DIAGNÓSTICO

DA REGIÃO DE SAÚDE BAIXA MOGIANA

UNICAMP

nepp

CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE - N. 19 - 2014

Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde

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

CADERNO DE PESQUISA EM SAÚDE/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas / UNICAMP.
– nº 19, 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 Pública. 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 BAIXA MOGIANA

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

Coordenação
Carmen Cecília de Campos Lavras

Agosto/2009

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 IE/UNICAMP
Pesquisador do NEPP/UNICAMP

José Donizete Cazzolato
Geógrafo e 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 **15**

2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE BAIXA MOGIANA **33**

3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE BAIXA MOGIANA **63**

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 **158**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **164**

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE BAIXA MOGIANA

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 implementação[2].

---

[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.

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

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.

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 Saúde[3], 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 SESSP, 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[4].

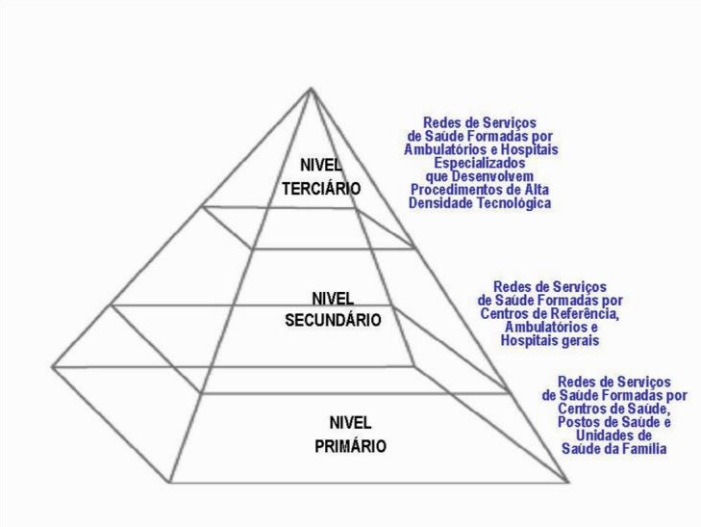
---

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

[4] 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.

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).

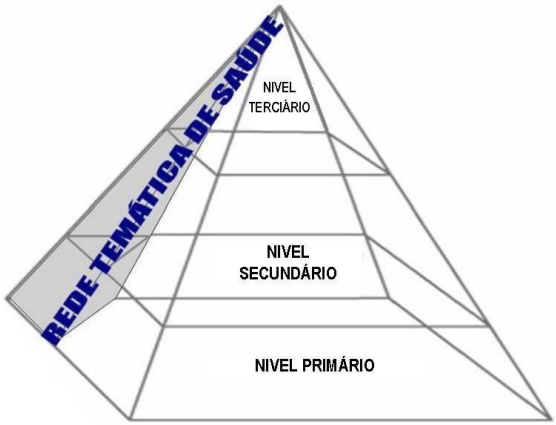
Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados.



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.



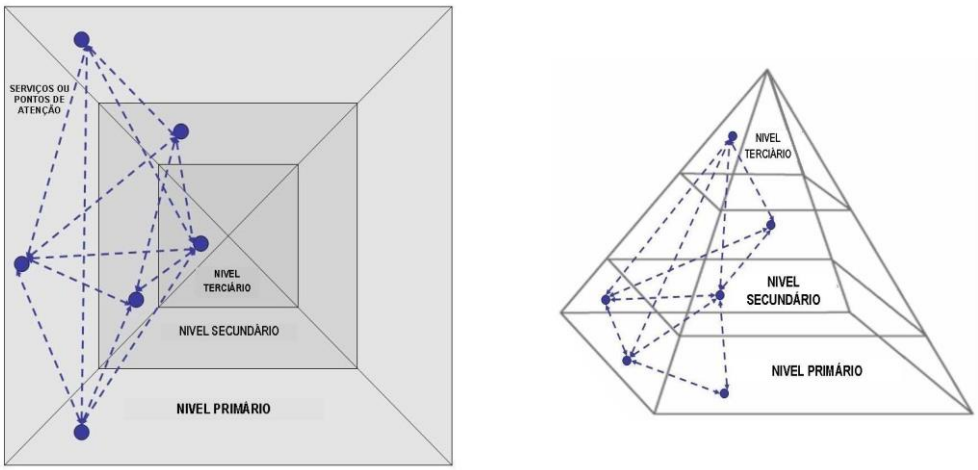
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

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/PESS. 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 serviços[5]. 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

[5] 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.

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.

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.

Nessa proposta, **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) Baixa Mogiana é tratada, neste capítulo, em 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 Baixa Mogiana se insere,

resumindo-se seu delineamento geoeconômico. No terceiro sub-item, foca-se a RS Baixa Mogiana propriamente, 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, como se vê no Mapa 1[6], que apresenta também os principais compartimentos da geomorfologia e hidrografia.

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, levas 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

[6] 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 as diferentes Regiões de Saúde.

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 11 Regiões Administrativas (RA)[7]. 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

[7] 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.

planejamento geral das ações governamentais. O Mapa 2 representa a divisão do Estado de São Paulo em RA e RG.

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 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 Metropolitanas[8]. Previstas na Constituição Estadual, e definidas pela Lei Complementar 760/94, são regiões que apresentam "cumulativamente, as seguintes características: elevada densidade demográfica; significativa

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

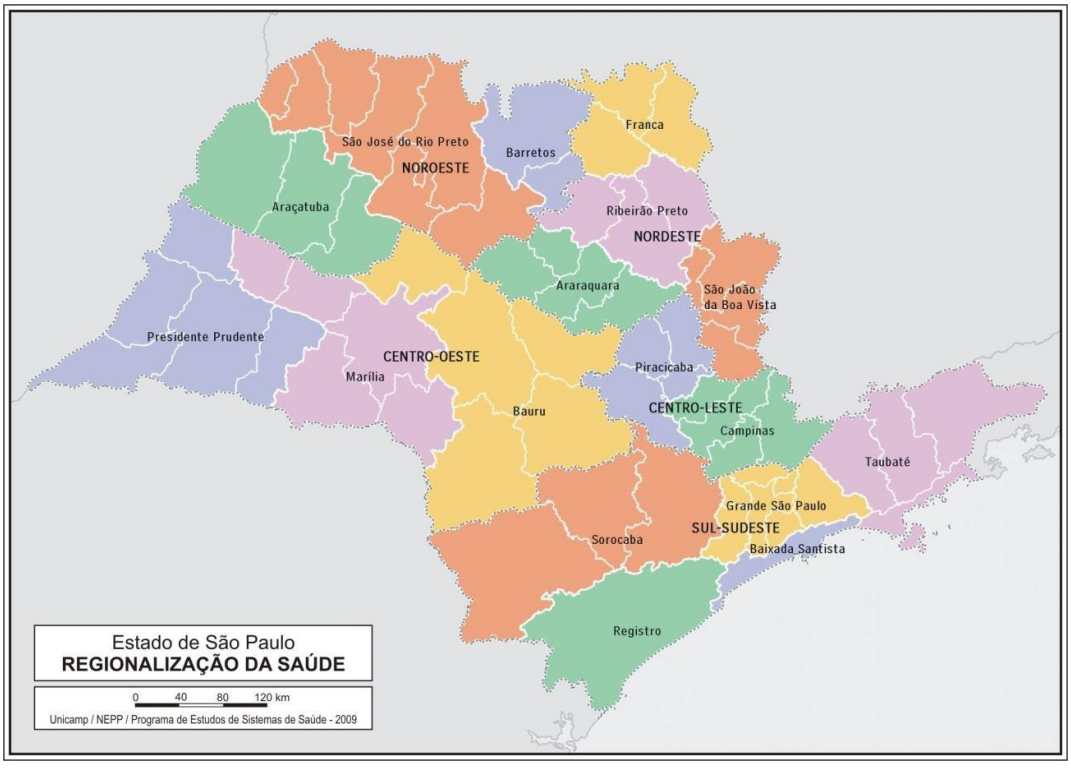
conurbação; funções urbanas e regionais com alto grau de diversidade; e especialização e integração socioeconômica", e, diferentemente das Regiões Administrativas, as Regiões Metropolitanas têm uma estrutura jurídica que lhes garante certa autonomia, através do Conselho de Desenvolvimento.

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.

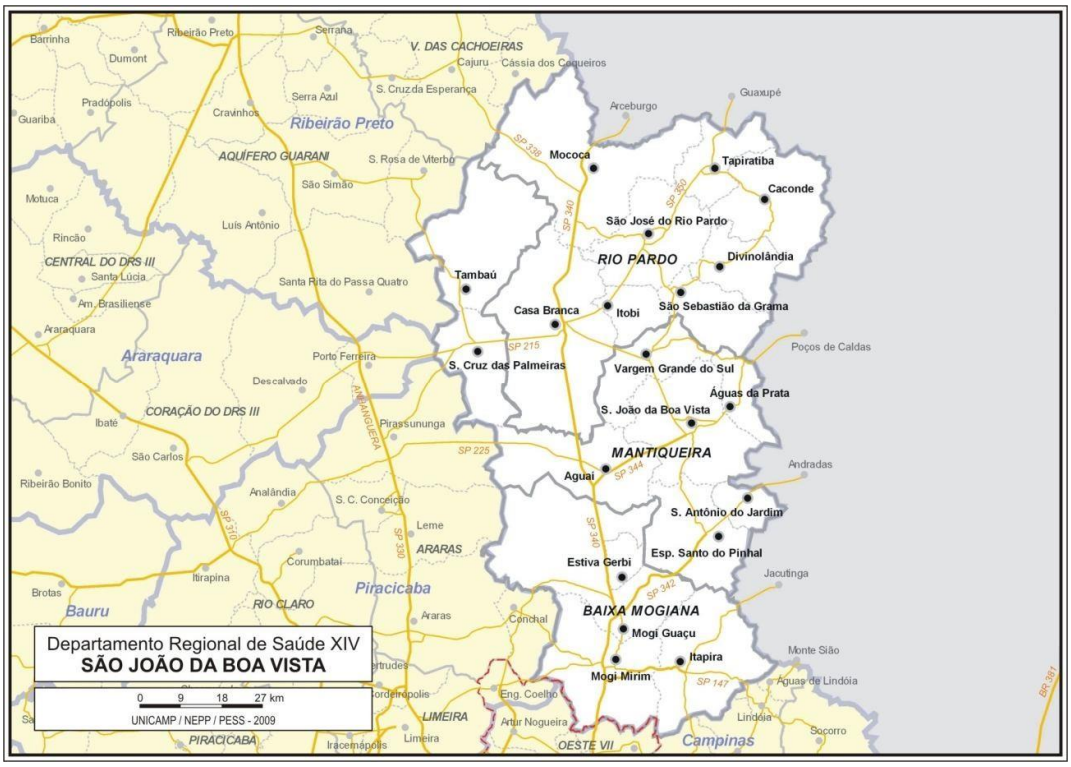


Segundo o PDR 2008, as regiões de saúde são “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados no território”.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

1.2. O Território Correspondente ao Departamento Regional de Saúde XIV - São João da Boa Vista

Pelo atual desenho territorial, correspondem ao DRS XIV - São João da Boa Vista as Regiões de Saúde Baixa Mogiana, Mantiqueira e Rio Pardo. Esse conjunto territorial, aqui também chamado *Região do DRS São João da Boa Vista*, situa-se na porção Centro-Leste do Estado, junto à divisa com Minas Gerais, delimitando-se com as regiões dos DRS Campinas, Piracicaba, Araraquara e Ribeirão Preto, como demonstrado no Mapa 4.

Mapa 4 - Departamento Regional de Saúde XIV - São João da Boa Vista.



- - - Limites da Região Metropolitana de Campinas

Com um território alongado no sentido Norte-Sul, a Região do DRS São João da Boa Vista estende-se pela vertente da Mantiqueira, nas bacias do Mogi Guaçu e do Pardo, ocupando também porções da Depressão Periférica Paulista[9]. Faz parte do contexto macrorregional polarizado pela cidade de Campinas, localizando-se, também, nos limites da influência de Ribeirão Preto. Organiza-se numa trama de cidades médias e pequenas, onde desponta São João da Boa Vista como o polo da região. Como centro mais populoso, porém, pode ser considerada a *conurbação mogiana*, onde Mogi Guaçu e Mogi Mirim congregam mais de 200 mil habitantes.

Economicamente, a Região do DRS São João da Boa Vista hoje abrange uma variada gama de setores produtivos, sendo as atividades mais tradicionais são a agricultura (principalmente café, milho, laranja, batata inglesa, feijão e legumes) e a pecuária (bovinocultura - corte e leite, avicultura - corte e ovos, suinocultura).

A indústria tem presença marcante nas regiões da Baixa Mogiana (nos ramos de papel e celulose, metal-mecânico, alimentos e cerâmica), da Mantiqueira (nos ramos de máquinas e equipamentos agrícolas, alimentos e cerâmica) e Rio Pardo (nos ramos de alimentos e metal-mecânico), destacando-se também a indústria agropecuária (vinculada, sobretudo, à produção do álcool e açúcar, à avicultura, à bovinocultura e à citricultura). O segmento de serviços está em processo de expansão e diferenciação.

Os municípios da Região têm alto percentual de urbanização, abrigando 86% da população, com uma cobertura de 98,5% no abastecimento de água e de 96,8% nos serviços de esgoto para os domicílios urbanos – dados do Censo de 2000 (IBGE) –, bem como, eram responsáveis, em 2006, pela geração de 1,5% do valor adicionado na indústria e de 1,36% do PIB do Estado (R$ 10,9 bilhões), e pela concentração, em 2007) de 6,1% do total de estabelecimentos agropecuários de São Paulo em (3.814 unidades), 2,2% daqueles pertencentes à indústria (2.050) e 2,0% dos estabelecimentos existentes no comércio e nos serviços (12.460 unidades), de acordo com a Fundação SEADE.

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 complexo regional campineiro, essa densidade atinge níveis de excelência, em termos de Brasil. Dessa forma, a articulação entre as

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

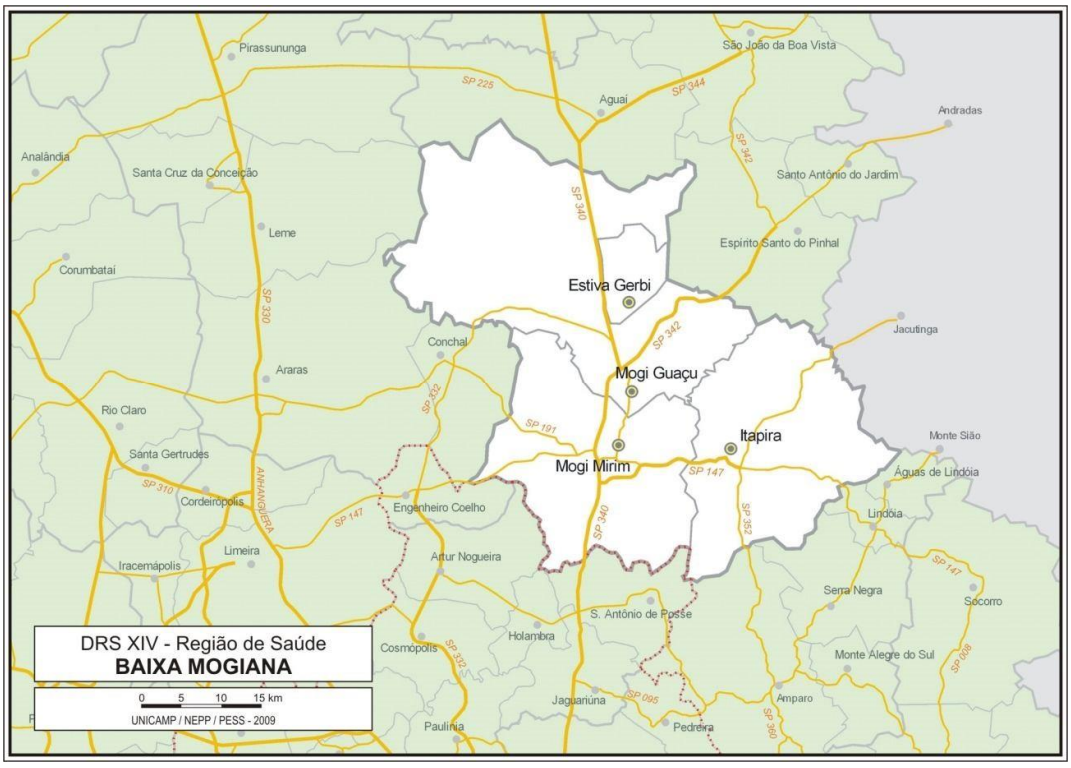
cidades da Região do DRS São João da Boa Vista se viabiliza em muitas direções, permitindo certa complexidade no aspecto funcional[10] da rede urbana.

O principal polo regional é São João da Boa Vista, apesar de seu porte demográfico situar-se abaixo de 80 mil. Divide o atendimento aos demais municípios com São José do Rio Pardo e Mogi Guaçu/Mogi Mirim.

1.3. A Região de Saúde Baixa Mogiana

A Região de Saúde Baixa Mogiana é composta por 4 municípios: Estiva Gerbi, Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim, destacados em branco e com os limites em cinza no Mapa 5.

Mapa **5 -** Região de Saúde Baixa Mogiana.



- - - Limites da Região Metropolitana de Campinas

A estrutura territorial da Região é resultante de um processo genealogicamente linear, como detalhado no Quadro 1. Mogi Mirim originou-se de Jundiaí, ainda no século XVIII, dando origem,

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

no século seguinte, aos dois outros municípios de maior porte. Estiva Gerbi, o *caçula*, não completou ainda duas décadas.

Quadro 1 - Genealogia Municipal na RS Baixa Mogiana.

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.

A RS Baixa Mogiana localiza-se no contato entre a Mantiqueira e a Depressão Periférica Paulista, estendendo-se pelo vale do Mogi Guaçu. Suas terras, que acolheram a primeira vila a desmembrar-se de Jundiaí, ainda no Século XVIII, continuam sendo utilizadas para atividade agropecuária, que hoje se apresenta diversificada (São Paulo, 2008), com grande produção de laranja, pastagens e cana-de-açúcar. Além destas culturas, as áreas destinadas ao cultivo do eucalipto, do milho, café e mandioca detêm a maior parte das terras, destacandose ainda na região a pecuária (bovina, avicultura e a piscicultura) como uma forte atividade.

Embora a agropecuária seja marcante nos municípios da RS Baixa Mogiana, é importante a presença da indústria, articulada ao campo e a outros ramos de transformação. Entre os mais de 890 estabelecimentos industriais instalados em 2007, encontram-se na região algumas das maiores empresas do País (Internacional Paper, Mahle Metal Leve S.A, Eaton, Corn Products Brasil, Tenneco Automotive, Cerâmica Lanzi), além de uma usina de produção de açúcar e álcool (GVO) e de um ramo cerâmico relevante, especialmente, em Mogi Mirim (CANO et al., 2007). O setor de serviços, por sua vez, tem seu dinamismo vinculado à agroindústria local e é bastante expressivo no comércio, com mais de 2600 estabelecimentos (SEADE, 2009).

O maior centro urbano da RS Baixa Mogiana é Mogi Guaçu, que se encontra praticamente conurbada com Mogi Mirim.

1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

A trama viária da RS Baixa Mogiana tem na SP 340 (também conhecida como *Ademar de Barros*) o grande eixo, conectando em pista dupla três dos municípios da Região a Campinas, ao Sul, e a Aguaí, ao Norte, seguindo depois até Mococa.

No sentido transversal, a SP 191, vinda de Limeira (SP 330, Anhanguera), liga Mogi Mirim a Itapira (em pista dupla) e prossegue até Lindóia e Socorro. De Mogi Guaçu parte a SP 342, duplicada até Espírito Santo do Pinhal. A SP 352, vinda de Amparo, passa por Itapira e cruza a fronteira de Minas, conectando a cidade de Jacutinga, e a SP 191, partindo das proximidades de Mogi Mirim, passa por Conchal e avança no sentido da SP 330, completando a malha rodoviária estadual da RS.

Sendo a Baixa Mogiana constituída de apenas quatro municípios, parece pouco apropriado abordar as cidades da Região com o termo *rede urbana*. Isoladamente, Mogi Guaçu é o maior núcleo, com cerca de 120 mil habitantes, mas está em processo de conurbação com a vizinha Mogi Mirim, que tem uma população de 80 mil. Poucos quilômetros para Leste está Itapira, com população equivalente, e, por fim, Estiva Gerbi, a mais jovem, com menos de 10 mil habitantes, como detalhado adiante na Tabela 1.

Em termos de funcionalidade urbana, a RS está sob influência direta de Campinas, que fica a apenas 60 km de Mogi Guaçu. Mas a complexa trama de fluxos que se verificam no entorno de Campinas define outros polos para a Região, como apontado no questionário eletrônico aplicado durante o Projeto. Na questão "indique quais são as 3 cidades mais procuradas para: Serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", as cidades mais citadas foram Campinas (10 vezes), Mogi Guaçu e São Paulo (4) e Mogi Mirim e Ribeirão Preto (3). Pelo estudo do IBGE *Regiões de Influência das Cidades 2007*[11], Mogi Guaçu é um *Centro de Zona A*, vinculado a Campinas.

[11] 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"). As cidades situadas em regiões metropolitanas ou em grandes aglomerados não foram consideradas neste estudo.

1.3.2. Demografia e Condições de Vida

A população total da RS Baixa Mogiana aproxima-se de 310 mil habitantes. Nessa região somente o município de Mogi Guaçu possui população acima de 100 mil habitantes. A distribuição e as características desse contingente são detalhadas na Tabela 1.

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

Municípios	Área (km^2)	Densidade demográfica (hab/km^2)	População	Percentual População RS (%)	População urbana (%)
	2007	2007	2007	2007	2000
Estiva Gerbi	73,7	128,9	9.499	3,1	86,3
Itapira	517,5	132,5	68.558	22,3	91,6
Mogi Guaçu	813,1	171,3	139.307	45,3	93,5
Mogi Mirim	499,1	180,8	90.256	29,3	89,7
RS Baixa Mogiana	1.903,5	161,6	307.620	100,0	91,8

Fontes: SEADE. Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta os indicadores demográficos de natalidade, fecundidade e envelhecimento dos municípios da região, na qual se verifica que a maior parte de seus municípios apresenta índice de envelhecimento acima da média do Estado de São Paulo, que é de 41,42. A exceção fica por conta do município de Estiva Gerbi que é o menor município da região, em termos de população e área.

Quanto às taxas de crescimento populacional, observa-se que metade dos municípios (Mogi Guaçu e Mogi Mirim) apresenta índices de crescimento acima da média do Estado de São Paulo, que é de 1,33 e, a outra metade (Estiva Gerbi e Itapira) possui índices abaixo da média estadual.

Tabela 2 - Indicadores demográficos dos municípios da RS Baixa Mogiana.

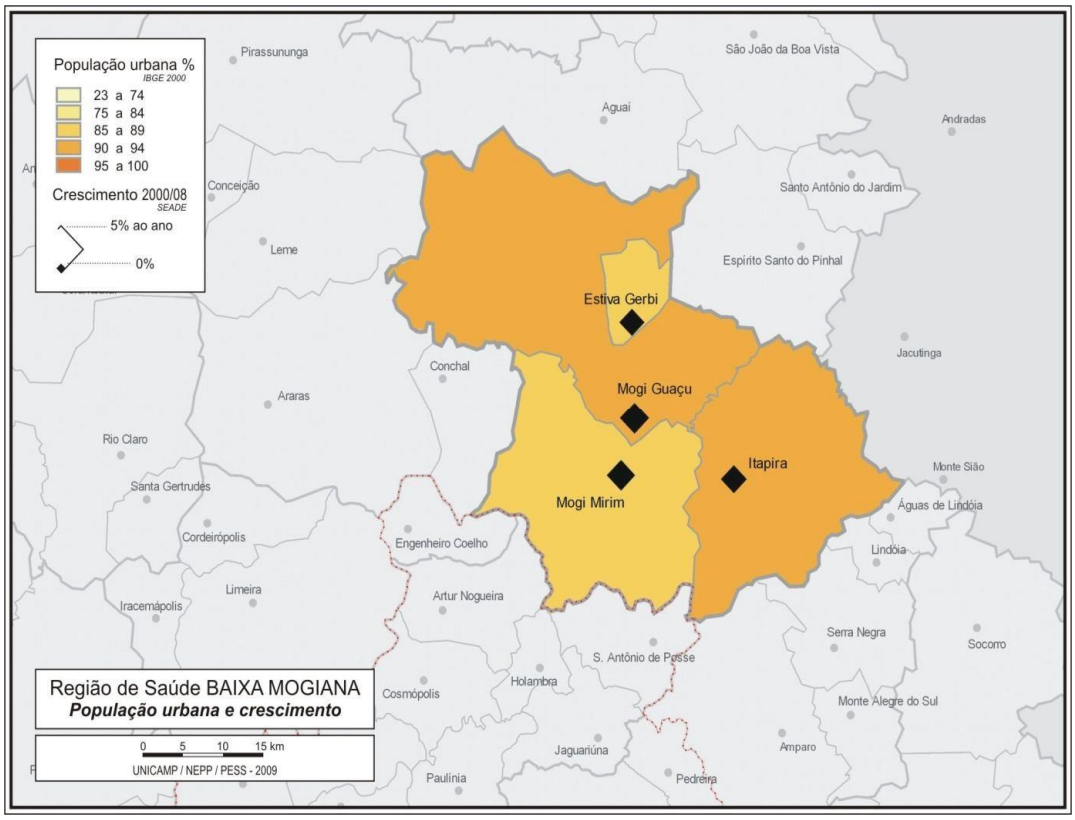
Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Estiva Gerbi	1,00	11,24	39,54	40,81
Itapira	1,11	11,98	43,52	63,44
Mogi Guaçu	1,65	13,26	46,22	45,94
Mogi Mirim	1,49	12,20	43,32	53,61

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 %)

No que se refere às taxas de natalidade e fecundidade, todos os municípios apresentam índices abaixo da média do Estado de São Paulo, respectivamente 15,03 e 52,65.

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.

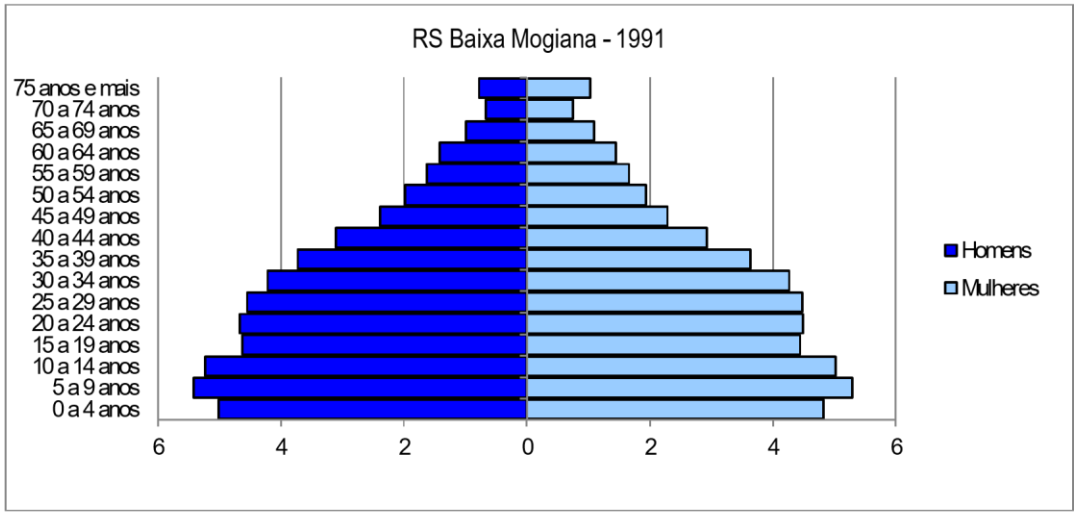
Mapa 6 - Percentual da população urbana no ano 2000 e taxa de crescimento 2000/2008 dos municípios da RS Baixa Mogiana.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

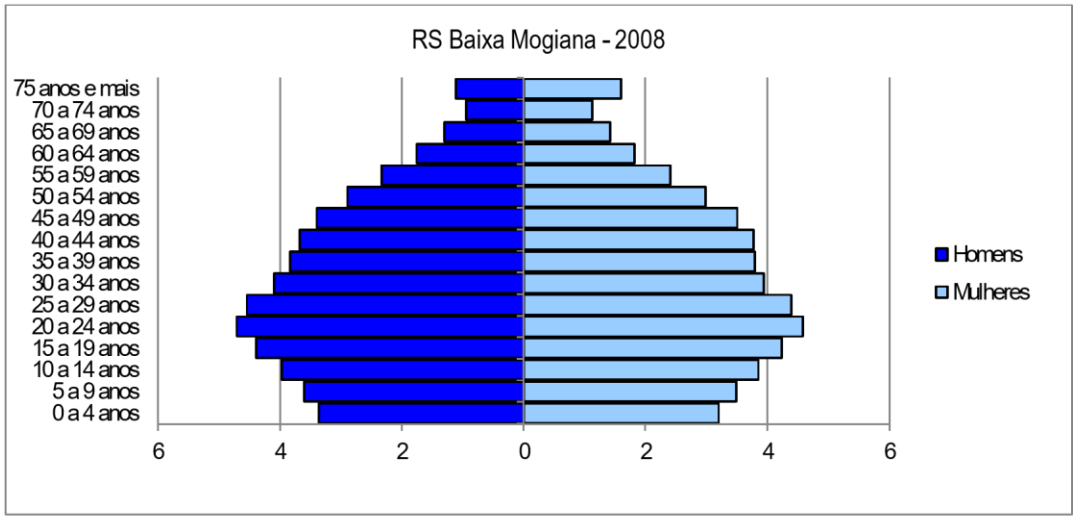
A configuração das pirâmides etárias de 1991 e 2007, apresentada nos Gráficos 1 e 2, evidencia o processo de envelhecimento da população, com diminuição considerável das faixas etárias inferiores a 19 anos e o aumento significativo das faixas acima de 45 anos.

Gráfico 1 - Pirâmide etária.RS Baixa Mogiana, 1991.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Baixa Mogiana, 2007.

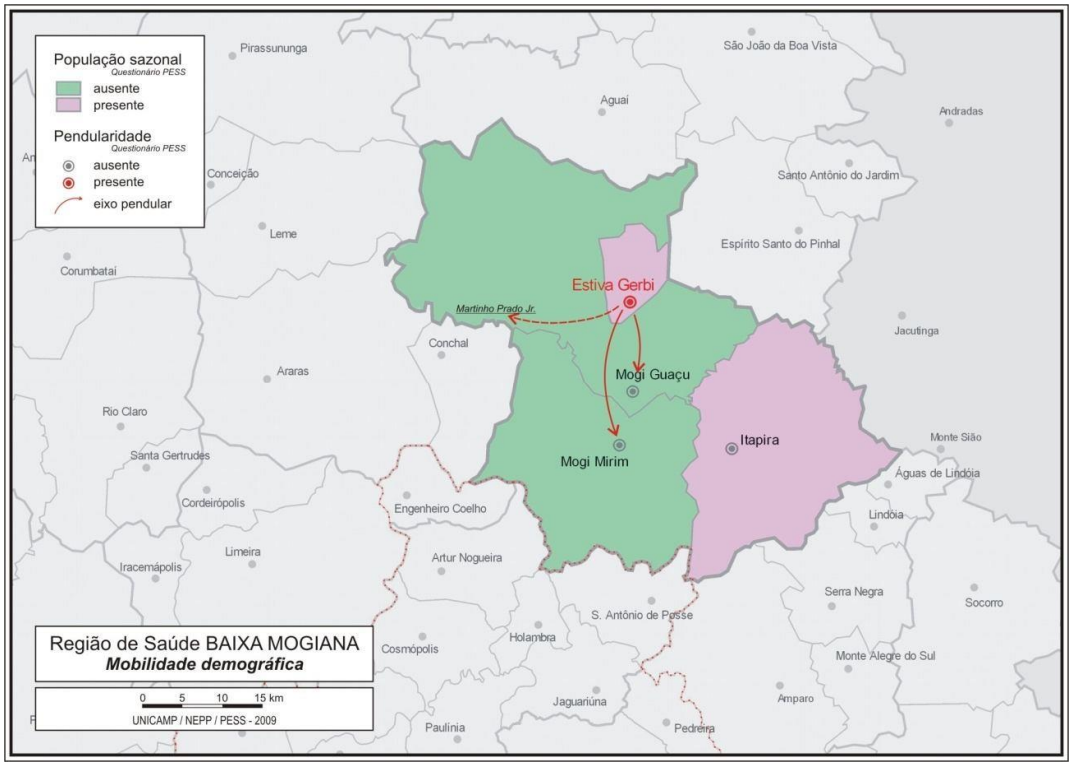


Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Em termos de mobilidade populacional, deve-se considerar a presença, na Região, de população sazonal em dois municípios, atraída pelas colheitas de cana e laranja. Além disso, detectou-se também pendularidade no município de Estiva Gerbi, que respondeu positivamente, no questionário eletrônico aplicado, quando perguntado se o município podia ser considerado

cidade-dormitório. O Mapa7 mostra os destinos dessa pendularidade e a presença da sazonalidade populacional na RS Baixa Mogiana.

Mapa 7 - Mobilidade populacional. RS Baixa Mogiana, 2008.



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

Para o delineamento das condições gerais de vida na RS Baixa Mogiana, foram reunidos alguns indicadores. Os primeiros, constantes na Tabela 3, referem-se ao fornecimento domiciliar de água e coleta de esgoto, e mostram um padrão de excelência, com todos os municípios muito próximos da cobertura total.

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

Municípios	Água* 2000	Esgoto* 2000
Estiva Gerbi	97,7	97,6
Itapira	98,2	97,1
Mogi Guaçu	99,6	99,0
Mogi Mirim	99,1	97,6

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

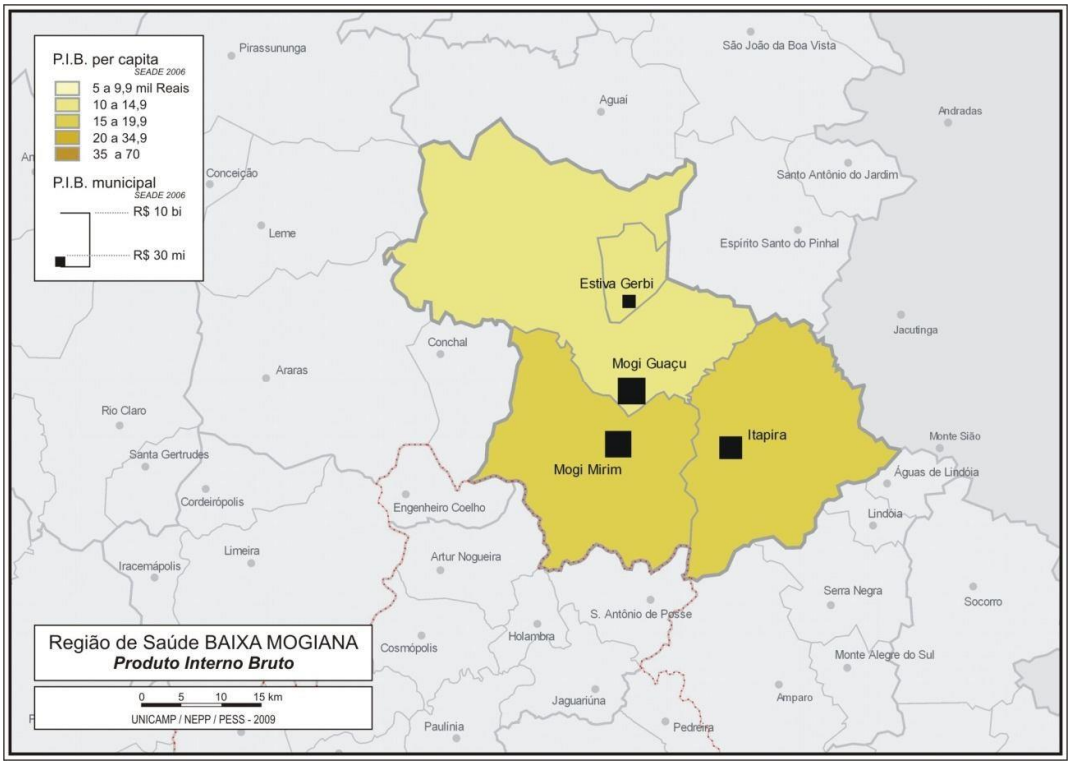
Os indicadores de renda, expostos na Tabela 4 e no Mapa 8 (PIB municipal e PIB municipal *per capita*) reforçam a posição de liderança econômica do município de Mogi Guaçu e revelam variações de renda *per capita* entre os municípios da região.

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

Municípios	PIB Municipal* 2006	PIB per Capita** 2006
Estiva Gerbi	129,6	12,4
Itapira	1.183,2	17,3
Mogi Guaçu	2.073,8	14,7
Mogi Mirim	1.780,2	19,0

Fonte: SEADE. Elaboração própria.
* em milhões de reais
** em mil reais

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Os indicadores de desenvolvimento social, indicados na Tabela 5, apontam diferenças mais significativas entre os municípios da RS Baixa Mogiana. Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)[12], a melhor situação está em Mogi Guaçu com o menor percentual de população em estado de vulnerabilidade social e, a pior situação é observada em Itapira, que apresenta também a pior performance no Índice Paulista de Responsabilidade social (IPRS)[13], posicionando-se no grupo 4. Nesse indicador Estiva Gerbi e Mogi Guaçu ocupam a melhor posição.

[12] O IPVS, 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.

[13] 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.

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

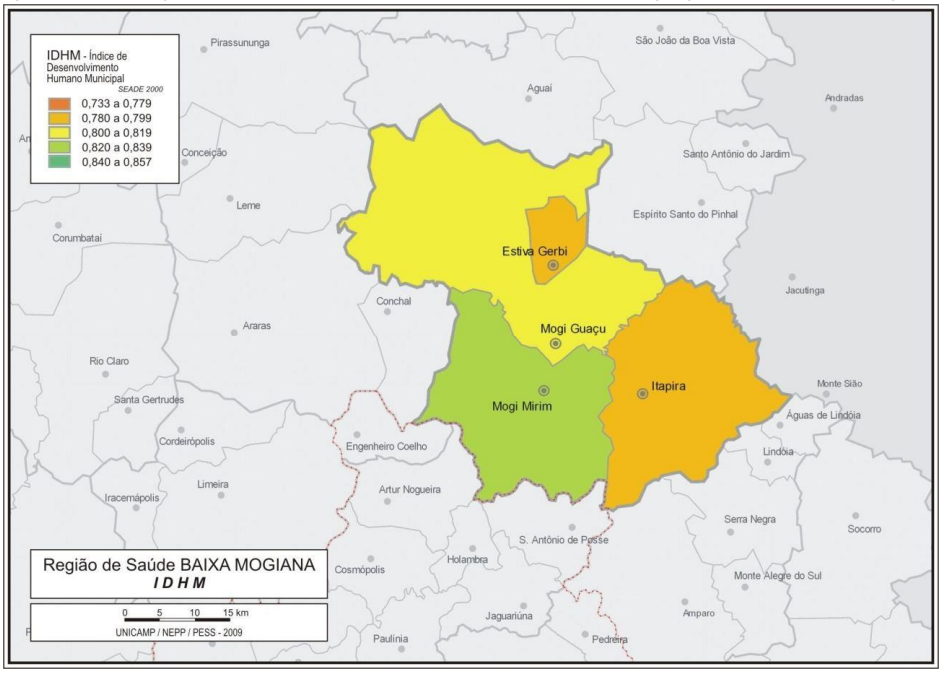
Municípios	IDHM* 2000	IPVS** 2000	IPRS*** 2004
Estiva Gerbi	0,794	48,9	1
Itapira	0,794	54,8	4
Mogi Guaçu	0,813	26,1	1
Mogi Mirim	0,825	32,3	2

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)

Por fim, o IDHM, também representado no Mapa 9, define dois municípios com médio desenvolvimento humano, Estiva Gerbi e Itapira, e dois com alto desenvolvimento, Mogi Guaçu e Mogi Mirim[14].

[14] 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 IDHM segue a mesma metodologia, focando os municípios.

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria**.**

Conclusões Parciais

A Região de Saúde Baixa Mogiana, possui um pequeno número de municípios e um contingente populacional também pequeno o que pode dificultar o processo de regionalização, se considerarmos os critérios estabelecidos pelo SUS e explicitados no PDR da SES SP de 2008.

Entretanto, o processo de implementação de políticas públicas nessa região além de considerar estas características deve levar em conta as diferenças existentes entre os quatro municípios, especialmente nos aspectos demográficos e socioeconômicos.

2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE BAIXA MOGIANA

Este capítulo apresenta uma análise descritiva de indicadores relacionados às condições de saúde da população dos municípios que compõem a RS Baixa Mogiana, 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 Paulistas[15]; outras fontes serão citadas, quando utilizadas. 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.

2.1. Mortalidade por Grupo de Causa

A análise dos dados de mortalidade proporcional, utilizando-se os capítulos da CID 10[16], mostrou que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes em todos os municípios e que, junto com as neoplasias (a segunda causa), as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, responderam por mais de 70% das mortes por causas definidas no triênio 2004-2006 (Tabela 1).

[15] 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).

[16] 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/

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	XI. Doenças do aparelho digestivo	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Todas as outras causas definidas
M Guaçu	30,5	20,0	12,7	11,1	7,9	5,9	12,0
M Mirim	31,1	18,6	9,7	9,0	7,3	7,4	17,1
Itapira	31,0	15,9	14,7	8,9	7,9	6,0	15,6
E Gerbi	38,9	19,0	7,9	6,3	9,5	4,8	13,5
RS B. Mogiana	31,0	18,3	12,3	9,7	7,8	6,3	14,5

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No sexo masculino, as causas externas foram o terceiro grupo mais frequente nos municípios de Mogi Guaçu e Mogi Mirim (Tabela 2).

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	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
M Guaçu	27,9	19,2	15,6	12,6	8,9	3,3	12,6
M Mirim	27,7	18,1	12,3	9,9	9,9	5,9	16,2
Itapira	27,0	16,8	13,0	14,6	9,4	6,3	12,9
E Gerbi	37,0	23,5	8,6	3,7	12,3	7,4	7,4
RS B. Mogiana	27,8	18,3	13,7	12,2	9,4	5,1	13,5

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Nas mulheres, as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas tiveram maior expressão do que nos homens e superaram as mortes por doenças respiratórias em Mogi Mirim (Tabela 3).

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

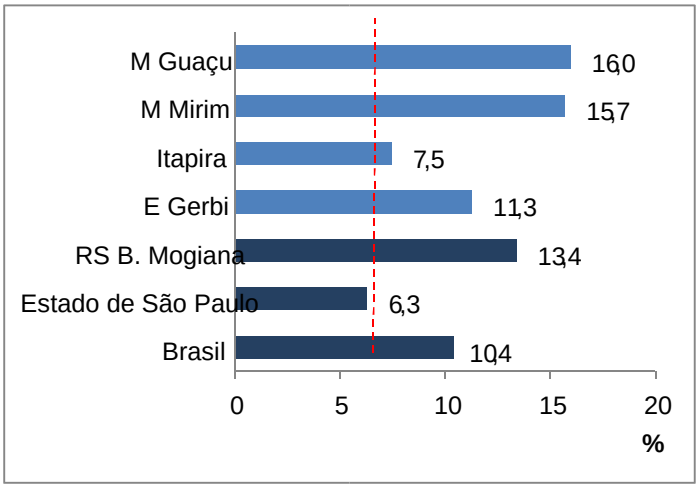
Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
M Guaçu	34,2	21,0	12,9	7,1	6,5	3,4	14,9
M Mirim	35,5	19,2	9,4	10,0	3,8	4,3	17,9
Itapira	36,9	14,7	15,0	9,3	5,7	5,7	12,7
E Gerbi	42,2	11,1	15,6	8,9	4,4	2,2	15,6
RS B. Mogiana	35,5	18,5	12,5	8,6	5,4	4,3	15,1

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A proporção de óbitos por causas mal definidas, analisados por local de residência, apresentou grande variação entre os municípios da RS Baixa Mogiana (Gráfico 1). Dois deles apresentaram valores superiores à média da região no período 2004-2006 (13,9%), 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 infraestrutura assistencial e recursos para o diagnóstico das doenças, até a capacitação profissional para o preenchimento daquele documento[17].

[17] RIPSA. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* – 2ª edição. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf.

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



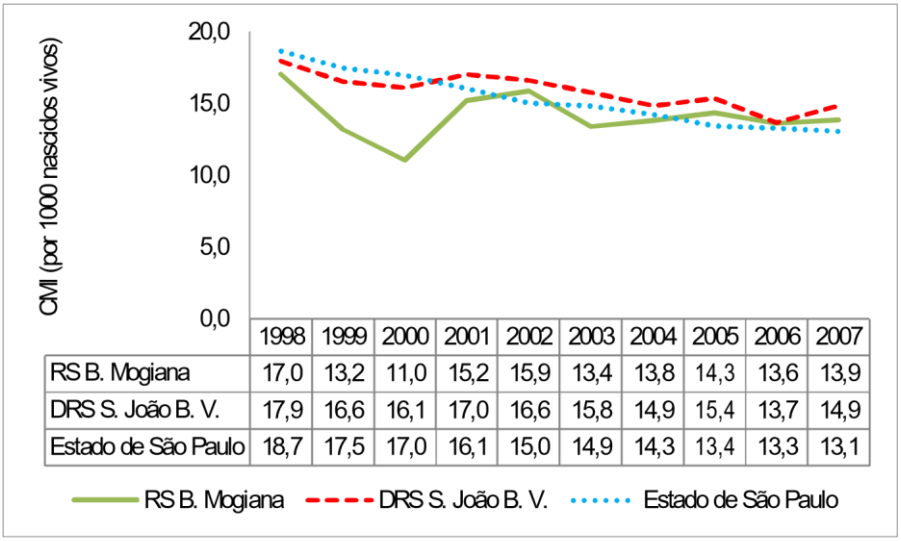
Fonte: MS/DATASUS (municípios e RS). MS/SVS (Brasil e São Paulo). Elaboração própria.

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 queda do CMI que vem ocorrendo no Estado de São Paulo (ESP) e no conjunto de municípios que guarda correspondência com o DRS XIV – São João da Boa Vista. Na RS Baixa Mogiana, após períodos de declínio e aumento entre 1998 e 2003, observa-se estabilidade até 2007. A mortalidade infantil na região sempre foi inferior ao CMI do DRS XIV. Em 2007 obteve-se um valor médio de 13,9/1.000 nascidos vivos, superior ao do conjunto do Estado no mesmo ano (13,1) e inferior ao do país em 2005 (21,2 por 1.000 nascidos vivos)[18].

[18] Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise de situação de saúde*. Brasília, 2007. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf.

Gráfico 2 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1998-2007.



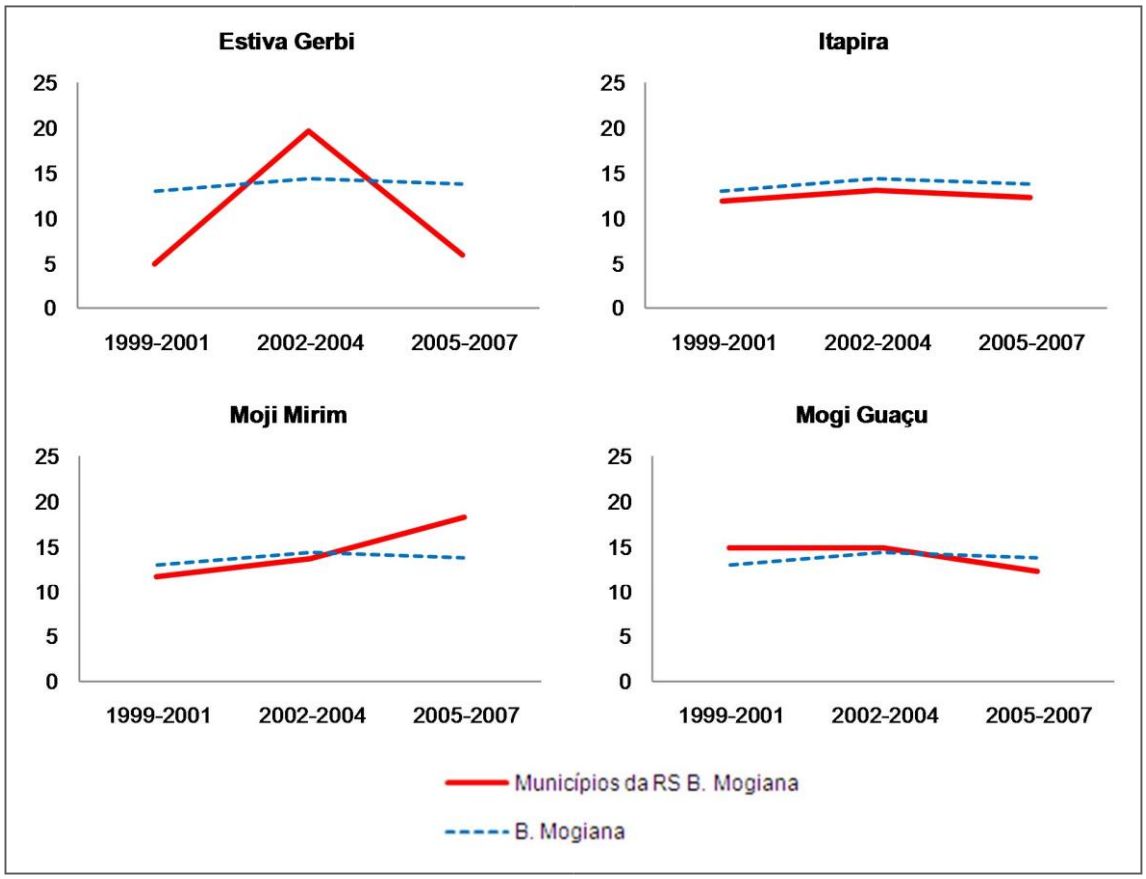
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RS B. Mogiana	17,0	13,2	11,0	15,2	15,9	13,4	13,8	14,3	13,6	13,9
DRS S. João B. V.	17,9	16,6	16,1	17,0	16,6	15,8	14,9	15,4	13,7	14,9
Estado de São Paulo	18,7	17,5	17,0	16,1	15,0	14,9	14,3	13,4	13,3	13,1

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 80% 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. São constatadas diferenças na evolução do CMI entre os quatro municípios no decorrer do período analisado. Mogi Mirim cursou com aumento, enquanto Mogi Guaçu e Itapira apresentaram redução no último triênio. No caso de Estiva Gerbi, as taxas devem ser vistas com cautela, devido ao porte populacional e pequeno número de eventos envolvidos.

Gráfico 3 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Baixa Mogiana, 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 Baixa Mogiana. Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 80 para 52 em toda a região, o que representou uma redução de 35% no período; esta foi mais intensa no período neonatal (37%) do que no pó-neonatal (37%). 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 Baixa Mogiana, 1998-2007.

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2005-2007
M Guaçu	Neonatal	32	27	22	20	24	18	17	17	12	18	8,7
	Pós-neonatal	8	7	5	10	9	8	8	8	5	7	3,7
	Menores 1 ano	40	34	27	30	33	26	25	25	17	25	12,4
M Mirim	Neonatal	16	7	7	13	11	11	13	10	20	13	13,1
	Pós-neonatal	9	5	4	7	3	4	6	4	7	6	5,2
	Menores 1 ano	25	12	11	20	14	15	19	14	27	19	18,3
Itapira	Neonatal	9	12	7	6	9	8	7	10	6	5	9,0
	Pós-neonatal	2	2	1	5	5	2	2	4	2	2	3,4
	Menores 1 ano	11	14	8	11	14	10	9	14	8	7	12,4
E Gerbi	Neonatal	2	-	-	-	2	-	1	1	-	1	6,1
	Pós-neonatal	2	-	2	-	2	2	-	-	-	-	0,0
	Menores 1 ano	4	0	2	0	4	2	1	1	0	1	6,1
RS B. Mogiana	Neonatal	59	46	36	39	46	37	38	38	38	37	10,0
	Pós-neonatal	21	14	12	22	19	16	16	16	14	15	4,0
	Menores 1 ano	80	60	48	61	65	53	54	54	52	52	13,9

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Entre as mortes de crianças menores de 1 ano na RS Baixa Mogiana, o componente neonatal precoce (mortes até 7 dias de vida) respondeu por pouco mais da metade 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 76% e 20% das mortes neonatais no triênio 2004-2006, respectivamente. Dentre as afecções perinatais, as principais causas de morte foram, nesta ordem: os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (CID10 P20-P29); transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08), feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (CID10 P00-P04), respondendo por 71% de todas as causas perinatais.

Em relação à mortalidade pós-neonatal no triênio 2004-2006, o grupo das causas mal definidas foi o de maior peso, com 26% das mortes, seguido pelas malformações congênitas e anomalias cromossômicas, doenças infecciosas e parasitárias e do aparelho respiratório e outras causas.

A redução da mortalidade infantil ainda é um importante desafio a ser enfrentado pelos gestores e gerentes dos serviços de saúde: mais de 56% das mortes de menores de 1 ano na RS Baixa Mogiana em 2006 ocorreram devido a causas evitáveis ou reduzíveis[19], definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (Tabela 5). Destas, 90% 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 Baixa Mogiana, 1997-2006.

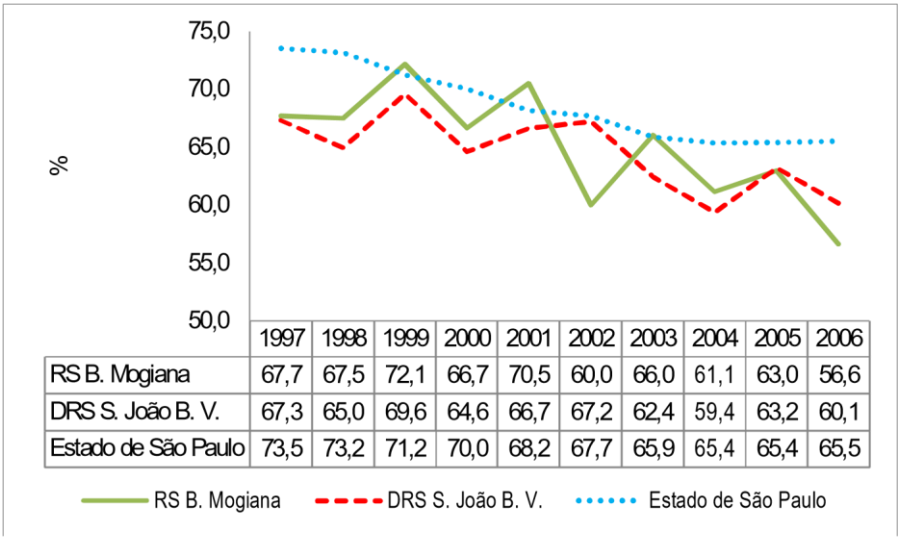
Grupos de causas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reduzíveis por ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	84,6	88,9	95,5	87,5	76,7	87,2	85,7	84,8	82,4	90,0
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	7,7	9,3	2,3	3,1	16,3	7,7	8,6	9,1	5,9	10,0
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas à ações adequadas de atenção à saúde	7,7	1,9	2,3	9,4	7,0	5,1	5,7	6,1	11,8	-
Todas as causas evitáveis	67,7	67,5	72,1	66,7	70,5	60,0	66,0	61,1	63,0	56,6

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 Baixa Mogiana essa queda se dá com maior variabilidade, assim como ocorrido no conjunto de municípios que compõem o DRS XIV – São João da Boa Vista (Gráfico 4).

[19] 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=S167949742007000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Gráfico 4 - Evolução da proporção de mortes por causas evitáveis em menores de 1 ano. RS Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1997-2006.



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
RS B. Mogiana	67,7	67,5	72,1	66,7	70,5	60,0	66,0	61,1	63,0	56,6
DRS S. João B. V.	67,3	65,0	69,6	64,6	66,7	67,2	62,4	59,4	63,2	60,1
Estado de São Paulo	73,5	73,2	71,2	70,0	68,2	67,7	65,9	65,4	65,4	65,5

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O óbito infantil é um "evento sentinela[20]", 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 desigualdades[21]. 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 puerpério[22]. 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 conhecimento das definições de morte

[20] 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

[21] 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.

[22] RIPSA. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. RIPSA – 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.

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 mortes maternas por município de residência na RS Baixa Mogiana, ocorrido entre 1998 e 2007.

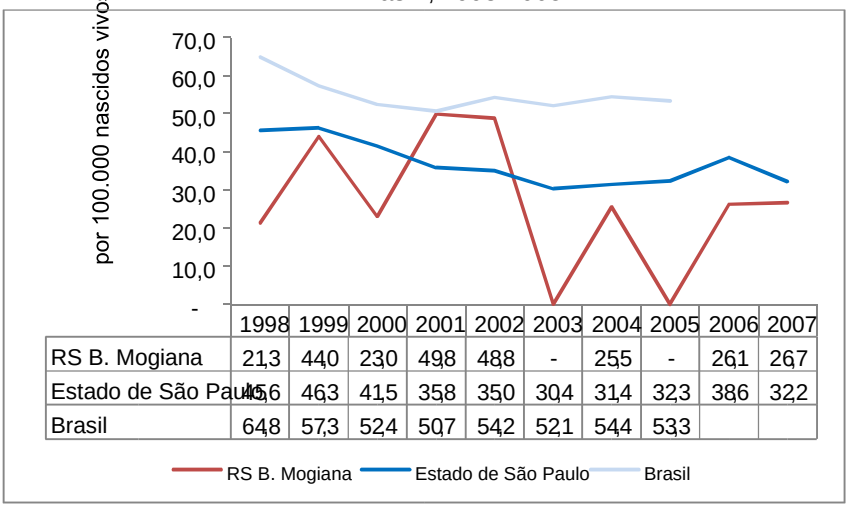
Tabela 6 - Óbitos por Complicação da Gravidez, Parto e Puerpério. RS Baixa Mogiana, 1998-2007.

Municípios	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
M Guaçu	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
M Mirim	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Itapira	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
E Gerbi	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
RS B. Mogiana	1	2	1	2	2	0	1	0	1	1

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 Baixa Mogiana; 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 Baixa Mogiana e Estado de São Paulo, 1998-2007 e Brasil*, 1998-2005.



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RS B. Mogiana	21,3	44,0	23,0	49,8	48,8	-	25,5	-	26,1	26,7
Estado de São Paulo	45,6	46,3	41,5	35,8	35,0	30,4	31,4	32,3	38,6	32,2
Brasil	64,8	57,3	52,4	50,7	54,2	52,1	54,4	53,3		

* 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 internacionais[23]. O *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*[24] 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)

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

[23] 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.
[24] 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.

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”[25], 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.

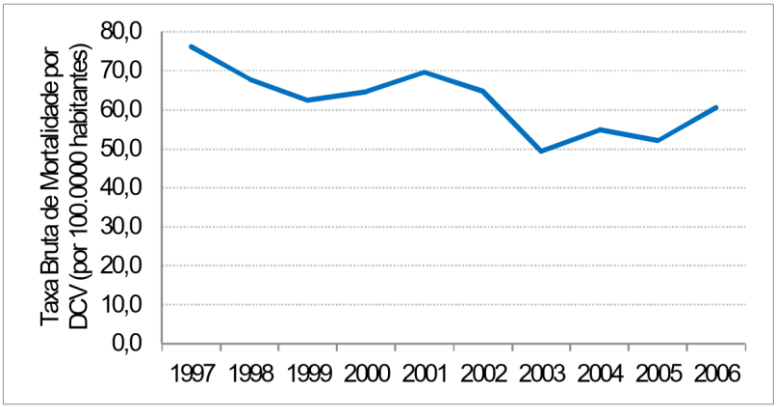
2.4.1. Doenças Cardiovasculares

Na RS de Baixa Mogiana, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 31% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as e as neoplasias, responderam por 49% do total dos óbitos, semelhante ao encontrado no ESP (49%).

A medida dos óbitos pelas doenças cerebrovasculares (DCV) e doenças isquêmicas do coração é uma boa estimativa do risco de morte pelas doenças do aparelho circulatório, pois constituem seus grupos mais significativos. No Estado de São Paulo, observou-se queda das taxas de mortalidade por DCV entre 1997 e 2006. Essa é a tendência esperada, e o que ocorreu na RS Baixa Mogiana considerando toda a série de dados apresentada, porém com períodos de declínio e aumento das taxas (Gráfico 6).

[25] 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.

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



* Causa básica do óbito CIC-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 um 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 municípios[26].

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

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Mogi Guaçu	67	71	64	74	71	77	55	55	54	76	45,6
Mogi Mirim	64	66	58	49	53	49	40	46	51	53	56,9
Itapira	64	39	44	50	70	55	40	56	48	51	76,8
Estiva Gerbi	4	5	4	6	2	4	8	5	3	4	42,8
RS B. Mogiana	199	181	170	179	196	185	143	162	156	184	55,9

* Causa básica do óbito CID-10: I60 A 169
* Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

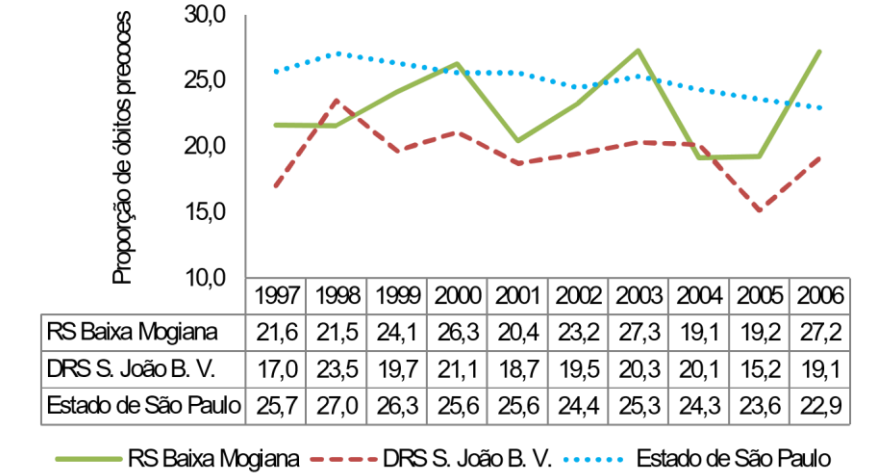
[26] As taxas calculadas para diferentes municípios podem ser influenciadas pela composição da população por idade, sexo e outros parâmetros e não apenas pelas variações do número de eventos. Para que sejam comparáveis entre si, os coeficientes que não discriminam faixa etária devem ser padronizados 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 seqüelas 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 SJ Boa Vista (Gráfico 7). Considerando o conjunto de municípios da RS Baixa Mogiana, 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 Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1997-2006.



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
RS Baixa Mogiana	21,6	21,5	24,1	26,3	20,4	23,2	27,3	19,1	19,2	27,2
DRS S. João B. V.	17,0	23,5	19,7	21,1	18,7	19,5	20,3	20,1	15,2	19,1
Estado de São Paulo	25,7	27,0	26,3	25,6	25,6	24,4	25,3	24,3	23,6	22,9

* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

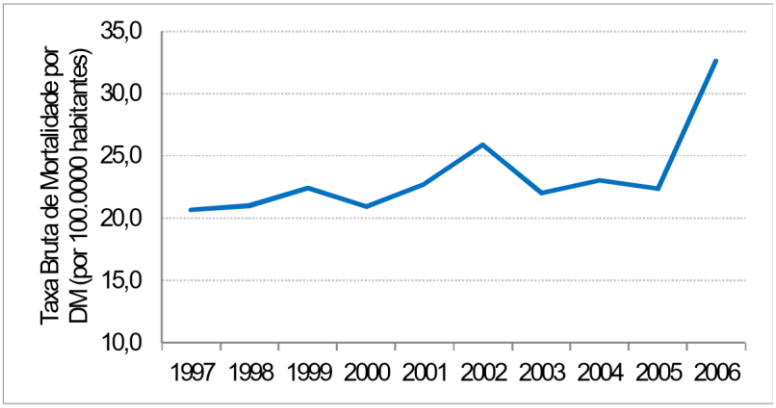
2.4.2. Diabetes Mellitus

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 a tendência de aumento da mortalidade por DM na região de saúde entre 1997 e 2006, indicando potencialidade de redução com uma boa gestão do cuidado.

Gráfico 8 - Evolução da Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus*. RS Baixa Mogiana, 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.

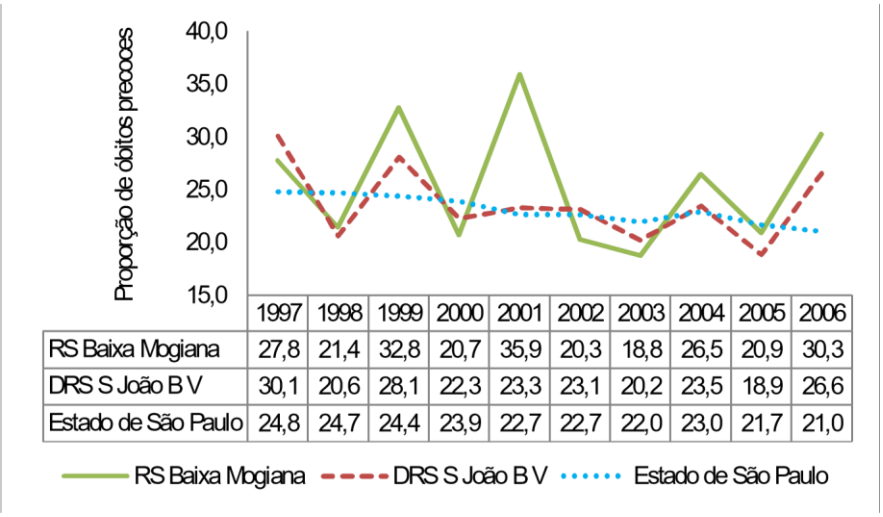
Tabela 8 - Número de óbitos por Diabetes Mellitus* no período 1997-2006 e taxa bruta de mortalidade no triênio 20042006. RS Baixa Mogiana, 1997-2006.

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
M Guaçu	13	21	16	16	18	24	20	28	27	32	21,5
M Mirim	19	13	24	29	16	27	22	17	14	43	28,1
Itapira	21	17	21	11	30	23	21	22	23	22	33,2
E Gerbi	1	5	0	2	0	0	1	1	3	2	21,4
RS B Mogiana	54	56	61	58	64	74	64	68	67	99	26,0

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

A proporção de mortes precoces (em menores de 60 anos) por DM foi bastante flutuante em todo o período analisado (Gráfico 9), tanto na região de saúde como na região que guarda correspondência com o DRS-SJ Boa Vista; já para o Estado de São Paulo, ocorreu um declínio 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 Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1997-2006.



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
RS Baixa Mogiana	27,8	21,4	32,8	20,7	35,9	20,3	18,8	26,5	20,9	30,3
DRS S João B V	30,1	20,6	28,1	22,3	23,3	23,1	20,2	23,5	18,9	26,6
Estado de São Paulo	24,8	24,7	24,4	23,9	22,7	22,7	22,0	23,0	21,7	21,0

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

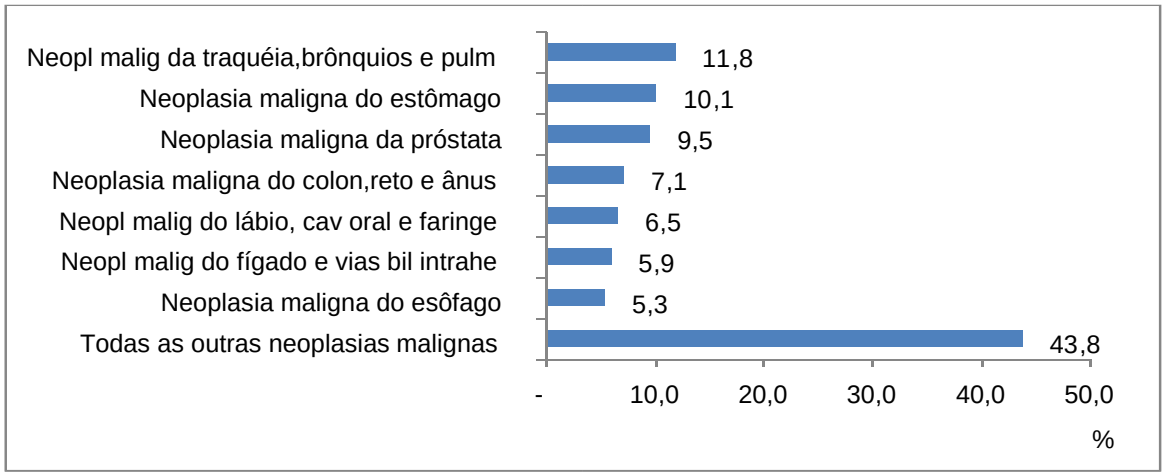
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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.

2.4.3. Neoplasias

As neoplasias responderam por cerca de 18% das mortes na RS Baixa Mogiana no triênio 2004-2006, com valores iguais entre os gêneros. No sexo masculino, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi o mais frequente, sendo responsável por 12% dos óbitos em 2006 (Gráfico 10), seguido pelas neoplasias do estômago e próstata. Entre as mulheres, a maior expressão foi da neoplasia cólon, reto e ânus (14%), seguida pela localização em traqueia, brônquios e pulmões, estômago e mama (Gráfico 11).

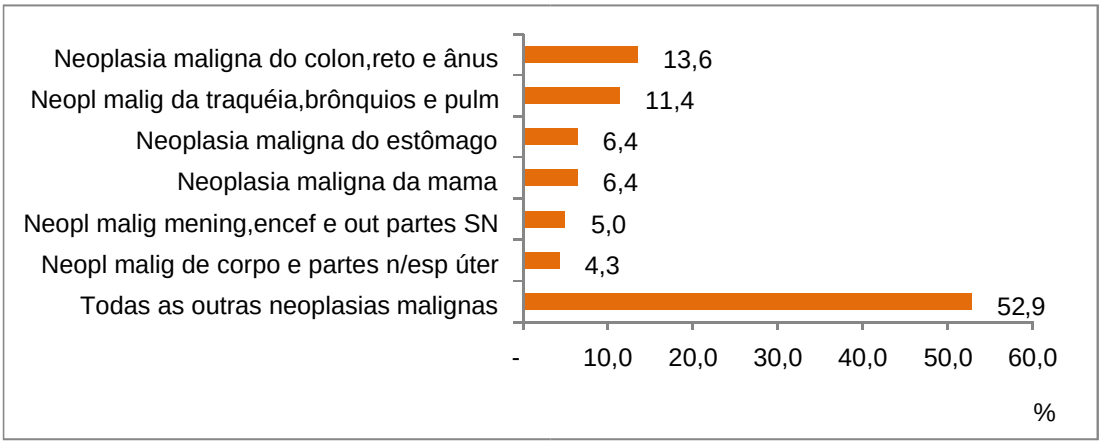
Gráfico 10 - Mortalidade proporcional por neoplasias malignas no sexo masculino*. RS Baixa Mogiana, 2006.



* Causa básica do óbito CID -10: C00 a C 97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração Própria.

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



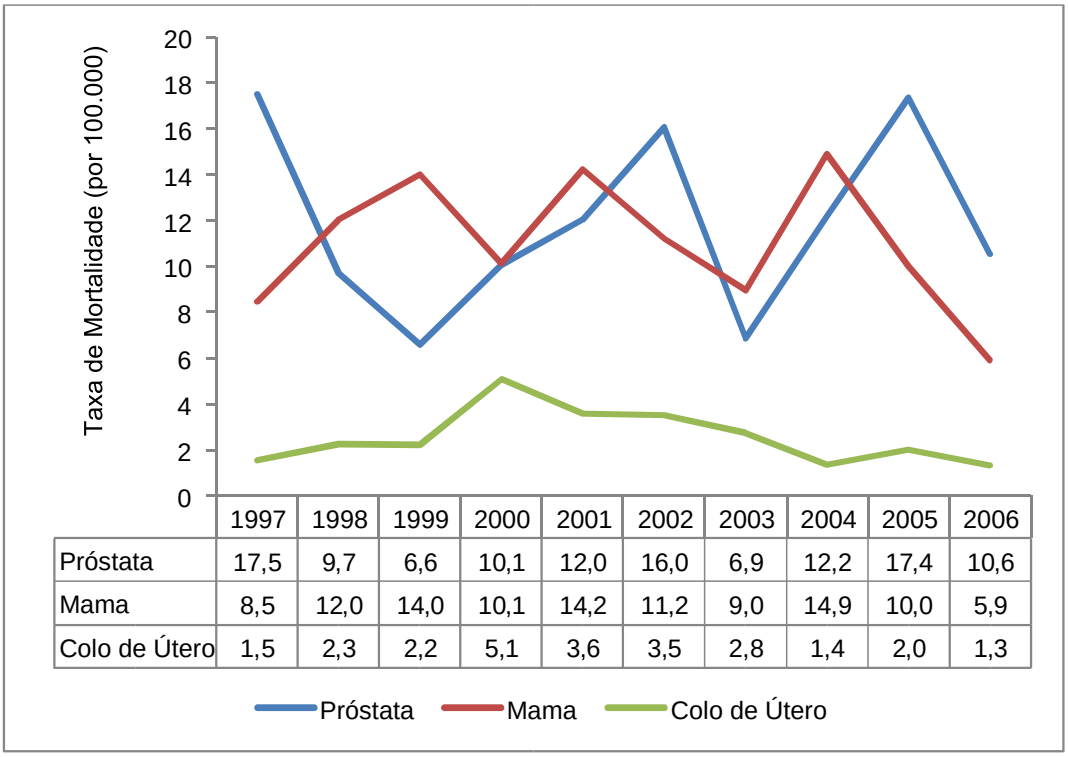
* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No ESP tem-se observado tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas, também verificada nos últimos anos na RS Baixa Mogiana. Em 2006, as taxas desta RS, do DRS XIV – São João Boa Vista e ESP foram respectivamente: 101,7; 83,3 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. Observou-se a partir do ano 2000 uma redução da mortalidade pelo câncer de colo. Já a mortalidade pelo câncer de mama e próstata teve valores oscilantes na série histórica.

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



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Próstata	17,5	9,7	6,6	10,1	12,0	16,0	6,9	12,2	17,4	10,6
Mama	8,5	12,0	14,0	10,1	14,2	11,2	9,0	14,9	10,0	5,9
Colo de Útero	1,5	2,3	2,2	5,1	3,6	3,5	2,8	1,4	2,0	1,3

* 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 por município da RS podem ser observadas na Tabela 9.

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

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
M Guaçu	11,3	11,3	2,5	99,1
M Mirim	11,4	8,3	0,8	99,1
Itapira	18,9	11,9	1,0	117,0
E Gerbi	20,9	-	-	85,5
RS B. Mogiana	13,4	10,2	1,6	102,7

* Próstata: por 100.000 homens; mama e colo do útero: por 100.000 mulheres; todas as neoplasias malignas: por 100.000 habi-tantes
** 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.

Ocorreram em toda a RS Baixa Mogiana, em 2006, 16 mortes por câncer de próstata, 9 por câncer de mama e 2 de colo de útero.

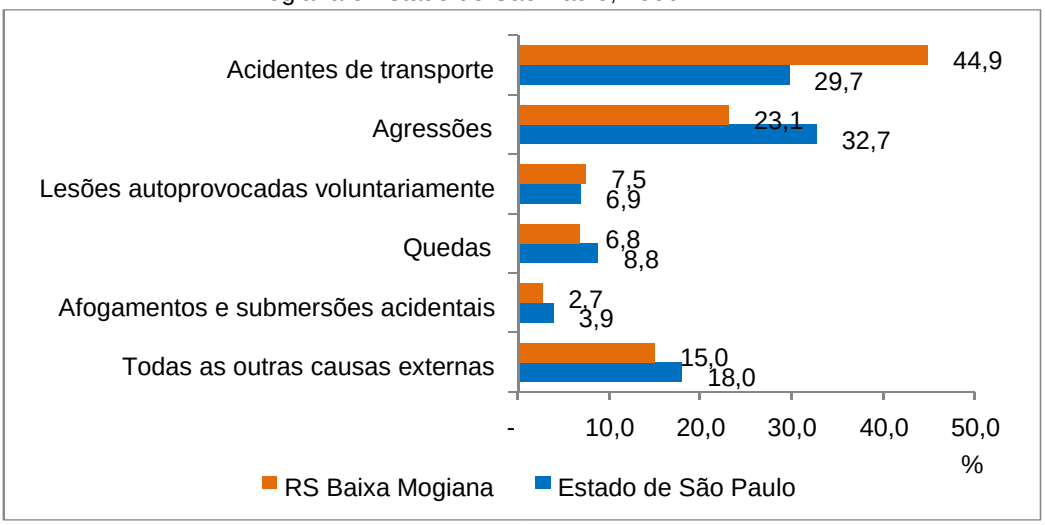
A redução da mortalidade por câncer, especialmente a causada pelos mais prevalentes, é objetivo prioritário estabelecido no Plano Estadual de Saúde. Muitas das mortes por câncer de próstata, mama e colo do útero poderiam ser evitadas com o diagnóstico e tratamento precoces. Os fatores de risco conhecidos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

2.4.4. Acidentes e Violências

Os acidentes e violências constituem 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 Baixa Mogiana e ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, o principal componente na região foram os acidentes de transporte (AT), com 45%, 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 Baixa Mogiana e Estado de São Paulo, 2006.



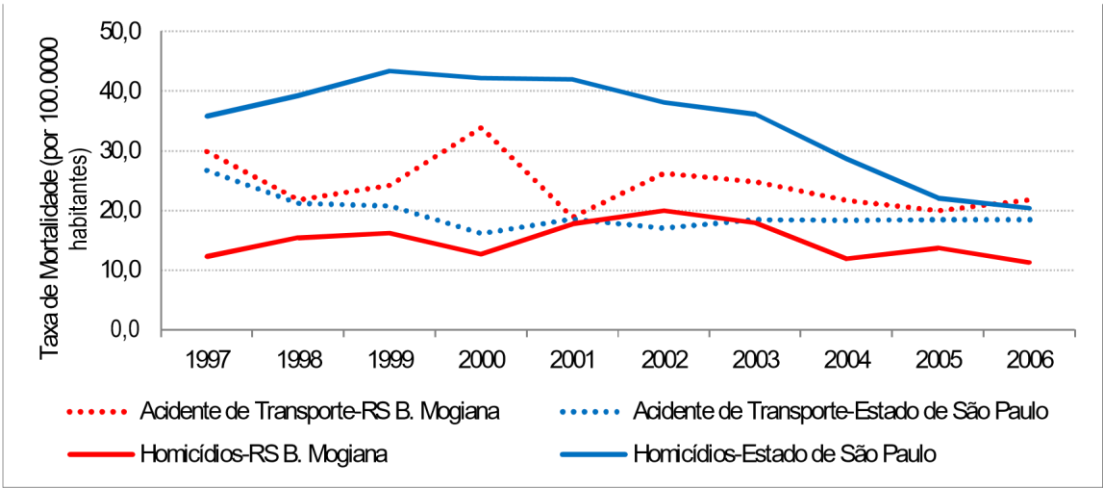
* Causa básica do óbito CID-10: V01-Y98

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 Estado de São Paulo declinaram de forma importante desde 2001. A região de saúde Baixa Mogiana manteve valores sempre inferiores aos do ESP em relação aos homicídios, mas com períodos de aumento e redução das taxas; nos anos 2000 e 2006 estas foram 12,6 e 11,2 respectivamente na RS, e 42,1 e 20,4 por 100 mil habitantes no ESP.

Em relação aos acidentes de transporte, os valores da região e do Estado foram próximos na série analisada, com a RS Baixa Mogiana tendo superado as taxas do ESP em quase todo o período.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte*. RS Baixa Mogiana 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 homicídios foi mais baixo que o de AT em todos os municípios.

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
M Guaçu	Homicídios	14	11	17	12	15	22	20	18	16	18	12,8
	Ac. Transporte	37	22	25	33	20	32	28	25	32	24	20,0
M Mirim	Homicídios	7	9	14	8	17	18	15	12	8	8	10,6
	Ac. Transporte	15	22	21	35	18	22	18	18	11	21	19,0
Itapira	Homicídios	10	21	12	15	16	16	17	5	17	8	14,9
	Ac. Transporte	26	13	20	25	13	21	26	19	16	17	25,8
E Gerbi	Homicídios	1	0	1	0	2	1	0	0	0	0	-
	Ac. Transporte	0	1	0	1	2	0	0	2	1	4	24,9
RS B. Mogiana	Homicídios	32	41	44	35	50	57	52	35	41	34	12,2
	Ac. Transporte	78	58	66	94	53	75	72	64	60	66	21,1

* 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.

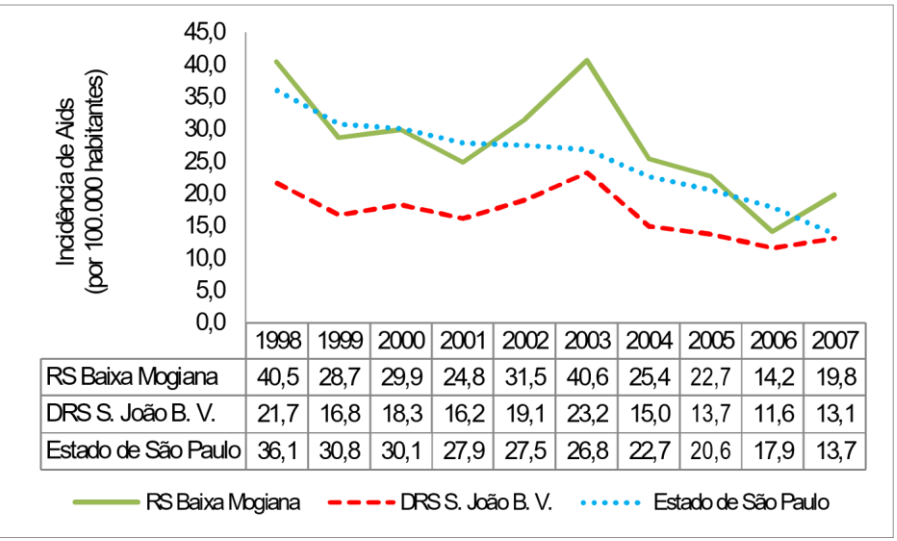
2.5. Doenças Transmissíveis

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 SINAN[27], observou-se no período de 1998 a 2007 redução persistente dos coeficientes de incidência da Aids no Estado de São Paulo e a mesma tendência no conjunto dos municípios compreendidos no DRS XIV e RS Baixa Mogiana, mesmo com as oscilações das taxas no período (Gráfico 15). Os valores da incidência da Aids na região de saúde foram sempre superiores aos verificados no DRS São João da Boa Vista e próximos aos do ESP.

Gráfico 15 - Incidência da Aids. RS Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1998-2007.



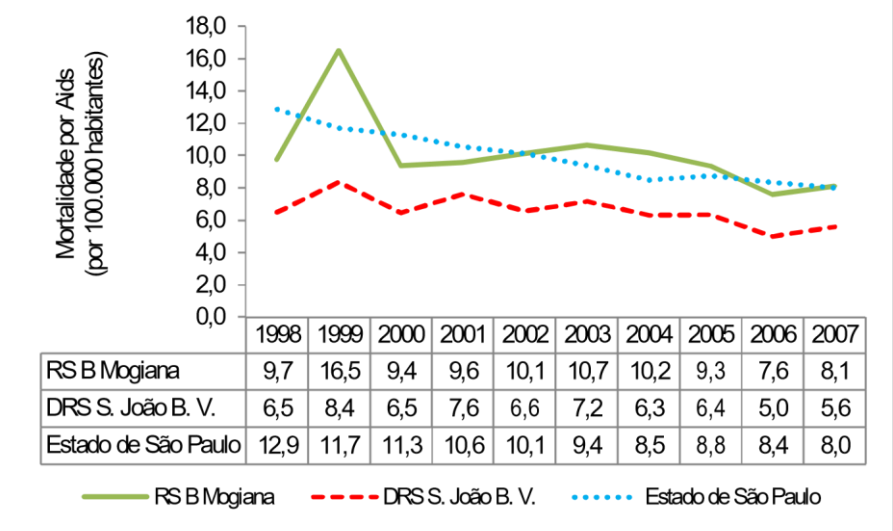
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RS Baixa Mogiana	40,5	28,7	29,9	24,8	31,5	40,6	25,4	22,7	14,2	19,8
DRS S. João B. V.	21,7	16,8	18,3	16,2	19,1	23,2	15,0	13,7	11,6	13,1
Estado de São Paulo	36,1	30,8	30,1	27,9	27,5	26,8	22,7	20,6	17,9	13,7

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.

[27] Mais recentemente têm sido acrescidos 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.

Nesse mesmo período, os coeficientes de mortalidade por Aids também apresentaram redução, menos acentuada na RS e no conjunto do DRS XIV do que no ESP, conforme mostrado no Gráfico 16.

Gráfico 16 - Mortalidade por Aids. RS Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1998-2007.



	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RS B Mogiana	9,7	16,5	9,4	9,6	10,1	10,7	10,2	9,3	7,6	8,1
DRS S. João B. V.	6,5	8,4	6,5	7,6	6,6	7,2	6,3	6,4	5,0	5,6
Estado de São Paulo	12,9	11,7	11,3	10,6	10,1	9,4	8,5	8,8	8,4	8,0

Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

Entre os municípios da região de saúde, Mogi Guaçu e Mogi Mirim concentraram 79% dos casos de Aids em 2007. As maiores incidências no triênio 2005-2007 foram encontradas em Mogi Mirim e Itapira (Tabela 11). Estes três municípios figuram entre os 150 com maior número de casos no Estado de São Paulo.

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

Municípios	Casos										Incidência
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2005-2007
M Guaçu	28	16	24	15	27	34	17	17	8	15	9,7
M Mirim	39	20	28	29	28	30	27	18	20	18	21,0
Itapira	36	37	33	26	22	23	8	10	9	8	13,2
E Gerbi	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3,5
RS Baixa Mogiana	105	74	85	70	77	88	52	45	37	42	13,6

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

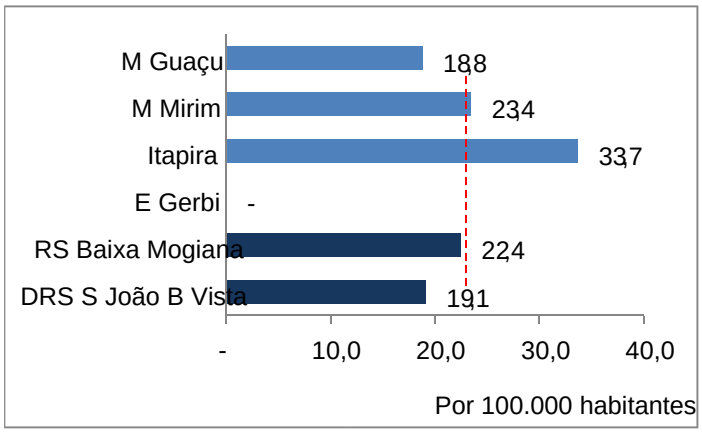
A estabilização e a redução da epidemia de HIV/Aids ainda não estão asseguradas. A ampliação de programas de promoção e prevenção, diagnóstico e acompanhamento laboratorial e clínico adequados são importantes para aumento da sobrevida e da qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

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 da 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 Baixa Mogiana são apresentados no Gráfico 17 e Tabela12 respectivamente, elaborados através de consulta aos dados do sistema TbWeb disponibilizados no site da Divisão de Controle da Tuberculose da SES-SP. A região de saúde obteve uma incidência média no biênio 2006-2007 superior à observada no conjunto do DRS XIV. Itapira teve o valor mais elevado, e é um dos 73 municípios prioritários para o controle da doença no ESP.

Gráfico 17 - Incidência de Tuberculose. Municípios, 2006-2007; RS Baixa Mogiana e DRS S João B Vista, 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.

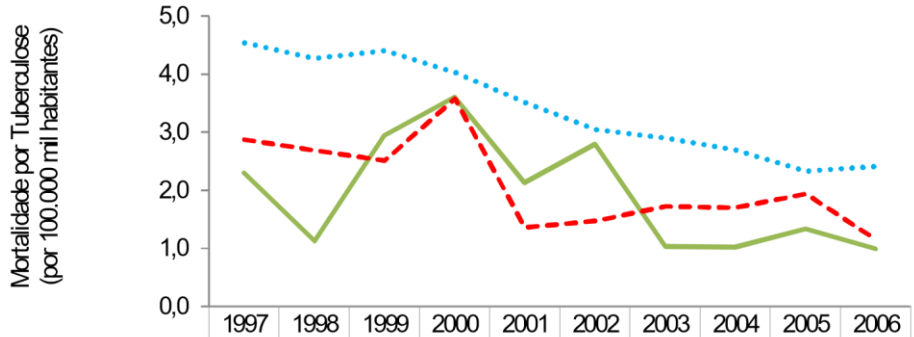
Tabela 12 - Casos novos de Tuberculose, segundo residência. RS Baixa Mogiana, 2006-2007.

Municípios	2006	2007
M Guaçu	19	33
M Mirim	23	19
Itapira	29	17
E Gerbi	0	0
RS Baixa Mogiana	71	69

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 Baixa Mogiana (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 Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1997-2006.



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
RS B. Mojiana	2,3	1,1	2,9	3,6	2,1	2,8	1,0	1,0	1,3	1,0
DRS S. João B. V.	2,9	2,7	2,5	3,6	1,4	1,5	1,7	1,7	1,9	1,2
Estado de São Paulo	4,5	4,3	4,4	4,0	3,5	3,0	2,9	2,7	2,3	2,4

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

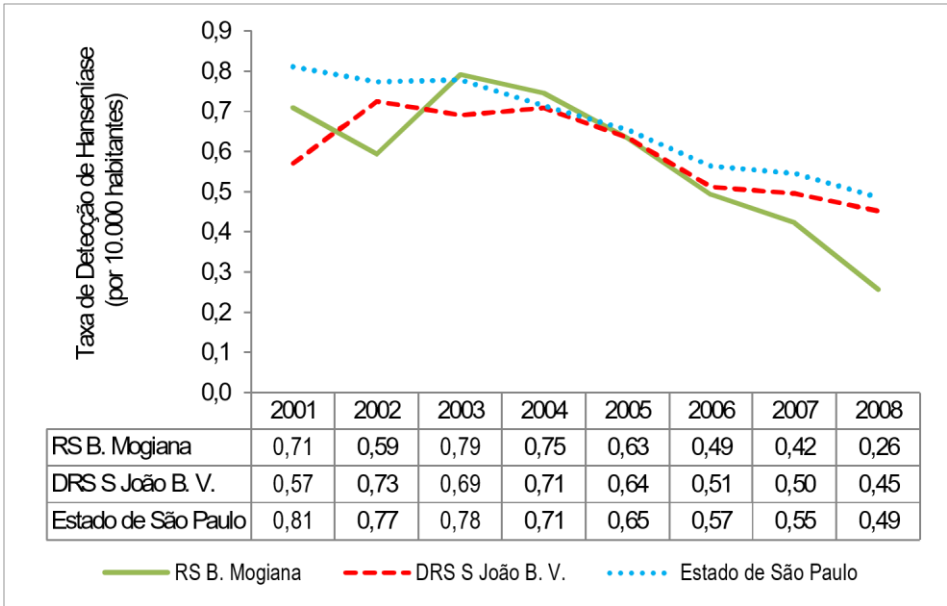
Frente a essa situação, recomenda-se investir na ampliação do acesso ao diagnóstico e da estratégia de tratamento supervisionado, nesse caso com o objetivo de aumentar a adesão dos doentes e ampliar as taxas de cura.

2.5.3. Hanseníase

Quanto à hanseníase, o ESP já atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS desde 2005[28], meta também atingida no conjunto do DRS XIV – São João da Boa Vista. 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 redução consistente ocorrida, a RS Baixa Mogiana, o conjunto de municípios compreendidos no DRS e o ESP estão classificados numa situação de média endemicidade (entre 0,2 e 0,9 casos por 10.000 habitantes).

[28] 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 Baixa Mogiana, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 2001-2008.



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
RS B. Mogiana	0,71	0,59	0,79	0,75	0,63	0,49	0,42	0,26
DRS S João B. V.	0,57	0,73	0,69	0,71	0,64	0,51	0,50	0,45
Estado de São Paulo	0,81	0,77	0,78	0,71	0,65	0,57	0,55	0,49

* 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 de saúde.

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
M Guaçu	7	7	11	4	7	6	4	7
M Mirim	6	6	4	7	1	3	3	0
Itapira	7	4	8	11	10	6	5	1
E Gerbi	0	0	0	0	1	0	1	0
RS B. Mogiana	20	17	23	22	19	15	13	8

* 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 que ainda há necessidade de implementação de ações na rede de atenção 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 necessário[29].

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 Baixa Mogiana, DRS XIV e Estado de São Paulo. O vetor Aedes aegypti é encontrado em todos os municípios da região e esta enfrentou em 2002, 2007 e 2008 epidemias importantes. Os dados justificam a priorização da dengue na agenda da saúde, devido ao grande potencial de transmissão e transcendência.

Tabela 14 - Casos de Dengue segundo local de residência*. RS Baixa Mogiana, DRS S João B Vista e Estado de São Paulo, 2001-2008.

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
M Guaçu	39	33	11	9	3	23	285	551
M Mirim	5	71	59	1	1	146	145	121
Itapira	9	581				8	24	3
E Gerbi							7	8
RS Baixa Mogiana	53	685	70	10	4	177	461	683
DRS S João B Vista	146	721	81	15	14	211	1.166	732
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 S. João da B. Vista. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Elaboração própria.

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

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.

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.

Mesmo considerando os diferentes enfoques, é possível observar que dois municípios indicaram como problema as condições crônicas de saúde e mortalidade materno-infantil e, como preocupação, a saúde da criança, da mulher e do idoso. Observa-se ainda que dengue e controle de vetores também foram apontados como problema em dois municípios. Todas essas indicações são coerentes com o diagnóstico de situação de saúde apresentado. Vale ressaltar que dos quatro municípios da RS Baixa Mogiana, dois não responderam a essa questão do questionário.

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

Municípios	Principais Problemas Apontados				
M Guaçu	Mortalidade infantil e materna	Saúde de idosos	Doenças crônicas degenerativas (DCNT)	Dengue	Atividade física
M Mirim					
Itapira	Vacinação	Controle de vetores	Saúde da mulher	Programas de doenças crônicas	Saúde da criança
E Gerbi					

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 Baixa Mogiana, 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-antinascido.

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 BAIXA MOGIANA

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 Baixa Mogiana

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, norteada 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. "[30]

[30] BRASIL. MS. *Política Nacional de Atenção Básica.* Brasília: MS, 2006. p.10

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, 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 RS Baixa Mogiana.

3.1.1. Modelo de Organização na Atenção Básica

No que se refere ao modelo de organização adotado, observa-se, na Tabela 1, a presença do modelo híbrido, composto de unidades básicas tradicionais e equipes de saúde da família, encontrado em todos os municípios. Não há na Região nenhum município que adote exclusivamente o modelo de Saúde da Família (SF) ou o de Unidades Básicas Tradicionais (UBS).

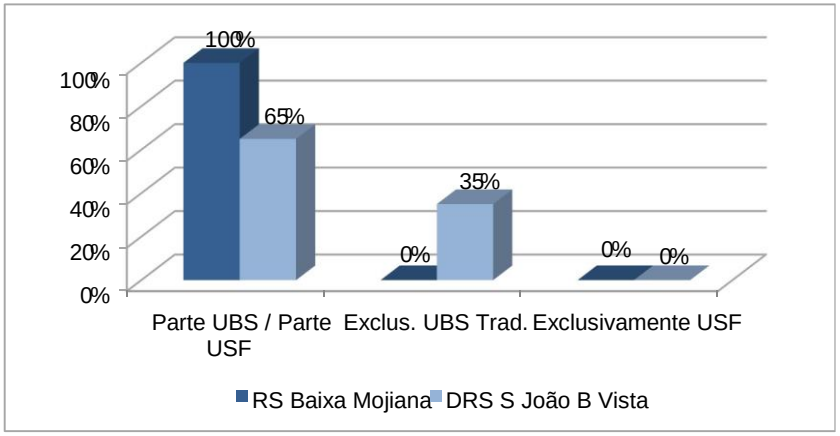
Tabela 1 - Modelo de Organização na Atenção Básica, por município. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Exclusivamente UBS Trad.	USF	Parte UBS/USF
E Gerbi			x
Itapira			x
M Guaçu			x
M Mirim			x

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

Quando se comparam esses dados da RS com a o conjunto do DRS XIV – São João da Boa Vista verifica-se que o modelo de unidades básicas com saúde da família, está presente em 100% e 65% dos municípios, respectivamente (Gráfico 1). No DRS, 35% dos municípios adotam o modelo de unidades básicas tradicionais, sem saúde da família e nenhum município tem modelo de saúde da família exclusivo.

Gráfico 1 - Modelo de organização da Atenção Básica. RS Baixa Mogiana e DRS São João da Boa Vista, 2008.



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

No tocante as modalidades de equipes de saúde da família[31], segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que Estiva Gerbi e Mogi Mirim responderam ter

[31] 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

equipes clássicas de SF; já Itapira e Mogi Guaçu apresentam equipes ampliadas com outros profissionais e Mogi Guaçu também saúde bucal tipo I.

Quando questionados em relação a projetos de expansão para a rede de Atenção Básica, os gestores municipais de Itapira e Mogi Mirim responderam que pretendem ampliar as equipes de Saúde da Família, sendo que o último projeta implantar 13 equipes.

Em relação à cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em dezembro de 2008, observa-se na Tabela 2 que os valores da RS Baixa Mogiana, 24% foram pouco superiores aos do DRS XIV, 22%, e os valores dos municípios variaram entre 7 e 66%.

Tabela 2 - Cobertura populacional* por equipes de saúde da família. RS Baixa Mogiana e DRS São João da Boa Vista, 2008 .

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura Populacional
E Gerbi	9.499	2	65,9%
Itapira	68.558	10	50,4%
M Guaçu	139.307	7	17,1%
M Mirim	90.256	2	7,4%
RS B. Mogiana	307.620	21	23,9%
DRS S. João B. V.	786.883	50	22,2%

Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

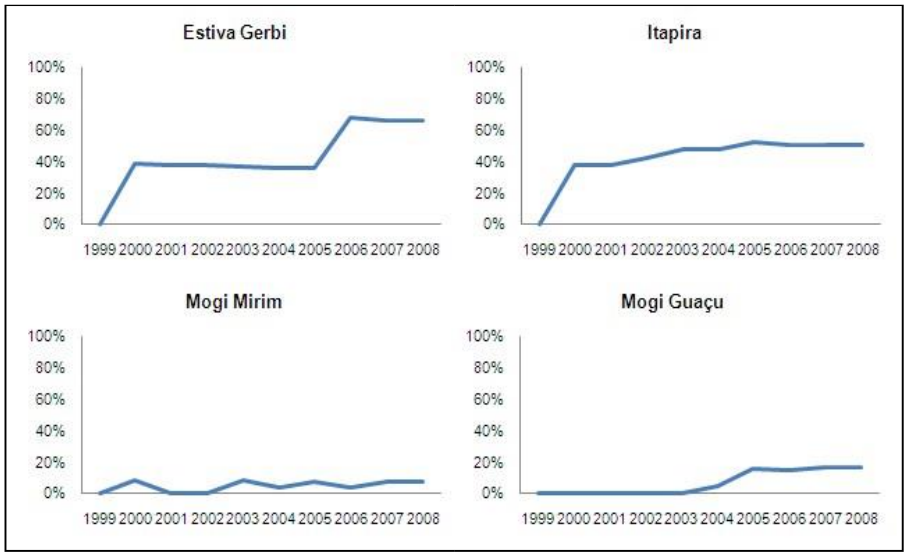
* Para a cobertura nos municípios foi considerada a fonte MS/DAB em 03/03/2009. Para o cálculo da cobertura populacional da RS e DRS, foi considerada 1 equipe de SF para cada 3.500 habitantes.

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

O Gráfico 2 mostra a evolução da estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família ao longo de uma década. Estiva Gerbi cursou com coberturas próximas a 40% entre 2000 e 2005 e depois disso vem mantendo o maior valor da região, 66%. Itapira, Mogi Mirim e Mogi Guaçu apresentam a mesma tendência, porém com diferenças marcantes em relação às faixas de cobertura: Itapira com valores significativamente mais altos (50%) do que Mogi Guaçu (17%) e Mogi Mirim (7%). Ressalta-se que o gestor deste último município manifestou querer ampliá-la significativamente.

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 nº 154, de 24 de janeiro de 2008), considerou-se apenas uma modalidade.

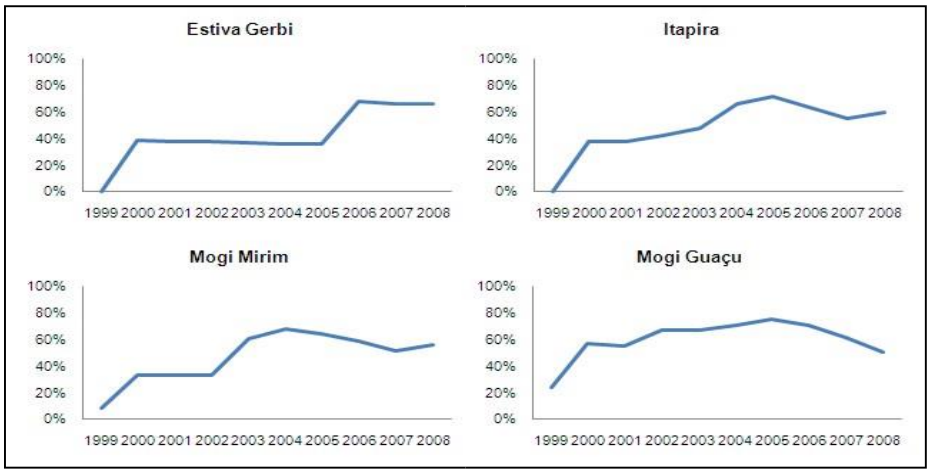
Gráfico 2 - Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família, por município. RS Baixa Mogiana, 1999-2008.



Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

Quanto à cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os dados apresentados no Gráfico 3 mostram valores muito expressivos em Mogi Mirim e Mogi Guaçu, com coberturas de 56% e 50% respectivamente. Em Itapira também observam-se valores mais elevados do que aqueles calculados sobre o número de equipes implantadas; já a cobertura por ACS em Estiva Gerbi foi semelhante.

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



Fonte: MS/SAS/DAB. 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, dados informados pelos gestores no questionário de pesquisa.

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

Municípios	UBS
E Gerbi	2
Itapira	2
M Guaçu	9
M Mirim	10

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

A avaliação, pelos gestores, da suficiência do número de unidades básicas e equipes de saúde da família em relação às necessidades de cada município está apresentada na Tabela 4.

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

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
E Gerbi	x		x	
Itapira		x		x
M Guaçu		x		x
M Mirim		x		X

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

Dos quatro municípios da Região, apenas Estiva Gerbi considera como suficiente suas unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família.

Quanto à localização geográfica das unidades básicas, conforme mostra a Tabela 5, três gestores referem que as unidades encontram-se bem localizadas; apenas o de Estiva Gerbi aponta como um problema a distribuição das unidades de saúde no respectivo território.

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

Municípios	Bem Distribuídas	Mal Distribuídas
E Gerbi		x
Itapira	x	
M Guaçu	x	
M Mirim	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/inexistentes na rede de Atenção Básica, bem como a suficiência/insuficiência de cargas horárias, conforme mostram as Tabelas 6 e 7, respectivamente.

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

Profissionais	E Gerbi	Itapira	M Guaçu	M Mirim
Agente Comunitário de Saúde	x	x	x	x
Assistente Social	x	x	x	x
Atendente de Enfermagem	x			x
Auxiliar de Consultório Dentário		x	x	x
Auxiliar de Enfermagem	x	x	x	x
Cirurgião-Dentista	x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x
Médico Sanitarista				x
Farmacêutico	x	x	x	x
Fisioterapeuta	x	x		x
Médico Acupunturista				
Médico Clínico	x	x	x	x
Médico de Saúde da Família	x	x	x	
Médico Ginecologista	x	x	x	x
Médico Homeopata				
Médico Pediatra	x	x	x	x
Médico Psiquiatra			x	x
Nutricionista				x
Profissional de Educação Física			x	
Psicólogo	x	x		x
Técnico de Enfermagem		x		x
Técnico em Higiene Dental				x
Terapeuta Ocupacional				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 da Atenção Básica, por município. RS Baixa Mogiana, 2008.

Profissionais	E Gerbi	Itapira	M Guaçu	M Mirim
Agente Comunitário de Saúde		x	x	x
Assistente Social		x	x	x
Atendente de Enfermagem				
Auxiliar de Consultório Dentário				
Auxiliar de Enfermagem		x		
Cirurgião-Dentista	x			
Enfermeiro			x	x
Médico Sanitarista				x
Farmacêutico			x	
Fisioterapeuta		x		
Médico Acupunturista				
Médico Clínico		x		
Médico de Saúde da Família		x		
Médico Ginecologista		x		
Médico Homeopata				
Médico Pediatra				
Médico Psiquiatra			x	x
Nutricionista				
Profissional de Educação Física			x	
Psicólogo		x		
Técnico de Enfermagem		x		
Técnico em Higiene Dental				
Terapeuta Ocupacional				x

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

Os dados mostram que a equipe multiprofissional básica[32], 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 três municípios da Região, mas as cargas horárias são muitas vezes consideradas insuficientes. Estiva Gerbi não possui auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental. Cabe citar que, apenas um município considera as horas do médico de saúde da família insuficientes.

Em relação a equipe ampliada na Atenção Básica, há na Região primazia dos seguintes profissionais: assistentes sociais e farmacêuticos em todos os quatro municípios; fisioterapeutas e psicólogos em três, médicos psiquiatras em dois.

Outros profissionais de nível superior que podem compor uma equipe ampliada na Atenção Básica encontram-se pouco presentes nos municípios da RS Baixa Mogiana.

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.

Em relação aos procedimentos de Atenção Básica por habitante (Tabela 8), os dados secundários dispostos no DATASUS e analisados sob os parâmetros da Portaria 1.101 de 12 de junho 2002, evidenciam que, em relação às ações de enfermagem, Itapira apresenta-se muito acima dos parâmetros. Já em relação às ações médicas, Estiva Gerbi e Mogi Guaçu estão acima desses padrões e os municípios de Itapira e Mogi Mirim estão adequados. No que se refere às ações odontológicas, nenhum município está abaixo dos parâmetros. Quanto aos procedimentos realizados por outros profissionais de nível superior, apenas Mogi Guaçu apresenta produção deficitária.

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

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

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Sup.
E Gerbi	2,62	4,40	0,42	0,18
Itapira	10,98	1,69	1,05	1,87
M Guaçu	3,76	2,15	2,99	0,09
M Mirim	4,91	1,63	1,93	0,39

Fonte: 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

No que diz respeito à necessidade de consultas básicas conforme quantitativo populacional verifica-se, pelos dados da Tabela 9, que a RS Baixa Mogiana produz 124% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população local. Merece atenção o fato Estiva Gerbi apresentar superávit da ordem de 279%.

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

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/déficit	% Produção/ necessidades
E Gerbi	9.499	14.961	41.674	26.713	279%
Itapira	68.558	107.979	113.108	5.129	105%
M Guaçu	139.307	219.409	297.510	78.101	136%
M Mirim	90.256	142.153	146.329	4.176	103%
RS Baixa Mogiana	307.620	484.502	598.621	114.119	124%

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

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 Baixa Mogiana, 2007.

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
E Gerbi	9.927	31.747
Itapira	108.518	4.590
M Guaçu	137.069	160.441
M Mirim	109.327	37.002
RS Baixa Mogiana	364.841	233.780

Fonte: Fundação SEADE-2007. Elaboração própria.

Do total de quase 600.000 consultas na Atenção Básica ofertadas na Região em 2007, observa-se que aproximadamente 60% referem-se a consultas programadas e 40% a consultas de urgência. Constata-se que nos municípios de Estiva Gerbi e Mogi Guaçu o número de consultas de urgência é superior ao de consultas programadas.

No que se refere ao desenvolvimento de atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida, os resultados, conforme Tabela 11 indicam a presença dessas ações em todos os municípios da Região, que as desenvolvem estabelecendo parcerias com outros setores, como educação, assistência social e outros.

A promoção de atividades físicas e cuidados com o envelhecimento ocorrem em todos os municípios, seguida do controle de tabagismo e da promoção de saúde sexual e reprodutiva realizadas em três municípios e da promoção de práticas alimentares saudáveis e preservação do meio-ambiente presentes em dois. Ressalta-se que essas ações ocorrem entre 75% e 100% das unidades básicas nos municípios de Estiva Gerbi e Mogi Mirim e entre 50% e 75% nos municípios de Itapira e Mogi Guaçu.

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

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
E Gerbi	x			x		
Itapira	x	x	x	x	x	x
M Guaçu	x		x	x	x	x
M Mirim	x	x	x	x	x	

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

A existência de iniciativas dessa natureza em todos os municípios da Região merece citação, devendo essas atividades ser ampliadas e/ou mantidas com vistas à qualificação.

Ao avaliar aspectos relacionados à Atenção Básica, os gestores elencaram como as principais fragilidades presentes:

- Inadequação do espaço físico das unidades (4 municípios);
- Processo de avaliação pouco sistematizado e pontual (3 municípios);
- Assistência fragmentada (2 municípios);
- Número insuficiente de profissionais de saúde (2 municípios).

Outras fragilidades apontadas foram: ausência de protocolos clínicos; falta de informatização; pouca utilização e avaliação dos indicadores de saúde.

Nota-se que os problemas da rede de Atenção Básica apontados concentram-se no campo de infraestrutura, de recursos humanos e do cuidado. Os gestores também referiram filas de espera para outros níveis.

Deve-se ressaltar que três municípios (Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim) apresentam alguma iniciativa em andamento com vistas a superar suas fragilidades, desenvolvendo ações de capacitação dos profissionais para a atenção à saúde, bem como projetos para melhorar a

infraestrutura e a informação. Chama atenção a ausência de referências à melhoria dos processos e instrumentos de gestão.

Conclusões Parciais

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

- Há presença exclusiva do modelo híbrido (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família) em 100% dos municípios da Região;
- O percentual de cobertura populacional de Saúde da Família na região é de 21,62%, inferior ao do Estado de São Paulo, que é de 25% (MS/DAB,2008);
- A maior parte dos gestores municipais considera o número de unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família insuficientes mas adequadas do ponto de vista da localização territorial;
- Há profissionais diversificados nas equipes de atenção básica, principalmente aqueles que compõem a equipe multiprofissional básica;
- A produção de procedimentos de atenção básica apresenta-se superavitária em todos os municípios;
- Todos os municípios desenvolvem algumas 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 Baixa Mogiana visando à sua qualificação, estão relacionados: 1) à adequação da infraestrutura da unidades 2) ao gerenciamento das unidades básicas 3) à qualificação do cuidado 4) à ampliação e capacitação dos profissionais para atuar na atenção básica.

Deve-se investir na qualificação da atenção básica na RS Baixa Mogiana para que ela possa exercer seu papel de organizadora do sistema de saúde, visando assegurar a redução das iniqüidades 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 deste estudo, buscou-se realizar uma análise diagnóstica das áreas de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, controle de zoonoses, saúde ambiental e saúde do trabalhador desenvolvidas pelos municípios da Região de Saúde Baixa Mogiana. Foram utilizados dados e informações colhidos através do questionário respondido pelos gestores municipais e de entrevista coletiva com os membros do CGR, visando a identificar a existência de setores e recursos humanos específicos responsáveis pelo desenvolvimento das atividades dessas áreas nos municípios. Os resultados desta 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 Baixa Mogiana.

Tabela 12 - Existência de setor ou profissional responsável, por município. RS Baixa Mogiana, 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.
E Gerbi	x		x							
Itapira	x		x		x					
M Guaçu	x		x		x					x
M Mirim	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 possuem setor responsável pela vigilância epidemiológica e sanitária, com exceção de Mogi Mirim, que conta com profissional responsável nessa última área. Em relação ao controle de zoonoses, três municípios têm setor específico. Quanto à saúde ambiental e do trabalhador, há pouca estrutura nos municípios da RS Baixa Mogiana. A Região ainda abriga três Centros de Controle de Zoonoses (CCZ).

3.2.2. Vigilância Epidemiológica

As ações de Vigilância Epidemiológica (notificação de agravos, profilaxia de agravos específicos, investigação de surtos e busca ativa) são totalmente descentralizadas para as unidades básicas de saúde em três municípios e parcialmente em um (Tabela 13).

Tabela 13 - Descentralização das ações de Vigilância Epidemiológica para as unidades básicas de saúde.

RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Ações de VE: descentralização para UBS	
	Totalmente	Parcialmente
E Gerbi		x
Itapira	x	
M Guaçu	x	
M Mirim	x	

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

Através dos dados contidos na Tabela 14, pode-se notar que em relação às várias categorias profissionais que tradicionalmente compõem as equipes de VE, os municípios da região contam com enfermeiros e auxiliares de enfermagem em todos eles; médicos e técnicos de enfermagem também estão presentes, mas em menor número de municípios. Observa-se pouca referência à insuficiência de carga horária, porém Itapira é o único que a refere para todas as categorias de seu quadro técnico.

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

RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Médico	Insuficiência	Enfermeiro	Insuficiência	Técnico de Enfermagem	Insuficiência	Auxiliar de Enfermagem	Insuficiência
E Gerbi			X				X	
Itapira	x	x	x	x	x	x	x	x
M Guaçu	x	x	x				x	
M Mirim	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, são realizadas plenamente por 50% dos municípios e parcialmente pelo restante (Tabela 15). A análise das respostas ao questionário permitiu verificar que o Estado apoia ou desenvolve ações em VS na RS Baixa Mogiana em situações de maior complexidade, como inspeções em hospitais, registros de produtos e controle sanitário da produção de alimentos.

Tabela15 - Desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, por município. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
E Gerbi	x	
Itapira		x
M Guaçu	x	
M Mirim		x

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

Com relação às categorias profissionais que compõem as equipes de VS, destaca-se a presença do farmacêutico em todos os municípios, compondo com um número reduzido de outras categorias. Há referência de insuficiência de carga horária para quase todas elas (Tabelas 16 e 17).

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

Municípios	Biólogo	Insuf.	Enfer	Insuf.	Engenh.	Insuf.	Farmac.	Insuf.	Médico	Insuf.	Med. Vet.	Insuf.	Tecnol.	Insuf.
E Gerbi			X	X			X	X			X	X		
Itapira							X	X	X	X				
M Guaçu							X	X						
M Mirim		X		X		X								

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

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

Municípios	Tec. Enf.	Insuf.	Aux. Enf.	Insuf.	Fiscal SP	Insuf.
E Gerbi			X	X		
Itapira						
M Guaçu						
M Mirim						

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 Baixa Mogiana realizam as ações voltadas ao controle da dengue detalhadas na Tabela 18.

Tabela18 - Atividades de controle da dengue, por município. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
E Gerbi	x	x	x	x	x	x
Itapira	x	x	x	x	x	x
M Guaçu	x	x	x	x	x	x
M Mirim	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 a outras ações coordenadas pelo controle de zoonoses e mostradas na Tabela 19, observa-se que todos os municípios desenvolvem atividades para o controle da raiva animal, como vacinação antirrábica animal e a observação de animal agressor. Quanto às demais atividades, tanto as associadas ao controle da raiva animal, quanto às associadas ao controle de outras zoonoses – como leptospirose e leishmaniose cutaneomucosa e visceral – nota-se que são desenvolvidas pela maioria dos municípios. A posse responsável de animais domésticos é trabalhada em 100% dos municípios. A apreensão e guarda de animal de grande porte é realizada respectivamente por quatro e três municípios.

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

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos*	Roedores*	AE Lepto	C. Leish
E Gerbi	x	x		x		x	x		x	x
Itapira	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
M Guaçu	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
M Mirim	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 antirrábica 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.

3.2.5. Vigilância Ambiental

A Tabela 20 apresenta aspectos relacionados à saúde ambiental nos municípios da Região, segundo respostas dos gestores no questionário.

Aterro sanitário foi referido em dois municípios; 75% realizam coleta seletiva e coleta de resíduos de serviços de saúde. Além dessas ações, Itapira trabalha com controle de áreas contaminadas e degradadas e Mogi Guaçu relata atividades também em relação à poluição ambiental e educação ambiental.

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

Municípios	Aterro Sanitários	Coleta Seletiva	Coleta de Resíduos Áreas Contaminadas	Controle de Poluição Ambiental	Controle Ambiental	Educação Sanitária
E Gerbi		x	x			
Itapira	x	x	x	x		
M Guaçu	x	x	x	x	x	x
M Mirim						

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

3.2.6. Vigilância da Saúde do Trabalhador

Não existe serviço de saúde do trabalhador na região de saúde. Nenhuma atividade de vigilância nessa área é realizada pelos municípios, tais como vigilância de acidentes de trabalho, riscos decorrentes à exposição de benzeno, amianto e agrotóxico e vigilância de riscos relacionados ao cultivo da cana-de-açúcar.

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 questões elencadas foram muito diversas e alguns municípios referiram questões de estrutura e organização geral da rede de serviços de saúde dos municípios; recursos humanos; recursos materiais; e, logística.

Entre os avanços relatados em relação à saúde pública, destaca-se a redução da mortalidade infantil. Foram relatados como dificuldades aspectos da área de recursos humanos, como insuficiência, motivação e capacitação dos profissionais.

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 Baixa Mogiana, permite sintetizar que:

- Existe setor específico ou profissional responsável voltado ao desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária em todos os municípios, o que contribui para a consolidação do processo de municipalização dessas atividades;
- As ações de VE são descentralizadas, total ou parcialmente, para as unidades básicas de saúde por todos os municípios;
- As ações de VS são realizadas totalmente em metade dos municípios da região;
- Há escassez de profissionais de diversas formações compondo as equipes de VE e VS dos municípios,
- As ações de controle de zoonoses são bastante desenvolvidas na maioria dos municípios, incluídas as de controle da dengue;
- Há poucas iniciativas na área de saúde ambiental e nenhuma atividade de saúde do trabalhador**.**

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 expostos 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 a 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.

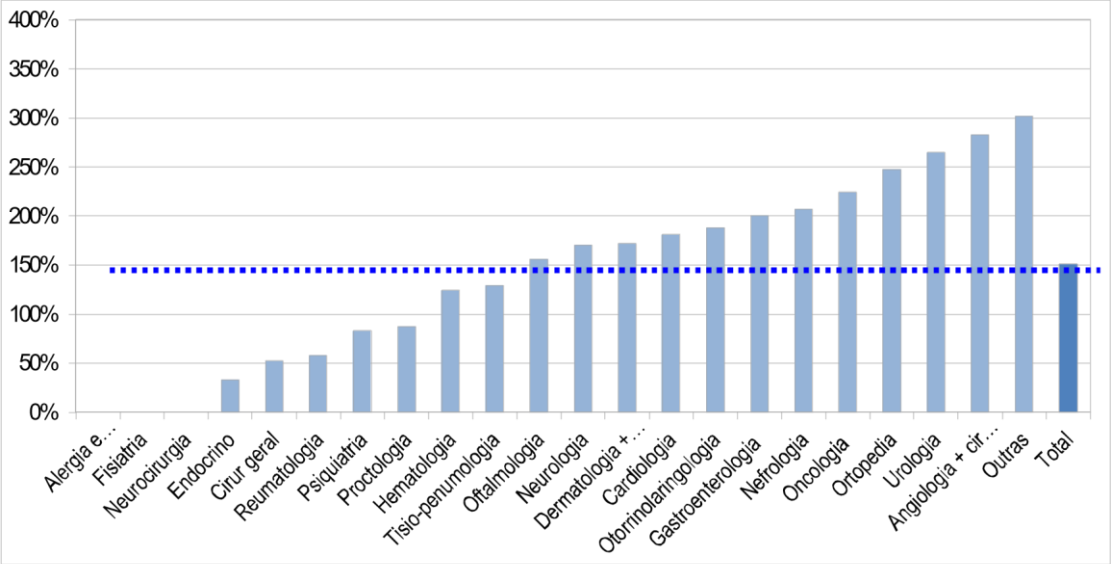
A análise realizada é apresentada nessa seção, obedecendo à seguinte categorização: atenção especializada ambulatorial; atenção hospitalar; atenção de urgência e emergência; atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade no DRS; atenção ambulatorial e hospitalar na Região de Saúde; e, finalmente,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

3.3.1. Atenção Ambulatorial

No caso da Atenção Especializada Ambulatorial, considerando-se 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-se 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 Baixa Mogiana, segundo os parâmetros da Portaria MS 1.101, e a produção apresentada ao SUS em 2007, constata-se que, das vinte e duas especialidades avaliadas (Gráfico 4),cerca de 36% possuem produção abaixo das necessidades regionais e 64% com produção acima dessas necessidades. No total, a produção de consultas especializadas da Região responde por 151% das necessidades.

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



Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

Observa-se também que essas especialidades concentram-se principalmente nos municípios de Mogi Guaçú e Mogi Mirim e, em segundo lugar em Itapira. Nota-se ainda que um conjunto expressivo de especialidades está disperso pelos municípios, indicando a fragmentação dessa assistência e a ausência de enfoque regional (Tabela 21).

Tabela 21 - Necessidade, produção e balanço de consultas médicas especializadas por município. RS Baixa Mogiana, 2007.

Municípios	Alergia e imunologia	Fisiatria	Neurocirurgia	Endocrino	Cirur geral	Reumatologia	Psiquiatria	Proctologia	Hematologia	Tisio-penu-mologia	Oftalmologia
Necessidade											
Estiva Gerbi	33	199	17	66	382	66	366	33	17	166	465
Itapira	240	1.440	120	480	2.759	480	2.639	240	120	1.200	3.359
Mogi Guaçu	488	2.925	244	975	5.607	975	5.363	488	244	2.438	6.826
Mogi Mirim	316	1.895	158	632	3.633	632	3.475	316	158	1.579	4.423
Subtotal	1.077	6.460	538	2.153	12.382	2.153	11.843	1.077	538	5.383	15.073
Produção											
Estiva Gerbi	0				39					0	0
Itapira	0			716	2.234		3.637			289	6.979
Mogi Guaçu	0				518		2.749		670	4.433	8.828
Mogi Mirim	0				3.692	1.248	3.462	941		2.246	7.759
Subtotal	0	0	0	716	6.483	1.248	9.848	941	670	6.968	23.566
Prod / Necess	0,00%	0,00%	0,00%	33,25%	52,36%	57,96%	83,15%	87,40%	124,46%	129,44%	156,34%

Cont.

cont..

Municípios	Neurologia	Dermatologia hansen	Cardiologia +	Otorrinola-ringologia	Gastroen-terologia	Nefrologia	Oncologia	Ortopedia	Urologia	Angiologia + cir vascular	Outras	Total
Necessidade												
Estiva Gerbi	199	183	332	249	116	17	50	482	150	33	83	3.707
Itapira	1.440	1.320	2.400	1.800	840	120	360	3.479	1.080	240	600	26.755
Mogi Guaçu	2.925	2.682	4.876	3.657	1.707	244	731	7.070	2.194	488	1.219	54.365
Mogi Mirim	1.895	1.737	3.159	2.369	1.106	158	474	4.580	1.422	316	790	35.222
Subtotal	6.460	5.922	10.767	8.075	3.768	538	1.615	15.612	4.845	1.077	2.692	120.049
Produção												
Estiva Gerbi		0	1.302	649				1.797		0	0	3.787
Itapira	1.285	2.534	2.946	2.652				7.706	2.504	258	593	34.333
Mogi Guaçu	5.088	4.275	9.715	8.125	5.121	1.022	3.406	15.660	6.968	1.040	4.905	82.523
Mogi Mirim	4.646	3.384	5.588	3.776	2.425	92	220	13.563	3.379	1.748	2.635	60.804
Subtotal	11.019	10.193	19.551	15.202	7.546	1.114	3.626	38.726	12.851	3.046	8.133	181.447
Prod / Necess	170,57%	172,13%	181,59%	188,26%	200,25%	206,93%	224,52%	248,06%	265,24%	282,91%	302,15%	151,14%

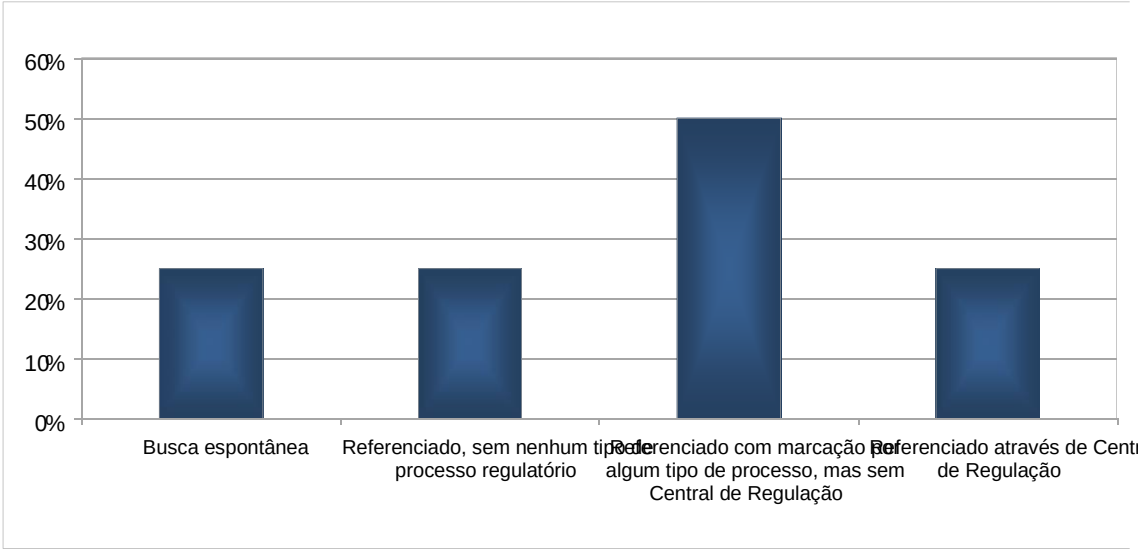
Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria. 88

Ao analisarmos as especialidades, ressaltam superproduções que devem ser mais bem avaliadas, considerando as trocas inter-regionais. Entretanto, as especialidades de Neurologia, Dermatologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Oncologia, Ortopedia, Urologia, Angiologia e outras merecem um maior aprofundamento, dada a grande produção apresentada na Região.

No que se refere às trocas inter-regionais, as informações levantadas do questionário respondido pelos gestores mostram que cerca de 50% dos municípios oferecem consultas especializadas para outros municípios e que 50% dos municípios da região buscam outros municípios para prover suas demandas.

Quanto ao acesso à Atenção Especializada, 25% dos municípios indicam que o acesso da demanda pelos serviços ocorre de forma espontânea; 50% referem algum tipo de processo regulatório e 25% dos municípios referem a utilização de uma Central de Regulação (Gráfico
5).

Gráfico 5 - Formas de acesso à atenção especializada. RS Baixa Mogiana, 2008.

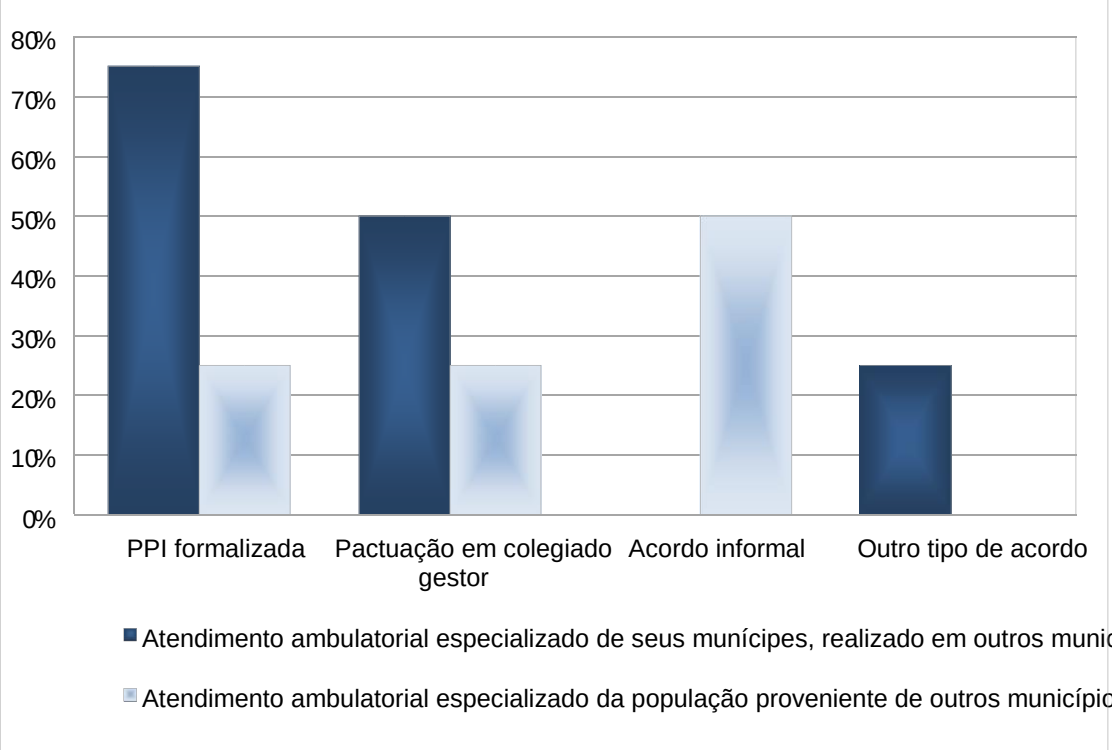


Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Apesar disso, 75% dos municípios indicam que observam a PPI formalizada e 50% referem a pactuação em colegiado gestor como as duas principais formas para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da região (Gráfico 6). Entretanto, essas pactuações são observadas com maior frequência quando o município encaminha demandas. Nesse aspecto do acesso, nota-se ainda que 25% dos

municípios referem que cumprem os acordos em todos os procedimentos pactuados e 25% referem que os cumprem na maioria dos procedimentos.

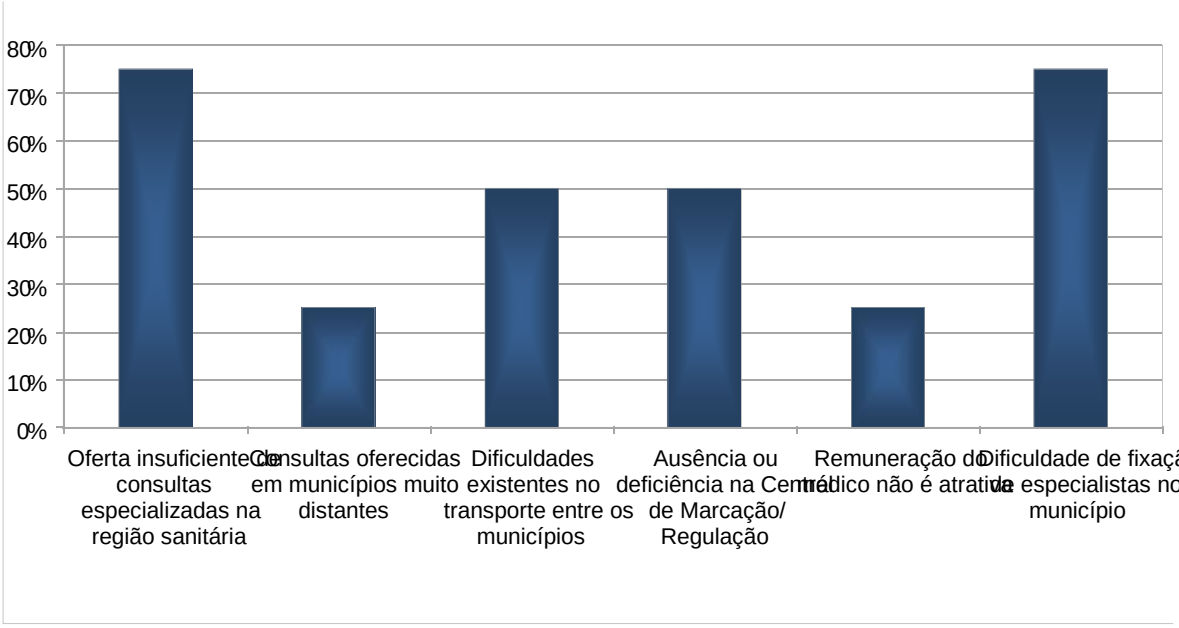
Gráfico 6 - Acordos estabelecidos entre os municípios para consultas especializadas. RS Baixa Mogiana, 2008.



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

Quanto às dificuldades apontadas na Atenção Ambulatorial Especializada na Região, 75% dos municípios referem a oferta insuficiente de consultas, 75% indicam dificuldades de fixação de especialistas e 50% o transporte entre os municípios e a ausência ou deficiência de Central de Marcação / Regulação (Gráfico 7). Quanto à existência de projetos e ações para suplantar os problemas detectados, os municípios indicam que não os possuem.

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



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

A RS Baixa Mogiana caracteriza-se, portanto, pela diversidade de especialidades existentes na região, com sobreoferta em muitas e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização, o que contribui com a fragmentação dessa 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 para a população.

3.3.2. Atenção Hospitalar - Internação

A análise da capacidade instalada de leitos hospitalares na RS Baixa Mogiana indica que apenas 60% dos leitos existentes estão integrados ao SUS, dos quais 62% filantrópicos e 26% privados. Observa-se ainda na Tabela 22 a concentração de leitos SUS no município de Itapira (58%) e, em segundo lugar em Mogi Guaçú (16%). Pelos dados, é possível inferir ainda a presença de hospitais de pequeno porte, com menos de 100 leitos em 02 municípios, que sabidamente possuem problemas de sustentabilidade, por não respeitarem os princípios de economia de escala, o que leva a déficits constantes. Nesse sentido, observam-se hospitais públicos de pequeno porte, participantes do SUS.

Tabela 22 - Leitos hospitalares existentes. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Leitos Existentes				Leitos SUS				Percentual SUS			
	Público	Filan-tró-pico	Privado	Total	Público	Filan-tró-pico	Privado	Total	Público	Filantrópico	Privado	Total
Estiva Gerbi												
Itapira	98	484	886	1.468	97	520	251	868	99,0%	58,7%	51,9%	59,1%
Mogi Guaçu	46	74	193	313	46	149	64	195	100,0%	77,2%	0,0%	62,3%
Mogi Mirim		110	90	200			55	119		58,2%	61,1%	59,5%
Total	144	1.189	648	1.981	143	733	306	1.182	99,3%	61,6%	47,2%	59,7%

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 122% das necessidades da Região (Tabela 23).

Tabela 23 - Comparação entre a necessidade e produção de internações. RS Baixa Mogiana, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de internações 100% da pop.	Necessidade de Internações 70% da população	Produção Internações SUS 2007	Déficit / superávit 70% da população	% de produção em relação a necessidade de 70% da pop.
Estiva Gerbi	9.499	760	532		-532	0,00%
Itapira	68.558	5.485	3.839	6.624	2.785	172,53%
Mogi Guaçu	139.307	11.145	7.801	9.589	1.788	122,92%
Mogi Mirim	90.256	7.220	5.054	4.819	-235	95,34%
RS B. Mogiana	307.620	24.610	17.227	21.032	3.805	122,09%
DRS S. João B. V.	786.883	62.951	44.065	57.321	13.256	130,08%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

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

Se considerarmos o potencial de internações[33] que podem ser realizadas pelos leitos SUS existentes, observa-se que seria possível atender cerca de 357% das internações necessárias (Tabela 24). Utilizando-se os mesmos critérios para a totalidade de leitos existentes, conclui-se que existe excesso de leitos na Região.

Tabela 24 - Necessidades, produção e potencial de produção de internações. RS Baixa Mogiana, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Produção In-Internações 2007	70% da Pop.	Potencial Produção leitos(1)		Potencial / necessidade - SUS 70% da população	Produção/ potencial - SUS 70% da população
				Potencial Leitos Lei-SUS	Potencial Totais		
Estiva Gerbi	9.499	532		0	0	0%	
Itapira	68.558	3.839	6.624	45.136	76.336	1176%	15%
Mogi Guaçu	139.307	7.801	9.589	10.140	16.276	130%	95%
Mogi Mirim	90.256	5.054	4.819	6.188	10.400	122%	78%
RS B. Mogiana	307.620	17.227	21.032	61.464	103.012	357%	34%
DRS S. João B. V.	786.883	44.065	57.321	151.112	217.048	343%	38%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. 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 de leitos existentes, proporcionalmente estão mais disponíveis ao SUS os leitos de pediatria (65%), seguidos por leitos complementares (62%) e outras especialidade (61%).

Nesse aspecto, os gestores ao avaliarem pelo questionário as internações realizadas em seus municípios e as realizadas em outros municípios, indicaram que: 1) as internações nas especialidades de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cardiologia clínica, neurologia clínica, gastro-clínica, clínica cirúrgica e cirurgia geral são suficientes; 2) as internações em UTI adulto, UTI pediátrica, semi intensivos e hospital-dia são consideradas insuficientes por 50% dos municípios; e, 3) as internações em psiquiatria,

[33] Para cálculo do potencial de internações por leito foram considerados os seguintes parâmetros: 85% de ocupação média e 6 dias de permanência, em média.

UTI neonatal, neurocirurgia, cirurgia ortopédica e cirurgia cardíaca são indicadas como insuficientes pela maioria dos gestores.

Quando solicitados a indicarem as cinco primeiras áreas com demandas reprimidas, 50% dos gestores indicaram as especialidades de ortopedia e neurologia. Em segundo lugar, cerca de 25% dos gestores indicaram ainda Urologia, UTI Neonatal, Vascular, Oftalmologia, Planejamento familiar, Psiquiatria, Urologia Pediátrica, Cardiologia, Dependência Química e UTI Pediátrica como áreas com repressão de demanda.

No que se refere ao acesso à internação, observa-se que 50% referem que oferecem internações para outros municípios e 50% buscam internações em outros municípios. Ainda no que se refere ao acesso, 75% dos gestores indicam que não há qualquer tipo de encaminhamento para internações, 50% referem que existe encaminhamento, mas sem processo de regulação e 25% indicam que há encaminhamentos realizados através de central de regulação.

Quanto ao fluxo intrarregional, observa-se que os acordos mais utilizados para atendimento das internações são a PPI formalizada (75% dos gestores) e as pactuações realizadas no colegiado gestor da Região (75% dos gestores).

Sobressai, entretanto, a ausência de pactuações relacionadas ao contrato de gestão (não indicado pelos gestores) o que pode evidenciar que os acordos intermunicipais não se traduzem em normas contratuais com as entidades hospitalares. Considerando-se que a maioria dos leitos da Região está localizada em entidades privadas, contratos de gestão que consigam refletir os acordos regionais tornam-se estratégicos para um adequado atendimento da demanda intermunicipal.

As principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais, quanto às internações hospitalares, referem-se na maioria (50% dos gestores) à falta de regulação. Em seguida, (25% dos gestores) apontam a baixa rotatividade e o elevado tempo de permanência das internações.

Como já indicado, cerca de 88% dos leitos SUS na RS Baixa Mogiana são de entidades privadas, filantrópicas ou não, disponibilizados através de convênios / contratos com os setores públicos. Nesse aspecto, 25% dos gestores, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para acompanhamento de contratos / convênios, indicam a falta de RH para realizar essas atividades.

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

- Central de regulação deficiente ou inexistente; inexistência de programa de capacitação de recursos humanos; não implementação de linhas de cuidado e não utilização de protocolos clínicos (50% dos gestores);
- Área física inadequada; equipamentos antigos ou insuficientes; insumos insuficientes; e, não operacionalização das comissões (CCIH, Óbito, Ética, Prontuário) (25% dos gestores).

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da Atenção Hospitalar nos municípios, um gestor indica o Projeto Pró Santa Casa e outro município refere a UTI Neonatal como ações importantes nesse sentido.

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 Baixa Mogiana não existe SAMU (Tabela 25). O equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção presente em 100% das cidades, num total de 24 unidades. Observa-se ainda 4 Prontos Atendimentos distribuídos em quatro municípios e, 03 Prontos Socorros localizados em igual número de municípios.

Tabela 25 - Número e distribuição das unidades de Urgência e Emergência. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	SAMU		Remoção ambulância	Pronto Atendimento		Pronto Socorro	
	Suporte Básico	Suporte Avançado		Isolado	Acoplado à unidade	Em unidade hospi-talar	Isolado
Estiva Gerbi			3		1		
Itapira			5				1
Mogi Guaçu			14	1	1		1
Mogi Mirim			2	1			1
Total	0	0	24	2	2	0	3

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. Do percentual de opiniões obtidas dos gestores conclui-se que há insuficiência de ambulâncias e de Pronto Atendimento.

Por outro lado, ao analisarmos a produção de consultas de Urgência e Emergência realizadas na Região (Tabela 26), observa-se uma elevada produção, quando comparada com as necessidades da população. Nesse aspecto, ressalta o excesso de consultas realizadas, especialmente nos municípios de Itapira, Mogi Guaçú, Estiva Gerbi, que apresentam produção acima de 300% com relação às necessidades.

Tabela 26 - Necessidade e produção de consultas de Urgência e Emergência. RS Baixa Mogiana, 2007.

Municípios	População Seade 2007	Necessidade de consultas gência 100% da pop	Consultas Urgência/Emergência 2007				Superávit/déficit (Total-necessidades)	Balanço %
			Urgências básicas	Urgência emergência	Total	Acidentado trabalho		
Mogi Mirim	90.256	33.846	37.002	61.669	352	99.023	65.177	293%
Itapira	68.558	25.709	4.590	73.124	1.391	79.105	53.396	308%
Mogi Guaçu	139.307	52.240	160.441	63.814	1.530	225.785	173.545	432%
Estiva Gerbi	9.499	3.562	31.747	2.150		33.897	30.335	952%
RS B Mogiana	307.620	115.358	233.780	200.757	3.273	437.810	322.453	380%
DRS S João B V	786.883	295.081	554.913	408.521	5.443	968.877	673.796	328%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. 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 Mogi Guaçú com relação ao resgate e ao Pronto Atendimento, que atendem aos 03 municípios da Região. Esse fato, junto com a grande produção de consultas, indicadas anteriormente, aponta para a necessidade de melhor detalhar essas demandas 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 Mogi Guaçú. Além disso, ressalta Campinas, cidade que pertence a outro DRS, como uma retaguarda muito utilizada (Tabela 27).

Entretanto, na área de Saúde Mental observa-se que os encaminhamentos são realizados para Itapira e para outras Regiões de Saúde do DRS São João da Boa Vista, especialmente Espírito Santo do Pinhal.

Tabela 27 - Especialidades e locais de encaminhamento para internação de Urgência / Emergência. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios de destino		N. º de municípios que indicaram encaminhamento para internação nas especialidades				
		Pediatria	GO	Politraum.	Cl. Med.	Psiquiatria
RS Baixa Mogiana	Estiva Gerbi					
	Itapira			1		3
	Mogi Guaçu	1	1	1	1	
	Mogi Mirim					
Outras RS do DRS S João B V	Espírito Santo do Pinhal					2
Outras RS de outros DRS	Araras					1
	Ribeirão Preto	1				
	Campinas	1	3	3	2	
	São Paulo	1	1			

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

Na assistência à Urgência e Emergência, a RS Baixa Mogiana caracteriza-se pela ausência do SAMU, por unidades de Pronto Atendimento e Prontos-Socorros em 03 dos 04 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 dessa 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 São João da Boa Vista e respectivas Regiões de Saúde, observando 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. Nesse 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 São João da Boa Vista, dos principais serviços que realizam procedimentos para tratamento clínico nas áreas de: Saúde Mental; Cardiologia; Neurologia e Neurocirurgia; Oncologia; Traumato-ortopedia; UTI Adulto e Pediátrica; Nefrologia e Hemodiálise. Posteriormente, serão analisados os dados específicos da RS Baixa Mogiana.

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 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 São João da Boa Vista estão concentrados em alguns municípios das Regiões de Saúde, dentre os quais se destacam os Municípios de Mogi Guaçú, São João da Boa Vista e Itapira, não só pela concentração de serviços, mas também pela variabilidade de serviços aí localizados.

Na área de Saúde Mental, observa-se na Tabela 28 a distribuição de CAPS pelas Regiões de Saúde do DRS de São João da Boa Vista, exceto na RS Mantiqueira. Os serviços de internação estão presentes nas três Regiões de Saúde.

Os serviços de alta complexidade em cardiologia não estão presentes no DRS de São João da Boa Vista. (Tabela 29).

Os serviços de traumato-ortopedia encontram-se fortemente concentrados em São João da Boa Vista e Mogi Guaçú em duas Unidades de Alta Complexidade que abrangem todo o espectro de especialidades (Tabela 30).

Quanto aos serviços habilitados em oncologia, observa-se a sua presença em duas regiões, mas concentrados nos municípios polos de cada Região. Não foram detectados Centros observando-se a presença de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviço de radioterapia, em São João da Boa Vista e um Serviço Isolado de Quimioterapia em Mogi Guaçú (Tabela 31).

Na área de UTI observa-se apenas a presença de serviços de nível II em todas as Regiões de Saúde e nas áreas adulto e neonatal. Não foram detectados serviços de UTI nível III e UTI pediátrica (Tabela 32).

Finalmente, os serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise encontram-se concentrados em dois municípios das regiões de saúde do DRS São João da Boa Vista, observandose a presença de Unidades de Alta Complexidade em ambas regiões (Tabela 33).

Tabela 28 - Distribuição dos serviços habilitados em Saúde Mental. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo					
		Itapira	M Guaçu	M Mirim	Aguaí	E S Pinhal	S João B V	Vargem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	S J R Pardo	S S Grama
0601-Atenção à saúde mental - classe I	1					1								
0602-Atenção à saúde mental - classe II	0													
0603-Atenção à saúde mental - classe III	0													
0604-Atenção à saúde mental - classe IV	1	1												
0607-Atenção à saúde mental - classe VII	1					1								
0608-Atenção à saúde mental - classe VIII	1								1					
0611-Atenção à saúde mental - classe XI	1	1												
0614-Atenção à saúde mental - classe XIV	0													

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 29 - Distribuição dos serviços habilitados em alta complexidade em cardiologia. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo						
		Itapira	M Gu-açu	M Mirim	Aguaí	E S Pinhal	S João B V	/argem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	S J R Pardo	S S Grama
0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular	0													
0802-Centro ref alta complex cardiovascular	0													
0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionista	0													
0804-Cirurgia cardiovascular pediatrica	0													
0805-Cirurgia vascular	0													
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíacos	0													
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	0													
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares	0													

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 30 - Distribuição dos serviços habilitados em traumato- ortopedia. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo						
		M Itapira	Gu-açu	M Mirim	Aguaí	E S Pinhal	S João B V	/argem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	S J R Pardo	S S Grama
2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	2		1				1							
2511-Ortopedia - coluna	1		1											
2512-Ortopedia - ombro	2		1				1							
2513-Ortopedia - mão	0													
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.

Tabela 31 - Distribuição dos serviços habilitados em oncologia. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo					
		Itapira	M Gu-açu	M Mirim	Aguaí	E S Pinhal	S João B V	/argem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	S J R Pardo	S S Grama
1712-Cacon	0													
1706-Unacon	0													
1707-Unacon com Serviço de radioterapia	1						1							
1708-Unacon com Serviço de hematologia	0													
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	1		1											

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 32 - Distribuição dos serviços habilitados em UTI adulto e pediátrico. DRS São João da Boa Vista – 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo						
		Itapira	M Gu-açu	M Mirim	Aguaí	E S Pinhal	S João B V	/argem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	S J R Pardo	S S Grama
2601-UTI II adulto	6	1	1	1			1					1	1	
2602-UTI II neonatal	1		1											
2603-UTI II pediatrica	0													
2604-UTI III adulto	0													
2605-UTI III neonatal	0													
2606-UTI III pediatrica	0													
2699-UTI I	0													

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

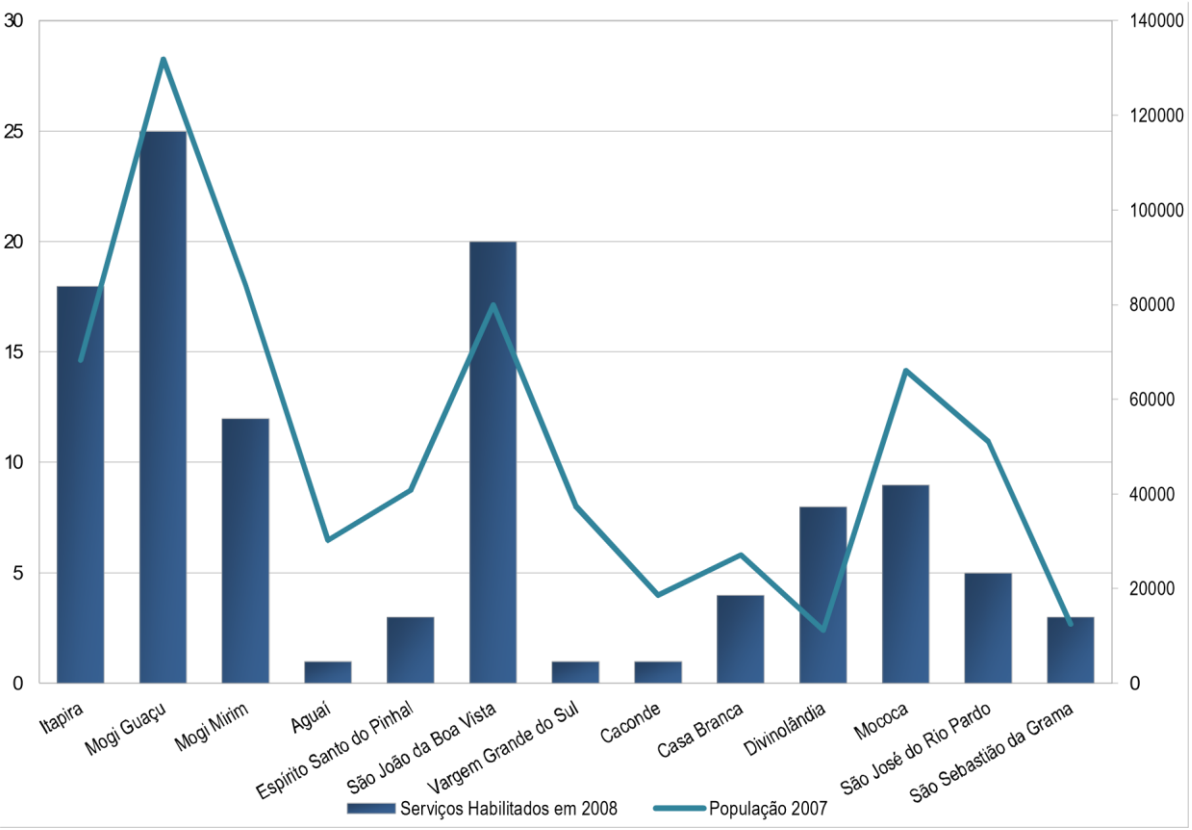
Tabela 33 – Distribuição dos serviços habilitados em Nefrologia e Hemodiálise. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo						
		Itapira	M Guaçu	M Mirim	Aguaí	E S Pinhal	S B V	S João G	Vargem Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	S J R Pardo	S S Grama
1501-Unidade assist alta complexidade nefrologia	3			1			2								
1503-Hemodiálise II	0														

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

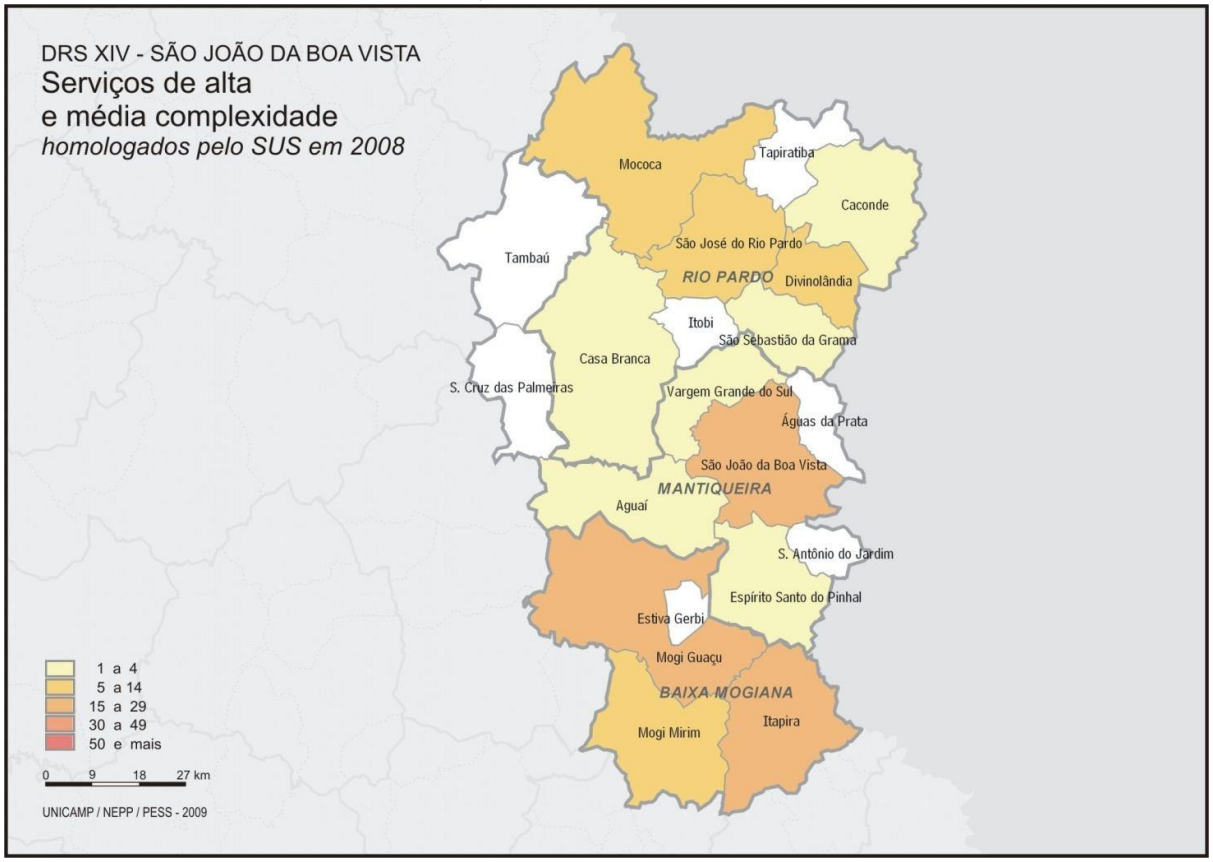
Considerando o conjunto de serviços habilitados (110) no DRS de São João da Boa Vista, observa-se no Gráfico 7 e no Mapa 1 que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de dois municípios polos regionais (Mogi Guaçú e São João da Boa Vista) e dois polos secundários (Mogi Mirim e Itapira).

Gráfico 7 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade. DRS São João da Boa Vista, 2009.



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Mapa 1 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade. DRS São João da Boa Vista, 2009.



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Considerando-se os dados expostos, é possível concluir que a região correspondente ao DRS São João da Boa Vista, abriga uma pequena variedade e volume de serviços habilitados, não possuindo total autonomia com relação aos serviços de Alta Complexidade. Suas diferentes regiões de saúde não possuem a maioria dos serviços selecionados, o que mostra a necessidade de se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS, 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 na RS Baixa Mogiana, dados sobre a produção de procedimentos em áreas selecionadas (hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva) mostram importante superprodução de procedimentos, quando comparados com a

necessidade de consultas especializadas para 70% da população e utilizando os parâmetros da Portaria MS 1.101 (Tabela 34).

Nesse aspecto, observa-se que, exceto em radioterapia onde há carência de procedimento tanto na RS quanto no DRS de São João da Boa Vista, nas outras três áreas a produção concentra-se nos municípios de Mogi Guaçú, Mogi Mirim e Itapira, ocorrendo superprodução importante tanto na Região de saúde, quanto no DRS, especialmente em quimioterapia.

Tabela 34 - Produção e necessidade de procedimentos de alta complexidade em áreas selecionadas. RS Baixa Mogiana, 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
Mogi Guaçu	139.307	243.787	9.751	1.971	20,21%	4.876		0,00%
Mogi Mirim	90.256	157.948	6.318	435	6,89%	3.159	18.532	586,65%
Itapira	68.558	119.977	4.799	32.450	676,17%	2.400		0,00%
Estiva Gerbi	9.499	16.623	665		0,00%	332		0,00%
RS B Mogiana	307.620	538.335	21.533	34.856	161,87%	10.767	18.532	172,12%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	55.082	37.726	68,49%	27.541	52.324	189,99%

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
Mogi Guaçu	139.307	243.787	439	3.178	724,22%	2.974		0,00%
Mogi Mirim	90.256	157.948	284		0,00%	1.927		0,00%
Itapira	68.558	119.977	216		0,00%	1.464		0,00%
Estiva Gerbi	9.499	16.623	30		0,00%	203		0,00%
RS B Mogiana	307.620	538.335	969	3.178	327,97%	6.568	0	0,00%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	2.479	3.178	128,21%	16.800	0	0,00%

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

Cerca de 60% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que utilizam tais serviços em outros municípios, e muitos consideram insuficientes as cotas estabelecidas. O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado com algum processo de referência por 25% (um) dos gestores e através de Central de Regulação por 75% (três) dos municípios.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada (75% dos gestores) e a pactuação no colegiado gestor (50% dos gestores). 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, 50% dos municípios avaliam que os eles são obedecidos em todos os procedimentos acordados.

No que se refere às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade na região, 75% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses 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 procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para esses serviços de Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade

Conclusões Parciais

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

1. A RS Baixa Mogiana caracteriza-se pela diversidade de especialidades existentes na Região com sobreoferta em muitas delas e déficit na minoria, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização, o que contribui com a fragmentação dessa 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 excesso de produção de internações, quando comparadas produção e necessidades, embora o número de leitos SUS existentes podem potencialmente cobrir três vezes mais a totalidade das necessidades. Nesse sentido foi observado ainda que 88% dos leitos da Região são privados, filantrópicos ou não, o que requer a instituição de adequados processos de contratualização e regulação, de modo que estes leitos possam atender às necessidades da Região.
3. Na Atenção à Urgência e Emergência, é possível observar que a Região possui todos os tipos de equipamento, exceto SAMU, 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 é várias vezes maior em todos. Além disso, é preciso caracterizar com maior precisão as unidades existentes na região de modo a verificar se as mesmas se adequam à Política Nacional de Assistência às Urgências.
4. Considerando os dados expostos, é possível concluir que a Região correspondente ao DRS São João da Boa Vista não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços pouco diversificados Isso evidencia a 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. Quanto a Atenção de Alta Complexidade, observam-se também superproduções em TRS, Hemoterapia e Quimioterapia, o que devem ser melhor investigado, considerando-se o número de consultas e internações especializadas e o excesso de consultas de urgência / emergência.
5. Em termos de polarização, o município de Mogi Guaçú configura-se como o polo dessa Região de Saúde, embora os municípios busquem com frequência atendimento nos municípios polos das outras regiões de saúde do próprio DRS e de outros DRS como Campinas.

6. O relacionamento intermunicipal, na Região, ocorre principalmente com base na PPI formalizada e nas pactuações ocorridas no CGR da Região, havendo pouca informação se estes acordos são cumpridos.
7. No que se refere ao acesso da população, chama a atenção o elevado percentual de busca sem qualquer forma de referenciamento para as internações, o que deve ser melhor investigado;
8. Finalmente, caberia assinalar que grande parte dos municípios não indica propostas e alguns referem soluções locais, e não regionais, para enfrentamento das dificuldades e limites detectados na Atenção 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 Região de Saúde Baixa Mogiana. 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 dos pontos de apoio diagnóstico e terapêutico na Região. 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

A avaliação da produção de exames de Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Radiológicos e Ultrassonográficos (Tabela 35 e Gráfico 8) indicam elevada superprodução 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 no da Região de Saúde e no do DRS São João da Boa Vista e, na maioria dos casos, essa produção é mais que o dobro das necessidades calculadas.

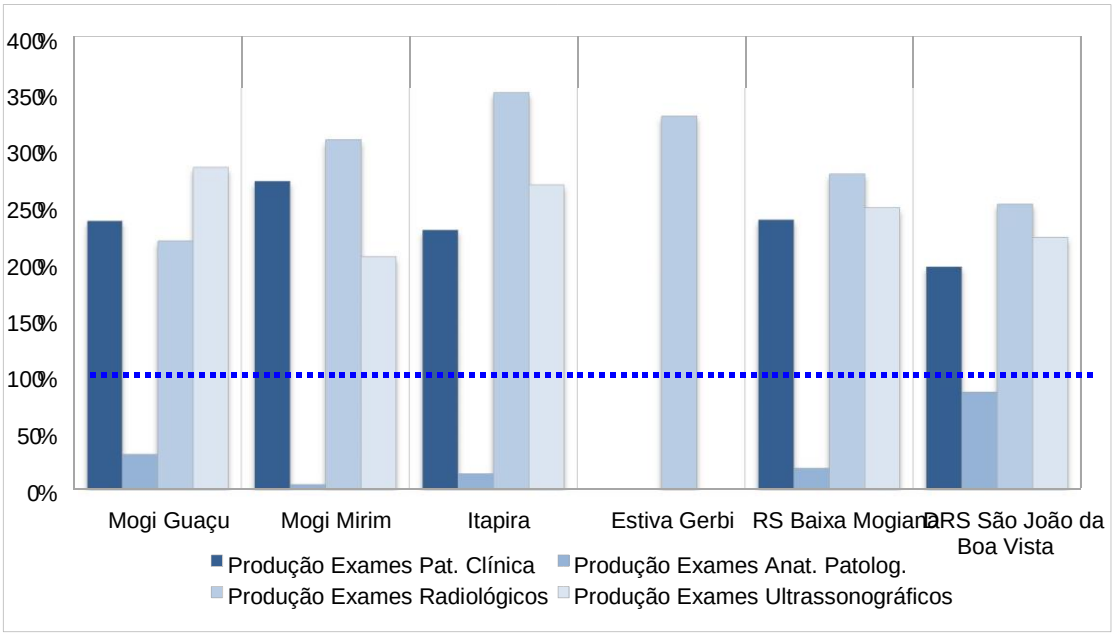
Tabela 35 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Baixa Mogiana, 2007.

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
Mogi Guaçu	139.307	243.787	121.894	88.783	236,91%	5.753	1.762	30,63%
Mogi Mirim	90.256	157.948	78.974	214.867	272,07%	3.728	144	3,86%
Itapira	68.558	119.977	59.988	37.452	229,13%	2.831	381	13,46%
Estiva Gerbi	9.499	16.623	8.312		0,00%	392		0,00%
RS B Mogiana	307.620	538.335	269.168	641.102	238,18%	12.705	2.287	18,00%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	688.523	1.353.056	196,52%	32.498	27.624	85,00%

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
Mogi Guaçu	139.307	243.787	19.503	2.836	219,64%	3.657	10.396	284,29%
Mogi Mirim	90.256	157.948	12.636	9.018	308,79%	2.369	4.864	205,30%
Itapira	68.558	119.977	9.598	33.637	350,45%	1.800	4.839	268,89%
Estiva Gerbi	9.499	16.623	1.330	4.381	329,43%	249		0,00%
RS B Mogiana	307.620	538.335	43.067	119.872	278,34%	8.075	20.099	248,90%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	110.164	277.335	251,75%	20.656	45.993	222,67%

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

Gráfico 8 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Baixa Mogiana, 2007.



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

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 36), principalmente de procedimentos de Ecocardiografia, Ultrassonografia, Patologia e Análises Clínicas e RX Simples.

Tabela 36 - Opinião dos gestores acerca da suficiência de oferta de procedimentos diagnósticos e compra de exames por iniciativa dos municípios, em percentuais. RS Baixa Mogiana, 2008.

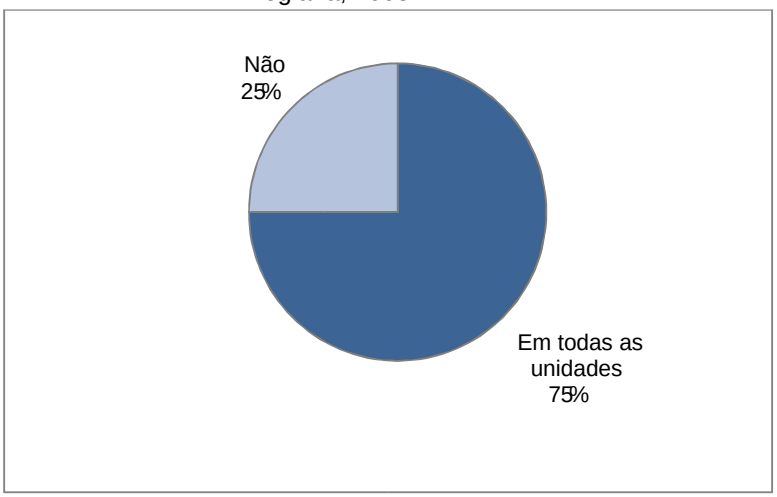
Tipos de Procedimentos	Município oferta com recursos próprios, além da PPI	Oferta Insuficiente		Oferta Suficiente	
		No Município	Em outros Municípios	No Município	Em outros Municípios
Colposcopia	0,00	25,00	0,00	50,00	25,00
Ecocardiografia	0,00	0,00	50,00	25,00	0,00
RX-contrastado	0,00	25,00	0,00	25,00	25,00
ECG	0,00	25,00	0,00	75,00	0,00
EEG	0,00	0,00	0,00	50,00	25,00
Patologia e Análise Clínicas	25,00	50,00	25,00	50,00	0,00
Ultrassonografia	25,00	25,00	25,00	50,00	0,00
RX-simples	25,00	0,00	25,00	75,00	0,00
Endoscopia (colonoscopia, EDA, retossig, e outros)	50,00	0,00	25,00	25,00	0,00
Mamografia	50,00	0,00	0,00	50,00	25,00

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

Diante da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os gestores municipais da RS Baixa Mogiana referem que financiam a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI, especialmente em Mamografia, Endoscopia, Patologia e Análises Clínicas, RX Simples, Ultrassonografia e Ecocardiografia.

No que se refere ao acesso aos exames, dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que apenas em 75% dos municípios existe coleta descentralizada em todos os pontos de atenção da Rede Básica (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Presença de coleta descentralizada nos pontos de atenção da rede básica. RS Baixa Mogiana, 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 o processo de envio dos seguintes exames: a) Colposcopia, Endoscopia, Ultrassonografia, Ecocardiografia, RX simples, EEG e Mamografia (mais de 75% dos gestores); e, RX contrastado e ECG (cerca de 50% dos gestores).

No que se refere ao acesso aos exames, mais de 75% dos gestores consideram que não há dificuldades na maioria dos exames, exceto para endoscopia, ecocardiografia e RX contrastado. Por outro lado, mais de 50% indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta desses exames. Quanto à proposta para resolver as dificuldades apontadas, um gestor indica o AME como solução e outro refere a compra de exames de consórcio.

A avaliação desse conjunto de dados aponta para a necessidade de aprofundar a análise na medida em que se detecta uma profunda inadequação entre necessidades, demandas e produção de exames, especialmente porque já é de conhecimento geral a distorção existente no SUS, expressa na 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 Baixa Mogiana, mostra que há produção apenas de Tomografia, que se apresenta acima das necessidades para 70% da população (Tabela 37).

Tabela 37 - Produção e necessidade de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade. RS Baixa Mogiana, 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
Mogi Guaçu	139.307	243.787	488	**1.834**	**376,15%**	98		0,00%
Mogi Mirim	90.256	157.948	316	**968**	**306,43%**	63		0,00%
Itapira	68.558	119.977	240	**250**	**104,19%**	48		0,00%
Estiva Gerbi	9.499	16.623	33		0,00%	7		0,00%
RS B Mogiana	307.620	538.335	1.077	3.052	283,47%	215	0	0,00%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	2.754	5.916	214,81%	551	282	51,20%

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
Mogi Guaçu	139.307	243.787	24		0,00%	341		0,00%
Mogi Mirim	90.256	157.948	16		0,00%	221		0,00%
Itapira	68.558	119.977	12		0,00%	168		0,00%
Estiva Gerbi	9.499	16.623	2		0,00%	23		0,00%
RS B Mogiana	307.620	538.335	54	0	0,00%	754	0	0,00%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	138	39	28,32%	1.928	0	0,00%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames Hemodinâmica (0,03%)	Produção Exames Hemodinâmica	% Produção em relação à Necessidade
Mogi Guaçu	139.307	243.787	73		0,00%
Mogi Mirim	90.256	157.948	47		0,00%
Itapira	68.558	119.977	36		0,00%
Estiva Gerbi	9.499	16.623	5		0,00%
RS B Mogiana	307.620	538.335	162	0	0,00%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	413	0	0,00%

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

Contraditoriamente, cerca de 60% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que ofertam a maior parte desses procedimentos em volume suficiente e menos de 25% dos gestores referem que buscam tais procedimentos em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas.

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado com algum processo de referência por 25% (1) dos gestores e através de Central de Regulação por 75% (3) dos municípios.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada e a pactuação no colegiado gestor. 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, 50% dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos em todos os procedimentos pactuados.

No que se refere às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 75% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda de tais serviços. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto pra enfrentamento dos problemas apontados.

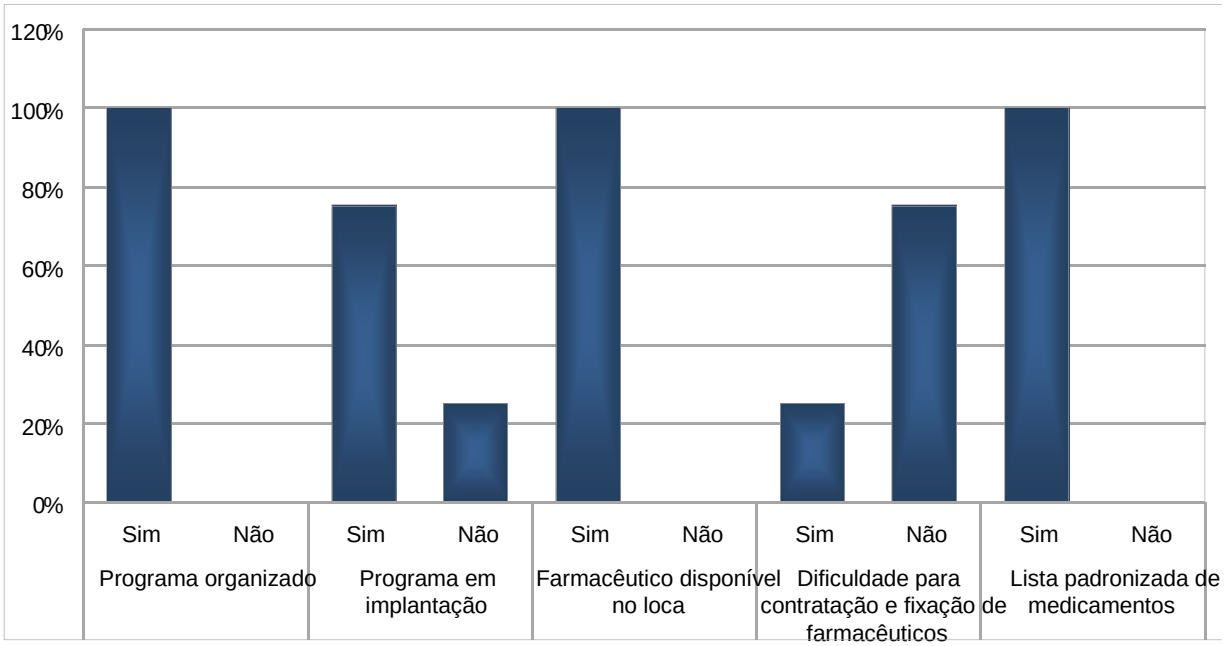
Finalizando este tópico, julga-se necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a oferta e a produção de procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para esses serviços. Além disso, observa-se a fragilidade dos processos de regulação e a ausência de planejamento com enfoque regional.

3.4.2. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica está organizada como programa em 100% dos municípios da RS Baixa Mogiana (Gráfico 10), porém em fase de implantação ainda em 75% deles. Todos os municípios possuem farmacêutico disponível e 25%

dos gestores referem dificuldades para contratação e fixação desse profissional. Referem ainda possuir lista padronizada de medicamentos.

Gráfico 10 - Caracterização do programa de Assistência Farmacêutica. RS Baixa Mogiana, 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, além da assistência farmacêutica básica, os municípios têm assumido outras responsabilidades. Entretanto, chama a atenção a falta de manifestação de Estiva Gerbi.

Quadro 1 - Responsabilidades assumidas na Assistência Farmacêutica, segundo gestores municipais

RS Baixa Mogiana, 2008.

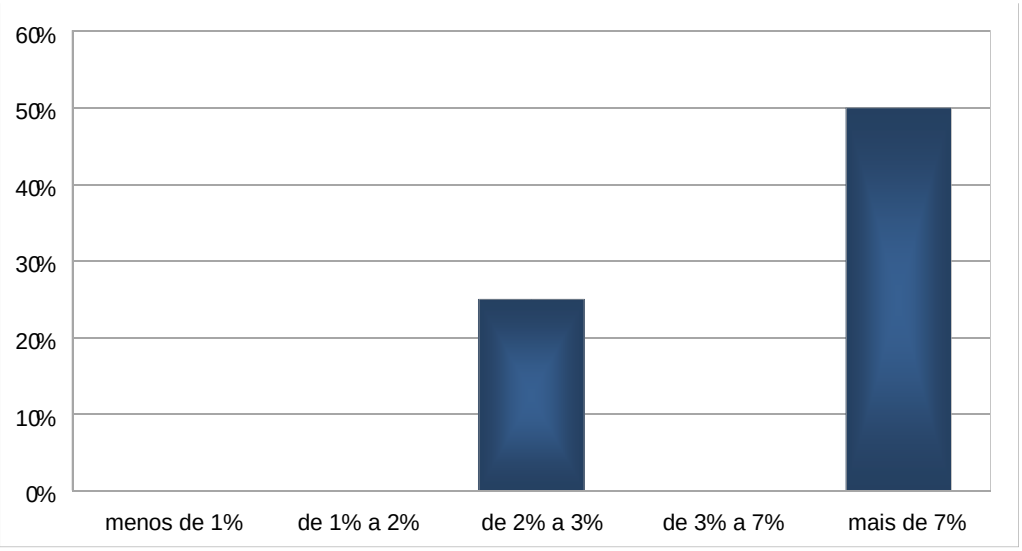
Municípios	Responsabilidades assumidas
Estiva Gerbi	
Itapira	Aquisição de medicamentos padronizados pela Contra-Partida; atendimento individual dos usuários do Programa de Alto-Custo; assistência farmacêutica em conjunto com o Serviço Social; visitas em residências.
Mogi Guaçu	Implementação da farmácia básica; distribuição de medicamentos do RENAME.
Mogi Mirim	Além das medicações de atenção básica, são fornecidos medicações através de processos administrativos e judiciais.

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: 25% referem gastar de 2% a 3% do orçamento em saúde e 50% gastam mais de 7% (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Percentual de gastos municipais com a Assistência Farmacêutica.

RS Baixa Mogiana, 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, os municípios indicam questões pontuais, muitas relacionadas à inadequação dos processos de trabalho e poucas à deficiência de infraestrutura.

Com relação às propostas elaboradas para enfrentamento dessas dificuldades, a maioria indica a necessidade de qualificar os processos de trabalho e de decisão, especialmente com relação aos medicamentos de alto custo.

Conclusões Parciais

A avaliação do conjunto de informações 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 produção, a capacidade instalada de procedimentos 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 em um número significativo de municípios. 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 refere gastos elevados com medicamentos, o que deve ser melhor avaliados.

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 B.Mogiana 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 sanitária é preponderantemente das Secretarias Municipais de Saúde. Não há pactuação ou outra forma de acordo entre os municípios

O número de pacientes transportados por dia é variável na Região, segundo a Tabela 38.

Tabela 38 - Transporte de pacientes por dia, por municípios. RS B.Mogiana, 2008.

Municípios	Número de pacientes transportados por dia				
	5 a 10	11 a 20	21 a 50	51 a 100	mais de 100
Estiva Gerbi					
Itapira	x				
Mogi Guaçu					x
Mogi Mirim					x

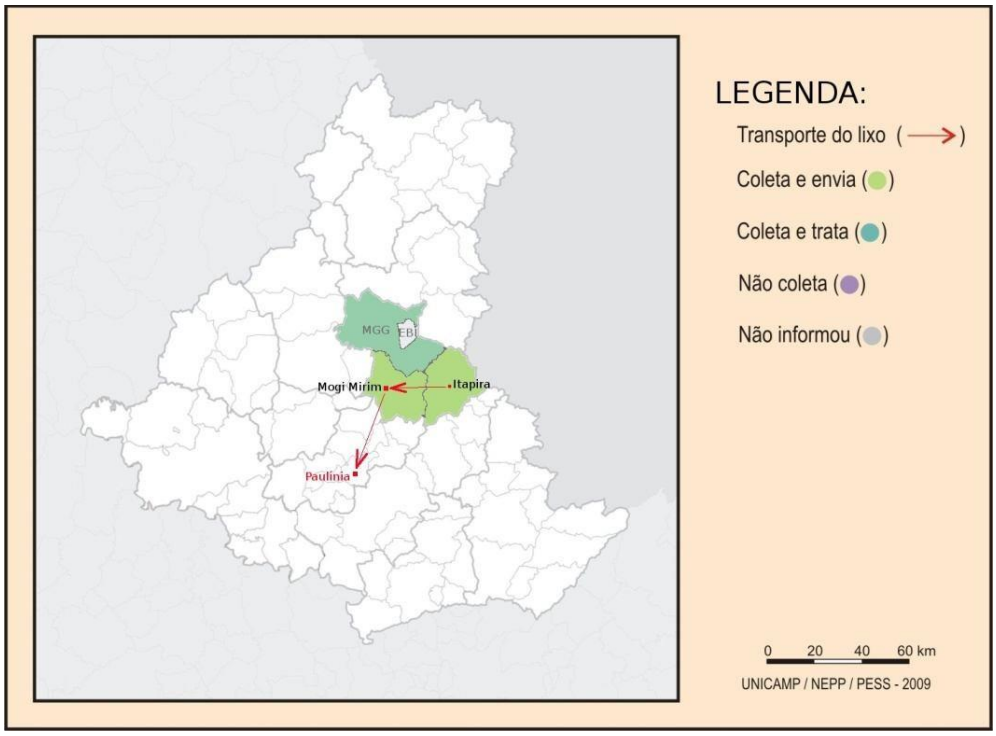
Fonte: UNICAMP/NEP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

3.5.2. Transporte Sanitário de Resíduos de Serviços de Saúde

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

Mapa 2 - Destino do transporte de resíduos hospitalares dos municípios.

RS B.Mogiana, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. 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 39.

Tabela 39 - Processos da gestão de insumos farmacêuticos realizadas, por número de municípios. RS B. Mogiana, 2008.

Processos de gestão de insumos farmacêuticos	N° de municípios
Planejamento de compras de curto prazo	4
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	4
Dispensação de medicamentos	4
Padronização de lista de medicamentos além da RENAME	3
Planejamento de compras de médio prazo	3
Realização de processos de licitação e compra	3
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos	3
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	2

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

Pode-se observar que os processos de planejamento de compras de curto prazo; armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos são realizados por todos os municípios dessa Região. Os processos de padronização de lista de medicamentos; planejamento de compras de médio prazo; realização de processos de licitação e compra; e acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos são referidos por três municípios e dois municípios dessa Região informam que o acompanhamento de processos de licitação e compra, é realizado por outro setor da prefeitura.

Analisando-se os processos de informatização relacionados à Assistência Farmacêutica, verifica-se que, na RS Baixa.Mogiana, dois municípios contam com sistemas informatizados para o controle de estoque com estoque mínimo e distribuição de medicamentos; um município afirma possuir sistema informatizado para identificação de medicamentos com código de barras, um município afirma possuir sistema informatizado para identificação de medicamentos sem código de barras e um município afirma possuir sistema informatizado para controle de dispensação de medicamentos, conforme Tabela 40.

Tabela 40 - Informatização de processos da Assistência Farmacêutica, por número de municípios. RS B. Mogiana, 2008.

Processos informatizados					
Controle de esto- Controle da que com mínimo	Controle de esto- que sem mínimo	Identificação dos me- dicamentos com código de barras	Identificação dos me- dicamentos sem código de barras	Controle da distri- buição de medicamentos	Controle da dispensação de medicamentos
2	0	1	1	2	1

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 B.Mogiana, verifica-se que todas as secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por esse processo, como mostra a Tabela 41.

Tabela 41 - Existência de estrutura e processos de gestão de materiais e insumos nas Secretarias Municipais de Saúde. RS B. Mogiana, 2008.

Municípios	Sim	Não
Mogi Mirim	x	
Mogi Guaçu	x	
Itapira	x	
Estiva Gerbi	x	
Total	4	0

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 gestores de saúde da Região afirmam que tal composição está adequada, e um a avaliou como não adequada. As atividades mais desenvolvidas estão relacionadas aos processos de levantamento de

necessidades, padronização da descrição de materiais, planejamento de compras de curto prazo e realização de processos de licitação e compra; o processo menos desenvolvido é o de distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço, conforme Tabela 42.

Tabela 42 - Quantidade de municípios que realizam processo de gestão. RS B. Mogiana, 2008.

Processos de gestão de materiais	Nº de municípios
Levantamento de necessidades	3
Padronização da descrição de materiais	3
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	2
Controle de qualidade do produto recebido	2
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços	2
Controle de estoques	2
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**,** apenas um município refere possuir um sistema implantado, dois realizam um controle local com planilha eletrônica e um não informou.

3.5.5 Central de Marcação

Em relação às Centrais de Marcação, a RS B. Mogiana apresenta características pouco variadas, levando em consideração o fato de somente dois municípios informarem sobre suas centrais de marcação. Em apenas um município da Região ocorre a integração das unidades de saúde por meio de sistema on-line, conforme a Tabela 43.

Tabela 43 - Características da Central de Marcação, por município. RS B. Mogiana, 2008.

Municípios	Sistema de comunicação telefônica com as unidades de saúde	Integrada on-line às unidades de saúde	Apoio de sistema informatizado para marcação	Equipe suficiente e qualificada
Mogi Mirim		x	x	X
Mogi Guaçu				
Itapira	x			
Estiva Gerbi				

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 44, bem como o número de municípios que as realizam.

Tabela 44 - Tipo de marcação desenvolvida por essas Centrais e número de municípios que as realizam.

RS B. Mogiana, 2008.

	Consulta de especialidades	Exame de laboratório clínico	Exames gráficos	Exames de imagem	Exames de patologia
Número de municípios	2	1	1	1	1

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

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

3.5.6 Informatização

Os dados deste estudo mostram que, na RS Baixa.Mogiana, dois municípios contam com sistemas informatizados de saúde, conforme as respostas dos gestores municipais ao questionário da pesquisa (Tabela 45).

Tabela 45 - Municípios com sistema informatizado de saúde. RS B. Mogiana, 2008.

Municípios	Sim	Não
Mogi Mirim	x	
Mogi Guaçu	x	
Itapira		x
Estiva Gerbi		x

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

Nos municípios que possuem processos informatizados, tal sistema está dividido nas redes de atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Entretanto, os equipamentos do sistema não estão integrados em rede. Dentre os dois municípios que afirmam não possuir sistema informatizado, vem desenvolvendo pesquisa de mercado e/ou negociação com empresa do setor e no outro município o sistema foi definido e será implantado brevemente.

Capacidade Instalada

No que se refere ao número de computadores dois municípios possuem até dez computadores e dois possuem de cinqüenta e um a duzentos, destinados ao SUS. Nesse aspecto, aponta-se a necessidade de análise representativa desse quantitativo em cada município.

Dois municípios referem possuir até 50% de seus computadores em rede, conforme Tabela 46.

Tabela 46 - Quantidade de equipamentos e percentual de computadores em rede por número de municípios.

RS B. Mogiana, 2008.

	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%
Número de municípios	2	0	2	0	2	0	0	1

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

- **Sistema Informatizado Integrado**

Na Tabela 47, visualiza-se que um município da Região que possui sistema informatizado utiliza o sistema operacional Windows® e um usa Linux. Em relação ao banco de dados, dois municípios utilizam Postgree-SQL e, a forma de acesso descrita por um município é via Web, acessível a partir de qualquer computador conectado à internet e por outro município é via rede interna de computadores.

Tabela 47 - Características dos sistemas utilizados por número de municípios. RS B. Mogiana, 2008.

	Sistema Operacional		Banco de dados utilizado	Forma de acesso	
	Windows	Linux	Postgree-SQL	Via Web	via rede interna de computadores
Número de municípios	1	1	2	1	1

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 os dois municípios referem utilizar software desenvolvido por iniciativa da própria Secretaria Municipal de Saúde. Os usuários do sistema são identificados por um cartão com número e nome do usuário.

Sobre os processos de atendimento informatizados, o agendamento externo e exames e/ou procedimentos realizados são os de maior frequência, conforme Tabela 48.

Tabela 48 - Processos de atendimento informatizados por número de municípios. RS Baixa Mogiana, 2008.

Processos	Número de municípios
Agendamento externo	2
Exames e/ou procedimentos realizados	1
Dispensação de medicamentos	1
Encaminhamentos	1
Registro dos diagnósticos	1
Agendamento local	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 49, a quantidade reduzida desses relatórios não favorece a disponibilização de informações para o planejamento. Dos dois municípios que afirmam possuir sistema informatizado, os dois contam com algum tipo de relatório e apenas um emite relatórios de natureza mais complexa, que podem subsidiar a gestão.

Tabela 49 - Consultas e Relatórios informatizados por município. RS B.Mogiana, 2008.

Municípios	Por tipo de serviço	Por processos de atendimento	Por tipo de diagnóstico	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários	Por risco dos usuários
Mogi Mirim	x	x	x	x	x	x
Mogi Guaçu				x	x	
Itapira						
Estiva Gerbi						

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

Dados obtidos neste estudo mostram que todos os municípios dessa Região apresentam prontuários em papel.

● **Grau de Informatização**

Na RS Baixa Mogiana, existe oito hospitais vinculados ao SUS localizados nos seguintes municípios: Mogi Mirim (dois), Mogi Guaçu (dois) e Itapira (quatro). Analisando o percentual de informatização hospitalar, observou-se a concentração do percentual de informatização entre 0% a 25%, cujos dados são apresentados na Tabela 50.

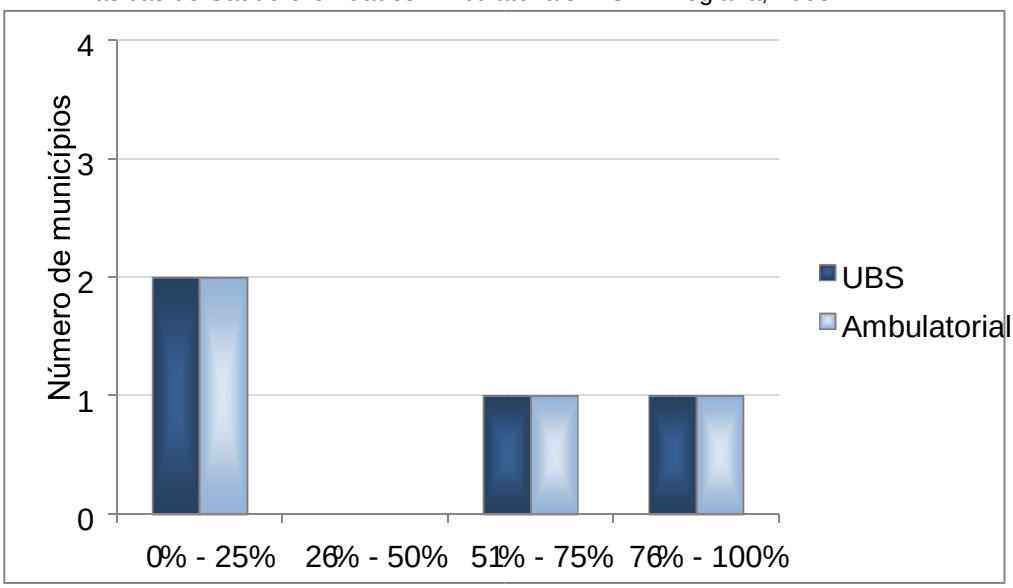
Tabela 50 - Percentual de informatização das unidades hospitalares conveniadas ao SUS, por municípios. RS B. Mogiana, 2008.

Municípios	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
Mogi Mirim	x			
Mogi Guaçu				x
Itapira	x			
Estiva Gerbi				

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

O Gráfico 12 apresenta o nível de informatização das unidades básicas de saúde e ambulatoriais, que se concentra na faixa de 0 % a 25% na RS Baixa Mogiana.

Gráfico 12 - Comparação do percentual de informatização das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Ambulatoriais. RS B. Mogiana, 2008.

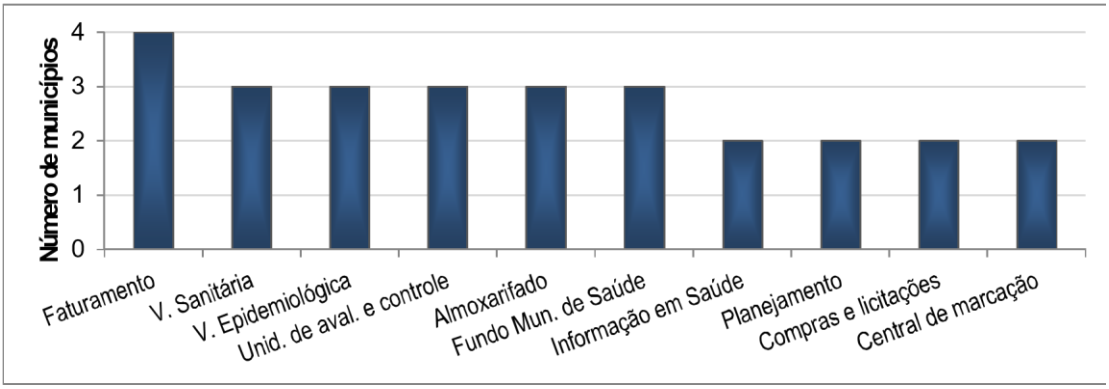


Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

● Outros Sistemas Informatizados

Sobre os outros setores informatizados (Gráfico 13), é possível inferir que, na Região, o setor de faturamento é o mais informatizado (presente em todos os municípios), reproduzindo a tendência nacional. O segundo setor mais informatizado é o das vigilâncias, unidade de avaliação e controle, almoxarifado e fundo municipal de saúde. 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.

Gráfico 13 - Setores informatizados por número de municípios. RS B. Mogiana, 2008.



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

Outros setores, como central de marcação, planejamento e informação em saúde foram citados pelos gestores municipais com menor frequência, dado que pode evidenciar o baixo desenvolvimento na área de tecnologia da informação em saúde, em específico em sua questão mais básica que é a informatização.

Conclusões Parciais

Analisando o sistema logístico da RS Baixa Mogiana, 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 poderá proporcionar a racionalização desse sistema, uma vez que propicia a otimização de recursos e a redução de riscos.

Ressalta-se a necessidade de todos os municípios aprimorarem ou implementarem a gestão de insumos farmacêuticos e outros materiais, dada a importância estratégica dessa área no sistema de saúde.

Com o processo de regionalização, uma possível proposta é a implantação de um cartão de identificação do usuário comum a todos os municípios, aliada à informatização do processo de marcação integrando a central com as unidades de saúde por meio de sistema on-line.

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 investimento[34].

O Colegiado de Gestão Regional da RS Baixa Mogiana 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 da Baixa Mogiana sobre o processo de regionalização no Estado de São Paulo, bem como a análise sobre suas atribuições.

[34] BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto de Gestão

No que diz respeito ao entendimento sobre o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo, a maior parte dos gestores municipais do CGR da Baixa Mogiana entrevistados acredita que esse processo representou uma mudança positiva na gestão da política de saúde. Os seguintes aspectos foram destacados pelos gestores:

- O novo modelo de gestão instituiu três níveis de discussão dessa política: a municipal, a regional e a articulação com o DRS, o que segundo os gestores "acaba por aproximar os gestores dos diferentes níveis do sistema".
- O processo tem dois enfoques: o técnico que agiliza as ações conjuntas para responder às demandas que o município sozinho não consegue dar conta; e o político que estabelece as parcerias entre as prefeituras;
- O processo de regionalização possibilita a troca de serviços trazendo benefícios para a comunidade local.

Quanto à configuração da Região de saúde, a maior parte dos membros do CGR a avalia como adequada, pois respeitou a lógica de fluxo já existente entre os municípios da Região. Os gestores ressaltam ainda, que os municípios dessa Região estabeleceram um consórcio de serviços de saúde, firmado antes da constituição do CGR. Na opinião dos gestores, o CGR é mais técnico, e o Consórcio mais político.

Quanto às pautas das reuniões do Colegiado, os gestores avaliam que os assuntos da pauta, definidos em reunião anterior, são adequados. Já no que diz respeito à periodicidade das reuniões do CGR, a maior parte dos membros do colegiado a avalia como satisfatória e consideram positiva a assiduidade dos gestores municipais nas reuniões, frequentemente acompanhados de suas equipes. 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, foi apontado que a Secretaria vem solicitando a participação dos CGR nos

processos de planejamento, porém "*sempre com pouco tempo, gerando desgaste e tumulto*".

Especificamente quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação dos gestores é positiva, considerando eficiente a participação do Departamento nesse processo.

Quanto à formulação da Programação Pactuada Integrada, os gestores apontam os seguintes aspectos positivos nesse processo:

- As informações ajudaram os operadores a organizar o trabalho de assistência no município.

  A falta de registro das ações municipais, por falta de documentação repercutiu positivamente: os municípios passaram a valorizar as informações e desencadearam iniciativas para qualificar a coleta de dados.

Por outro lado, foram destacados os seguintes aspectos negativos:

- A programação foi baseada na situação dos serviços no ano anterior e no limite orçamentário de 2005;
- Houve curto espaço disponibilizado para a formulação da PPI e o processo foi tumultuado.

No que se refere ao processo de formulação do Plano Estadual de Saúde, os gestores entrevistados destacaram os seguintes aspectos:

- "O Plano veio pronto, com diretrizes e ações já definidas".
- "As oficinas promovidas pela SES foram bastante positivas".
- "Houve um curto espaço disponibilizado para a formulação do Plano".

Quanto ao processo de planejamento regional, ressalta-se mais uma vez que é uma das principais atribuições dos CGRs. 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 Baixa Mogiana

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. Desta forma buscou-se aqui analisar os aspectos relacionados a formação dos gestores municipais de saúde; as estruturas organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde e as organizações voltadas ao apoio e 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 às Secretarias Municipais de Saúde, o que exige dos gestores uma preparação para atender aos desafios cotidianamente colocados.

No que se refere à formação dos secretários municipais de saúde da RS Baixa Mogiana, observou-se que dos quatro gestores municipais, Três (75%) têm formação na área da saúde .O município de Estiva Gerbi (25%) não respondeu a questão. Dentre os três profissionais com graduação em cursos da área da saúde, apenas um deles (25%) possui formação específica em Saúde Pública.

● Estruturas Organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde e Organizações Voltadas ao Apoio à Gestão Municipal

As estruturas organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde são avaliadas por dois gestores municipais (50%) como parcialmente inadequadas, e por outros dois (50%) como totalmente adequadas.

Segundo informações obtidas através dos questionários, todos os municípios da Região fazem parte de consórcio municipal de saúde. O consórcio está organizado em função da oferta de procedimentos de atenção especializada e de apoio diagnóstico terapêutico. Além dos consórcios, apenas o município de Itapira utiliza outros tipos de organizações de apoio à gestão, como a Fundação Espírita Américo Bairral, com o propósito de administrar a residência terapêutica e contratar recursos humanos. Este estudo não pretendeu aprofundar a especificidade da participação dos consórcios e de outros tipos de organização no apoio a gestão municipal, todavia se supõe existir contribuições nos processos de gestão.

Gerenciamento das Unidades de Saúde

Um fator que contribui para a organização das atividades realizadas nos serviços de saúde é a existência de gerentes nas unidades de saúde. Na RS baixa Mogiana, três municípios (75%) afirmam possuir cargos de gerência nas unidades de saúde. Desse total, apenas dois municípios relatam 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 51.

Tabela 51 - Aspectos considerados para escolha de gerentes de unidade, por município. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Carga horária profissional	Profissional de nível superior	Profissional concursado	Exigência de formação em Saúde Pública	Outras
Estiva Gerbi		x	x		
Itapira					x
Mogi Guaçu					
Mogi Mirim	x	x	x		

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

Dentre os três municípios que apresentam gerentes em unidades de saúde, dois 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 na RS Baixa Mogiana, a partir das bases constitucionais e legais do planejamento em saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)[35] 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,

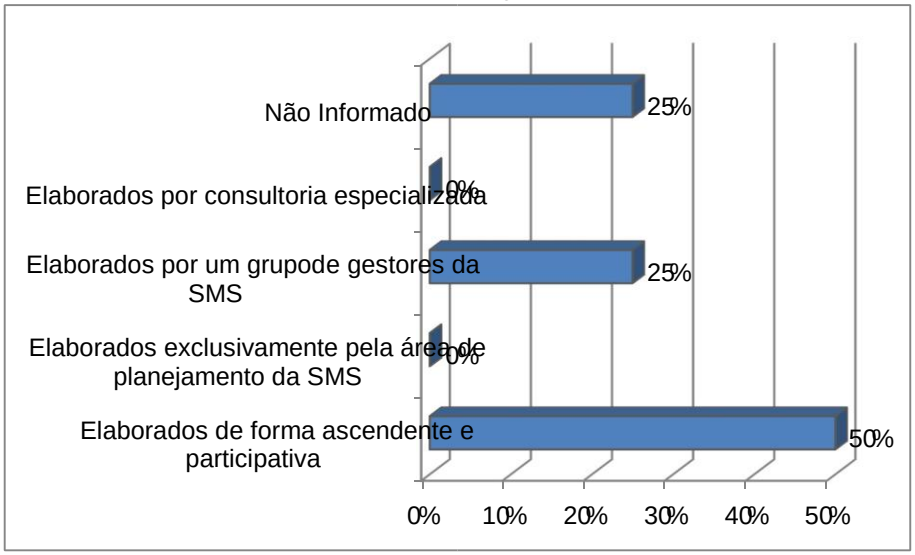
a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do sistema e, ao mesmo tempo, contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locorregionais. São instrumentos do PlanejaSUS os Planos de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão.

Conforme pode ser visualizado no Gráfico 14, na RS Baixa Mogiana dois municípios (50%) elaboram os seus Planos de Saúde e Relatórios de Gestão de forma ascendente e participativa, de acordo com o que preconiza o PlanejaSUS. Em um município (25%) esses planos e relatórios são elaborados por grupo de gestores do nível central da SMS. Nenhum município dessa Região contrata consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão. O município de Estiva Gerbi (25%) não respondeu essa questão.

[35] A 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 14 - Percentual de elaboração de planos municipais de saúde e relatórios de gestão.

RS B. Mogiana, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. 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, 100% dos gestores municipais relataram que o Plano é parcialmente utilizado**.**

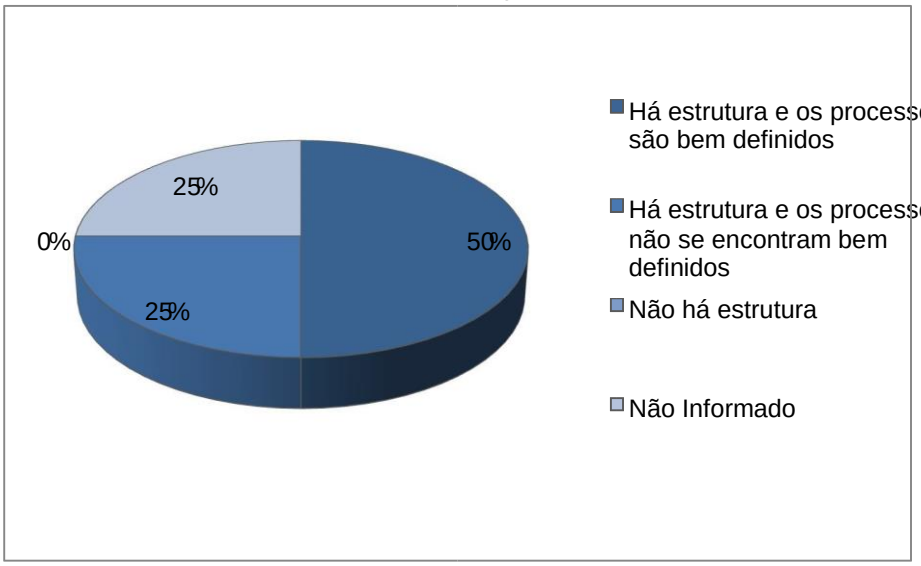
Por outro lado, quanto à utilização do Relatório de Gestão como instrumento no processo de gestão do SUS municipal, quatro municípios (50%) relatam utilizá-lo sistematicamente, e um município (25%) informou utilizá-lo parcialmente. Estiva Gerbi novamente não respondeu à questão.

Avaliação e Controle do SUS

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS, quatro municípios (50%) da Região possuem estruturas e processos bem definidos, um município (25%) relata possuir estruturas e processos mal definidos (Gráfico 15). O município de Estiva Gerbi (25%) não respondeu essa questão.

Gráfico 15 - Percentual dos processos de acompanhamento, avaliação e auditoria do SUS municipal.

RS B. Mogiana, 2008.



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

- **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 Baixa Mogiana, quatro deles (50%) possuem o fundo estruturado e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, e os outro quatro (50%), também possui fundo municipal, porém sob a responsabilidade de outra estrutura da Prefeitura Municipal, conforme mostra o gráfico abaixo.

Quanto aos recursos da saúde alocados no Fundo Municipal, os dados fornecidos pelos gestores mostram que três municípios da Região (75%) alocam todos os recursos no Fundo, inclusive os municipais e um município (25%) destina ao fundo apenas os recursos municipais e os estaduais.

No que se refere aos recursos financeiros destinados ao setor saúde nos municípios da Região de Saúde da Baixa Mogiana apresentamos nas Tabelas abaixo algumas informações obtidas nos bancos de dados oficiais.

Os dados da Tabela 52 mostram que todos os municípios da Região vêm aplicando, desde 2002, mais de 15% do seu orçamento próprio em saúde. Isso inclusive atende aos preceitos constitucionais da Emenda 29. Destacam-se na Região os municípios de Mogi Guaçu e Mogi Mirim, que ficaram acima da média regional.

Tabela 52 - Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000 em %. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
E Gerbi	24,53	28,51	22,77	24,09	18,93	20,48
Itapira	13,75	13,96	17,80	15,40	19,16	18,51
M Guaçu	20,98	19,35	17,93	24,51	21,70	25,66
M Mirim	23,46	25,66	23,93	21,57	24,33	23,82
RS B Mogiana	20,68	21,87	20,61	21,39	21,03	22,12

Fonte: MS,/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A Tabela 53 evidencia a variação, entre os municípios da Região, no tocante ao total de gastos per capita em saúde, que oscila entre R$ 340,28 (Itapira) e R$ 376,76 (Mogi Mirim). Nota se uma pequena variação entre os municípios da Região que, 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 todos os municípios da RS Baixa Mogiana destinam recursos bem acima da média estadual.

Tabela 53 - Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante, em reais. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
E Gerbi	177,14	197,37	193,13	236,80	264,74	374,44
Itapira	149,62	173,32	222,21	257,20	295,71	340,28
M Guaçu	172,24	181,16	205,09	266,41	272,42	355,21
M Mirim	173,02	204,84	213,56	216,96	270,53	376,76
RS B Mogiana	168,01	189,17	208,50	244,34	275,85	361,67

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Todos os municípios da RS Baixa Mogiana gastam menos de 7% do total de recursos da saúde em medicamentos, conforme mostra a Tabela 54. Alguns gastam somente 2,12 % dos seus recursos com medicamentos, como é o caso de Itapira. Por outro lado, Estiva Gerbi é o município com maior gasto da Região com medicamentos (5,63%). Esses dados 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.

Tabela 54 - Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde, em %. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
E Gerbi	4,85	7,66	6,89	4,93	4,61	5,63
Itapira	7,20	7,79	6,68	9,61	2,19	2,12
M Guaçu	3,92	1,07	2,95	4,15	5,05	6,54
M Mirim	0,00	0,95	0,87	1,81	2,19	3,12
RS B Mogiana	3,99	4,37	4,35	5,13	3,51	4,35

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, tais como OS, OSCIP, Universidades e outros. No âmbito desse tipo de gasto, destaca-se com valor acima da média regional o município de Mogi Guaçu com 35,48%% do seu orçamento destinado a essa modalidade de despesa (Tabela 55). A média estadual do percentual de recursos destinados a serviços de terceiros, em 2007, foi de 19,9%, abaixo da média regional.

Tabela 55 - Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde, em %. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
E Gerbi	10,58	8,90	8,54	9,40	12,62	10,44
Itapira	13,60	12,92	15,27	15,10	17,70	18,84
M Guaçu	33,16	36,36	35,61	36,49	30,05	35,48
M Mirim	21,88	21,49	23,01	20,15	17,37	20,66
RS B Mogiana	19,81	19,92	20,61	20,29	19,44	21,36

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 Estiva Gerbi que estão com percentual bem acima da media regional. Por outro lado, a média estadual em 2007 foi de 5,26%, quase o dobro da média regional (Tabela 56).

Tabela 56 - Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde em % RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
E Gerbi	0,50	0,02	0,03	1,40	4,06	7,22
Itapira	4,88	3,08	1,72	1,27	2,31	2,78
M Guaçu	2,58	2,23	3,09	0,82	0,78	0,69
M Mirim	2,01	1,17	3,78	0,96	2,85	1,08
RS B Mogiana	2,49	1,63	2,16	1,11	2,50	2,94

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 referentes à RS Baixa Mogiana (Tabela 57) 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.

Tabela 57 - Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde em %.

RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
E Gerbi	75,99	78,46	78,54	70,72	64,61	64,67
Itapira	63,25	63,58	63,40	66,87	65,66	65,54
M Guaçu	56,70	55,73	51,46	47,73	55,68	47,24
M Mirim	57,38	55,52	53,04	53,96	45,71	45,66
RS B Mogiana	63,33	63,32	61,61	59,82	57,92	55,78

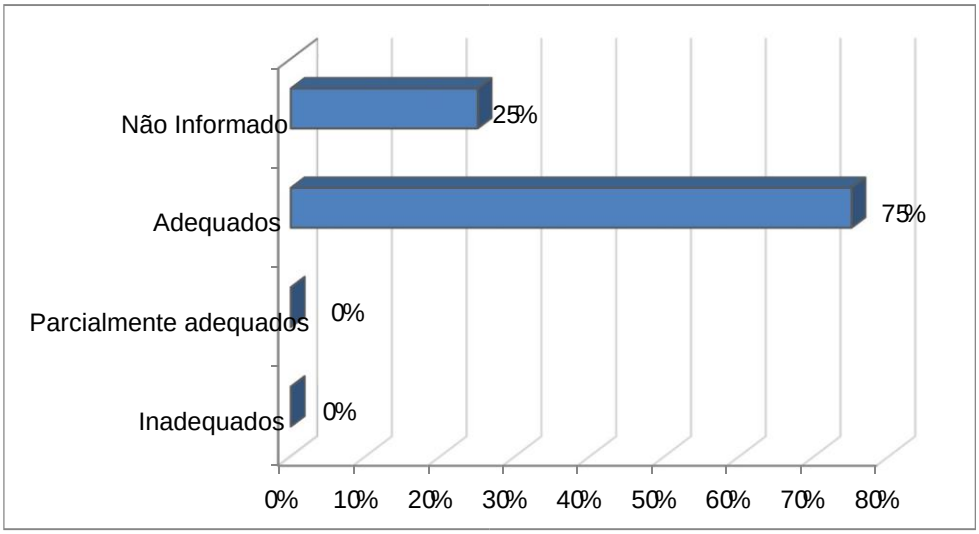
Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

- **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 na RS Baixa Mogiana (Gráfico 16), três gestores municipais (75%) avaliam tais mecanismos como adequados. O município de Estiva Gerbi não respondeu à questão (25%).

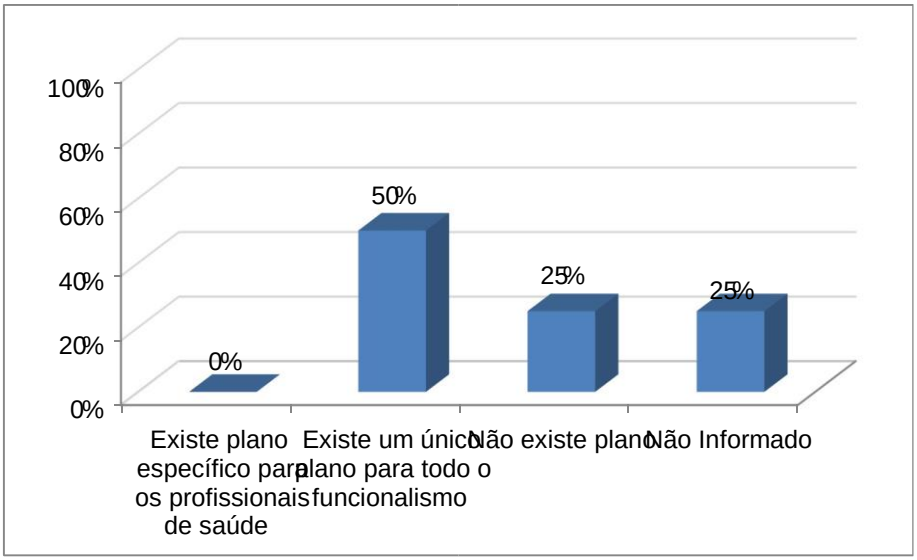
Gráfico 16 - Percentuais de municípios com mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos.
RS Baixa Mogiana, 2008.



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

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. Na RS Baixa Mogiana,um município (25%) afirma não possuir plano; dois municípios(50%) possuem plano geral para a administração municipal como um todo, e nenhum município apresenta um plano especifico para os profissionais e saúde, visando atender as características especificas desses trabalhadores (Gráfico 17). Novamente, o município de Estiva Gerbi (25%) não respondeu à questão.

Gráfico 17 - Existência de plano de cargos, carreiras e salários. RS Baixa Mogiana, 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 Região, 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, esta situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento desses dispositivos legais. A despeito 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 58 são apontadas as formas pelas quais os municípios da RS Baixa Mogiana vêm realizando a contratação de profissionais. Nessa Região, todos os municípios contratam seus trabalhadores por meio de concurso público, em que pese alguns municípios também utilizarem outros mecanismos de contratação. Novamente o município de Estiva Gerbi não respondeu à questão.

Tabela 58 - Formas de contratação de recursos humanos em Saúde, por município. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Concurso Público	Contratação Temporária	Contratação por meio de organizações
Estiva Gerbi			
Itapira	x	x	x
Mogi Guaçu	x	x	x
Mogi Mirim	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, muitos municípios referem uma insuficiência desses profissionais no sistema. Na Tabela 59, pode-se verificar a existência de algumas causas ligadas à dificuldade de contratação e fixação de médicos segundo as informações obtidas com os gestores municipais da Região. Cabe destacar aqui que, dos quatro municípios que compõem a RS Baixa Mogiana , dois municípios(50%) referem não apresentar nenhuma dificuldade para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde. O município de Estiva Gerbi não respondeu a questão.

Tabela 59 - Principais dificuldades encontradas para a contratação e fixação de médicos, por município. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Nenhuma	Baixos Salários	nbiência inadequada	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação Retaguarda dos profissionais nos técnica insuficiprocessos decisórios ente
Estiva Gerbi					
Itapira	x				
Mogi Guaçu		x	x	x	
Mogi Mirim	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 em saúde. 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 publicação da Portaria MS/GM nº 1.996/2007 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 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 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 gestores da RS Baixa Mogiana (75%) afirma, por meio de questionário, possuir um plano organizado direcionado às iniciativas de educação permanente e um município, Estiva Gerbi, não respondeu à questão.

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. Em grande parte dos municípios em que existe um setor específico, a gestão do trabalho é separada da área voltada à educação permanente, assim como as duas são pouco articuladas com as outras áreas estratégicas das secretarias. Conforme mostra a Tabela 60, apenas um município (25%) da RS Baixa Mogiana apresenta estrutura voltada à gestão dos recursos humanos em saúde, responsável pelos procedimentos administrativos e também pelos voltados à educação permanente.

Tabela 60 - Existência de setor próprio voltado à gestão de recursos humanos, por município.

RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Não existe	Responsável apenas pelos procedimentos administrativos	Responsável apenas pelos procedimentos voltados à educação permanente	Responsável pelos procedimentos administrativos e pelos de educação permanente
Estiva Gerbi	x			
Itapira		x		
Mogi Guaçu		x		
Mogi Mirim				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. Na Região de Saúde da Baixa Mogiana, três municípios (75%) informaram no questionário possuir sistema de informação específico para recursos humanos. A exceção ficou por conta do município de Estiva Gerbi.

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. Essa é a realidade na maioria dos municípios dessa Região, em que três gestores municipais (75%) relatam a existência desses mecanismos nas SMS, especialmente com a mediação feita pelo sindicato.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos em saúde, vale destacar que 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. Na RS Baixa Mogiana, dois gestores (50%) referem a existência de grandes inadequações dos salários de seus profissionais, e um município (25%) considera que os salários se encontram em geral adequados frente à remuneração dos outros municípios da Região. O município de Estiva Gerbi (25%) novamente não respondeu à questão.

- **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.

Os dados referentes à RS Baixa Mogiana colhidos através do questionário da pesquisa mostram que três gestores (75%) consideram que a composição dos conselhos municipais de saúde está de acordo como que preconiza a legislação vigente, e um município relata que a composição ainda não está de acordo, pois o regimento interno encontra-se em fase de adequação.

No que se refere ao funcionamento do conselho municipal de saúde, 100% os gestores municipais afirmaram que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida.

A 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, três municípios desta Região (75%) realizam as conferências municipais de saúde com a periodicidade mínima exigida. O município de Estiva Gerbi (25%) não respondeu a essa questão.

Conclusões Parciais

Este estudo evidenciou algumas fragilidades significativas nas estruturas e processos de gestão municipal e de gestão regional do SUS na RS Baixa Mogiana. Sem dúvida, afigurase como imprescindível o desenvolvimento de ações no sentido de aprimorá-las, considerando a sua importância para o processo de estruturação das redes regionais de atenção à saúde.

Quanto às formas de organização e gestão regional na RS Baixa Mogiana, 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 regional 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.

Observou-se que todos os municípios dessa Região se organizaram em forma de consórcio. Importa destacar que o crescimento recente do número de consórcios regionais parece expressar uma tendência na gestão do SUS regional, baseada na percepção de que os consórcios são uma boa alternativa para a organização de serviços de saúde, especialmente na atenção especializada.

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 a gerência em todos os serviços de saúde existentes nos municípios da Região, com critérios de escolha bem definidos e remuneração especifica. No que se refere aos processos e instrumentos de planejamento e gestão, apesar de todos os municípios estarem elaborando os instrumentos preconizados pelo PlanejaSUS, os processos devem ser aprimorados, especialmente quanto à forma de elaboração bem como quanto à utilização sistemática dos instrumentos no processo de gestão

Já no tocante a avaliação e controle do SUS, uma série de fragilidades evidenciaramse 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 alguns municípios não os têm sob responsabilidade das secretarias municipais de saúde.

Por outro lado, merece destaque que todos os municípios da RS Baixa Mogiana 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 nessa Região. Alguns dos municípios investigados apontaram dificuldades para contratação e fixação de médicos. Nesse sentido, há a necessidade de uma revisão das estratégias até aqui adotadas, bem como o investimento na constituição de planos de cargos, carreiras e salários nos municípios, que atendam as especificidades do setor saúde. Tratase, entretanto de uma questão bastante complexa, que envolve um conjunto de fatores e que, portanto merece um maior aprofundamento para sua análise. A maior parte dos municípios da RS Baixa Mogiana não possui estruturas e processos voltados ao planejamento e gestão de recursos humanos nas secretarias, 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 vêm tendo dificuldades em elaborar e implantar os planos de educação permanente, apresentando iniciativas isoladas, sem articulação com as outras prioridades definidas para a gestão municipal.

Entende-se que o enfrentamento desses desafios no âmbito dos sistemas de gestão municipal e regional, é essencial para a qualificação do processo de estruturação da regionalização, já em curso nessa Região de Saúde, devendo ser compartilhado entre 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 indica: 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 assim, 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 clinica, 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*[36] foram definidos patologias e agravos a serem prioritariamente enfrentados no país. No Estado de São Paulo, durante o processo de formulação do *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*, outras patologias e agravos foram incorporados nessa priorização[37].

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 cérebro vasculares; câncer de colo uterino; câncer de mama; câncer de cólon e reto; câncer da cavidade oral; tumor de próstata e agravos relacionados à 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 Baixa Mogiana 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 dois dos quatro municípios que compõem a Região Sanitária Baixa Mogiana.

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 61 apresenta os dados referentes à utilização de protocolos clínicos para Hipertensão Arterial e para Diabetes Mellitus, já que as respostas obtidas junto aos municípios foram coincidentes.

Tabela 61 - Utilização de protocolos clínicos para hipertensão e diabetes. RS Baixa Mogiana, 2008.

[36] BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

[37] Além da dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza priorizadas no Pacto pela Vida o Plano Estadual de São Paulo ampliou o numero de doenças emergentes a serem enfrentadas. Ver página 85 do Plano

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Estiva Gerbi				
Itapira	x			
Mogi Guaçu	x			
Mogi Mirim				

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

Na região apenas dois dos quatro municípios declaram utilizar protocolos clínicos para Hipertensão Arterial e Diabetes e o fazem apenas na atenção básica.

No que diz respeito a protocolos referentes ao câncer de colo uterino (Tabela 62), notase 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. Os demais municípios que compõe essa Região, não referem utilizar protocolos para essa patologia.

Tabela 62 - Utilização de protocolos clínicos para câncer de colo uterino. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Estiva Gerbi				
Itapira				
Mogi Guaçu	x	x		
Mogi Mirim				

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

Situação semelhante pode ser observada na Tabela 63, em relação à utilização de protocolos referentes ao câncer de mama.

Tabela 63 - Utilização de protocolos clínicos para câncer de mama. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Estiva Gerbi				
Itapira	x			
Mogi Guaçu	x	x		
Mogi Mirim				

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

Apenas dois municípios referem utilizá-lo na Atenção Básica e um deles também na atenção especializada ambulatorial.

Já no que diz respeito à atenção pré e neonatal, nota-se que apenas dois dos municípios da Região referem utilizar protocolos na atenção básica, sendo que um deles refere também utilizá-los na atenção especializada ambulatorial e hospitalar (Tabela 64).

Tabela 64 - Utilização de protocolos clínicos para atenção pré e neonatal. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Estiva Gerbi				
Itapira	x			
Mogi Guaçu	x	x	x	
Mogi Mirim				

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

A Tabela 65 apresenta a utilização de protocolos para tumor de próstata, onde se pode observar que dois municípios referem utilizá-lo na atenção ambulatorial especializada.

Tabela 65 - Utilização de protocolos clínicos para tumor de próstata. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Estiva Gerbi				
Itapira		x		
Mogi Guaçu		x		
Mogi Mirim				

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

No caso do enfrentamento de violências e acidentes 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 apenas um município na atenção especializada de urgência e emergência (Tabela 66).

Tabela 66 - Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes. RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Estiva Gerbi				
Itapira				
Mogi Guaçu				x
Mogi Mirim				

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

Em relação à utilização de protocolos, apenas dois municípios referem algum tipo de utilização. Nota-se que a utilização é mais expressiva na Atenção Básica onde os dois referem utilizar nos casos de: hipertensão arterial; diabetes; câncer de mama; e, atenção pré e neonatal.

O município de Mogi Guaçu refere ainda utilizar na atenção básica, protocolo para câncer de colo uterino e em algum outro serviço de atenção especializada para todas as outras patologias com exceção do diabetes e hipertensão.

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. Foram as seguintes as principais dificuldades apontadas**:**

- Falta de adesão dos profissionais;
- Ausência de mecanismos de acompanhamento e avaliação dessas práticas;

Isso nos permite concluir que há necessidade de grande investimento para ampliar a utilização e a articulação de protocolos clínicos nessa Região em busca de maior efetividade e qualificação do cuidado em saúde em geral e para 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, observou-se a presença dessas atividades em relação à atenção básica em três dos quatro municípios que compõe a região. Já em relação à atenção especializada, observase essa atividade em algum dos componentes, nos municípios de Itapira, Mogi Guaçu e Mogi Mirim (Tabela 67).

Tabela 67 - Utilização de iniciativas de supervisão técnica/clínica na RS Baixa Mogiana, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Estiva Gerbi				
Itapira	x	x	x	
Mogi Guaçu	x	x		
Mogi Mirim	x			x

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

Quanto às características dessas atividades de supervisão clínica, observa-se que elas são desenvolvidas por técnicos dos próprios municípios; são continuas e programadas em três; ocorrem sob demanda das equipes também em três. Ocorre em cada unidade de serviço de forma desconcentrada em apenas um município. São atividades de natureza bastante diversificadas e um município as considera ainda incipientes.

Em relação aos processos de supervisão, através de entrevista realizada com os membros do CGR, pode-se detectar que o numero reduzido de profissionais atuando nessa atividade é apontada como a principal fragilidade relacionada a esse processo.

A análise dos dados apresentados permite observar a necessidade de se investir na qualificação das atividades de supervisão clinica nessa Região sanitária.

3.7.3. Processos de Capacitação

A Tabela 68 apresenta o número de processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões sanitárias que guardam correspondência com o DRS de São João da Boa Vista.

Tabela 68 - Número de municípios que desenvolveram processos de capacitação no último ano nas regiões que compõem a Região do DRS São João da Boa Vista – 2008.

Processos / Agravos	Região Baixa Mogiana	Região Mantiqueira	Região Rio Pardo
Hipertensão Arterial	2	5	0
Diabetes	2	6	1
CA Colo	3	5	2
CA Mama	3	2	1
Tumor Próstata	2	5	1
Perinatal	1	1	0
Violência	0	0	0
Doenças Emergentes	3	7	6

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

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 de violências e acidentes, não foi desenvolvida nenhuma iniciativa durante o ultimo 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.

Através das entrevistas realizadas, 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:

- Baixa disponibilidade de horário dos profissionais;
- Baixa adesão dos profissionais;
- Número insuficiente de profissionais na rede.

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 congregar 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 Baixa Mogiana 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. Estas, 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 tornálo 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 Baixa Mogiana, 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 iniqüidades 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 Baixa Mogiana 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 Baixa Mogiana, 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_progestores_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. 209.

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. 209.

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. 209.

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://bvsms.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 Re-ferido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, p. 43, 23 de fevereiro de 2006. Seção 1. Dispo-nível 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://geoftp.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 David-son. 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.233244, 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/ths/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, Jurandyr 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 [online]. 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/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DLCIB-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 Medicas, 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 20° 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

N E P P

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