três municípios que possuem processos informatizados, tal sistema está concentrado na rede de atenção básica e na ambulatorial. Dentre os dois municípios que afirmam não possuir sistema informatizado, um município definiu a arquitetura do sistema que será implantado brevemente; o outro tem realizado levantamento e visitas a outras secretarias municipais de saúde para conhecer a experiência.

- **Capacidade Instalada**

No que se refere ao número de computadores a maioria dos municípios (três) possui até cinquenta computadores destinados ao SUS. Nesse aspecto, aponta-se a necessidade de análise representativa desse quantitativo em cada município.

Cinco municípios referem possuir até 50% de seus computadores em rede, conforme Tabela 47.

Tabela 47 - Quantidade de equipamentos e percentual de computadores em rede por número de municípios. RS Araras, 2008.

Nº de municípios	Quantidade de computadores existentes				Percentual de computadores em rede			
	até 10	de 11 a 50	de 51 a 200	acima de 200	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
	1	2	2	0	3	2	0	0

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

● Sistema Informatizado Integrado

Na Tabela 48, visualiza-se que todos os municípios da Região que possuem sistema informatizado utilizam o sistema operacional Windows®. Em relação ao banco de dados, dois municípios utilizam SQL Server®, um utiliza MySQL® e um utiliza outro tipo de banco de dados; a forma de acesso descrita por um dos municípios é o via Web, acessível a partir de qualquer computador conectado à internet e por três municípios por rede interna de computadores.

Tabela 48 - Características dos sistemas utilizados por número de municípios. RS Araras, 2008.

Sistema Operacional	Banco de dados utilizado			Forma de acesso	
	SQL Server	MySQL	Outro	via Web	via rede interna
Windows	2	1	1	1	3

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Quanto à existência de um sistema informatizado integrado para organização do serviço de saúde, pode-se observar que quatro municípios referem utilizar software desenvolvido por empresas terceirizadas. Os usuários do sistema são identificados por um cartão com número e nome do usuário.

Sobre os processos de atendimento informatizados, o agendamento local e a marcação de procedimentos são os de maior frequência, conforme Tabela 49.

Tabela 49 - Processos de atendimento informatizados por número de municípios. RS Araras, 2008.

Processos	Número de municípios
Agendamento local	4
Exames e/ou procedimentos realizados	2
Prescrição médica	1
Dispensação de medicamentos	1
Encaminhamentos	1
Registro dos diagnósticos	1
Agendamento externo	1

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Embora existam acessos a consultas e aos relatórios informatizados disponíveis, conforme mostra a Tabela 50, a quantidade reduzida desses relatórios não favorece a disponibilização de informações para o planejamento.

Tabela 50 - Consultas e Relatórios informatizados por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Por serviço de saúde	Por processos de atendimento	Por diagnóstico	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários	Por risco dos usuários	SIAB
Araras	x	x					
Conchal	x	x					
Leme	x						
Pirassununga*	x	x	x	x	x	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

* Pirassununga implantará brevemente seus consultas e relatórios do sistema.

Dados obtidos neste estudo mostram que a maioria dos cinco municípios da Região apresenta prontuários em papel. Nenhum município da RS Araras afirma utilizar prontuário eletrônico.

Nessa Região, encontram-se prontuários somente em papel, o que pode ocasionar a falta de controle sobre o uso desse instrumento. Outra característica é o uso do cartão de identificação contendo o número e o nome do usuário, de abrangência intramunicipal em todos os municípios. Segundo a entrevista realizada com o Colegiado de Gestão Regional de Araras foi relatado que todos municípios dessa região utilizam o Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS).

- **Grau de Informatização**

Na RS Araras, existem seis hospitais vinculados ao SUS localizados nos seguintes municípios: Conchal, Leme, Pirassununga e Araras, sendo três hospitais neste último município. Analisando o percentual de informatização hospitalar, observou-se uma grande variabilidade, cujos dados são apresentados na Tabela 51.

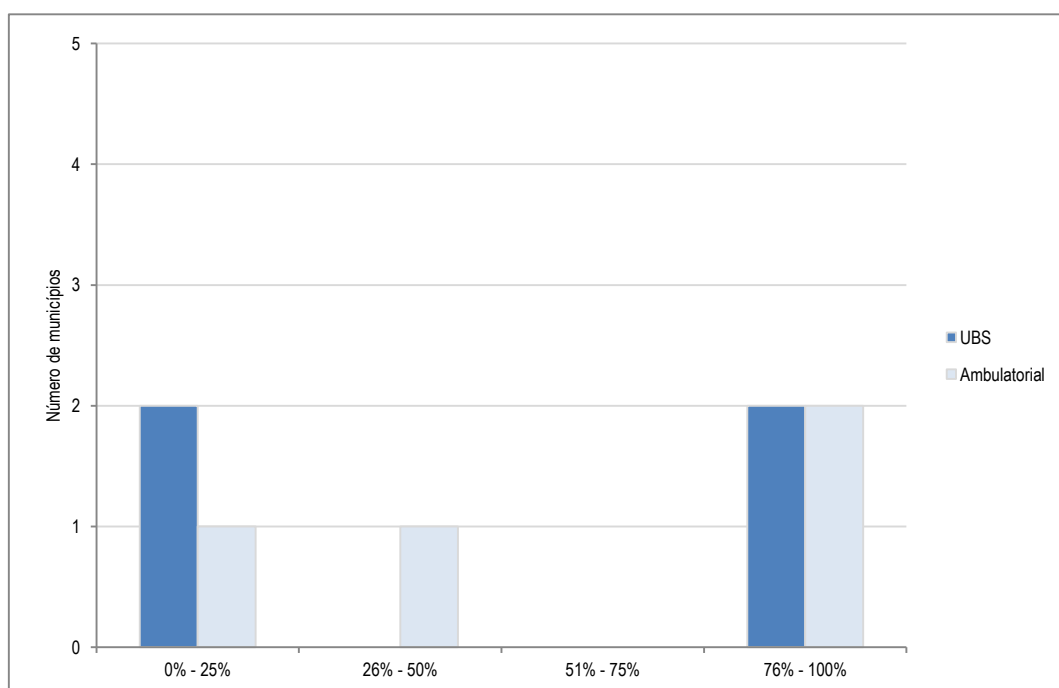
Tabela 51 - Percentual de informatização das unidades hospitalares conveniadas ao SUS, por municípios.RS Araras, 2008.

Municípios	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
Araras	x			
Leme	x			
Pirassununga				x
Conchal				x
Santa Cruz da Conceição				

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

O Gráfico 13 apresenta o nível de informatização das unidades básicas de saúde, que está dividido entre as faixas de 0 % a 25% e 76% a 100% na RS Araras. Já nas unidades ambulatoriais, a Região apresenta um grau de informatização variado.

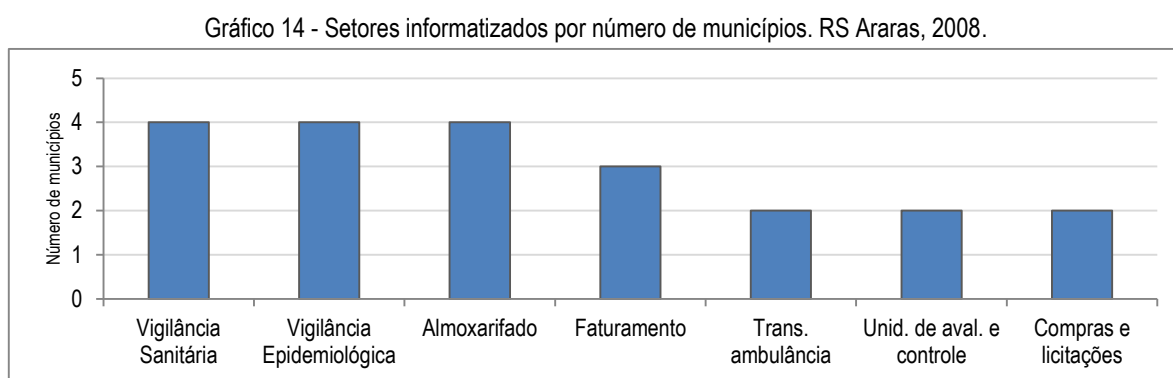
Gráfico 13 - Comparação do percentual de informatização das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Ambulatoriais. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

● Outros Sistemas Informatizados

Sobre os outros setores informatizados (Gráfico 14), é possível inferir que, na Região, os setores de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e o almoxarifado são os mais informatizados. Como se sabe, a informatização da vigilância epidemiológica traz benefícios, tanto para a notificação de casos, como para a criação de um ambiente colaborativo para a definição de ações e condutas em saúde.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Conclusões Parciais

Analisando o sistema logístico da RS Araras, observam-se iniciativas importantes, porém com possibilidades de melhorias, no que diz respeito à racionalização de recursos, a partir de uma maior integração dos municípios.

O compartilhamento do sistema de transporte sanitário de pacientes, bem como um novo fluxo regional para a coleta e o transporte de resíduos hospitalares na Região poderão proporcionar a racionalização desse sistema, uma vez que propicia a otimização de recursos e a redução de riscos.

Nessa perspectiva, a avaliação do potencial do sistema de apoio logístico dos sistemas regionais de saúde é tarefa fundamental para assegurar a qualidade do processo de reordenação e qualificação do SUS Regional.

3.6. Gestão do SUS

Nesse momento em que o SUS avança para a estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde como parte do processo de regionalização, faz-se necessário enfatizar a reorganização da gestão regional, em que pesem as regiões de saúde não se constituírem em entes federados autônomos.

Através deste estudo, buscou-se identificar as fortalezas e as fragilidades presentes tanto nos processos de gestão regional que ora se estruturam, como aquelas relacionadas aos sistemas de gestão municipal e estadual, considerando que tais sistemas interferem diretamente na conformação/estruturação do sistema de gestão regional, tendo em vista a natureza da gestão tripartite do SUS.

3.6.1 Gestão Regional do SUS

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do *Pacto de Gestão*. Para qualificar o processo de regionalização, foram instituídos os Colegiados de Gestão Regional – CGR que tem como suas principais atribuições: a) instituir um processo de planejamento regional; b) atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; c) elaborar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos e d) priorizar as linhas de investimento³⁵.

O Colegiado de Gestão Regional da Região de Saúde Araras encontra-se em processo de estruturação e de aprimoramento da sua atuação enquanto instância de gestão regional.

Buscou-se, nesta etapa do estudo, avaliar a percepção dos membros do CGR de Araras sobre o processo de regionalização no Estado de São Paulo, bem como a análise sobre suas atribuições.

No que diz respeito ao entendimento sobre o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo, os membros do colegiado entrevistados avaliam que, através do CGR, o grupo passou a discutir problemas com uma visão mais regional do que municipal. Segundo eles *“houve um processo de quebra de alguns paradigmas. O olhar individualizado passou a ser regional por parte dos técnicos, mas por parte dos gestores isso ainda não aconteceu”*.

Quanto à configuração das regiões de saúde, a maior parte dos membros do Colegiado, acredita que a configuração definida é adequada, pois o novo desenho regional respeitou a

³⁵ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. - Pacto de Gestão

mesma composição da antiga configuração da microrregião. Por outro lado, uma dificuldade explicitada diz respeito à distância existente entre os municípios.

Quanto à dinâmica de trabalho do CGR, foi avaliado que as reuniões são resolutivas e que as pautas das sessões são pertinentes, já que os assuntos são bastante relevantes e apresentam uma visão bem regionalizada.

No que diz respeito à periodicidade das reuniões, a maior parte dos membros do CGR a avalia como suficiente, considerando adequada a coordenação dessas reuniões. Além disso, foi avaliada satisfatória a participação dos membros nas reuniões, com a ressalva de que essa participação se refere somente à presença de técnicos, já que os gestores municipais de saúde são ausentes. Nesse sentido, os membros do Colegiado afirmam que *“os gestores ainda não entenderam que esse espaço não é só técnico, mas também político”*. Ainda segundo eles *“as discussões que deveriam acontecer na Câmara Técnica acabam acontecendo nas reuniões do Colegiado pela ausência dos gestores”*. Cabe ressaltar novamente, que os Colegiados de Gestão Regional são instâncias gestoras criadas recentemente e se encontram em fase de apropriação do seu papel, bem como em processo de ajustes da sua dinâmica de trabalho.

No que diz respeito à atuação da SES-SP no processo de Regionalização do SUS, os gestores apontaram dois aspectos, sendo um positivo e o outro negativo. O primeiro se refere ao fato de eles considerarem que o Estado está mais presente hoje do que no passado. Entretanto, segundo os gestores entrevistados, a relação da Secretaria Estadual da Saúde com os municípios ainda é muito confusa e as decisões acabam vindo sempre de *“cima para baixo”* Quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação dos gestores é positiva, já que o departamento vem apoiando os municípios no processo de regionalização. Vale a pena, entretanto, destacar algumas falas dos membros do colegiado dessa Região sobre a atuação do DRS:

- *“Às vezes os técnicos do DRS não podem nos socorrer devido à falta de informação da SES”*.
- *“Desde a implantação do Colegiado, o acesso ao DRS melhorou muito, dando maior apoio aos municípios”*.

Quanto aos mecanismos de articulação regional, foram relatadas as seguintes facilidades:

- *“A boa comunicação com o DRS.”*
- *“A possibilidade de negociar em conjunto alguns serviços, como por exemplo, o atendimento hospitalar”*.

A grande fragilidade apontada se refere à ausência dos gestores nas reuniões dos Colegiados.

Quanto à formulação da Programação Pactuada Integrada, os gestores referem que esse processo possibilitou “*olhar a região e conhecer as realidades municipais*”. Também consideram que o processo foi muito trabalhoso.

No que se refere ao processo de planejamento regional, ressalta-se mais uma vez que esta é uma das principais atribuições dos CGR. Segundo o *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*:

”A função do planejamento regional é acompanhar, planejar, monitorar, capacitar e assessorar as regiões do Estado nas ações consideradas prioritárias para o aprimoramento do SUS, avaliando, inclusive, a qualidade e resolubilidade da Atenção Básica nos municípios e o desempenho dos sistemas municipais, para a correção de desvios e estímulo das ações adequadas. O planejamento regional deve contribuir para maior racionalidade e eficiência do sistema, buscando a inversão da lógica de gastos dos recursos de saúde segundo a oferta para a de necessidade”.

3.6.2 Gestão do SUS nos Municípios da Região de Saúde Araras

Conforme explicitado anteriormente, para a análise do sistema de gestão regional, privilegiou-se também uma avaliação dos aspectos relacionados aos sistemas de gestão municipal do SUS, considerando sua relação direta na conformação das redes regionais de atenção à saúde. Dessa forma, buscou-se aqui analisar os aspectos relacionados à formação dos gestores municipais de saúde; às estruturas organizacionais das secretarias municipais de saúde e as organizações voltadas ao apoio à gestão; os processos e instrumentos de planejamento e gestão; a avaliação e controle do SUS; o financiamento da saúde; a gestão de recursos humanos e, finalmente, o controle social.

- **Formação dos Gestores Municipais de Saúde**

Deve-se destacar que o SUS foi imprimindo gradativamente aos municípios brasileiros um conjunto de novas responsabilidades. Dessa forma, o trabalho em saúde desenvolvido sob a responsabilidade desses entes federados acabou por gerar novas demandas as secretarias municipais de saúde. Assim sendo, os gestores municipais em saúde devem estar preparados para atender aos desafios cotidianamente colocados.

No que se refere à formação dos secretários municipais de saúde da RS Araras, observou-se que 4 gestores (80%) têm formação na área da saúde e 1 deles (20%) tem formação em outras áreas do conhecimento, como educação, administração, direito, entre outras. Dentre os 4 profissionais com graduação em cursos da área da saúde, 2 têm formação específica em Saúde Pública.

- **Estruturas Organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde e Organizações Voltadas ao Apoio e Gestão Municipal**

As estruturas organizacionais das secretarias municipais de saúde da RS Araras são avaliadas por 3 dos gestores municipais (60%) como totalmente adequadas e 1 deles (40%) as avalia como parcialmente inadequadas. Nesse sentido, um dos municípios da Região cita que *“há provimento de médicos e dentistas por meio de cargos em comissão”*. Outro município refere que a *“estrutura organizacional se ressentida da falta de uma unidade de avaliação e controle e da falta de recursos humanos qualificados para os processos de gestão”*.

Ainda segundo informações obtidas através do questionário, nenhum dos municípios da Região faz parte de consórcio municipal de saúde. Apenas o município de Araras utiliza outros tipos de organizações de apoio à gestão, como ONG, com o propósito de apoiar a secretaria no desenvolvimento de suas atividades. O município de Pirassununga não respondeu a essa questão.

- **Gerenciamento das Unidades de Saúde**

Um fator que contribui para o monitoramento e avaliação das atividades realizadas nos serviços de saúde é a existência de gerentes de unidades de saúde. Na RS Araras, 3 dos municípios (60%) afirmam possuir gerência nas unidades de saúde. Desse total, apenas 1 município relata a existência de gerentes em todas as unidades de saúde.

Quanto aos aspectos considerados para a escolha dos gerentes de unidades de saúde, os gestores municipais apontaram os seguintes, de acordo com a Tabela 52.

Tabela 52 - Aspectos considerados para escolha de gerentes de unidade, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Carga horária profissional	Profissional de nível superior	Profissional concursado	Exigência de formação em Saúde Pública	Outras
Araras					
Conchal		x			
Leme	x	x			
Pirassununga					
S C Conceição		x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Dentre os 3 municípios que apresentam gerentes em unidades de saúde, 2 municípios apontam a existência de remuneração diferenciada para essa função.

- **Processos e Instrumentos de Planejamento e Gestão**

No âmbito da gestão do SUS municipal, este estudo buscou avaliar os processos e instrumentos de planejamento e gestão do SUS existentes nos municípios da região, a partir das bases constitucionais e legais do planejamento em saúde.

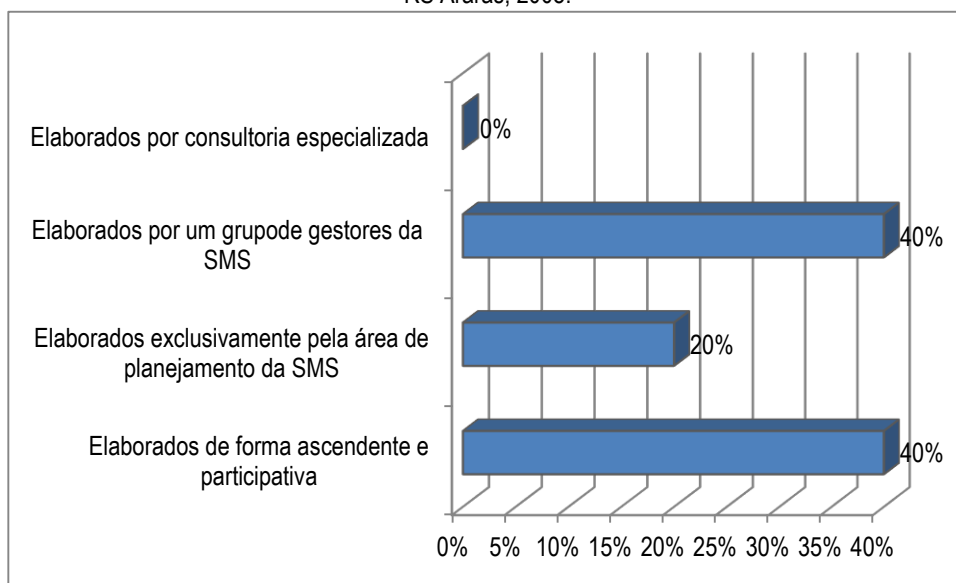
O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)³⁶ representa uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de governo. O SUS pressupõe que cada esfera realize o seu planejamento, buscando articular entre si os respectivos planos de saúde, a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do Sistema e, ao mesmo tempo, contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais. São instrumentos do PlanejaSUS os Planos de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão.

Dentre os municípios que compõem a RS Araras, 2 (40%) elaboram os seus Planos de Saúde e Relatórios de Gestão de forma ascendente e participativa, de acordo com o que preconiza o PlanejaSUS. Em 1 município (20%), esses planos e relatórios são elaborados exclusivamente pela área de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. Nos outros 2 municípios (40%), são elaborados por grupo de gestores do nível central da SMS.

Nenhum município da Região contrata consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão (Gráfico 15).

³⁶A Portaria Nº. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o PlanejaSUS, define elementos e características que visam dotar os gestores, de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção, do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população.

Gráfico 15 - Percentual de elaboração de planos municipais de saúde e relatórios de gestão.
RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto à utilização dos Planos Municipais de Saúde como instrumentos no processo de gestão do SUS municipal, 3 gestores municipais (60%) relatam que o Plano é parcialmente utilizado, e 2 gestores (40%) informam que é utilizado totalmente. Destaca-se como positivo o fato de todos os municípios da Região utilizarem de alguma forma o Plano Municipal de Saúde como instrumento de gestão.

Por outro lado, a utilização do Relatório de Gestão como instrumento no processo de gestão do SUS municipal, é referida por 1 município (20%) que o utiliza sistematicamente; 2 municípios (40%) que o utilizam parcialmente e 2 municípios (40%) que não o utilizam.

- **Avaliação e Controle do SUS**

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS, apenas um município da RS Araras (20%) afirma possuir estruturas e processos bem definidos; três (60%) afirmam possuir estruturas e processos mal definidos e um (20%) afirma não possuir estruturas e processos voltados a avaliação e controle do SUS. Isso parece demonstrar que há dificuldades, na maior parte dos municípios, com aspectos relacionados à regulação do sistema.

Nesse sentido, este relatório, conforme se mostra na seção 3.3, evidenciou que vários municípios da Região contam com serviços contratados e/ou conveniados sob gestão municipal, não possuindo, entretanto, estruturas e/ou processos de avaliação e controle bem

definidos. Isso reforça a percepção de que há fragilidades no processo de regulação exercido pelos municípios, especialmente quanto à contratação de serviços de saúde.

- **Financiamento**

O Financiamento da Saúde no Brasil é um dos maiores desafios a ser enfrentado pelo SUS, seja pela insuficiência dos recursos como também pela ineficiência de seu uso. Para a gestão e execução dos recursos destinados às ações de saúde, o arcabouço jurídico do SUS exige a estruturação de Fundos Municipais de Saúde.

Dentre os municípios que compõem a RS Araras, apenas 1 município (20%) possui o fundo estruturado e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde; os outros 4 municípios, (80%), possuem fundo municipal, porém sob a responsabilidade de outra estrutura da Prefeitura Municipal.

Quanto aos recursos da saúde alocados no Fundo Municipal, os dados fornecidos pelos gestores mostram que apenas 1 município (20%) da Região aloca todos os recursos no Fundo; 4 municípios (80%) alocam apenas os recursos municipais e os estaduais, ou somente os recursos federais.

No que se refere aos recursos financeiros destinados ao setor saúde nos municípios da RS Araras, apresentam-se nas tabelas a seguir algumas informações obtidas nos bancos de dados oficiais.

Os dados da Tabela 53 mostram que todos os municípios da Região vêm aplicando, desde 2005, mais de 15% do seu orçamento próprio em saúde, atendendo inclusive aos preceitos constitucionais da Emenda 29. Destacam-se na Região os municípios de Leme e Conchal, que ficaram acima da média regional.

Tabela 53 - Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, em %.
RS Araras, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araras	16,19	15,81	15,88	16,56	16,89	18,32
Conchal	22,12	25,08	20,05	17,56	20,77	22,75
Leme	19,65	16,17	15,23	18,87	18,27	23,44
Pirassununga	14,81	16,78	15,95	16,57	17,21	17,50
S C Conceição	12,67	12,85	14,24	15,60	15,06	17,23
RS Araras	17,09	17,34	16,27	17,03	17,64	19,85

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A Tabela 54 evidencia a variação, entre os municípios da Região, no tocante ao total de gastos *per capita* em saúde, que oscila entre R\$235,47 (Leme) e R\$405,25 (S. C. da

Conceição). Apesar dessa variação, todos os municípios da Região, sem exceção, apresentaram aumento dos gastos em saúde no período entre 2002 a 2007. Considerando que a média do Estado de São Paulo é de R\$ 255,02 per capita em 2007, verifica-se que apenas os municípios de Leme e Pirassununga estão abaixo dessa média.

Tabela 54 - Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante, em reais.
RS Araras, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araras	177,49	195,71	212,29	233,85	272,78	312,11
Conchal	143,89	158,46	177,89	191,41	234,46	290,60
Leme	127,56	120,22	143,88	152,43	165,95	235,47
Pirassununga	98,60	117,76	139,97	171,69	184,01	238,56
S C Conceição	180,32	182,64	226,82	267,47	305,48	405,25
RS Araras	145,57	154,96	180,17	203,37	232,54	296,40

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A maior parte dos municípios da RS Araras gasta menos de 5% do total de recursos da saúde em medicamentos, conforme mostrado na Tabela 55. Segundo informações obtidas junto ao SIOPS, o município de Pirassununga destinou 0% do seu orçamento para a despesa com medicamentos. Neste mesmo relatório, especificamente na seção voltada à organização da Assistência Farmacêutica, esse município não informou a faixa de percentual destinado à aquisição de medicamento. Os dados dessa tabela não permitem detectar nenhuma tendência regional, tendo em vista que há bastante variação entre os anos e entre os municípios. O percentual de recursos destinados a medicamentos, no ano de 2007, no Estado de São Paulo foi de 13,60%. A média da Região, no que diz respeito à destinação desses recursos, está bem abaixo da média estadual, representando comparativamente um quarto desta.

Tabela 55 - Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde, em %.RS Araras, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araras	1,41	3,74	4,25	5,18	4,79	2,77
Conchal	1,78	2,54	1,05	1,42	1,62	2,33
Leme	2,03	5,69	2,35	2,67	0,55	4,16
Pirassununga	3,87	3,06	0,99	2,42	3,23	0,00
S C Conceição	2,20	6,90	5,51	7,81	4,28	2,92
RS Araras	2,26	4,39	2,83	3,90	2,89	2,44

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

As despesas com terceiros abrangem os gastos com prestadores de serviços contratados e conveniados pelo SUS municipal. Incluem-se aqui os organismos de apoio à gestão e atenção, tais como OS, OSCIP, Universidades e outros. No âmbito desse tipo de gasto, destacam-se com valor acima da média regional os municípios de Araras e Pirassununga com 49,64% e 44,92% respectivamente do seu orçamento destinado a essa modalidade de despesa. A média estadual do percentual de recursos destinados a serviços de terceiros, em 2007, foi de 19,9%, bem abaixo da média regional (Tabela 56).

Tabela 56 - Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde, em %.
RS Araras, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araras	37,55	44,32	40,68	49,58	45,77	49,64
Conchal	28,66	27,45	28,07	32,22	30,95	30,96
Leme	5,56	6,38	7,59	33,93	12,88	9,87
Pirassununga	26,40	40,86	43,70	47,30	50,23	44,92
S C Conceição	6,40	7,99	6,86	6,75	7,16	9,69
RS Araras	20,91	25,40	25,38	33,96	29,40	29,02

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A despesa com investimento abrange os recursos financeiros destinados a reforma, construção e ampliação de serviços de saúde, bem como os equipamentos e mobiliários. Destaca-se nessa região o município de Pirassununga que está com percentual acima da media regional (Tabela 57). Por outro lado a média estadual em 2007 foi de 5,26%, pouco acima da média dessa região no mesmo período.

Tabela 57 - Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde, em %
RS Araras, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araras	17,99	7,36	11,70	3,72	4,51	2,60
Conchal	4,50	1,37	2,99	0,33	2,24	2,62
Leme	3,98	2,13	3,27	3,92	2,15	5,20
Pirassununga	1,90	0,98	1,51	3,71	3,39	12,75
S C Conceição	14,32	3,89	0,83	1,38	1,02	1,29
RS Araras	8,54	3,15	4,06	2,61	2,66	4,89

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Sabe-se que a força de trabalho é imprescindível tanto no processo de gestão quanto no da atenção a saúde. Além disso, a natureza do processo de trabalho em saúde se caracteriza por requerer profissionais especializados. Isso acaba por gerar um alto impacto

dos gastos com pessoal nos recursos destinados à saúde. Os dados da Tabela 58, referentes à RS Araras mostram que, em todos os municípios, o percentual destinado a recursos humanos é maior do que os percentuais destinados a custeio, capital e serviços de terceiro, com exceção do município de Pirassununga, que apresenta recursos destinados a serviços técnicos de terceiros-pessoa jurídica, acima do percentual destinado aos gastos com recursos humanos.

Tabela 58 - Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde, em %
RS Araras, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Araras	35,31	37,65	37,42	37,25	40,10	37,51
Conchal	46,15	46,75	46,24	46,50	45,16	45,66
Leme	61,77	55,37	57,08	54,39	57,26	50,66
Pirassununga	56,61	48,30	45,07	38,69	37,52	33,49
S C Conceição	45,17	52,96	54,79	50,15	44,85	54,67
RS Araras	49,00	48,21	48,12	45,40	44,98	44,40

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

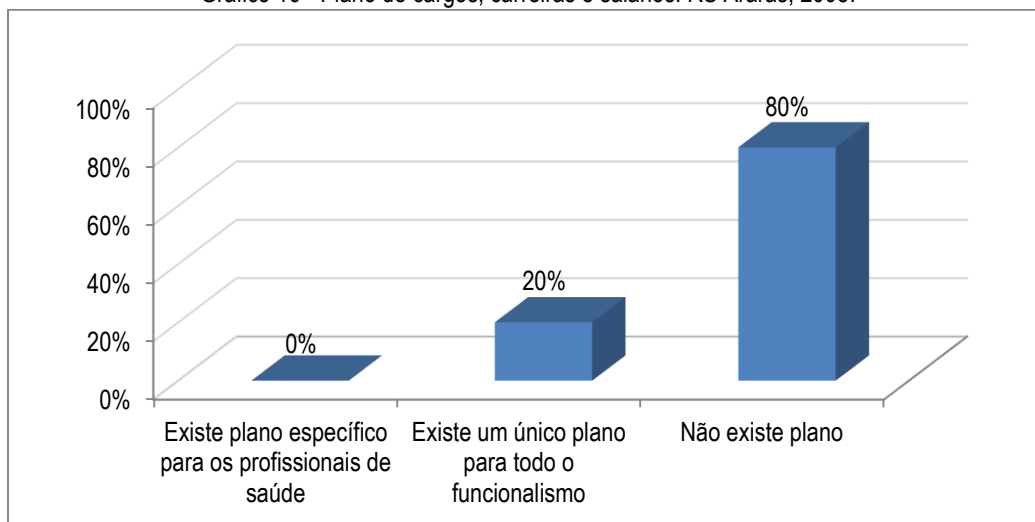
• **Gestão dos Recursos Humanos em Saúde**

Os recursos humanos em saúde são os protagonistas do desenvolvimento e qualificação dos sistemas de saúde. Em vários momentos deste estudo, as questões relacionadas à força de trabalho em saúde aparecem como uma das grandes fragilidades do SUS, quer pela insuficiência desses profissionais, quer pela qualificação inadequada dos trabalhadores.

Quanto aos mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos, 2 gestores dos municípios da RS Araras (40%) avaliam tais mecanismos como adequados e 3 gestores (60%) como parcialmente adequados.

Os Planos de Cargos, Carreiras e Salários consistem em importante instrumento para a gestão dos recursos humanos, bem como uma diretriz do Ministério da Saúde. Nessa Região, 4 municípios (80%) afirmam não possuir plano; apenas 1 município (20%) possui plano geral para a administração municipal como um todo, como mostra o Gráfico 16, e nenhum município apresenta um plano específico para os profissionais de saúde que visa atender as características específicas desses trabalhadores.

Gráfico 16 - Plano de cargos, carreiras e salários. RS Araras, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Quanto às formas de contratação dos recursos humanos em saúde, pode-se observar a existência de várias modalidades adotadas na RS Araras, seja através da contratação direta ou indireta. Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos utilizados nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador. Além disso, essa situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento desses dispositivos legais. Apesar dos preceitos legais existentes, muitas dessas formas são utilizadas como forma de transpor os entraves burocráticos que não atendem às necessidades de agilidade na alocação e reposição de pessoal no setor saúde. Na Tabela 59, são apontadas as formas pelas quais os municípios da Região vêm realizando a contratação de profissionais. Na RS Araras, todos os municípios contratam seus trabalhadores por meio de concurso público, em que pese alguns municípios também utilizarem outros mecanismos de contratação. Um dos gestores relata que há muitos profissionais médicos e da enfermagem contratados através de convênio com a Santa Casa.

Tabela 59 - Formas de contratação de Recursos Humanos em Saúde, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Concurso Público	Contratação Temporária	Contratação por meio de organizações	Outras
Araras	x	x	x	
Conchal	x			x
Leme	x	x		

Pirassununga	x	x
Santa Cruz da Conceição	x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Um dos maiores entraves da gestão dos recursos humanos em Saúde se refere à dificuldade para contratação e fixação de profissionais de saúde, especialmente o profissional médico. Em que pese o grande número de profissionais formados todos os anos no país, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, a maior parte dos municípios refere uma insuficiência desses profissionais no sistema. Na Tabela 60 pode-se verificar a existência de várias causas ligadas à dificuldade de contratação e fixação de médicos segundo informações dos gestores. Cabe destacar aqui que, dos 5 municípios que compõem a RS Araras, 04 (80%) apontaram os baixos salários como uma dificuldade existente para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde.

Tabela 60 - Principais dificuldades encontradas para a contratação e fixação de médicos, por município. RS Araras, 2008.

Municípios	Baixos Salários	Ambiência inadequada	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios	Retaguarda técnica insuficiente	Outros
Araras	x					
Conchal	x			x		
Leme	x		x			
Pirassununga		x	x	x		x
S C Conceição	x					

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Outro aspecto considerado neste estudo, diz respeito aos processos de educação permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS é considerada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor. A Portaria 1996/MS reitera que a responsabilidade em efetivar as diretrizes da Educação Permanente em Saúde nos Estados deve ser compartilhada entre os gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das Instituições de ensino, das Escolas Técnicas do SUS, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. A necessária conjugação de esforços nessa área reforça o papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no planejamento das ações de capacitação profissional e amplia as possibilidades de organização das Comissões de Integração Ensino / Serviço (CIES) nas macrorregiões de saúde. Além disso, a portaria prevê a descentralização dos recursos financeiros, que antes ficavam sob a gestão do Ministério da Saúde.

O enfoque da Educação Permanente (EP) se baseia nas necessidades detectadas no próprio processo de trabalho a luz de contextos específicos; a mudança se alcança a partir de um processo crítico do próprio trabalho, integrando as demandas objetivas com as experiências que se processam na prática.

A maior parte dos municípios da RS Araras não possui um plano organizado direcionado às iniciativas de educação permanente. Verificou-se que apenas um município (20%) possui plano próprio. Quanto à formulação do plano de educação permanente da Região, dentre os cinco municípios, somente um reconhece que o Plano foi formulado de acordo com as prioridades definidas no CGR e está em desenvolvimento, e quatro municípios afirmam que o plano, apesar de formulado respeitando as prioridades definidas, ainda não está em desenvolvimento.

A existência de uma estrutura de recursos humanos nas secretarias, com as atribuições e responsabilidades definidas, tende a contribuir para a organização e racionalização dos fluxos e das demandas para o setor. Todavia, conforme se mostra na Tabela 61 nenhum município da Região apresenta estruturas próprias voltadas à gestão dos recursos humanos em Saúde, o que evidencia a clara necessidade de uma melhor estruturação dessas secretarias para contribuir com a qualificação do processo de gestão das relações de trabalho.

Tabela 61 - Existência de setor próprio voltado à gestão de recursos humanos, por municípios. RS Araras, 2008.

Municípios	Não existe	Existe apenas para procedimentos administrativos	Existe apenas para procedimentos de educação permanente	Existe para procedimentos administrativos e de educação permanente
Araras	x			
Conchal	x			
Leme	x			
Pirassununga	x			
S C Conceição	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Outro aspecto avaliado neste estudo, diz respeito aos sistemas de informações gerenciais que se constituem em instrumentos essenciais à gestão do trabalho, contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho. Assim, a folha de pagamento, na maior parte dos municípios brasileiros, é a única fonte de informações em relação aos servidores, não havendo dados disponíveis quanto à lotação real dos trabalhadores, sua qualificação e previsão de aposentadoria.

Na região nenhum dos municípios informa possuir sistema de informação específico para recursos humanos.

Quanto aos canais de negociação coletiva sabe-se que se constituem em mecanismos necessários para o enfrentamento adequado dos conflitos resultantes das relações entre gestores e trabalhadores. O estabelecimento de acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho. Todavia, essa não é a realidade na maioria dos municípios, já que apenas 40% dos gestores municipais referem a existência desses mecanismos nas SMS.

Ainda em relação à gestão dos recursos humanos em saúde, vale destacar que a maior parte dos gestores da Região (60%) relata a existência de grandes inadequações dos salários de seus profissionais e 40% dos municípios consideram que os salários se encontram em geral adequados frente à remuneração dos outros municípios da Região. Um dos grandes desafios da gestão do trabalho em saúde no SUS diz respeito à remuneração de seus profissionais. Sabe-se que a remuneração não é o único fator que garante a motivação dos trabalhadores, todavia trata-se de um importante incentivo e que vem colaborando para a fixação ou não dos profissionais.

Controle Social

Outra dimensão avaliada neste estudo, no âmbito da gestão do SUS municipal, diz respeito ao controle social. A participação contínua da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal, no entendimento que o controle social possibilita que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas também fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos.

No que se refere ao controle social, os dados colhidos através do questionário da pesquisa mostram que 100% dos secretários municipais da RS Araras consideram que a composição dos Conselhos Municipais de Saúde obedece ao que preconiza a legislação vigente.

No que se refere ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, 100% dos gestores municipais afirmaram que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida.

Os dados obtidos junto aos gestores parecem demonstrar uma qualificação da organização das instâncias municipais voltadas ao controle social.

Lei 8.142 de 1990 define que as Conferências Municipais de Saúde devem ser realizadas no mínimo a cada quatro anos. Quanto a essa questão, os dados do questionário mostram que 100% dos municípios da RS Araras realizam as Conferências Municipais de Saúde com a periodicidade mínima exigida.

Conclusões Parciais

Este estudo evidenciou algumas fragilidades significativas nas estruturas e processos de gestão municipal e de gestão regional do SUS na RS Araras. Sem dúvida, afigura-se como imprescindível o desenvolvimento de ações no sentido de aprimorá-las, considerando a importância para o processo de estruturação das redes regionais de atenção à saúde.

Quanto às formas de organização e gestão regional na Região, deve-se ressaltar que, no momento atual, é essencial o aprimoramento dos seus instrumentos e mecanismos de gestão, tendo em vista o processo de Regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo. Nesse sentido, é fundamental que as instâncias de gestão instituam o processo de planejamento regional, definam as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a PPI da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento regional.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e no do Estado.

No que diz respeito ao fortalecimento da capacidade gestora dos municípios, algumas considerações merecem destaque. Quanto às estruturas organizacionais das secretarias municipais, ressalta-se a necessidade de se buscar adequá-las para o cumprimento das funções gestoras do SUS. Ainda nesse sentido, sugere-se também implantar gerência em todos os serviços de saúde existentes nos municípios da Região, com critérios de escolha bem definidos e remuneração específica. No que se refere aos processos e instrumentos de planejamento e gestão, apesar de todos os municípios estarem elaborando os instrumentos preconizados pelo PlanejaSUS, tais processos devem ser aprimorados, especialmente quanto à forma de elaboração e quanto à utilização sistemática dos instrumentos no processo de gestão.

Já no tocante a avaliação e controle do SUS, uma série de fragilidades evidenciaram-se no corpo deste relatório, especialmente quanto ao processo de governabilidade sobre prestadores. Nesse sentido, se destacam a insuficiência e a inadequação de estruturas e processos voltados a avaliação e controle; a ausência de protocolos de encaminhamento

regionais bem como a programação definida em função da oferta de serviços e não da demanda existente.

No que se refere ao financiamento em Saúde, verificou-se a necessidade de cumprimento da legislação do SUS quanto ao funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde, já que boa parte não os tem sob responsabilidade das secretarias municipais de saúde. Por outro lado, merece destaque que todos os municípios da RS Araras vêm cumprindo os preceitos constitucionais, no que se refere a destinação de recursos municipais a saúde.

A gestão dos recursos humanos em saúde é um dos maiores desafios a ser superado na gestão do SUS na RS Araras. Todos os municípios investigados apontaram dificuldades para contratação e fixação de profissionais médicos. Nesse sentido, há a necessidade de uma revisão das estratégias até aqui adotadas e o investimento na constituição de planos de cargos, carreiras e salários nos municípios que atendam às especificidades do setor saúde. Trata-se, entretanto de uma questão bastante complexa, que envolve um conjunto de fatores e que, portanto merece um maior aprofundamento para sua análise. No que se refere às estruturas e processos voltados ao planejamento e gestão de recursos humanos nas secretarias, nenhum dos municípios da Região indicou a existência delas, o que acaba por dificultar a implementação da política voltada ao setor. Outra fragilidade detectada diz respeito à ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho e a outros dados necessários à gestão dessa área. Observou-se ainda que os municípios têm tido dificuldades em elaborar e implantar os Planos de Educação Permanente, apresentando iniciativas isoladas, sem articulação com as outras prioridades definidas para a gestão municipal.

Entendemos que o enfrentamento desses desafios no âmbito dos sistemas de gestão municipal e regional trará consequências positivas ao processo de estruturação da regionalização em curso nessa região de saúde, devendo ser compartilhado entre os municípios e SES-SP.

3.7. Gestão do Cuidado

Sabe-se que a qualidade das práticas clínicas desenvolvidas no âmbito de sistemas de saúde como o SUS guarda relação direta com a capacitação de seus profissionais; com a forma como se organizam os processos terapêuticos; e, com a apropriada utilização de um conjunto de processos e instrumentos entre os quais se destacam: a utilização de protocolos

clínicos, a estruturação de linhas de cuidado e a organização de processos de supervisão dessas práticas.

Os protocolos clínicos, por observarem a atualidade do conhecimento científico e tecnológico e incluírem informações sobre frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico e profilaxia das doenças e agravos, devem ser respeitados no processo assistencial, a fim de favorecer o aumento de sua resolubilidade.

A programação em saúde definida a partir de diretrizes mais amplas do sistema e que considere os indicadores epidemiológicos; os protocolos clínicos dos agravos e patologias a ela relacionados; e, os recursos disponíveis; possibilita a definição de linhas de cuidado, que também contribuem para organizar o sistema, bem como para aumentar sua resolubilidade e a qualidade da atenção ofertada.

Entende-se por linha de cuidado, o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma articulada por um dado sistema de saúde respeitando-se os protocolos clínicos e a programação definida.

Uma linha de cuidado deve se expressar por meio de documentos técnicos que definam a organização da oferta de ações e procedimentos de saúde em um dado sistema. Dessa forma, a linha de cuidado expressa: o conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, individuais e/ou coletivas, a serem desenvolvidas em cada unidade de atenção à saúde; os itinerários diagnósticos terapêuticos previstos para os usuários no sistema e os parâmetros de atenção utilizados como referência.

A existência de protocolos, de programação e de linhas de cuidado bem definidas num determinado sistema, configura-se como um importante elemento na análise da qualidade da atenção ofertada.

Outro elemento imprescindível para a adequada gestão do cuidado em saúde refere-se ao exercício da supervisão clínica, através do qual podem ser melhor percebidas eventuais falhas desse processo, demandas para capacitação profissional e/ou necessidades de reorientação dos processos de trabalho, favorecendo a necessária integração entre os profissionais de uma equipe de saúde particularmente na atenção básica.

Na adesão ao *Pacto pela Vida*³⁷ foram definidas patologias e agravos a serem prioritariamente enfrentados no país. No estado de São Paulo, durante o processo de

³⁷ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto pela Vida.

formulação do *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*, outras patologias e agravos foram incorporados nessa priorização. Assim é que hoje no SUS em São Paulo busca-se enfrentar os seguintes agravos e/ou patologias: hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares; câncer de colo uterino; câncer de mama; câncer de cólon e reto; câncer da cavidade oral; tumor de próstata e agravos relacionados a violência e acidentes; agravos relacionados ao período pré e neonatal; doenças agudas transmissíveis e doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses (dengue; leishmaniose visceral americana; raiva; febre maculosa e infecções hospitalares; poliomielite; sarampo; rubéola; vírus influenza e meningites bacterianas); tuberculose; hanseníase; HIV/AIDS e hepatites B e C.

A análise sobre o cuidado em saúde na RS Araras aqui explicitada foi construída tendo como referência esses pressupostos.

3.7.1. Protocolos Clínicos

A utilização de Protocolos Clínicos constitui-se em prática admitida por todos os cinco municípios que compõem a Região Sanitária de Araras.

No entanto, as informações mais pormenorizadas referentes a essa utilização por nível de atenção e agravo e/ou patologia indicam grande diversidade conforme pode ser observado nas tabelas a seguir apresentadas.

A Tabela 62 apresenta os dados referentes à utilização de protocolos clínicos para hipertensão arterial.

Tabela 62 - Utilização de protocolos clínicos para hipertensão. RS Araras, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras	x			
Conchal	x	x		
Leme	x	x		
Pirassununga	x			
Santa Cruz da Conceição	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

Na Região, os cinco municípios declaram utilizar protocolos clínicos para hipertensão arterial na atenção básica e apenas dois na atenção ambulatorial especializada, embora todos os municípios possuam serviços ambulatoriais especializados no SUS.

A Tabela 63 mostra a utilização de protocolos para diabetes. Quatro municípios informam utilizar protocolos na Atenção Básica e outros dois na Atenção Ambulatorial Especializada.

Tabela 63 - Utilização de protocolos clínicos para diabetes. RS Araras, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras				
Conchal	x	x		
Leme	x	x		
Pirassununga	x			
Santa Cruz da Conceição	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

No que diz respeito a protocolos referentes ao câncer de colo uterino (Tabela 64), nota-se que apenas um município declara utilizá-lo tanto na atenção básica como na especializada. Assim mesmo, não se pode inferir nada a respeito da articulação desses protocolos. Entre os demais municípios que compõe essa região, apenas três referem utilizá-los na atenção básica e outros dois só na atenção especializada.

Tabela 64 - Utilização de protocolos clínicos para colo uterino. RS Araras, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras		x		
Conchal	x	x		
Leme		x		
Pirassununga	x			
Santa Cruz da Conceição	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Situação semelhante pode ser observada na Tabela 65, em relação à utilização de protocolos referentes ao câncer de mama.

Tabela 65 - Utilização de protocolos clínicos para câncer de mama. RS Araras, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras		X		
Conchal	X	X		
Leme		X		
Pirassununga	X			
Santa Cruz da Conceição	X			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Já no que diz respeito à atenção pré-natal e neonatal (Tabela 66), nota-se que todos os municípios da região referem utilizar-se de protocolos na atenção básica e apenas três em outros segmentos da atenção especializada. Apenas o município de Conchal refere sua utilização na Atenção Básica, ambulatorial e hospitalar especializada.

Tabela 66 - Utilização de protocolos clínicos para pré-natal e atenção neonatal. RS Araras, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras	x	x		
Conchal	x	x	x	
Leme	x	x		
Pirassununga	x			
Santa Cruz da Conceição	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

A Tabela 67 apresenta a utilização de protocolos para tumor de próstata, onde se pode observar que dois municípios referem utilizá-lo na atenção básica e outros dois na atenção ambulatorial especializada.

Tabela 67 - Utilização de protocolos clínicos para tumor de próstata. RS Araras, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras				
Conchal		X		
Leme		X		
Pirassununga	X			
Santa Cruz da Conceição	X			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

No caso do enfrentamento de violências e acidentes (Tabela 68) para os quais seria também necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção, pode-se observar que a utilização de protocolos é apontada por dois municípios na Atenção Básica e por outros dois na Urgência e Emergência. Apenas o município de Conchal refere sua utilização na atenção hospitalar.

Tabela 68 - Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes. RS Araras, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras				
Conchal			x	x
Leme				x
Pirassununga	x			
Santa Cruz da Conceição	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Ressaltando que, nessa região de saúde, todos os municípios possuem serviços ambulatoriais especializados e algum tipo de serviço de urgência e emergência, e, quatro municípios possuem leitos hospitalares conveniados ou contratados com o SUS, pode-se observar:

- Em relação à utilização de protocolos na Atenção Básica, os cinco municípios referem utilizar algum protocolo. Entre esses municípios todos referem utilizá-los nos casos de hipertensão arterial e no atendimento pré-natal e neonatal; quatro para diabetes; três para CA de colo e de mama e dois nos casos de tumor de próstata e violência e acidentes.
- Já em relação à utilização de protocolos na atenção especializada apenas três municípios referem utilizar algum tipo de protocolo na atenção especializada, seja ela ambulatorial, hospitalar ou de urgência e emergência.

A entrevista realizada junto aos membros do CGR permitiu levantar a percepção dos gestores a respeito das principais dificuldades existentes em relação ao uso de protocolos clínicos nessa região de saúde, embora haja o reconhecimento por parte desses gestores, de avanços já conseguidos nessa perspectiva. Foram as seguintes as principais dificuldades apontadas:

- Rotatividade de profissionais;
- Falta de medicamentos indicados nos protocolos.

Isto nos permite concluir que ainda há necessidade de se investir para ampliar a utilização e, particularmente, a articulação de protocolos clínicos e, a partir deles, definir linhas de cuidado dos agravos priorizados nessa região. Isso garantiria uma maior efetividade e qualificação do cuidado em saúde ofertado pelo sistema e uma maior capacidade de enfrentamento das patologias e/ou dos agravos priorizados.

3.7.2. Supervisão Técnica/Clínica

Quanto à existência de iniciativas de Supervisão Técnica/Clínica voltadas à qualificação do cuidado (Tabela 69), observou-se nos municípios desta região sanitária a presença dessas atividades em relação à atenção básica em todos os cinco municípios. Já em relação à atenção especializada, observa-se essa atividade apenas no município de Pirassununga, mesmo considerando que todos os outros municípios desenvolvem algum serviço considerado de atenção especializada.

Tabela 69 - Utilização de iniciativas de supervisão técnica/clínica. RS Araras, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Araras	x			
Conchal	x			
Leme	x			
Pirassununga	x	x		
Santa Cruz da Conceição	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

Em relação aos processos de supervisão, através de entrevista realizada com os membros do CGR podem-se detectar as seguintes fragilidades relacionadas a esse processo:

- Quadro de profissionais insuficiente;
- Falta de veículos para transporte dos profissionais as unidades.

A análise dos dados apresentados permite observar a necessidade de se investir na qualificação das atividades de supervisão clínica nessa região sanitária, particularmente na infra-estrutura a ela relacionada.

3.7.3. Processos de Capacitação

Em relação a processos de capacitação voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, pode-se observar que nessa região, apenas para o enfrentamento do tumor de próstata e de violências e acidentes, não foi desenvolvida nenhuma iniciativa durante o último ano.

Dos municípios da região, quatro afirmam realizar processos de capacitação por iniciativa própria. Cabe ressaltar que entre os que os realizam dois afirmam constituírem em processos contínuos e programados e dois em processos pontuais. Esses processos em dois dos municípios são demandados pelas equipes, ocorrem para várias equipes conjuntamente e são ministrados por técnicos do próprio município. Apenas um município refere solicitar apoio de universidades ou outras instituições para realização das capacitações.

A Tabela 70 apresenta os processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões sanitárias que guardam correspondência com o DRS X de Piracicaba. Nele pode ser observado que a região de Araras só não promoveu processos de capacitação relacionados ao enfrentamento do tumor de próstata e, para agravos relacionados a violência e acidentes.

Tabela 70 - Número de processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões que compõem a Região do DRS Piracicaba, 2008.

Processos / Agravos	Região Araras	Região Limeira	Região Piracicaba	Região Rio Claro
Hipertensão Arterial	3	1	6	3
Diabetes	3	1	6	3
Câncer de Colo	3	2	5	1
Câncer de Mama	4	2	4	0
Tumor de Próstata	0	0	0	0
Perinatal	4	3	6	3
Violência	0	0	0	0
Doenças Emergentes	5	5	7	4

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

Através das entrevistas realizadas, mesmo reconhecendo alguns avanços nessa área, foi possível identificar um conjunto de dificuldades apontadas pelos gestores dessa região de saúde, no que diz respeito aos processos de capacitação. São aqui apresentadas as principais dificuldades citadas:

- Falta de recursos financeiros;
- Quadro de profissionais insuficiente;
- Falta de comprometimento dos coordenadores.

Conclusões Parciais

As observações elencadas a respeito do cuidado em saúde nessa região sanitária permitem indicar a necessidade premente de se implantar um conjunto de medidas voltadas à ampliação, integração e qualificação das iniciativas existentes.

Recomenda-se aos gestores do SUS na região, a definição de medidas conjuntas que considerem a definição de protocolos clínicos e a estruturação de linhas de cuidado; a formulação e a implementação de um Plano de Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde; e, a adequação dos processos de trabalho que incluam o desenvolvimento de atividades de supervisão técnica/clínica aos profissionais dos vários serviços públicos de saúde.

O maior desafio será, com certeza, implementar um novo processo de gestão do cuidado, de caráter regional, que consiga congregiar esforços e aproveitar capacidades institucionais e profissionais existentes na região na definição e implementação de protocolos clínicos, programação em saúde e estruturação de linhas de cuidado para toda a rede de atenção à saúde da Região.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do desenvolvimento do presente estudo foi possível levantar um conjunto de observações referentes às características dessa Região e às condições de vida e saúde de sua população, bem como detectar fortalezas e fragilidades presentes no SUS regional. É a partir da análise realizada e exposta nos capítulos anteriores, que se apresenta essa síntese a título de considerações finais, visando contribuir com a definição de medidas que venham a qualificar o Sistema Único de Saúde na região.

A Região de Saúde Araras apresenta um perfil de desenvolvimento semelhante ao do Estado de São Paulo, com a presença de áreas de grande dinamicidade econômica, densamente urbanizadas e com altos índices de desenvolvimento humano coexistindo com áreas que apresentam graus intermediários e/ou baixos de desenvolvimento econômico social e humano.

Dadas as diferenças demográficas existentes entre seus municípios, essa Região requer iniciativas bastante diversificadas no que se refere à implementação das políticas públicas, exigindo que se respeitem as especificidades de cada município numa perspectiva que favoreça a integração e o consenso entre esses entes federados. Dessa forma, cabe ao

Colegiado de Gestão Regional considerar essas premissas no processo de estruturação da rede regional de atenção a saúde.

Quanto às condições de saúde da população da região, observadas detalhadamente através desse estudo, pode-se afirmar em relação às principais causas de mortalidade que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes em todos os municípios. Essas, juntamente com as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, respondem pela maior parte das mortes por causas definidas. Paralelamente, observa-se a evolução histórica de queda da mortalidade infantil, que acompanha o ocorrido em todo o Estado de São Paulo, com uma tendência de estabilização nos últimos anos. Entretanto, persiste na Região um importante volume de mortes evitáveis, em diferentes grupos populacionais, especialmente mulheres na fase de gestação e parto e, recém-nascidos.

No que diz respeito às doenças transmissíveis, deve-se salientar que o estudo apontou a necessidade de se definir medidas específicas na Região para o enfrentamento prioritário da AIDS, tuberculose, hanseníase, dengue, entre outras.

Conforme já apontado, o aumento das condições crônicas (somatório de doenças crônicas, doenças transmissíveis que assumem um caráter crônico como, por exemplo, HIV/AIDS e tuberculose, transtornos mentais, doenças genéticas e deficiências físicas entre outras), observado na população da região, exige grandes mudanças no sistema no sentido de torná-lo mais integrado para garantir o acesso e acompanhamento permanente dos usuários.

Como se sabe, os processos de qualificação de sistemas de saúde como o SUS, exigem medidas de caráter mais global e sistêmico, ao lado de outras de caráter mais específicos e focais, definidas em função de prioridades estabelecidas. Nessa perspectiva, a análise das condições de saúde aqui apresentada aponta para a necessidade de intervenções voltadas ao enfrentamento de riscos existentes e agravos e patologias mais prevalentes na Região, o que pode ser perseguido através de um conjunto de iniciativas voltadas à qualificação do cuidado em saúde.

Reconhece-se, por outro lado, que houve significativos avanços durante a última década na organização do sistema público de saúde, especificamente no que se refere ao aumento da cobertura populacional, à ampliação da capacidade instalada dos serviços de saúde e ao aprimoramento dos mecanismos de gestão desse sistema.

Entretanto, apesar desses avanços, várias fragilidades foram observadas no SUS da região. Pode-se afirmar que parte significativa dessas fragilidades relaciona-se diretamente a limites apresentados pelo sistema em âmbito nacional. Sem dúvida, percebe-se o impacto do crônico subfinanciamento a que está submetido o sistema, bem como do modelo fragmentado de atenção hoje predominante. Por outro lado, foi possível perceber que essa situação

também é decorrente de dificuldades de natureza organizacional das redes de serviços de saúde existentes.

Pode-se destacar, como as principais fragilidades detectadas na RS Araras, inadequações diversas na Atenção Básica; o déficit de oferta de algumas especialidades médicas, coexistindo com o superávit de outras; a insuficiência e inadequação dos processos de regulação; a existência de deficiências relacionadas aos vários componentes do sistema logístico, a ausência de estratégias adequadas voltadas ao enfrentamento das questões relacionadas à gestão do trabalho em saúde; a inadequação das estruturas organizacionais para atender às exigências do SUS e a incipiência dos processos relacionados à gestão do cuidado.

Para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde, é imprescindível que as ações e atividades de Atenção Básica sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade. Tais ações e atividades que, no SUS, são de competência dos municípios devem considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independente do modelo escolhido, pelas seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento ao usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; e, análise de risco. Para que a Atenção Básica nessa Região possa ser organizadora do sistema de saúde, seu modelo necessita ser aprimorado. Recomenda-se, assim, o desenvolvimento e implantação de um Programa de Qualificação da Atenção Básica, sob a responsabilidade de cada município, que inclua: a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a construção de algumas novas unidades onde se mostrar necessário; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; a implantação de gerências nas unidades básicas de saúde; a implantação de protocolos clínicos consensuados e a organização de equipes de apoio técnico e referência clínica.

No que se refere às ações de Saúde Pública, os avanços na definição de competências dos diferentes entes federativos e na implementação de instrumentos de planejamento e pactuação das ações se refletiram positivamente na Região, na medida em que as áreas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária apresentam estruturas em todos os municípios, contando com equipes multiprofissionais em número adequado na maior parte deles.

Além disso, o desenvolvimento das ações na área de VE encontra-se em estágio mais avançado, uma vez que todas as suas ações foram assumidas pelos municípios e muitas vezes descentralizadas para as unidades de saúde. Por outro lado, as ações de VS são parcialmente desenvolvidas por apenas alguns municípios e complementadas pelo Estado.

Quanto ao desenvolvimento de ações voltadas a saúde ambiental e do trabalhador, é possível detectar fragilidades, tendo em vista que somente parte dos municípios realiza algumas ações nessas áreas, indicando a necessidade de melhor organização e qualificação dos processos de trabalho na região.

Já no tocante às atividades relacionadas à Atenção Especializada de média complexidade, sejam elas ambulatoriais ou hospitalares, bem como às relacionadas ao apoio diagnóstico que se mostram sensíveis à lógica de produção em escala, deve-se proceder a um planejamento de caráter regional, no sentido de ampliar o aproveitamento dos recursos existentes e garantir a qualidade da atenção ofertada em função das necessidades de saúde da população da região.

Como possíveis alternativas para que se viabilizem essas questões destacam-se: otimização da utilização dos leitos existentes; a organização de centros de apoio diagnóstico regionais, que respeitem as características da oferta de serviços da Região e que promovam o melhor aproveitamento de suas capacidades institucionais e a complementaridade entre elas; e, a adequação dos processos de contratualização e regulação existentes.

Cabe, no entanto, ressaltar que, no que se refere à atenção de alta complexidade, o processo de planejamento mesmo que considerando as especificidades da região, deve ser definido em âmbito estadual.

Nessa perspectiva, o Colegiado de Gestão Regional deve responsabilizar-se pela construção de novos consensos que, respeitando a vocação de cada unidade assistencial, imprimam nova lógica na oferta de ações e serviços especializados e de apoio diagnóstico e que contribuam com a qualificação da atenção especializada a saúde na região.

Já no que diz respeito à área de Urgência e Emergência, ressalta-se em primeiro lugar o grande volume de consultas aí produzidas que atinge até quatro vezes mais do que o preconizado pelo MS, apontando a necessidade de avaliar o grau de resolutividade dos diferentes níveis de atenção. Faz-se necessário também, caracterizar com maior precisão o perfil das unidades existentes na região, de modo a adequá-las à política nacional e às reais necessidades de saúde da região. Ressalta-se a importância de que adequação e/ou reorganização de seus componentes fixos e móveis deva ser feita na lógica regional.

Em relação ao Sistema Logístico, há que se estimular a integração entre os municípios, sempre que possível. O compartilhamento do sistema de transporte sanitário de pacientes, bem como um novo fluxo regional para a coleta e o transporte de resíduos de serviços de saúde na região, poderá imprimir maior racionalização nesse sistema, uma vez que propiciam a otimização de recursos e a redução de riscos. Ressalta-se ainda a necessidade de todos os municípios aprimorarem ou implementarem a gestão de insumos farmacêuticos e outros materiais, dada a importância estratégica dessa área para o sistema de saúde.

Outra questão que deve ser considerada, diz respeito à implantação de um cartão de identificação do usuário comum a todos os municípios da região. Essa iniciativa, aliada à informatização do processo de agendamento e a reorganização das Centrais de Regulação de Acesso, com certeza propiciará maior integração do sistema regional favorecendo o acesso ao usuário a todas as unidades do sistema.

No que se refere à Gestão do Sistema, deve-se buscar a melhor estruturação das Secretarias Municipais de Saúde para qualificar seu desempenho.

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde é um dos grandes desafios a serem enfrentados. Sugere-se assim a estruturação de instâncias destinadas à gestão das relações de trabalho, tanto relacionadas aos aspectos administrativos, quanto aos processos voltados à educação permanente. Faz-se necessário também, a definição de um conjunto de diretrizes regionais que possam subsidiar a elaboração dos PCCS em cada município, específicos para os profissionais de saúde.

Embora os municípios da Região de Saúde Araras venham cumprindo os preceitos constitucionais relativos à destinação de recursos municipais à saúde deve-se buscar a vinculação imediata dos Fundos Municipais de Saúde a todas as SMS.

Já no tocante à Avaliação e Controle do SUS, há necessidade de se ampliar e/ou melhor adequar as estruturas, bem como definir processos e instrumentos voltados à avaliação e controle visando aumentar a governabilidade sobre prestadores e, melhor definindo a programação em função das necessidades em saúde da região.

Considerando a importância estratégica dos atuais processos de regionalização do SUS em curso no país orientados pelo *Pacto de Gestão*, deve-se ressaltar a possibilidade de estabelecimento de processos de pactuação mais flexíveis e adequados à realidade sanitária de cada região. Os processos e os instrumentos decorrentes do Pacto por outro lado, exigem uma maior capacidade de articulação dos gestores e dos organismos do SUS favorecendo a integração e a implementação de uma nova lógica de gestão regional.

No caso do Estado de São Paulo, esse processo está em perfeita consonância com a Política Estadual de Saúde que, nesse momento, vem desenvolvendo um conjunto de iniciativas visando ao fortalecimento da regionalização em todo o estado.

Nessa perspectiva, deve-se ressaltar que é essencial que se busque o aprimoramento dos processos de planejamento e gestão regional no âmbito do Colegiado de Gestão Regional. Cabe assim assinalar a necessidade de definição e encaminhamento de um conjunto de medidas estratégicas que devem ser objeto da agenda do CGR nessa direção.

No que diz respeito à qualificação do cuidado em saúde nessa Região conforme já referido neste estudo, deve-se perseguir a implementação de um novo processo de gestão do cuidado de caráter regional que consiga congregar esforços e aproveitar as capacidades

institucionais e profissionais existentes para: definição e implementação de protocolos clínicos e de programação em saúde; estruturação de linhas de cuidado para toda a rede de atenção; formulação e implementação de um plano de desenvolvimento dos profissionais de saúde; e, adequação dos processos de trabalho que incluam o desenvolvimento de atividades de supervisão técnica/clínica aos profissionais dos vários serviços.

O grande desafio parece, pois, estar na construção de um sistema integrado que, respeitando a autonomia de gestão de cada município consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando a garantir o acesso, uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas.

A análise diagnóstica realizada evidencia a necessidade de uma abordagem regional na gestão dos problemas e das soluções, apontando a possibilidade de estruturação da rede regional de atenção à saúde. A estruturação dessa rede exige, além de investimentos na qualificação de cada um de seus componentes (unidades de atenção à saúde, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema logístico, e, sistema de gestão), a cooperação solidária dos municípios da Região Sanitária.

Reconhecendo esses como os principais encaminhamentos necessários à consolidação do SUS na RS Araras, desenvolveu-se o presente estudo buscando subsidiar a elaboração do Plano Regional de Saúde, entendendo-o como um potente instrumento de articulação e gestão, cuja formulação e implementação devem dar-se por meio do esforço compartilhado dos gestores de saúde da região, no âmbito do CGR. Certamente, o conjunto de medidas daí decorrentes irá refletir positivamente na qualidade da atenção à saúde ofertada na região, cumprindo assim os preceitos do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2008. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8.). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_proggestores_livro8.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/susavancosedesafios.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 4, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10)*. Brasília: MS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde [on-line]. Brasília: MS Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: anos 2008-2009

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 3. ed. ampl. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Conjunta Nº 125/SVS, de 26 de março de 2009*. Define ações de controle da hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, p. 73, 27 de março de 2009. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 23 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.101/GM de 12 de junho de 2002*. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p. 36, 13 de junho de 2002. Seção 1. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004*. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 58, 17 de junho de 2004. Seção 1.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1172.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996/GM de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p. 34, 22 de agosto de 2007. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, p. 38, 4 de março de 2008. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006*. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p. 39, 4 de dezembro de 2006. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3085_cria_planejasus.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, p. 43, 23 de fevereiro de 2006. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo 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). Diário Oficial da União, Brasília, p. 71, 29 de março de 2006. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_reducao_mortalidade_mat_neonatal.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise de situação de saúde*. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf>.

>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_1_completo.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf> Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistemas de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. 3. ed. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Regiões de Influência das Cidades – 2007*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<ftp://geofp.ibge.gov.br/Regic/regic.zip>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Presidência da República. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

CANO, Wilson; BRANDÃO, Carlos. A; MACIEL, Claudio S.; MACEDO, Fernando C. (Org.). *Economia Paulista: Dinâmica Socioeconômica entre 1980 e 2005*. Campinas: Alínea, 2007.

GLERIANI, José Marinaldo. *Concordância da aptidão agrícola das terras do Estado de São Paulo elaborada nos Anos Setenta com os dados do Censo Agropecuário do IBGE ano 95/96*. São José dos Campos: INPE, 2000. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/cursos/ser300/Trabalhos/marinaldo.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2009.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Rio de Janeiro, vol.16, n. 4, p.233-244, dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2009.

MEDRONHO, Roberto A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, jun. 2005. (mimeo).

OLIVETTE, Mario Pires de Almeida et al. Uso do solo agrícola paulista e sua distribuição regional, 1990-2001. *Informações Econômicas*, 2003; 33(10): 41-77. Disponível em: <<ftp://ftp.sp.gov.br/ftpiea/tec4-1003.zip>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Maria Glória. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*, n.2, p.27-57, 1992,

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. *Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde*. Texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto GERUS - Especialização em gerência de unidades básicas do SUS. Brasília: OPAS, 1997. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf>.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: PNUD. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

ROSS, Jurandy Luciano Sanches (org.). *Geografia do Brasil*. São Paulo: Edusp, 1995.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço*. São Paulo: Edusp, 2002.

SANTOS, Milton. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel, 1996.

SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac” (CVE). Dados Estatísticos [on-line]. São Paulo: CVE. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/>> Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. CEPAM. *Regiões Administrativas e de Governo. Cartograma*. São Paulo: FPFL/SIDAM - Geoprocessamento, 1998.

SÃO PAULO. *Decreto Nº 52.576, de 12 de dezembro de 1970*. Dispõe sobre as regiões que deverão ser adotadas pelos órgãos da Administração Pública. Diário Oficial do Estado, p. 5, 15 de dezembro de 1970. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1970/decreto%20n.52.576,%20de%2012.12.1970.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. *Deliberação CIB - 153/2007, de 19 de setembro de 2007*. Referenda o reconhecimento de 64 Regiões de Saúde com respectivos colegiados regionais e os 17 DRS, enquanto macrorregiões com respectivas Comissões Intergestoras de abrangência macrorregional. Diário Oficial do Estado, p. 117, 21 de setembro de 2007. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DL-CIB-153_2007.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)*. São Paulo: SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/apresentacao.php>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)*. São Paulo: SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/iprs/>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Informações dos Municípios Paulistas* [on-line]. São Paulo: SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php>. Acesso em: anos 2008 e 2009.

SÃO PAULO. Instituto Geográfico e Cartográfico. *Municípios e Distritos do Estado de São Paulo*. São Paulo: IGC, 1995.

SÃO PAULO. Instituto Geográfico e Cartográfico. *Quadro do desmembramento territorial-administrativo dos municípios paulistas*. São Paulo: IGC, 1995.

SÃO PAULO. *Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996*. Cria a Região Metropolitana da Baixada Santista. Diário Oficial do Estado, p. 1, 31 de julho de 1996. Disponível em: <<http://www.agem.sp.gov.br/pdf/Lei%20Complementar%20Estadual%20n%C2%BA%20815.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. *Lei Complementar Estadual nº 870, de 19 de junho de 2000*. Cria a Região Metropolitana de Campinas. Diário Oficial do Estado, p. 2, 20 de junho de 2000. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2000/lei%20complementar%20n.870,%20de%2019.06.2000.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Agricultura e Abastecimento. *Levantamento censitário de unidades de produção agrícola do Estado de São Paulo - LUPA 2007/2008*. São Paulo: SAA/CATI/IEA, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Pacto pela Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo*. São Paulo: SES, 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_sp.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*. Organizadores Renilson Rehem de Souza et al. São Paulo: SES, 2008. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/plano_estadual_de_saude_13fev.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. *Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde*. 2004. 318 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000338650>>. Acesso em: 11. fev. 2009

SOUZA, Renilson Rehen de. et al. (Org.) *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*. São Paulo: SES, 2008. http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/normas-e-procedimentos/plano_estadual_de_saude_2008_2011.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2009

STARFIELD, Barbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, MS, 2002. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 02 fev. 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; COSTA, Ediná Alves. *Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: Concepções, Estratégias e Práticas*. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: MS, 2003. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf>.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Programa de Estudos em Sistemas Regionais de Saúde. *Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde*. Campinas: UNICAMP, 2007. (Relatório de pesquisa FAPESP-Fase I.)



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br