

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE BRAGANÇA



CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE

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

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

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

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

COORDENAÇÃO
CARMEM CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

COORDENADOR ASSOCIADO
CARLOS RAUL ETULAIN

Universidade Estadual de Campinas



Reitoria

Prof. Dr José Tadeu Jorge

Pró-reitorias

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

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

Luís Alberto Magna
Pró-Reitor de Graduação - PRG

Gláucia Pastore
Pró-Reitor de Pesquisa - PRP

Rachel Meneguello
Pró-Reitor de Pós-Graduação - PRPG

Centros e Núcleos

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

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

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

Produção Editorial: NEPP-Publicações

CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE / Núcleo de Estudos de Políticas Públicas / UNICAMP. - nº. 17, 2014 - Campinas, SP.: PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

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

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

Considerações Éticas:

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



DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE BRAGANÇA

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

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 com experiência em cartografia 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 da Fac. de Ciências Médicas/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	8
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL	16
2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE BRAGANÇA	35
3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE BRAGANÇA	67
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	167
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	172

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE BRAGANÇA

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, cogestão, financiamento solidário e subsidiariedade e indicando a necessidade de pactuação permanente entre os gestores públicos das três esferas de governo para a sua implementação³.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

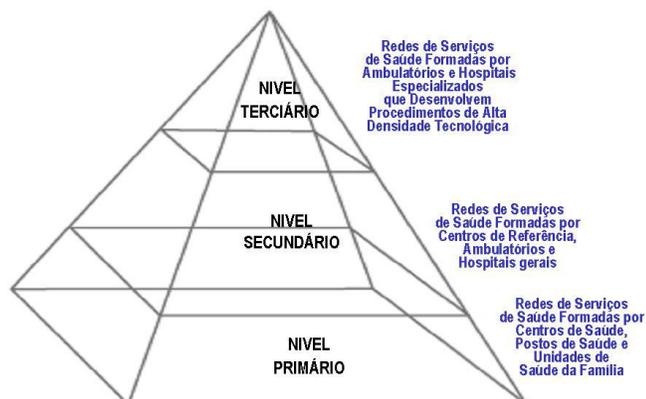
Entende-se por **sistema de saúde** um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar uma resposta aos problemas de saúde de uma determinada população. Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado recentemente para explicitar componentes ou modalidades de assistência. Cabe ressaltar, no entanto, que essa utilização se dá de diferentes formas em função de peculiaridades de cada sistema⁵.

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

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

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

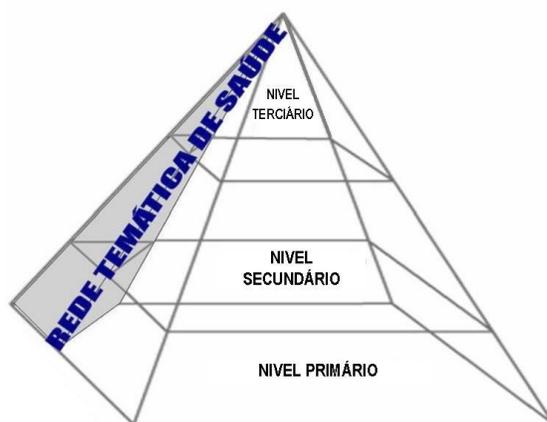
Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados.



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

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

Figura 2 - Representação de Rede Temática de Saúde.



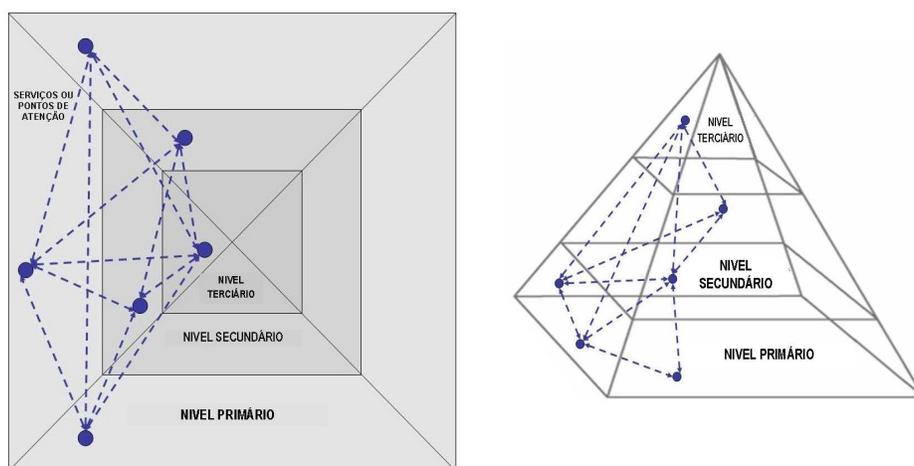
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

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

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

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

Figura 3 - Representação de Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: UNICAMP/NEPP/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

serviços⁶. Por isso, o desenho das redes deve ser flexível, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde.

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

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

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

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

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

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

No entanto, cabe ressaltar que o desenvolvimento das redes exige o estabelecimento de outros mecanismos de **governança regional**, aqui entendida como um conjunto de estru-

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

turas, processos e ações envolvendo atores públicos e privados no espaço regional. As vantagens que podem ser destacadas nessa acepção de governança contemplam duas dimensões: o processo (envolvendo conflitos, negociações, coordenação) e os resultados (os programas e as políticas públicas).

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

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

Nesse estudo, **cuidado em saúde** é entendido como o conjunto de práticas/intervenções voltadas à promoção, preservação ou recuperação da saúde. Engloba desde as iniciativas singulares de autocuidado 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) Bragança 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 Bragança se insere, resumindo-se seu delineamento geoeconômico. No terceiro subitem, foca-se a RS Bragança 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, com se vê no Mapa 1⁷, 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.



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

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 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)⁸. Nos anos 80, essas regiões foram subdivididas em 43 Regiões de Governo (RG), num desenho territorial que, embora alterado posteriormente em alguns pontos, ainda é utilizado para o planejamento geral das ações governamentais. O Mapa 2 representa a atual divisão do Estado de São Paulo em RA e RG.

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



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

A partir da década de 1990, as secretarias, de um modo geral, retomaram os arranjos administrativos regionais próprios, focados nas peculiaridades de cada setor. Ao final dos anos 1990, o executivo estadual passou a se utilizar também de outro modelo de recorte territorial supramunicipal - as regiões metropolitanas⁹. Previstas na Constituição Estadual, e definidas pela Lei Complementar 760/94, são regiões que apresentam "cumulativamente, as

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

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

seguintes características: elevada densidade demográfica; significativa 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.

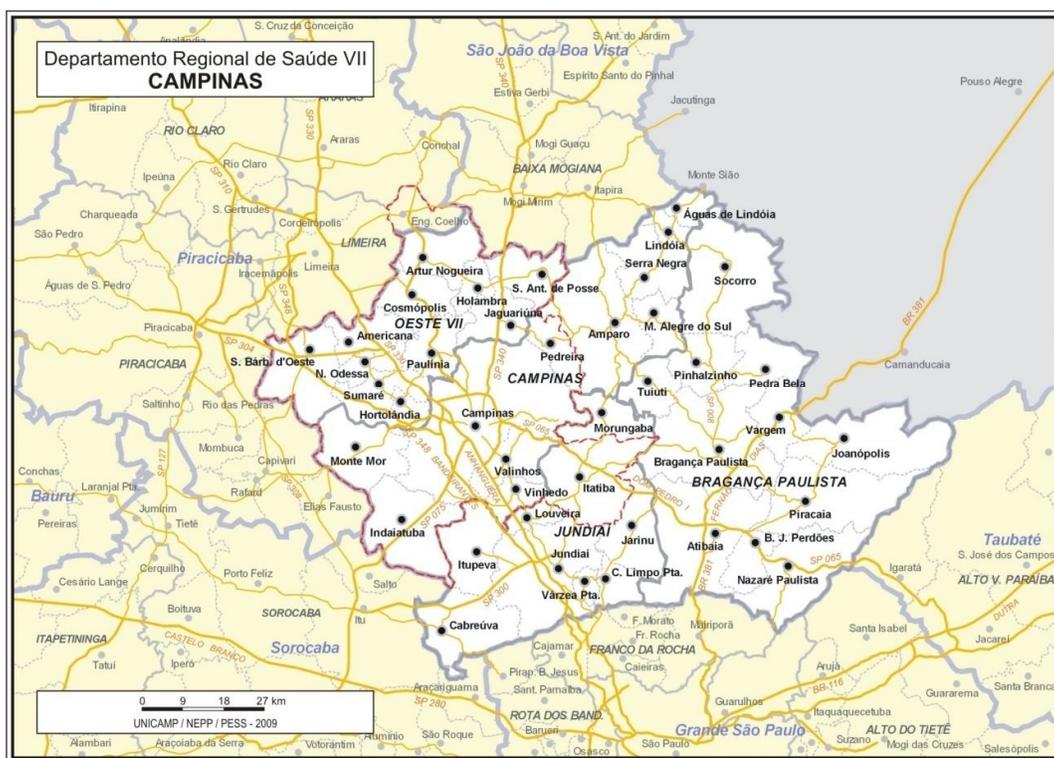


Segundo o PDR 2008, as regiões de saúde são “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e de infraestrutura de transportes compartilhados no território”. 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 VII - Campinas

Pelo atual desenho territorial, cabem ao DRS VII - Campinas as Regiões de Saúde Bragança, Campinas, Jundiaí e Oeste VII. Essa porção territorial, aqui também chamada *Região do DRS Campinas*, situa-se na porção Centro-Leste do Estado, junto à divisa com Minas Gerais, delimitando-se com as regiões dos DRS Taubaté, Grande São Paulo, Sorocaba, Piracicaba e São João da Boa Vista, como representado no Mapa 4. A Região Metropolitana de Campinas (RMC), que se insere nesse contexto territorial, é composta por 19 municípios.

Mapa 4 - Departamento Regional de Saúde VII – Campinas.



--- Limites da Região Metropolitana de Campinas

Estendendo-se desde a Mantiqueira e dos contrafortes que marcam o início da bacia do Paraíba do Sul até a porção central da Depressão Periférica Paulista¹⁰, a Região do DRS Campinas é drenada pelo Capivari, Atibaia, Jaguari e Camanducaia, tributários diretos e indiretos do Tietê, e compreende a parte mais densa de ocupação - demográfica e economicamente - do chamado *Eixo Anhanguera*¹¹, que se constitui um dos principais aglomerados urbano-industriais do país. A porção oriental da Região do DRS VII, por sua vez, de características topográficas e climáticas serranas, apresenta-se com densidades opostas, num arranjo espacial em que o rural é predominante.

Economicamente, a Região do DRS Campinas apresenta-se como a mais importante e diversificada do Interior do Estado. Além de abrigar diversos polos industriais e deter uma das mais modernas produções agropecuárias de São Paulo, a região se destaca pela geração de pesquisas e inovação tecnológicas. No setor industrial, estão presentes ramos diversos de atividade em todas as regiões de Saúde que compõem o DRS, destacando-se os segmentos de tecnologia da informação, telecomunicações, equipamentos óticos, equipamentos médicos, material de transporte e têxtil na RS Campinas; os ramos de alimentos e de bebidas na RS Bragança; os segmentos de combustíveis, material de transportes, químico, metal-mecânico, equipamentos eletrônicos, telecomunicações e têxtil na RS Oeste VII; e os ramos de alimentos, bebidas, metal-mecânico, móveis, papel e celulose e material de transporte, na RS Jundiáí.

No campo, a maior atividade da região aparece vinculada à produção do álcool e açúcar, laranja, café, flores, frutas, eucalipto e à pecuária (especialmente a avicultura, bovinocultura e, em menor medida, a piscicultura). Além disso, também possui um peso importante na economia da Região o segmento de serviços, com grande espaço para o turismo (particularmente no Circuito das Águas), para o comércio (com amplos e diversificados shoppings e centros de compras) e para as atividades de pesquisa científica, educação e inovação de tecnologia, pela concentração de algumas das mais conceituadas entidades de ensino e pesquisa do país.

As cidades atingiram elevados patamares demográficos, abrigando 93% da população, com uma cobertura de 91,9% no abastecimento de água e de 80,5% nos serviços de esgoto para os domicílios urbanos (IBGE, Censo 2000). Estas cidades eram responsáveis, em 2006, pela geração de 17% do valor adicionado na indústria e de 13,6% do PIB do Estado (R\$ 109 bilhões), e pela concentração, em 2007, de 7,5% do total de estabelecimentos agropecuários de São Paulo em (4.674 unidades), 14,3% daqueles pertencentes à indústria (13.248) e 11,8% dos estabelecimentos existentes no comércio e nos serviços (73.835 unidades), de acordo com a Fundação SEADE.

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

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

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 contexto regional de Campinas, essa densidade atinge níveis de excelência, em termos de Brasil, de tal forma que a articulação entre as cidades se viabiliza em muitas direções, o que contribui para a complexidade funcional¹² da rede urbana.

No âmbito do DRS Campinas, a malha urbana apresenta-se especialmente densa, composta por diversos núcleos de variadas dimensões. Campinas encabeça o rol das mais populosas, com 1,04 milhão, seguida de Jundiaí, com 340 mil; Sumaré, Americana, Hortolândia e Santa Bárbara d'Oeste, próximas de 200 mil, e, fechando a lista, Indaiatuba e Bragança Paulista. A base dessa listagem, porém, inclui sedes municipais com menos de 3 mil habitantes: Tuiuti, Vargem e Pedra Bela.

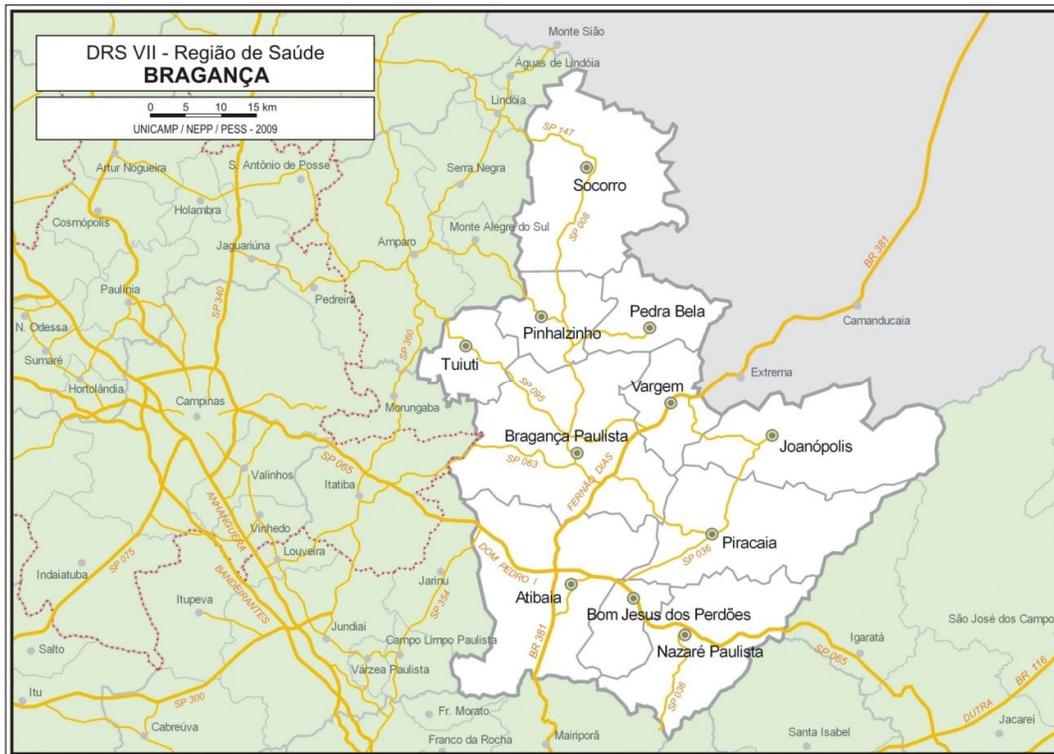
Considerando-se a funcionalidade dessa rede, Campinas também ocupa o posto máximo, exercendo a condição de metrópole não apenas no seu entorno paulista, mas avançando para o Sul de Minas. Essa condição se dá em conexão com São Paulo (a menos de 100 km por rodovia), cuja influência direta também é percebida na Região do DRS VII, cujos principais polos secundários são Jundiaí e Bragança Paulista.

1.3. A Região de Saúde Bragança

A Região de Saúde Bragança é composta por 11 municípios: Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Joanópolis, Nazaré Paulista, Pedra Bela, Pinhalzinho, Piracaia, Socorro, Tuiuti e Vargem (Mapa 5).

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

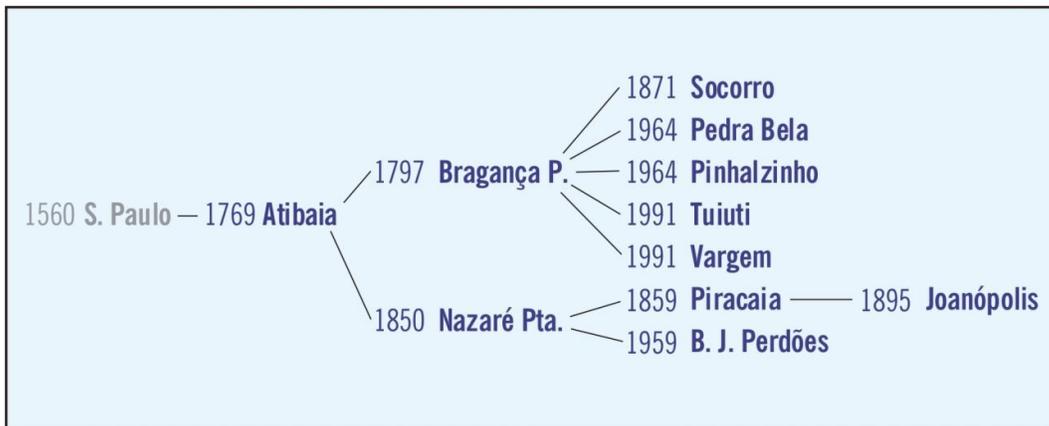
Mapa 5 - Região de Saúde Bragança.



- - - Limites da Região Metropolitana de Campinas

O histórico da formação territorial da RS Bragança, resumido no Quadro 1, mostra a ascendência paulistana da Região, diferenciando-a das demais RS no contexto regional campineiro, cujos processos de fragmentação e emancipação territorial deram-se a partir de Santana de Parnaíba e seus *ramos* Itu e Jundiá. Também é interessante notar que os municípios se dividem em dois grupos: os mais antigos, criados no século XIX ou antes, e os novos, emancipados na segunda metade do século XX.

Quadro 1 - Genealogia Municipal na RS Bragança.



Fonte: IGC - Instituto Geográfico e Cartográfico/SEP-SP, 1995. Elaboração própria.
 Obs.: para municípios extintos e recriados poucos anos depois, prevalece a data mais antiga.

Localizada inteiramente nos domínios do Planalto Cristalino (ou Planalto Atlântico), a Região de Saúde Bragança é constituída de paisagens serranas, onde o Camanducaia, o Jaguari e o Atibaia têm seus altos vales, com importantes reservatórios hídricos que atendem, inclusive, ao abastecimento da Grande São Paulo. Em meio a cenários de grande potencial turístico, com médias térmicas inferiores às vizinhas RS Campinas e Jundiaí, os municípios da Região têm na agropecuária importante fonte de renda, em que pesem as características topográficas e pedológicas, que não se apresentam favoráveis para o mais adequado aproveitamento agrícola. Assim, a Região, em 2007, dedicava a maior parte de suas terras às pastagens, à produção de eucalipto e milho, ao cultivo do café e da cana-de-açúcar, e, particularmente em Atibaia, flores e frutas. Destaca-se ainda a pecuária (bovina, a avicultura, a piscicultura e a suinocultura em Bragança Paulista) como uma forte atividade encontrada nos municípios da região.

A agropecuária é tradicional nos municípios da RS Bragança, dando tom à organização socioeconômica, mas a indústria – articulada ao campo e a outros ramos de transformação – bem como os serviços, também estão presentes, especialmente no caso de Bragança Paulista. Entre os mais de 1.270 estabelecimentos industriais instalados em 2007, apresentam-se na região algumas das maiores empresas do país (Arcor, Dynamic Air, Ajinomoto, Coplastil, Yakult, OSG/Tungaloy), além de um sistema produtivo local voltado para confecções e turismo, em Socorro e Atibaia. O setor de serviços, por sua vez, que possui o seu dinamismo vinculado ao atendimento deste mesmo setor agroindustrial, é bastante expressivo no comércio, com mais de 3.500 estabelecimentos na região (SEADE, 2009).

Bragança Paulista é o principal centro urbano da RS, com população superior a 120 mil, onde se concentram as atividades industriais, de comércio e de serviços, com destaque para

o ensino superior (Universidade São Francisco). Atibaia também se destaca, com população acima de 100 mil.

1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

Dois grandes eixos estruturam a malha viária da RS Bragança, garantindo a integração física da Região e permitindo sua conexão extra-regional. No sentido geral Norte-Sul, a rodovia Fernão Dias (BR 116) passa por Atibaia e próximo de Bragança, levando a São Paulo, de um lado, e a Pouso Alegre e Belo Horizonte, no Estado de Minas Gerais. A rodovia Dom Pedro I (SP 65), no sentido Leste-Oeste, liga Campinas a Jacareí, no Vale do Paraíba, cruzando a Fernão Dias em Atibaia.

Outras rodovias estaduais completam o sistema viário regional, como a SP 8, ligando Bragança a Socorro e Lindóia, ou a SP 36 que, vindo de Guarulhos, chega a Nazaré Paulista, seguindo depois em traçado descontínuo até Joanópolis. As rodovias, com respectivas siglas, são mostradas no citado Mapa 5.

A rede urbana da RS tem dimensões modestas, e se organiza em torno dos dois maiores núcleos, Bragança Paulista e Atibaia, as únicas com população superior a 100 mil. Entre as demais, apenas Socorro ultrapassa 20 mil habitantes. Assim, as pequenas cidades são maioria na Região, como se pode conferir na Tabela 1, adiante, que mostra também os baixos índices de urbanização. Nesse particular, convém ressaltar que o índice mostrado para Piracaia e Joanópolis, 100% de população urbana, não tem correspondência com a realidade. Estes municípios legislaram, na década de 1990, de forma a considerar todo o território municipal como o *perímetro urbano*, condição assimilada pelas estatísticas do IBGE.

Funcionalmente, as cidades da RS Bragança referem-se principalmente ao seu maior núcleo, mas é muito forte a influência de outros polos. Nas respostas dadas ao questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais, especificamente à questão "indique quais são as 3 cidades mais procuradas para: Serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", evidenciou-se a complexidade dos fluxos que operam intra e extra regionalmente. As cidades mais citadas foram Bragança Paulista (30 vezes), Campinas e São Paulo (22 vezes), Atibaia (8 vezes), Amparo e Itatiba (4 vezes). Pela pesquisa do IBGE *Regiões de Influência das Cidades 2007*¹³, confirma-se a polarização exercida por Bragança Paulista (classificada como *Centro sub-Regional B*), inclusive em território mineiro.

¹³ Este estudo define 4 níveis hierárquicos a saber: Metrópole (subdividido em "Grande Metrópole Nacional", "Metrópole Nacional" e "Metrópole"), Capital Regional ("A", "B" e "C"), Centro sub-Regional ("A" e "B") e Centro de Zona ("A" e "B"). As cidades situadas em regiões metropolitanas ou em grandes aglomerados não foram consideradas neste estudo.

1.3.2. Demografia e Condições de Vida

A RS Bragança possui uma população de aproximadamente 400 mil habitantes, segundo estimativas para o ano de 2007. A maior parte dos municípios é de pequeno porte e apenas dois apresentam população acima de 100 mil habitantes. A distribuição dessa população e algumas características estão detalhadas na Tabela 1.

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

Municípios	Área	Densidade de-	População	Percentual Po-	População ur-
	(km ²)	mográfica		pulação RS	bana
	2007	(hab/km ²)		(%)	(%)
Atibaia	478,1	266,2	127.291	31,8	87,0
Bom Jesus dos Perdões	108,5	152,0	16.498	4,1	84,3
Bragança Paulista	513,6	275,2	141.362	35,3	88,9
Joanópolis	374,6	30,6	11.463	2,9	100,0
Nazaré Paulista	326,5	49,4	16.145	4,0	40,5
Pedra Bela	157,2	38,2	5.999	1,5	21,5
Pinhalzinho	155,0	80,9	12.540	3,1	48,2
Piracaia	384,7	57,6	22.167	5,5	100,0
Socorro	448,1	75,5	33.841	8,5	64,2
Tuiuti	126,5	45,4	5.745	1,4	45,8
Vargem	142,6	49,2	7.019	1,8	37,4
RS Bragança	3.215,3	124,4	400.070	100,0	81,2

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Na Tabela 2 apresentam-se os indicadores de natalidade, fecundidade e envelhecimento populacional da região. Verifica-se que todos os municípios, com exceção de Bom Jesus dos Perdões, apresentam índices de envelhecimento maiores que a média do Estado de São Paulo, que é de 41,42. Nesse sentido destaca-se o município de Tuiuti e Socorro com índices mais elevados.

No que se refere às taxas de crescimento populacional pode-se observar uma maior heterogeneidade regional. Considerando que a média do Estado de São Paulo é de 1,33, verifica-se que sete municípios apresentam índices acima dessa média. O destaque fica por conta de Bom Jesus dos Perdões que apresenta taxa bastante alta e, no outro extremo, o município de Piracaia com taxa de crescimento negativa.

Quanto às taxas de natalidade e fecundidade também se observam diferenças na região. Por um lado temos os municípios de Bom Jesus dos Perdões, Piracaia e Bragança Paulista com índices elevados e, por outro, observam-se oito municípios com índices de natalidade e fecundidade abaixo das médias estaduais, respectivamente de 15,03 e 52,65. Dentre

esses municípios destaca-se Tuiuti que se encontra em avançado estágio de transição demográfica.

Tabela 2 - Indicadores demográficos dos municípios da RS Bragança.

Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Atibaia	1,94	14,52	51,29	43,56
Bom Jesus dos Perdões	3,10	17,24	60,83	35,03
Bragança Paulista	1,76	15,47	55,13	46,02
Joanópolis	1,39	13,59	49,39	57,27
Nazaré Paulista	1,64	11,94	44,84	47,75
Pedra Bela	0,97	12,29	48,89	62,60
Pinhalzinho	1,90	12,40	46,70	64,77
Piracaia	-0,64	15,86	60,42	46,47
Socorro	0,49	13,50	50,66	73,16
Tuiuti	2,15	9,59	36,12	81,80
Vargem	0,15	11,28	42,75	65,34

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

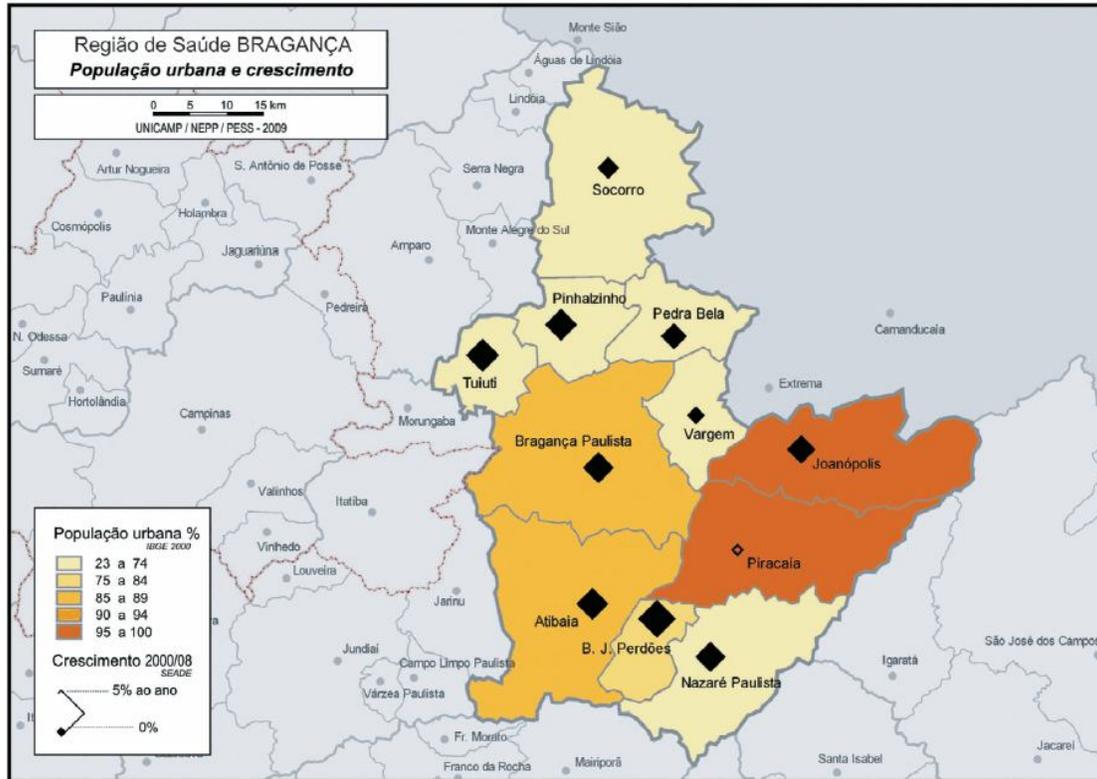
** Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)

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

**** Índice de Envelhecimento (Em %)

O Mapa 6 evidencia as diferenças do grau de urbanização, bem como das taxas de crescimento populacional entre os municípios da região.

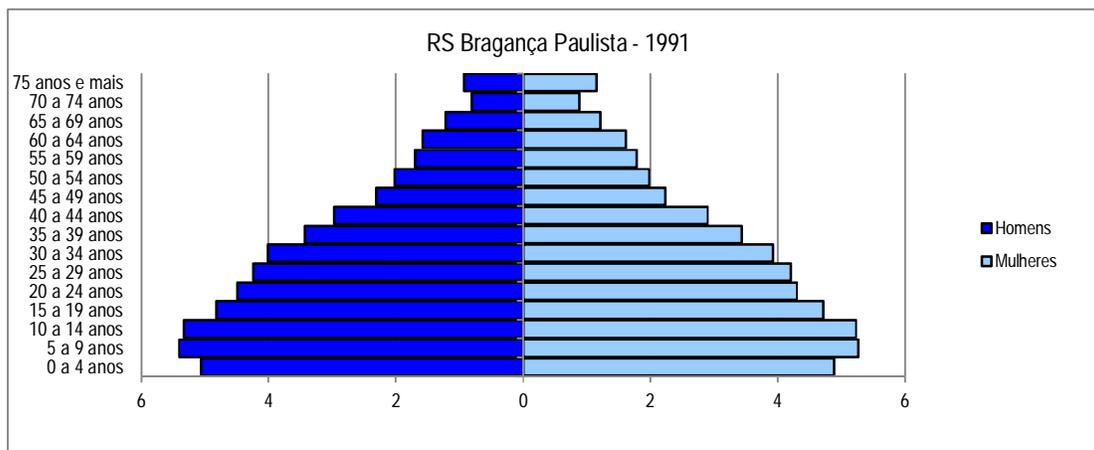
Mapa 6 - Percentual da população urbana no ano 2000 e taxa de crescimento 2000/2008 dos municípios da RS Bragança.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

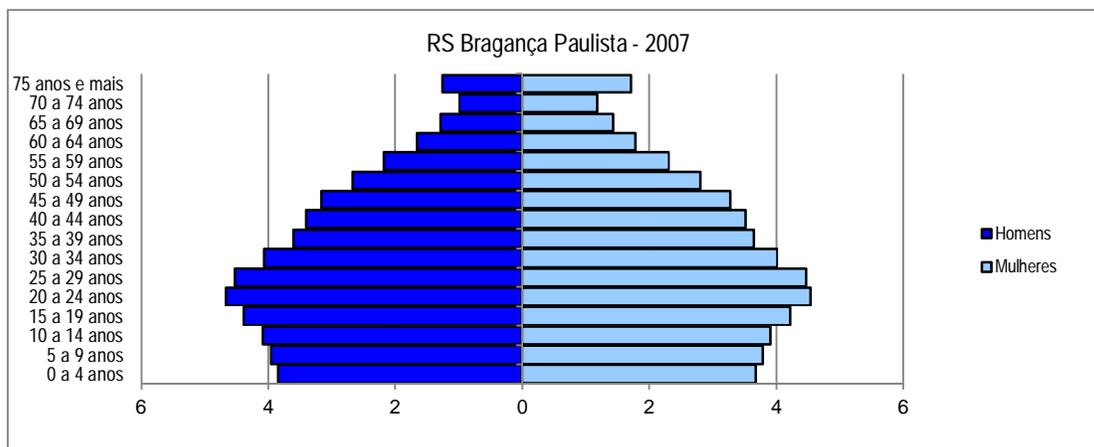
A configuração da população da região em faixas etárias, pode ser conferida nas pirâmides populacionais mostradas nos Gráficos 1 e 2. Entre a situação de 1991 e de 2007 diminui proporcionalmente a população abaixo de 19 anos, enquanto aumentam as faixas relativas aos idosos (acima de 60 anos).

Gráfico 1 - Pirâmide etária. RS Bragança, 1991.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

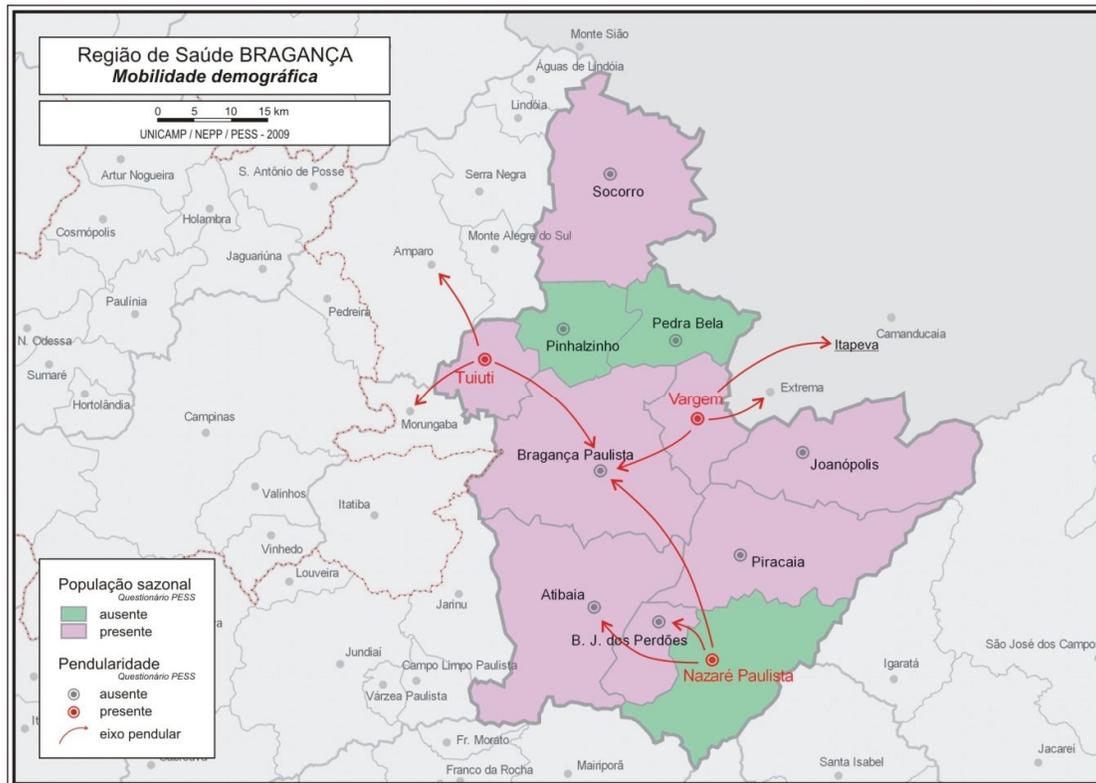
Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Bragança, 2007.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Em termos de mobilidade populacional, deve-se atentar para a presença, na região, de população sazonal, assim como de pendularidade. Entre os gestores consultados no questionário eletrônico, apenas três responderam negativamente à pergunta sobre população sazonal no seu município, justificada principalmente pelo turismo na região. Quanto à pergunta "seu município pode ser considerado uma cidade-dormitório?", três responderam afirmativamente, indicando os destinos dessa pendularidade, conforme detalhado no Mapa 7.

Mapa 7 – Mobilidade populacional. RS Bragança, 2008.



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

Para se traçar um quadro geral das condições de vida na RS Bragança reuniu-se alguns indicadores apresentados nas tabelas seguintes. Os percentuais relativos ao fornecimento de água e de coleta de esgoto, dois indicadores importantes na composição da qualidade de vida da população, estão na Tabela 3.

Com um perfil inferior ao verificado nas regiões vizinhas, a RS Bragança tinha um grau de cobertura de água, em 2000, que variava entre 65,8% (Joanópolis) e 96,9% (Pinhalzinho). Já o grau de cobertura dos serviços de esgotos revelava diferenças muito mais significativas, oscilando de 55,3% (Atibaia) a 91,2% (Pinhalzinho).

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

Municípios	Água* 2000	Esgoto** 2000
Atibaia	74,8	55,3
Bom Jesus dos Perdões	94,9	88,6
Bragança Paulista	94,6	84,5
Joanópolis	65,8	63,6
Nazaré Paulista	79,2	57,9
Pedra Bela	96,4	82,2
Pinhalzinho	96,9	91,2
Piracaia	67,9	59,2
Socorro	86,4	83,0
Tuiuti	96,1	64,0
Vargem	89,4	73,2

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

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

Os indicadores de renda, são mostrados na Tabela 4 e também indicados no Mapa 8 (PIB municipal e PIB municipal per capita). Os municípios da região apresentam baixos indicadores de renda bruta e *per capita*, se comparados com as outras três regiões do DRS VII. Apenas dois municípios apresentam PIB *per capita* superior a R\$ 10 mil.

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

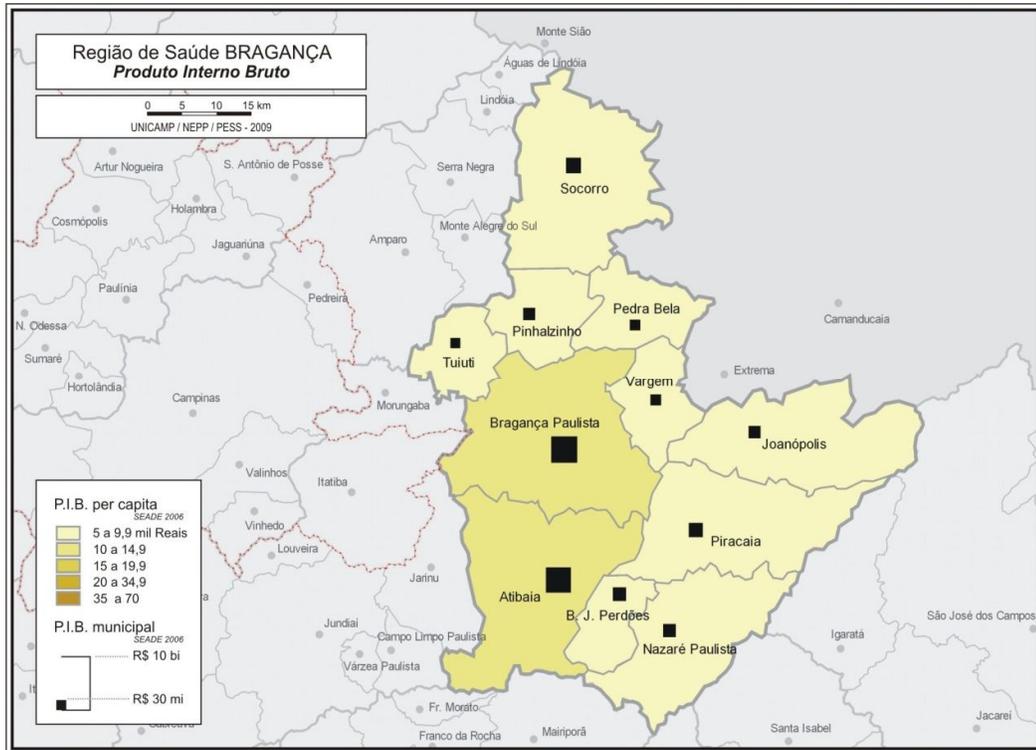
Municípios	PIB Municipal* 2006	PIB per Capita** 2006
Atibaia	1.665,6	12,8
Bom Jesus dos Perdões	146,8	9,3
Bragança Paulista	1.869,4	13,0
Joanópolis	79,2	6,6
Nazaré Paulista	116,1	7,1
Pedra Bela	36,7	6,2
Pinhalzinho	82,5	6,4
Piracaia	199,3	7,5
Socorro	270,7	7,9
Tuiuti	30,9	5,5
Vargem	40,2	4,8

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

* em milhões de reais

** em mil reais

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Na Tabela 5, por fim, são apresentados os indicadores de desenvolvimento social. O primeiro, o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁴, revela uma situação preocupante em toda a RS, já que apenas dois municípios têm menos de 50% da população nas faixas 5 e 6, e dois atingem o grau máximo de vulnerabilidade, com 100% de sua população nessas faixas (Pedra Bela e Tuiuti).

Segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)¹⁵, mais da metade dos municípios da RS Bragança apresentam o nível 5. Os municípios mais populosos - Bragança Paulista e Atibaia situam-se no nível 2, o melhor alcançado pela Região.

¹⁴ 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.

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

Já o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), também mostrado no Mapa 9, confere a apenas três municípios a condição de alto desenvolvimento humanos e, aos demais, a condição de médio desenvolvimento¹⁶.

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

Municípios	IDHM* 2000	IPVS** 2000	IPRS*** 2004
Atibaia	0,819	37,8	2
Bom Jesus dos Perdões	0,780	59,1	5
Bragança Paulista	0,820	38,1	2
Joanópolis	0,766	86,8	5
Nazaré Paulista	0,746	90,4	5
Pedra Bela	0,733	100,0	5
Pinhalzinho	0,788	87,4	3
Piracaia	0,792	70,5	5
Socorro	0,812	68,7	5
Tuiuti	0,763	100,0	3
Vargem	0,782	88,7	4

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

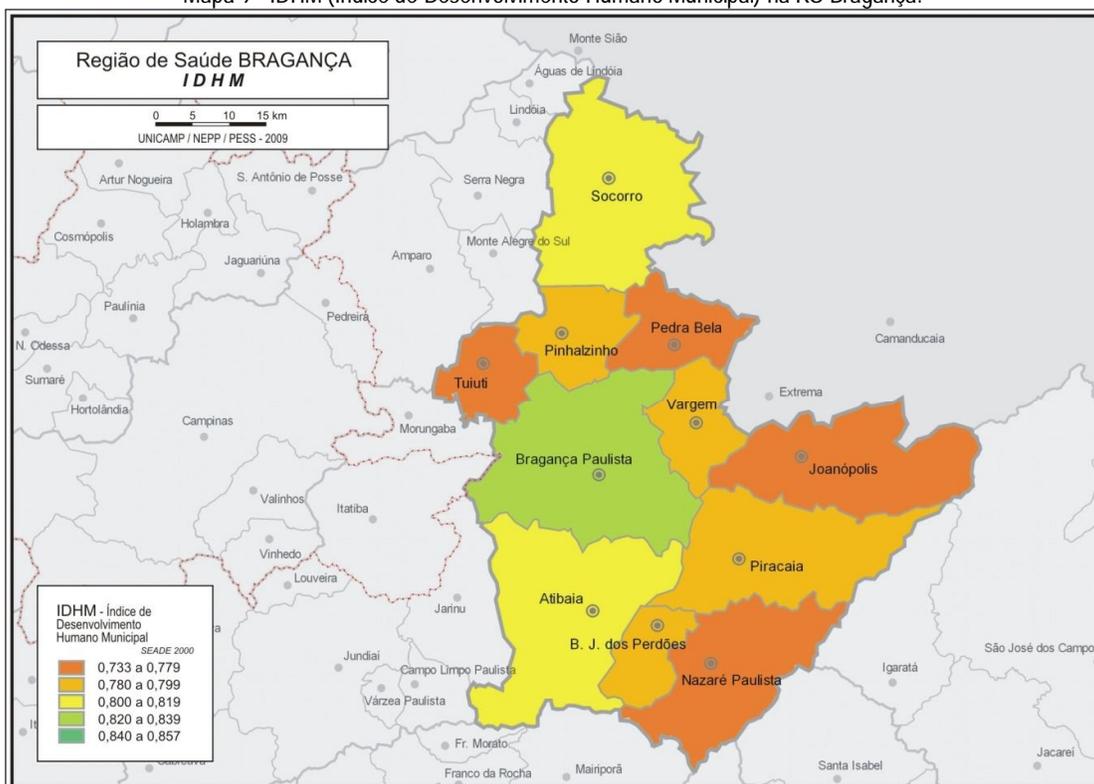
*IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000

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

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

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

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Conclusões Parciais

A Região de Saúde Bragança apresenta baixas densidades demográficas, baixas taxas de urbanização, não possuindo destaque expressivo no cenário urbano-industrial. Os indicadores demográficos demonstram, na média da região, um processo de envelhecimento populacional e diferenças quanto ao crescimento populacional, entre os municípios.

O arranjo espacial da RS Bragança, que congrega porções significativas de áreas preservadas e uma rede urbana de pequenos núcleos, em meio a importantes recursos hídricos, apresenta-se com potencial para atendimento a muitas das mais recentes demandas turísticas, que requerem paisagens naturais e microambientes rurais.

A formulação e implementação de políticas públicas devem considerar estas características da região, respeitando as diferenças existentes entre os municípios, o que requer uma atuação diferenciada do Colegiado de Gestão Regional, responsável pelo direcionamento do SUS na região.

2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE BRAGANÇA

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

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

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

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

2.1. Mortalidade por Grupo de Causa

A análise dos dados de mortalidade proporcional, utilizando-se os capítulos da CID 10¹⁸, mostrou que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes em todos os municípios e que, junto com as neoplasias (a segunda causa), as doenças do aparelho respiratório e as causas externas responderam por mais de 75% das mortes por causas definidas no triênio 2004-2006 (Tabela 1).

Tabela 1 - Mortalidade proporcional por causas definidas, segundo municípios. RS Bragança, 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
Bragança Pta	35,3	17,5	15,4	9,3	6,1	4,4	11,9
Atibaia	32,5	17,4	13,0	12,0	6,0	5,3	13,8
Socorro	31,7	20,1	15,2	7,3	4,6	7,2	13,9
Piracaia	34,2	17,2	12,0	12,8	5,6	9,1	9,1
B J Perdões	36,8	14,0	9,5	14,4	4,9	9,1	11,2
Nazaré Pta	33,9	15,9	14,1	14,1	6,0	6,9	9,0
Pinhalzinho	36,4	17,0	18,6	9,1	5,5	5,1	8,3
Joanópolis	42,7	14,7	14,7	11,1	4,4	4,9	7,6
Vargem	37,4	12,3	16,8	9,7	8,4	3,2	12,3
Pedra Bela	43,5	14,8	13,9	5,6	1,9	6,5	13,9
Tuiuti	38,3	25,5	11,7	9,6	5,3	4,3	5,3
RS Bragança	34,5	17,4	14,2	10,5	5,8	5,6	12,0

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No sexo masculino, as causas externas tiveram maior expressão e foram o segundo grupo mais frequente nos municípios de Atibaia, Bom Jesus dos Perdões, Nazaré Paulista e Joanópolis (Tabela 2).

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

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Todas as outras causas definidas
Bragança Pta	35,3	15,8	13,1	14,8	7,1	3,4	10,4
Atibaia	30,4	16,5	16,6	13,3	6,7	3,4	13,2
Socorro	30,4	18,8	9,6	14,2	5,9	5,5	15,6
Piracaia	33,1	18,1	17,2	10,4	6,1	4,9	10,1
B J Perdões	33,1	16,0	22,5	7,7	5,3	6,5	8,9
Nazaré Pta	31,8	16,7	18,7	14,1	5,6	6,6	6,6
Pinhalzinho	37,3	18,3	12,4	15,0	5,2	3,9	7,8
Joanópolis	44,9	10,9	15,9	11,6	5,8	3,6	7,2
Vargem	35,4	13,5	13,5	11,5	9,4	2,1	14,6
Pedra Bela	43,8	17,2	9,4	6,3	3,1	4,7	15,6
Tuiuti	44,4	18,5	14,8	7,4	5,6	1,9	7,4
RS Bragança	33,6	16,4	14,7	13,4	6,6	3,9	11,4

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

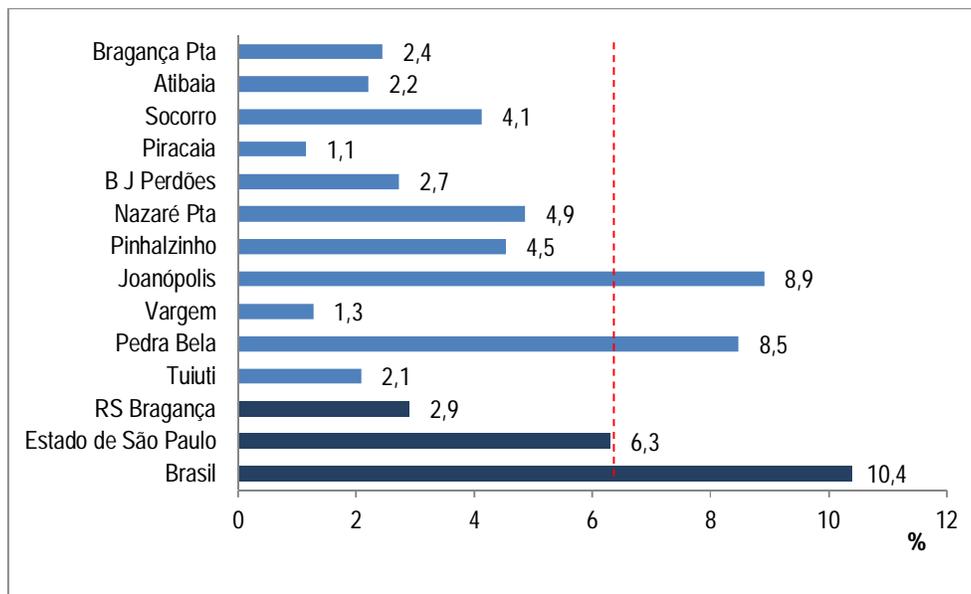
Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XI. Doenças do aparelho digestivo	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	Todas as outras causas definidas
Bragança Pta	35,3	19,8	16,3	5,9	4,6	4,0	14,1
Atibaia	35,6	18,7	12,6	8,2	5,1	5,2	14,6
Socorro	33,1	21,8	16,4	9,3	2,8	4,5	11,9
Piracaia	36,1	15,7	14,7	16,2	4,7	5,2	7,3
B J Perdões	42,2	11,2	12,1	12,9	4,3	2,6	14,7
Nazaré Pta	37,0	14,8	14,1	7,4	6,7	7,4	12,6
Pinhalzinho	35,0	15,0	24,0	7,0	6,0	4,0	9,0
Joanópolis	39,1	20,7	19,5	6,9	2,3	3,4	8,0
Vargem	40,7	10,2	25,4	5,1	6,8	3,4	8,5
Pedra Bela	43,2	11,4	25,0	9,1	-	-	11,4
Tuiuti	30,0	35,0	17,5	7,5	5,0	2,5	2,5
RS Bragança	35,8	18,7	15,5	8,0	4,6	4,5	13,0

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A proporção de óbitos por causas mal definidas, analisadas por local de residência está apresentada no Gráfico 1. O valor médio da RS Bragança foi menor do que o verificado no Estado de São Paulo (ESP) e no Brasil em 2005 (2,9; 6,3 e 10,4% respectivamente). Cinco municípios tiveram proporções superiores à da região de saúde e em dois desses os valores ficaram acima da média estadual. 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 documento¹⁹.

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



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

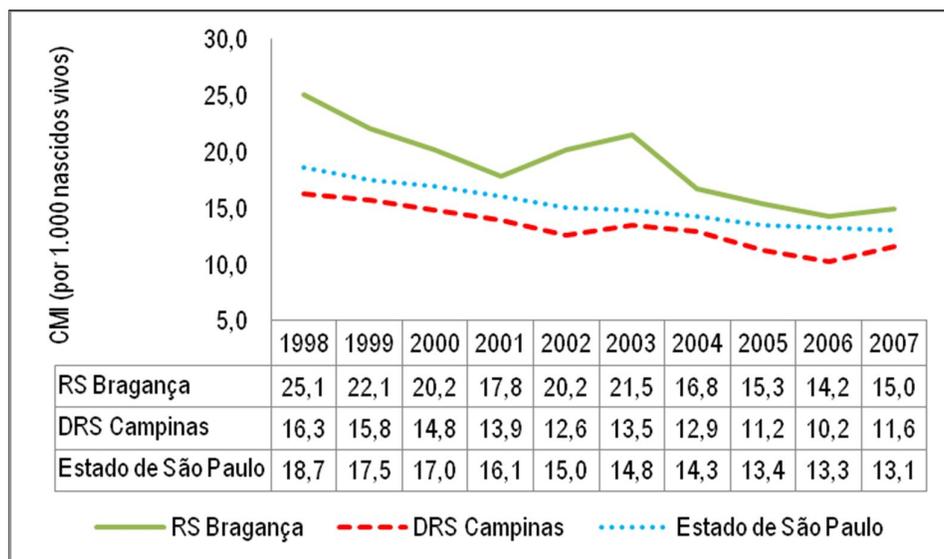
2.2. Mortalidade Infantil

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 evolução do CMI no Estado entre 1998 e 2007; a queda observada também foi acompanhada no conjunto do DRS VII – Campinas e na RS Bragança, embora os valores nesta região tenham sido superiores às médias estadual e do DRS VII e as taxas tenha aumentado em 2002, 2003 e 2007.

¹⁹ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* – 2ª edição. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em <http://tab-net.datasus.gov.br/cgi/ldb2006/indicadores.pdf>.

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

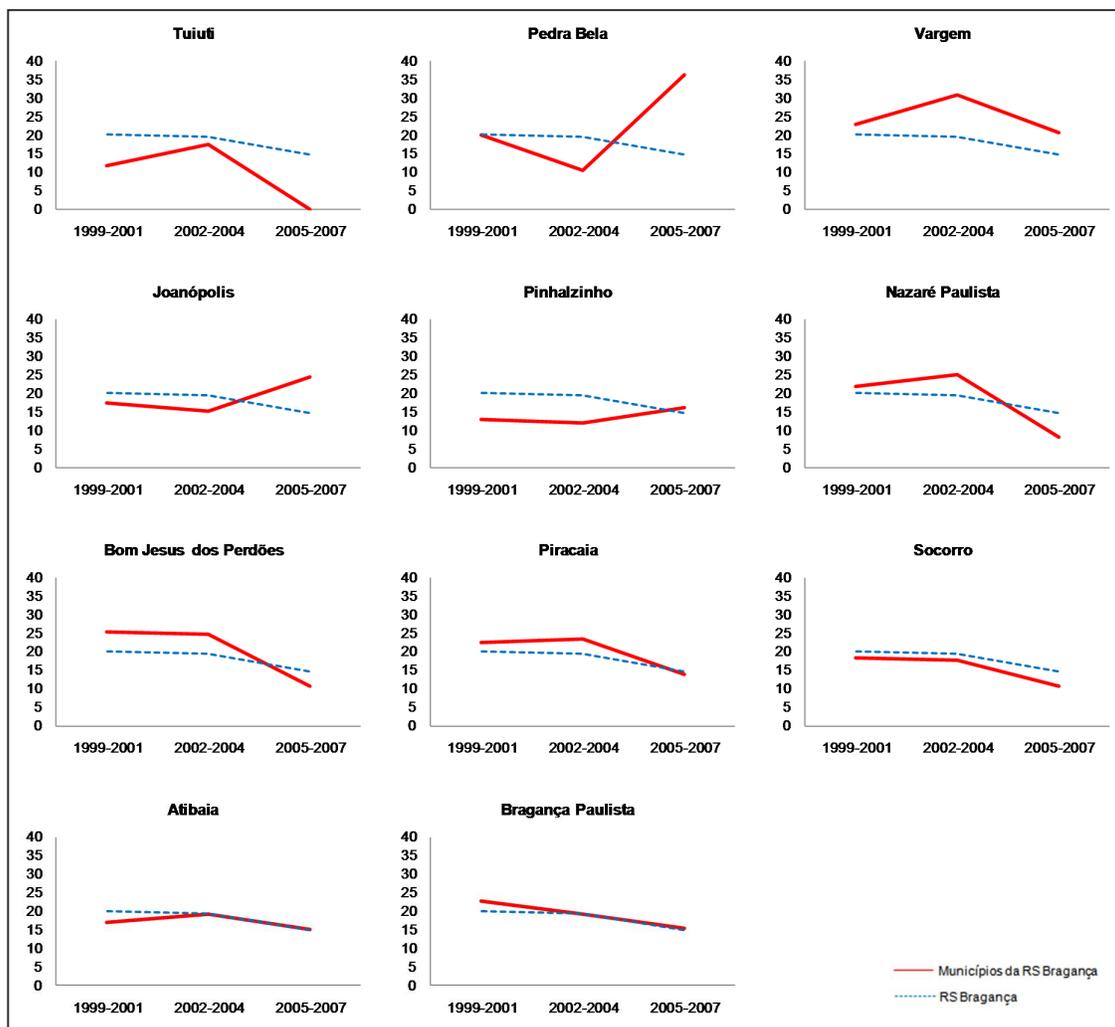


Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A redução do CMI também foi verificada nos seus componentes pós-neonatal e neonatal. Este último foi responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e reflete, em linhas gerais, a organização das ações relacionadas ao pré-natal, parto e cuidados do recém-nascido.

As diferenças da mortalidade infantil entre os municípios da RS podem ser observadas no Gráfico 3. É constatada queda no decorrer do período analisado na maioria deles. Em Pinhalzinho, Joanópolis e Pedra Bela o CMI teve aumento no último triênio.

Gráfico 3 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Bragança, 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 Bragança.

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2005-2007
Bragança Pta	Neonatal	40	54	35	36	29	27	17	24	21	18	10,1
	Pós-neonatal	23	18	7	9	17	19	13	7	13	13	5,3
	Menores 1 ano	63	72	42	45	46	46	30	31	34	31	15,4
Atibaia	Neonatal	32	29	26	19	31	27	25	20	18	22	11,0
	Pós-neonatal	14	10	15	7	7	15	9	8	8	6	4,0
	Menores 1 ano	46	39	41	26	38	42	34	28	26	28	15,1
Socorro	Neonatal	13	9	6	6	5	4	7	5	3	1	6,9
	Pós-neonatal	3	1	2	2	1	3	3	3	0	2	3,8
	Menores 1 ano	16	10	8	8	6	7	10	8	3	3	10,7
Piracaia	Neonatal	11	4	7	7	6	9	4	6	2	3	10,1
	Pós-neonatal	7	3	6	2	4	2	2	1	2	1	3,7
	Menores 1 ano	18	7	13	9	10	11	6	7	4	4	13,7
B J perdões	Neonatal	3	6	6	3	2	3	5	3	1	2	7,2
	Pós-neonatal	3	2	1	2	4	4	2	0	2	1	3,6
	Menores 1 ano	6	8	7	5	6	7	7	3	3	3	10,9
Nazaré Pta	Neonatal	4	5	3	6	3	2	3	1	2	2	8,3
	Pós-neonatal	0	0	3	1	4	2	2	0	0	0	0,0
	Menores 1 ano	4	5	6	7	7	4	5	1	2	2	8,3
Pinhalzinho	Neonatal	0	0	3	0	2	2	0	1	0	2	6,9
	Pós-neonatal	2	0	2	1	0	1	0	1	1	2	9,2
	Menores 1 ano	2	0	5	1	2	3	0	2	1	4	16,1
Joanópolis	Neonatal	4	2	2	1	3	1	2	3	1	4	16,3
	Pós-neonatal	1	0	2	1	0	1	0	1	3	0	8,1
	Menores 1 ano	5	2	4	2	3	2	2	4	4	4	24,4
Vargem	Neonatal	5	3	0	1	2	1	2	0	3	1	16,5
	Pós-neonatal	1	1	1	0	1	2	0	0	1	0	4,1
	Menores 1 ano	6	4	1	1	3	3	2	0	4	1	20,7
Pedra Bela	Neonatal	3	0	1	2	0	1	0	4	1	0	22,6
	Pós-neonatal	2	0	2	0	0	0	1	2	0	1	13,6
	Menores 1 ano	5	0	3	2	0	1	1	6	1	1	36,2
Tuiuti	Neonatal	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0,0
	Pós-neonatal	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0,0
	Menores 1 ano	0	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0,0
RS Bragança	Neonatal	115	112	89	81	83	79	65	67	52	55	10,2
	Pós-neonatal	56	35	42	26	39	49	32	23	30	26	4,6
	Menores 1 ano	171	147	131	107	122	128	97	90	82	81	14,8

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 171 para 81 em toda a região, o que representou uma redução de 52% no período; esta foi pouco mais intensa no período pós-neonatal (54%) do que no neonatal (52%). 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.

Entre as mortes de crianças menores de 1 ano na RS Bragança, o componente neonatal precoce (mortes até 7 dias de vida) respondeu por 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); feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (CID10 P00-P04) e os transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08), respondendo por 70% de todas as causas perinatais.

Em relação à mortalidade pós-neonatal, no triênio 2004-2006 o grupo das doenças do aparelho respiratório foi o de maior peso, com 28% das mortes, seguido pelas infecciosas e parasitárias, malformações congênitas e causas externas.

A redução da mortalidade infantil ainda é um importante desafio a ser enfrentado pelos gestores e gerentes dos serviços de saúde: 66% das mortes de menores de 1 ano na RS Bragança em 2006 ocorreram devido a causas evitáveis ou reduzíveis²⁰, definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (Tabela 5). Destas, 67% 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 Bragança, 1997-2006.

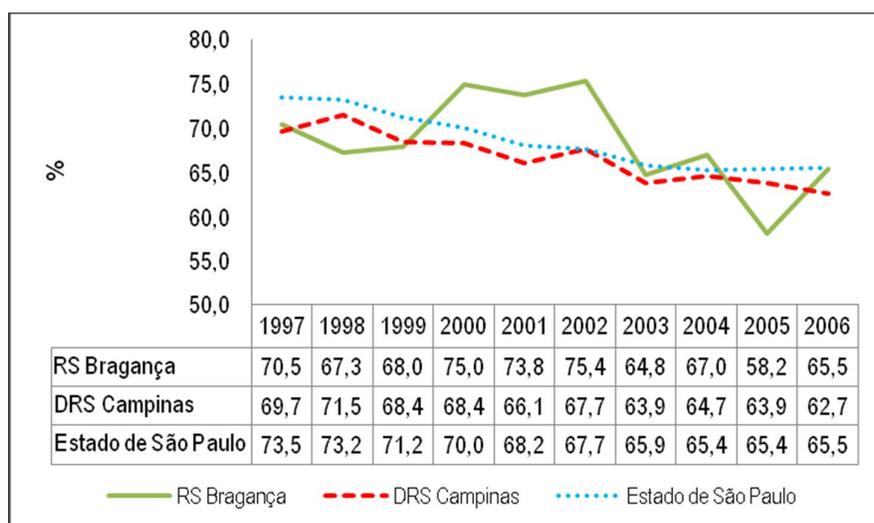
Grupos de causas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reduzíveis por ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	72,1	72,2	75,0	66,7	84,8	70,7	74,7	67,7	88,7	67,3
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	18,0	20,0	16,0	22,2	10,1	17,4	16,9	20,0	5,7	27,3
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas à ações adequadas de atenção à saúde	9,8	7,8	9,0	11,1	5,1	12,0	8,4	12,3	5,7	5,5
Todas as causas evitáveis	70,5	67,3	68,0	75,0	73,8	75,4	64,8	67,0	58,2	65,5

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

Entre 1997 e 2006, o peso da mortalidade por causas evitáveis nesse grupo etário apresentou declínio em todo o ESP, também observado na região correspondente ao DRS VII - Campinas (Gráfico 4). Na RS Bragança, verificou-se um período com aumento relativo da morte por causas evitáveis entre 2000 e 2002, seguido de queda e novo aumento no último ano da série.

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

2.3. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é considerada um bom indicador de saúde da mulher, refletindo as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades²². Valores elevados estão associados à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo populacional, incluindo o planejamento familiar e assistência pré-natal, ao parto e puerpério²³. A razão ou taxa de mortalidade materna é calculada pela relação entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez e ao parto e o número de nascidos vivos. Sua mensuração nem sempre traduz a realidade de sua magnitude, em função da imprecisão da causa de morte declarada no atestado de óbito; o correto registro demanda conhecimento das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorreram os óbitos. O sub-registro também é outro fator importante a ser considerado, frequente em determinadas regiões do país.

A Tabela 6 mostra o número de mortes maternas por município de residência da RS Bragança, ocorridas entre 1998 e 2007.

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

Municípios	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bragança Pta	0	3	2	0	0	0	1	1	0	1
Atibaia	0	4	1	1	0	0	0	1	0	3
Socorro	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Piracaia	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
B J Perdões	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nazaré Pta	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
Pinhalzinho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Joanópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vargem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pedra Bela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuiuti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS Bragança	4	8	3	1	0	0	1	3	1	5

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

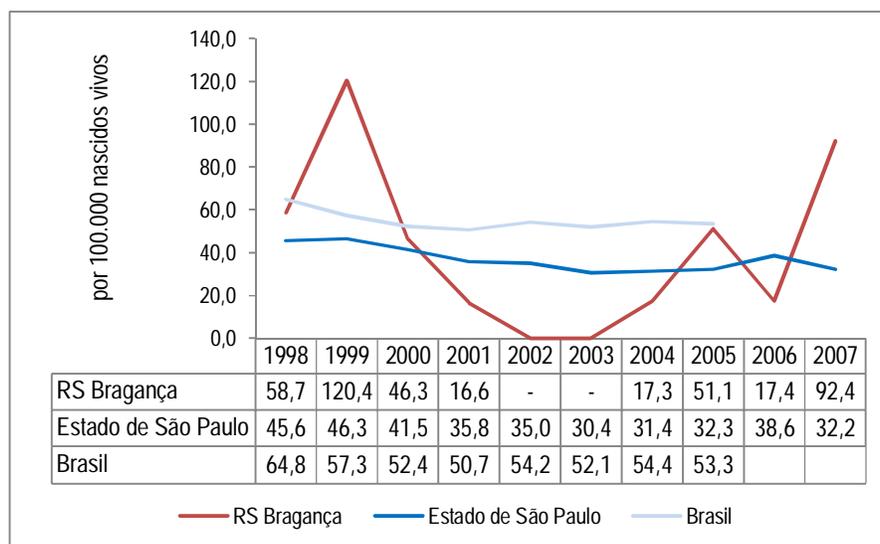
A razão de mortalidade materna foi calculada para a região de saúde, para a totalidade do Estado de São Paulo e Brasil, e pode ser observada no Gráfico 5. A redução dos valores do ESP ocorrida entre 1999 e 2003 é seguida por um período de aumento, que pode estar relacionado à melhoria na notificação de óbitos maternos que antes estavam subestimados, resultado da implantação progressiva dos Comitês de Investigação de Morte Materna em todo

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

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

o Estado. Na RS Bragança nota-se uma queda acentuada da mortalidade materna no período de 2000 a 2003 e aumento posteriormente. Cada óbito materno 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 Bragança e Estado de São Paulo, 1998-2007 e Brasil*, 1998-2005.



* Dado não disponível para 2006 e 2007.

Fonte: SEADE e MS/SVS. Elaboração própria.

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

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

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

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 genéticas, os transtornos mentais incluindo o uso do álcool e outras drogas, as deficiências físicas e agravos causados pelos acidentes e violências, formam um grupo heterogêneo de doenças denominadas “condições crônicas”²⁶, cujo enfrentamento é um importante desafio do sistema de saúde.

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

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

2.4.1. Doenças Cardiovasculares

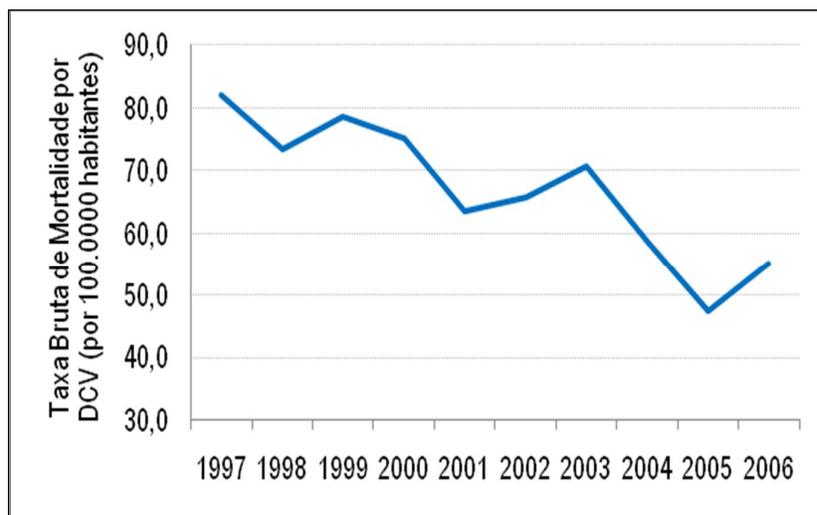
Na RS de Bragança, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 35% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as neoplasias, responderam por 53% do total dos óbitos, pouco superior ao encontrado no ESP (49%).

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

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

taxas de mortalidade por DCV entre 1997 e 2006. Essa é a tendência esperada, a qual foi verificada na RS Bragança (Gráfico 6).

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



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

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

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

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

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Bragança Pta	96	89	94	80	70	85	95	82	80	80	58,9
Atibaia	84	87	71	90	63	71	71	60	42	58	43,4
Socorro	30	28	40	30	24	26	32	31	16	23	69,6
Piracaia	23	13	20	16	16	10	15	17	14	18	73,3
B J Perdões	5	12	4	9	11	10	8	5	6	10	44,8
Nazaré Pta	10	11	18	16	13	15	17	6	6	9	44,7
Pinhalzinho	9	4	5	7	8	5	10	6	10	3	52,2
Joanópolis	5	6	6	7	13	4	6	8	4	5	50,7
Vargem	2	1	6	5	7	6	4	2	4	5	52,5
Pedra Bela	6	0	5	2	2	5	3	5	2	3	56,6
Tuiuti	4	0	6	7	4	6	5	2	1	3	36,3
RS Bragança	274	251	275	269	231	243	266	224	185	217	53,7

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

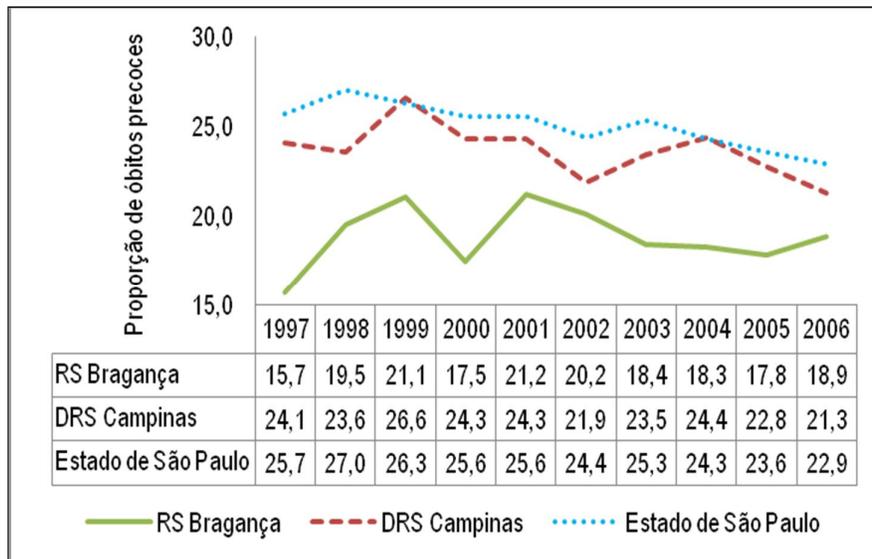
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

A ocorrência de HA e AVC na faixa etária produtiva, além do reflexo na qualidade de vida, têm um custo social elevado, como consequência do absenteísmo, queda da produtividade e retirada precoce da força de trabalho devido a sequelas e morte de jovens e adultos.

No Estado de São Paulo, constatou-se uma redução da proporção de óbitos precoces por DCV no período compreendido entre 1997 e 2006, tendência essa também observada na região que guarda correspondência com o DRS VII Campinas (Gráfico 7). Esse declínio não foi verificado na RS Bragança e este indicador apresentou valores sempre menores do que as médias do DRS VII e EPS.

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



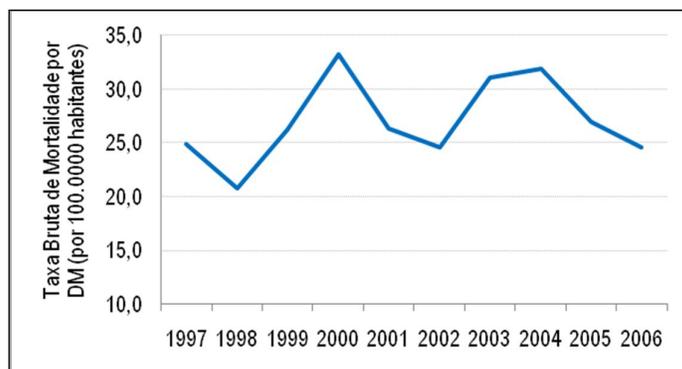
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

2.4.2. Diabetes Mellitus

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

A taxa de mortalidade por DM estima o risco de morte da população em geral por essa doença; expressa também as condições do cuidado em saúde. A tendência temporal esperada para esse indicador é de queda, relacionada à priorização de ações na atenção básica. Na RS Bragança, a mortalidade por diabetes entre 1997 e 2006 vem alternando períodos de tendências diferentes, conforme mostrado no Gráfico 8. O primeiro, de declínio em 1998; aumento em 1999 e 2000, seguidos por queda até 2002; aumento em 2003 e 2004 e redução nos dois últimos anos.

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



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

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

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

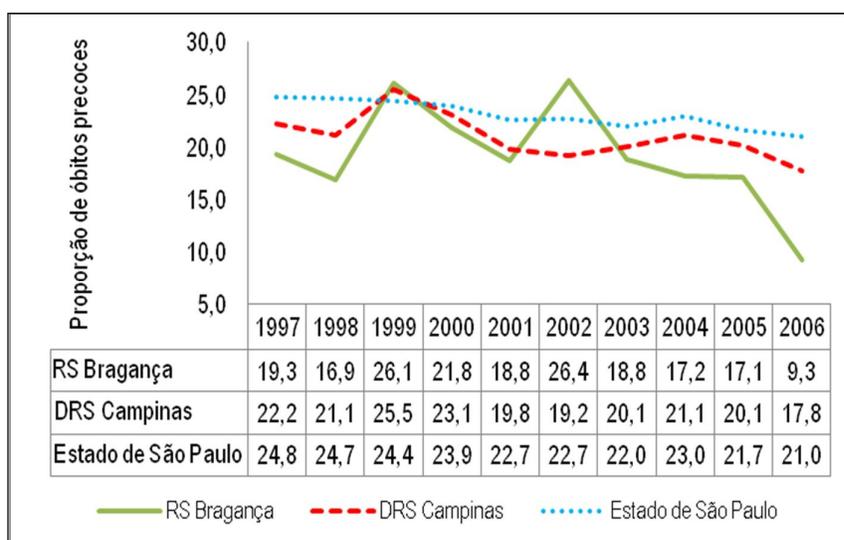
Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Bragança Pta	25	33	27	42	25	28	37	37	22	22	19,7
Atibaia	31	13	36	27	32	21	30	37	30	28	25,8
Socorro	4	5	7	14	6	11	13	15	17	10	41,7
Piracaia	4	12	9	18	10	7	16	15	10	13	56,8
B J Perdões	5	0	2	3	3	9	4	4	7	8	40,6
Nazaré Pta	4	0	6	8	9	6	8	6	10	5	44,7
Pinhalzinho	2	2	3	2	2	3	5	2	2	7	30,2
Joanópolis	5	4	1	4	3	1	2	1	5	1	20,9
Vargem	2	1	1	0	1	2	1	1	0	2	14,3
Pedra Bela	1	1	0	1	3	3	1	4	1	0	28,3
Tuiuti	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	12,1
RS Bragança	83	71	92	119	96	91	117	122	105	97	27,8

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

A proporção de mortes precoces (em menores de 60 anos) por DM na região de saúde também foi bastante flutuante entre 1997 e 2002, com tendência de redução a partir desse ano (Gráfico 9). Observa-se tendência de declínio desse indicador na região correspondente

ao DRS VII, assim como no ESP. 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 Bragança, DRS Campinas e Estado de São Paulo, 1997-2006.



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

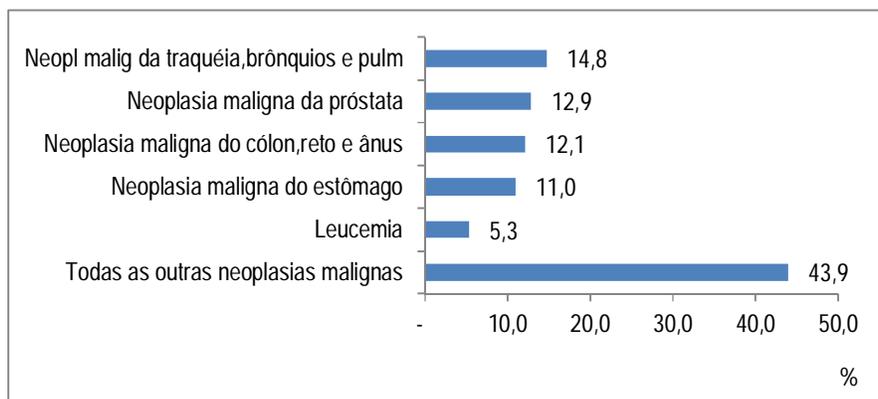
A priorização de ações de promoção à saúde, diagnóstico e controle do DM pode reduzir o número de internações, com impacto favorável sobre a morbimortalidade por essa e outras causas, como o AVC, a doença isquêmica do coração e a HA.

2.4.3. Neoplasias

As neoplasias responderam por cerca de 17% das mortes na RS Bragança no triênio 2004-2006, com valor relativo pouco maior para as mulheres (19%) e menor nos homens (16%).

No sexo masculino, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi o mais frequente em 2006, sendo responsável por 14,8% dos óbitos (Gráfico 10), seguido pelas neoplasias de próstata e, cólon, reto e ânus.

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

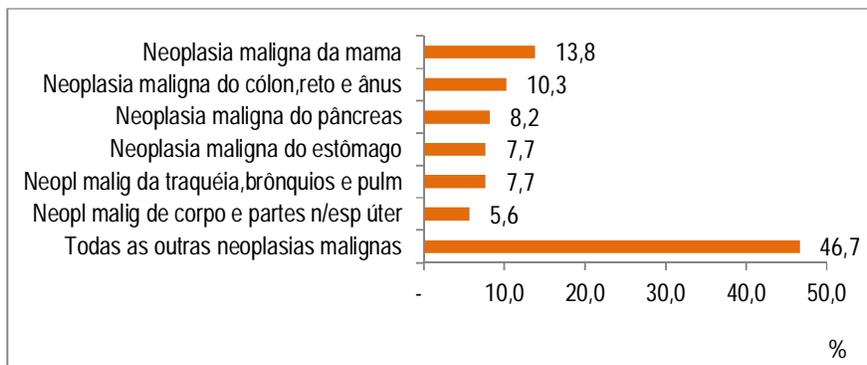


* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Entre as mulheres, a maior expressão foi da neoplasia de mama (14%), seguida pela localização em cólon, reto e ânus e, pâncreas (Gráfico 11).

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



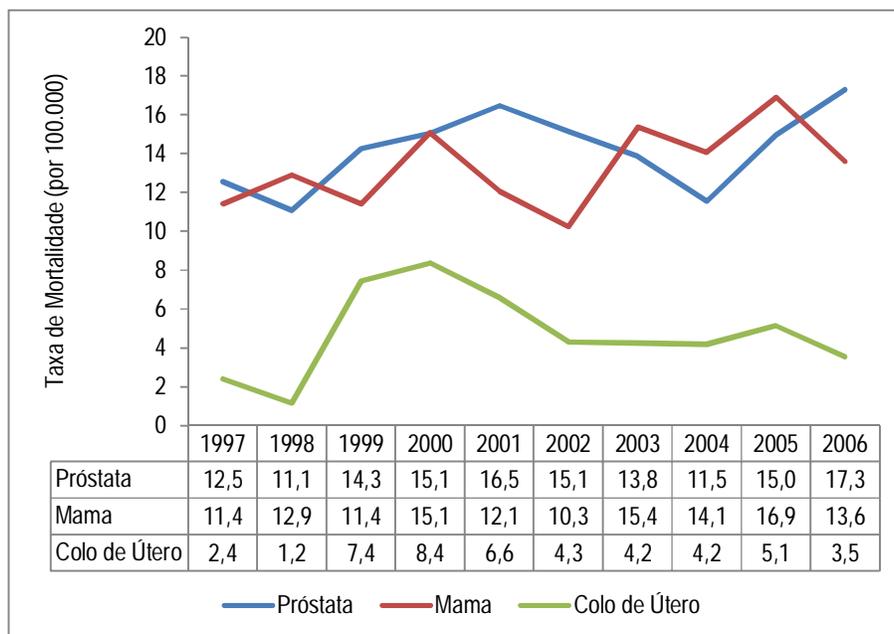
* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No ESP tem sido observada tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas, também ocorrido na região correspondente ao DRS VII – Campinas e na RS Bragança. Em 2006, as taxas desta região, do DRS VII e ESP foram respectivamente: 116,3; 98,5 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 no período 1997-2006 uma tendência ascendente para o câncer de mama e de próstata, com oscilações mais intensas para o câncer de mama. Já a mortalidade pelo câncer de útero teve valores menos oscilantes na série histórica, com aumento até 2000 e tendência de queda posteriormente.

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



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

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Ocorreram em toda a RS Bragança, em 2006, 34 mortes por câncer de próstata, 27 por câncer de mama e 7 de colo de útero. As taxas médias de mortalidade dessas 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 Bragança, triênio 2004-2006.

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
Bragança Pta	12,3	16,8	7,2	120,9
Atibaia	13,1	13,4	5,4	107,7
Socorro	12,0	13,8	-	153,1
Piracaia	11,9	15,1	-	133,1
B J Perdões	4,3	4,3	-	85,4
Nazaré Pta	16,6	8,7	-	112,7
Pinhalzinho	48,2	11,3	-	115,4
Joanópolis	11,8	12,1	-	95,4
Vargem	46,7	9,7	-	90,6
Pedra Bela	32,5	23,8	-	85,0
Tuiuti	23,6	62,0	-	145,1
RS Bragança	14,6	14,9	4,3	116,8

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

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

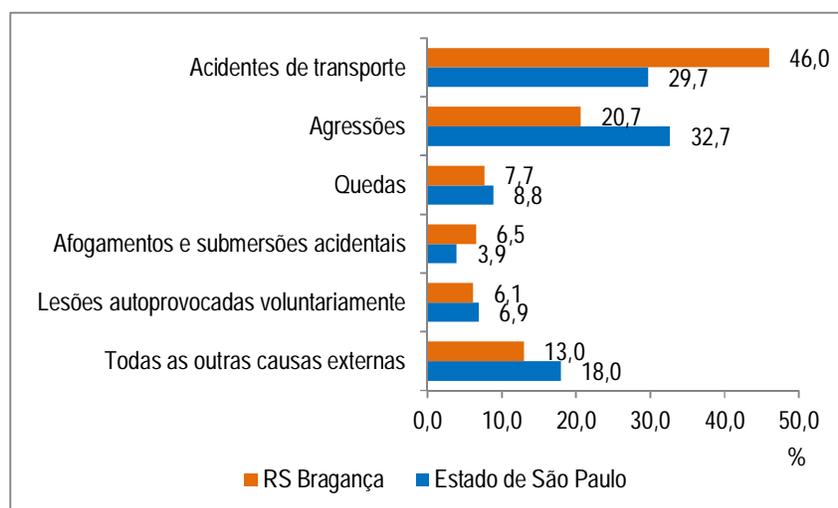
A redução da mortalidade por câncer, especialmente a causada pelos mais prevalentes, é objetivo prioritário estabelecido no Plano Estadual de Saúde. Muitas das mortes por câncer de próstata, mama e colo do útero poderiam ser evitadas com o diagnóstico e tratamento precoces. Os fatores de risco conhecidos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

2.4.4. Acidentes e Violências

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

A participação relativa de cada um dos subgrupos das causas externas no perfil de mortalidade por esse grupo na RS Bragança e ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, o principal componente na região foram os acidentes de transporte (AT), com 46%, 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 Bragança e Estado de São Paulo, 2006.

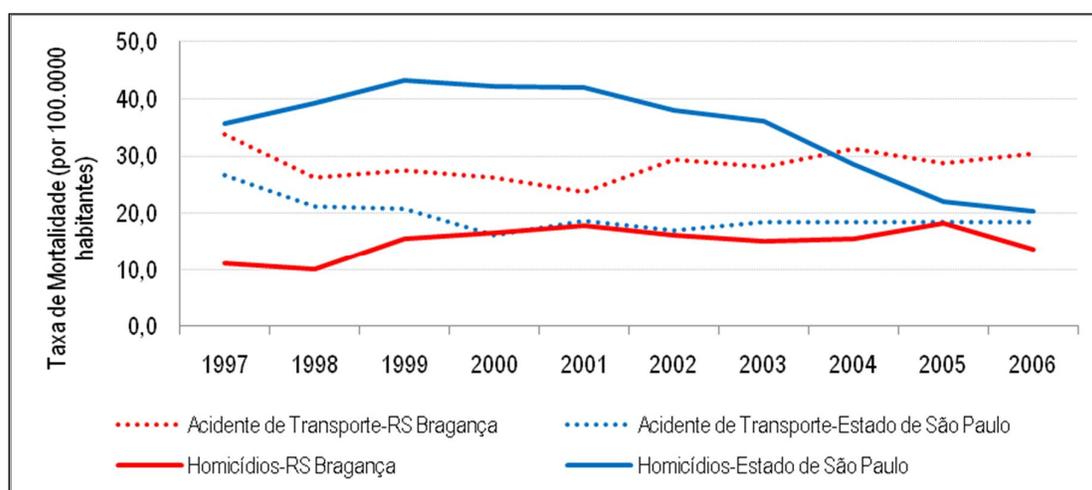


* Causa básica do óbito CID-10: V01-Y98
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O Gráfico 14 mostra os riscos de morte por homicídios e acidentes de transporte na RS e no ESP no período de 1997 a 2006. As altas taxas de homicídios do Estado tiveram declínio desde 1999 e a partir de 2001 essa queda foi mais acentuada. A Região de Saúde Bragança foi menos afetada pela chamada epidemia de homicídios e manteve valores inferiores aos verificados em São Paulo; a tendência foi de estabilidade. Nos anos 2000 e 2006 as taxas da RS foram 16,5 e 13,7 respectivamente, e 42,1 e 20,4 por 100 mil habitantes no ESP.

Em relação aos acidentes de transporte, os valores da região foram superiores aos do Estado em todo o período, com tendência de aumento a partir de 2002.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte*. RS Bragança 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, com taxas acima da média da região nos municípios de Atibaia, Piracaia, B. J. Perdões, Nazaré Paulista e Joanópolis.

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Bragança Pta	Homicídios	13	11	17	14	22	14	17	13	23	16	12,7
	Ac. Transporte	47	25	22	14	23	27	39	40	40	40	29,2
Atibaia	Homicídios	13	16	22	27	24	25	28	27	26	20	19,8
	Ac. Transporte	32	38	39	36	34	35	38	41	38	41	32,5
Socorro	Homicídios	0	1	3	2	5	2	1	1	3	4	8,0
	Ac. Transporte	10	6	9	5	8	15	5	6	7	14	26,8
Piracaia	Homicídios	1	3	2	7	6	2	0	7	4	5	23,9
	Ac. Transporte	6	11	5	7	5	6	8	7	6	4	25,4
B J Perdões	Homicídios	2	2	1	3	3	3	5	4	7	1	25,6
	Ac. Transporte	6	3	5	4	2	5	4	6	5	4	32,0
Nazaré Pta	Homicídios	5	1	6	6	4	8	2	5	3	2	21,3
	Ac. Transporte	2	1	4	11	6	9	2	8	5	6	40,4
Pinhalzinho	Homicídios	1	0	2	0	0	3	1	0	2	2	11,0
	Ac. Transporte	2	2	3	5	4	4	3	4	4	2	27,5
Joanópolis	Homicídios	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	17,9
	Ac. Transporte	3	1	0	4	1	1	0	3	3	3	26,8
Vargem	Homicídios	1	0	1	0	0	1	2	0	0	2	9,5
	Ac. Transporte	4	1	6	4	0	4	1	3	2	3	38,1
Pedra Bela	Homicídios	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	-
	Ac. Transporte	1	2	2	3	2	1	2	0	1	2	17,0
Tuiuti	Homicídios	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6,0
	Ac. Transporte	0	0	1	1	1	2	4	2	1	1	24,2
RS Bragança	Homicídios	37	34	54	59	65	60	57	59	71	54	15,8
	Ac. Transporte	113	90	96	94	86	109	106	120	112	120	30,2

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

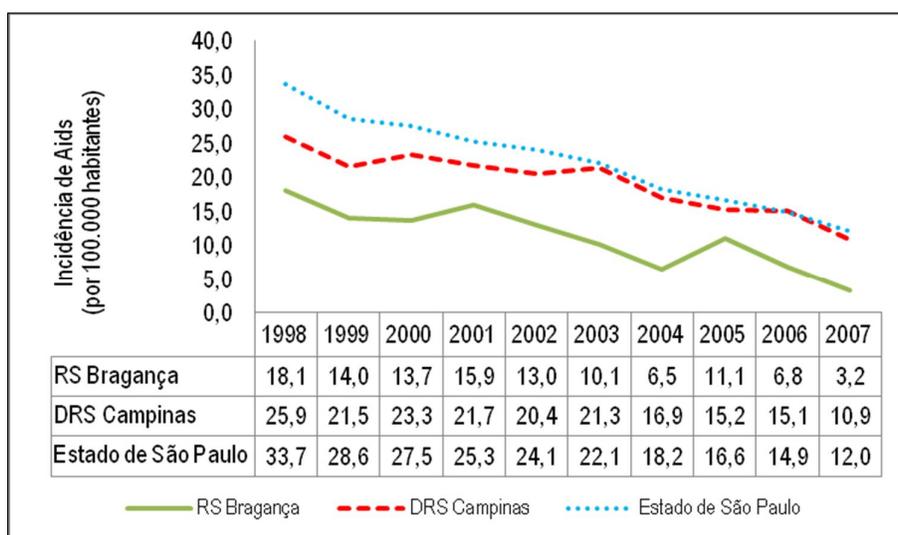
2.5. Doenças Transmissíveis

2.5.1. Aids

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

Considerando apenas os casos notificados no SINAN²⁸, observou-se no período de 1998 a 2007 redução persistente dos coeficientes de incidência da Aids no Estado de São Paulo, no conjunto dos municípios compreendidos no DRS VII e na RS Bragança, que apresentou coeficientes inferiores em todo o período (Gráfico 15).

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



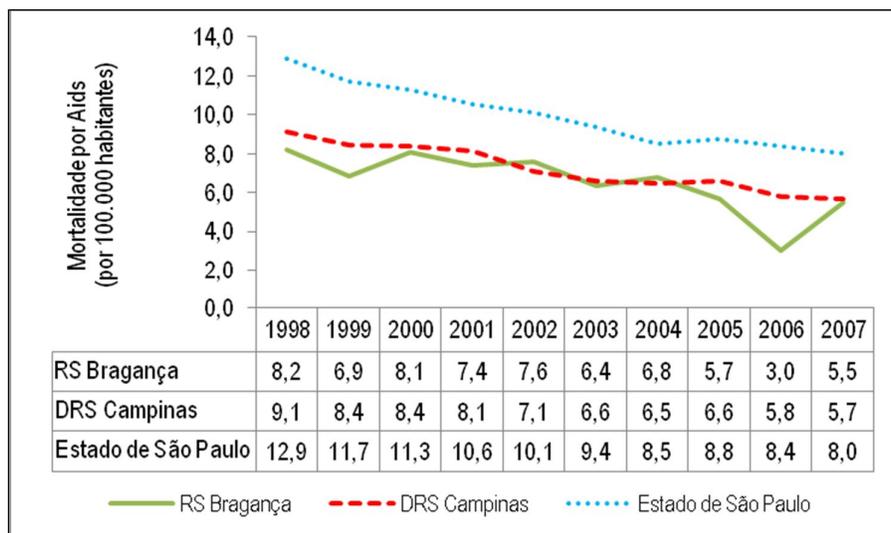
Obs.: Dados até 30/06/08, sujeitos à revisão.

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

O Gráfico 16 mostra que os coeficientes brutos de mortalidade por Aids também apresentaram redução importante; porém, diferente do comportamento da incidência, os valores da RS Bragança foram próximos aos valores observados no conjunto do DRS VII (Gráfico 16).

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

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



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

Entre os municípios da região de saúde, Bragança Paulista concentrou 85% dos casos de Aids em 2007. As maiores incidências no triênio 2005-2007 foram encontradas em Pedra Bela, Bragança Paulista e Socorro (Tabela 11).

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

Municípios	Casos										Incidência 2005-2007
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Bragança Pta	13	28	16	25	30	28	13	20	17	11	11,5
Atibaia	40	12	25	18	10	7	7	12	7	1	5,3
Socorro	2	2	4	5	1	1	1	6	2	1	8,9
Piracaia	2	1	3	2	1	0	1	0	0	0	-
B J Perdões	1	2	1	2	1	0	0	1	0	0	2,1
Nazaré Pta	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	-
Pinhalzinho	2	0	0	5	1	1	0	0	0	0	-
Joanópolis	2	0	0	0	1	0	2	0	0	0	-
Vargem	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	9,5
Pedra Bela	0	0	0	0	1	0	1	2	1	0	16,8
Tuiuti	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	-
RS Bragança	62	49	49	58	48	38	25	43	27	13	7,0

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

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

O sistema de vigilância epidemiológica da Aids é baseado principalmente na notificação de casos de indivíduos que desenvolveram a doença, o que não reflete a situação atual de infecção pelo HIV no período analisado. Nesse sentido, diversas estratégias para avaliar a

tendência da infecção pelo HIV têm sido introduzidas no país, tais como a notificação da gestante HIV positiva e crianças expostas, notificação de portadores assintomáticos do HIV entre outras, as quais não foram objetos de análise neste estudo

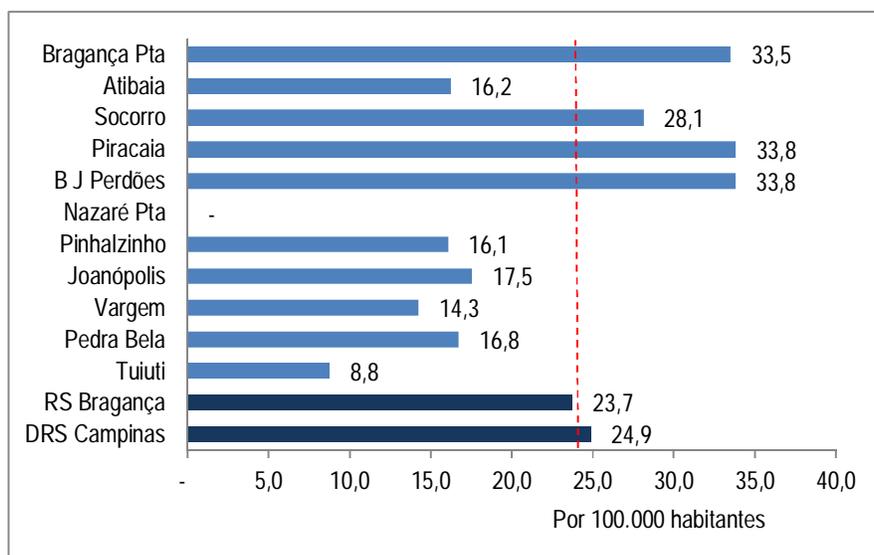
A estabilização e a redução da epidemia de HIV/Aids ainda não estão asseguradas. A ampliação de programas de promoção e prevenção, diagnóstico e acompanhamento laboratorial e clínico adequados são importantes para aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

2.5.2. Tuberculose

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

A incidência e o número de casos nos anos 2006 e 2007 na RS Bragança são apresentados no Gráfico 17 e Tabela 12 respectivamente, elaborados através de consulta aos dados do sistema TbWeb disponibilizados no site da Divisão de Controle da Tuberculose da SES-SP. A região de saúde teve uma incidência média no biênio 2006-2007 pouco inferior à observada no conjunto do DRS VII. Bragança Paulista, Piracaia, Bom Jesus dos Perdões e Sororro tiveram os valores mais elevados e acima do verificado na média da RS; Atibaia e Bragança Paulista estão incluídos entre os 73 municípios prioritários para o controle da doença no ESP.

Gráfico 17 - Incidência de Tuberculose. Municípios, 2006-2007; RS Bragança e DRS Campinas, 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 Bragança, 2006-2007.

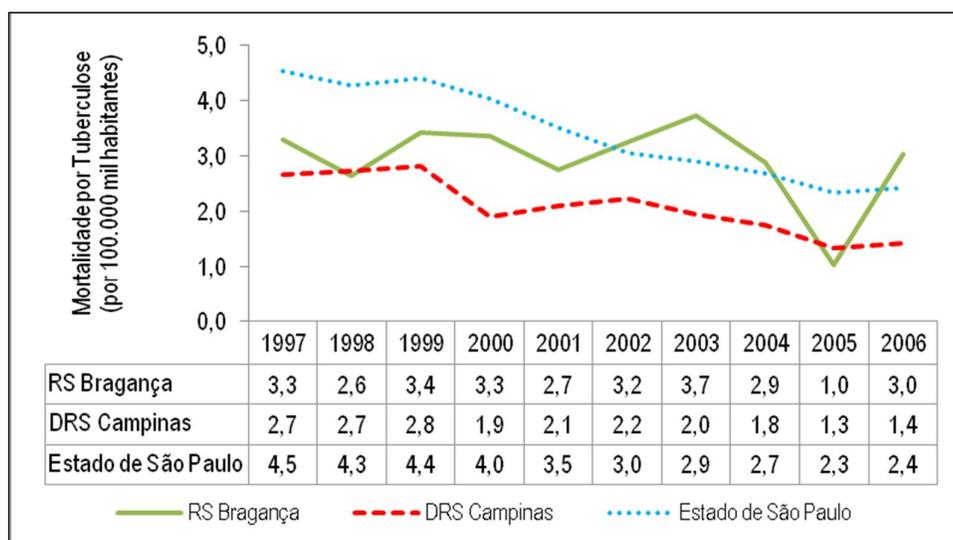
Municípios	2006	2007
Bragança Pta	47	47
Atibaia	25	16
Socorro	8	11
Piracaia	5	10
B J Perdões	4	7
Nazaré Pta	0	0
Pinhalzinho	4	0
Joanópolis	4	0
Vargem	1	1
Pedra Bela	0	2
Tuiuti	0	1
RS Bragança	98	95

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 é de declínio no ESP e na região do DRS VII. Na RS Bragança observa-se um comportamento diverso, com períodos alternados de aumento e queda das taxas até 2003, redução em 2004 e 2005 e novo aumento em 2006 (Gráfico 18). No Brasil também vem ocorrendo tendência de declínio da mortalidade por tuberculose; o valor da taxa de mortalidade no país em 2006 foi de 2,6/100.000 habitante.

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



* Causa básica do óbito CID-10: A15-A19
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

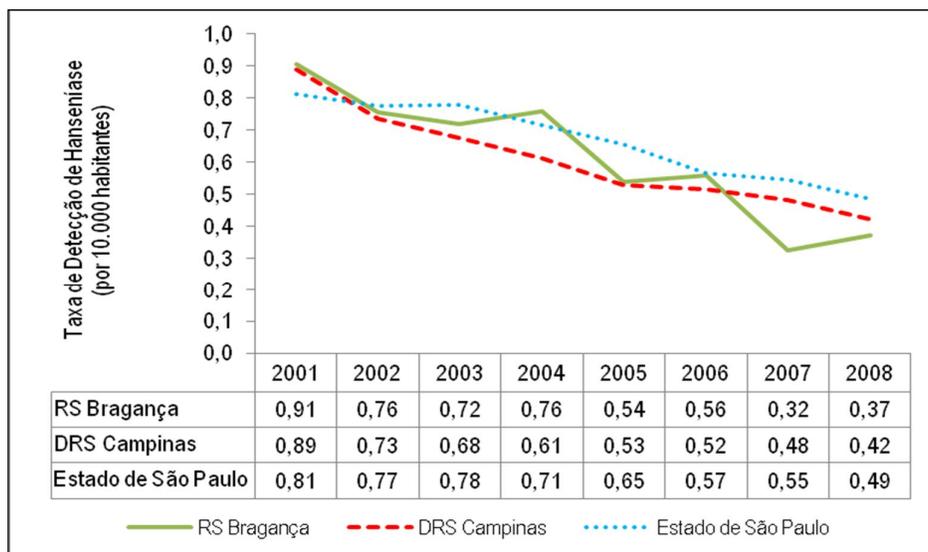
Diante dessa situação, recomenda-se investir na ampliação do acesso ao diagnóstico e da estratégia de tratamento supervisionado, nesse caso com o objetivo de aumentar a adesão dos doentes e ampliar as taxas de cura.

2.5.3. Hanseníase

Quanto à hanseníase, o ESP já atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS desde 2005²⁹, meta também atingida no conjunto do DRS VII - Campinas. 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 desde 2001, a RS Bragança, o conjunto de municípios compreendidos no DRS VII e o ESP estão classificados numa situação de média endemicidade (entre 0,2 e 0,9 casos por 10.000 habitantes).

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

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



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

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

A Tabela 13 mostra os casos novos segundo município de residência da região de saúde.

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Bragança Pta	15	11	17	16	8	5	6	10
Atibaia	8	3	5	8	2	10	4	2
Socorro	0	3	1	0	2	0	0	1
Piracaia	5	3	3	0	5	1	0	0
B J Perdões	0	1	0	1	0	0	1	1
Nazaré Pta	1	0	0	1	0	0	1	0
Pinhalzinho	0	1	0	0	1	0	0	1
Joanópolis	0	5	0	1	2	0	0	0
Vargem	2	1	1	1	0	6	0	0
Pedra Bela	2	0	0	1	1	0	1	0
Tuiuti	0	0	0	0	0	0	0	0
RS Bragança	33	28	27	29	21	22	13	15

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

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

Essa realidade indica a necessidade de implementação de ações na rede 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 necessário³⁰.

2.5.4. Dengue

Em relação à 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 Bragança, DRS VII e Estado de São Paulo. Os dados mostram que a região de saúde tem sido pouco afetada. O vetor *Aedes aegypti* ainda não foi encontrado em sete municípios da RS. Mesmo assim, frente à situação de regiões de saúde vizinhas, a dengue deve ser priorizada na agenda da saúde, devido ao grande potencial de transmissão.

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Bragança Pta	3	12	27	1	1	12	14	5
Atibaia	4	14	3	-	-	5	10	2
Socorro	-	3	-	-	-	4	-	-
Piracaia	-	1	-	-	-	-	3	2
B J Perdões	-	1	-	-	-	-	2	1
Nazaré Pta	-	-	1	-	-	-	1	-
Pinhalzinho	-	-	-	-	-	-	-	-
Joanópolis	-	1	-	-	-	-	-	1
Vargem	-	1	-	-	-	-	-	-
Pedra Bela	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuiuti	-	-	-	-	-	-	-	-
RS Bragança	7	33	31	1	1	21	30	11
DRS Campinas	1.472	2.431	1.028	52	213	1.743	19.174	694
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 Campinas. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Elaboração própria..

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

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

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 Quadro 1. Os gestores relataram problemas de diferentes naturezas, relacionados à: agravos, organização da assistência, condições de vida e trabalho e organização do cuidado.

Mesmo considerando os diferentes enfoques, é possível observar que a maioria dos municípios indicou como problema as condições crônicas de saúde e alguns de seus fatores de risco: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, distúrbios mentais, obesidade e abuso do álcool. Mortalidade infantil, dengue, acidentes e violências, doenças respiratórias, saneamento e questões ambientais também foram apontados como problemas pelos gestores.

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

Municípios	Principais Problemas Apontados				
Bragança Pta	Doenças crônico-degenerativas	Neoplasias	Causas externas	Afecções perinatais	Doenças mentais
Atibaia	Mortalidade infantil	Hipertensão / diabetes	Acidentes por causas externas	Drogadicção / alcoolismo	Combate ao mosquito transmissor da dengue
Socorro	Saneamento	Reeducação alimentar	Conscientização do sexo com responsabilidade	Conscientização da importância do pré-natal	Exames preventivos
Piracaia	Assistência ao parto e nascimento	Gravidez na adolescência	Aumentar a cobertura vacinal	Acompanhamento de 100% de diabéticos	Acompanhamento de 100% de hipertensos
B J Perdões	Mortalidade infantil	Saúde da criança	Saúde da mulher	Saúde do idoso	Saúde do adulto
Nazaré Pta	Dificuldade para chegar ao estabelecimento de saúde				
Pinhalzinho	Hipertensão	Diabetes	Câncer	Enfisema pulmonar	
Joanópolis	Mortalidade infantil	Doenças vasculares	Hipertensão	Álcool e drogas	Obesidade
Vargem	Atenção básica	Saúde da mulher	Saúde do idoso	Saúde da criança e adolescente	Assistência farmacêutica
Pedra Bela	Dengue	Diabetes	Acidente vascular cerebral	Neoplasias	Acidentes automobilísticos
Tuiuti	Epidemiologia	Sanitarismo	Educação em saúde	Controle de pragas	Prevenção à intoxicações na agricultura

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 Bragança, ao disponibilizar um conjunto de informações referentes aos riscos existentes e aos agravos e patologias mais prevalentes na região, permite que sejam definidos os grandes objetivos que devem ser perseguidos pelo Sistema Único de Saúde na região.

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

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

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

3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE BRAGANÇA

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 Bragança.

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

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

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

3.1. Atenção Básica

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

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

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

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

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

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.”³¹

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

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

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

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

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

3.1.1. Modelo de Organização na Atenção Básica

No que se refere ao modelo de organização adotado, observa-se na Tabela 1 a predominância do modelo de unidades básicas tradicionais, presente em oito dos onze municípios, e a presença do modelo híbrido composto de unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família, encontrado em três. Não há na Região nenhum município que adote exclusivamente o modelo de Saúde da Família (SF).

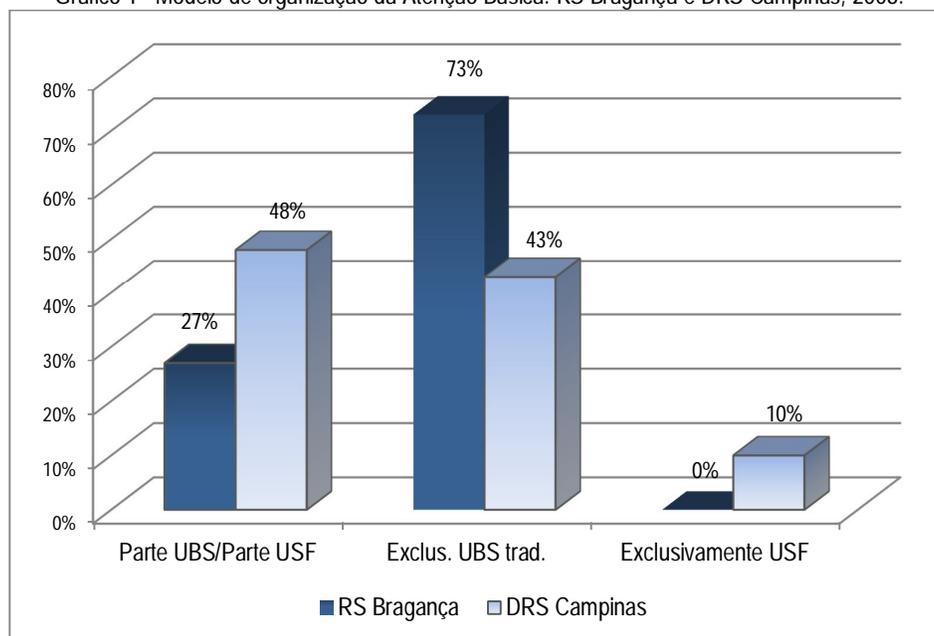
Tabela 1 - Modelo de organização na Atenção Básica, por município. RS Bragança, 2008.

Municípios	Exclusivamente UBS Trad.	USF	Parte UBS/USF
Atibaia			x
B J Perdões	x		
Bragança Pta			x
Joanópolis	x		
Nazaré Pta	x		
Pedra Bela	x		
Pinhalzinho	x		
Piracaia	x		
Socorro			x
Tuiuti	x		
Vargem	x		

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

A predominância do modelo de unidades básicas tradicionais sem saúde da família, presente em 73% dos municípios, difere do observado na área do DRS VII, onde esse modelo é adotado em apenas 43% dos municípios (Gráfico 1). Já a adoção do modelo híbrido está presente em 27% dos municípios da Região, em comparação aos resultados do DRS VII, que é de 48%. Como já citado, não há nessa Região município com modelo de saúde da família exclusivo, enquanto que no DRS VII, 10% dos municípios adotam esse modelo.

Gráfico 1 - Modelo de organização da Atenção Básica. RS Bragança e DRS Campinas, 2008.



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

No tocante às modalidades de equipes de saúde da família³² segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que Atibaia têm equipes de saúde bucal tipo I e II e equipes de agentes comunitários de saúde (ACS); Bragança, saúde bucal tipo I, um NASF e equipes de ACS. Apenas o município de Socorro refere ter equipes de saúde da família clássicas e também equipes de ACS.

Quando questionados em relação a projetos de expansão para a rede de Atenção Básica, os gestores municipais de oito municípios da Região pretendem ampliar ou implantar ESF; os outros três responderam que pretendem ampliar as equipes de especialistas de suas unidades.

Em relação à cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF), observa-se que é de 19% na Região, inferior à da área do DRS-VII, que é de 24%, considerando-se a cobertura por equipes.

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

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

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura Populacional
Atibaia	127.291	6	16,0%
Bragança Pta	16.498	12	28,8%
Socorro	141.362	4	40,4%
RS Bragança	400.070	22	19,3%
DRS Campinas	3.846.004	264	24,0%

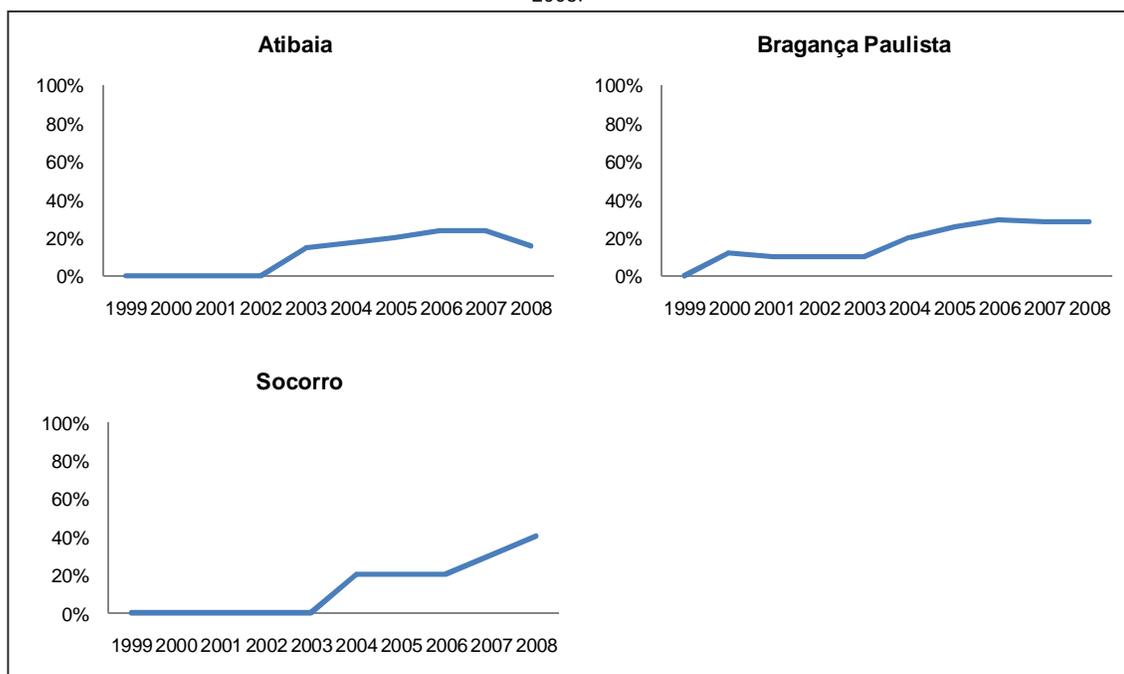
Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

* 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.

Nos municípios da região que adotam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode-se observar, no Gráfico 2, a evolução da estimativa da cobertura populacional por equipes ao longo de uma década. Atibaia, com cobertura de 16% em 2008, apresentou aumento entre 2003 e 2006 e declínio nos dois últimos anos. O município de Bragança Paulista vem mantendo coberturas próximas a 30% desde 2006, após a elevação observada nos anos anteriores. Socorro tem a mais alta cobertura na RS, 40%, e tem projeto de ampliação das equipes para atingir 100% de cobertura, conforme apontado pelo gestor.

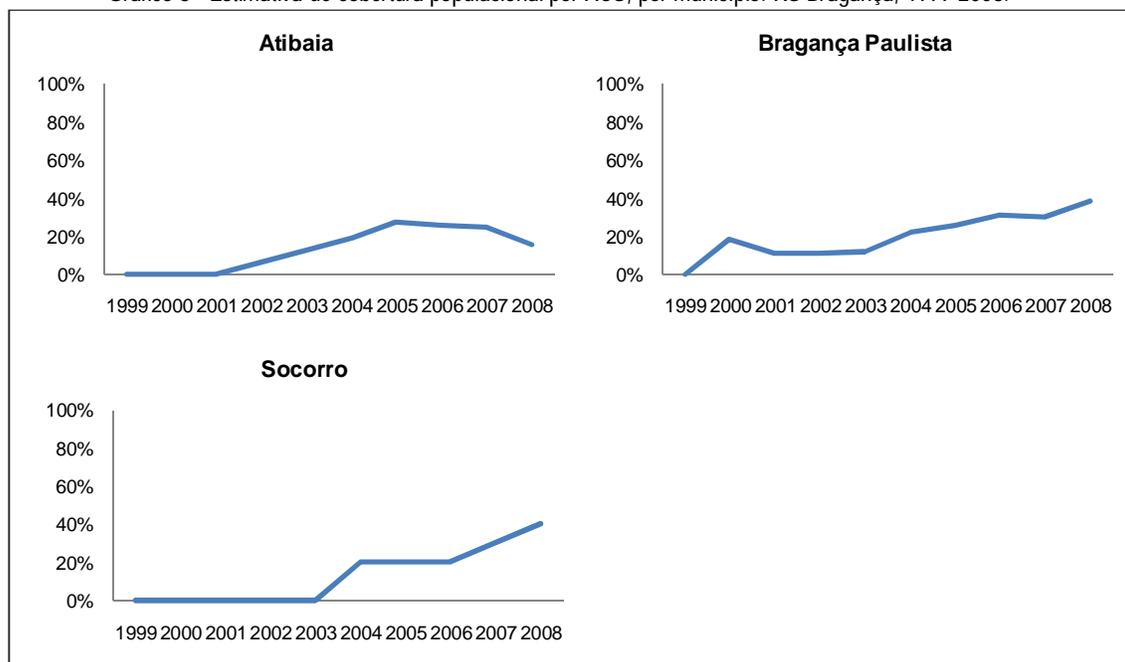
Gráfico 2 – Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família, por município. RS Bragança, 1999-2008.



Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

No que se refere à cobertura populacional por equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os dados apresentados no Gráfico 3 mostram que a tendência é semelhante à da cobertura por equipes de SF. Em Bragança Paulista, observou-se no último ano da série que a cobertura populacional por ACS foi maior do que a por equipes de saúde da família: 39% e 29%, respectivamente.

Gráfico 3 - Estimativa de cobertura populacional por ACS, por município. RS Bragança, 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, os dados informados pelos gestores em suas repostas ao questionário da pesquisa.

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

Municípios	UBS
Atibaia	11
B J Perdões	1
Bragança Pta	13
Joanópolis	1
Nazaré Pta	1
Pedra Bela	1
Pinhalzinho	4
Piracaia	2
Socorro	2
Tuiuti	1
Vargem	1

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

A avaliação dos gestores quanto à suficiência 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 de Atenção Básica, segundo os gestores municipais. RS Bragança, 2008.

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
Atibaia	x			x
B J Perdões		x		
Bragança Pta		x		x
Joanópolis		x		
Nazaré Pta		x		
Pedra Bela		x		
Pinhalzinho	x			
Piracaia	x			
Socorro		x		x
Tuiuti	x			
Vargem	x			

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

Dos onze municípios da Região, seis avaliam como insuficientes o número de unidades básicas e todos os municípios com saúde da família consideram suas equipes insuficientes. Cabe comentar que Bragança Paulista e Socorro, que adotam a ESF, relatam insuficiência também em relação às unidades básicas.

Projetos de expansão da rede básica foram apontados por todos os gestores dos municípios da RS Bragança. Joanópolis, Pedra Bela, Piracaia, Pinhalzinho, Tuiuti, Atibaia, Bragança Paulista e Socorro referem implantação ou ampliação da SF; Bom Jesus dos Perdões, Nazaré Paulista e Pinhalzinho pretendem melhorar as unidades existentes ou construir novas unidades.

Quanto à localização geográfica das unidades, conforme mostra a Tabela 5, cinco dos onze gestores apontam como um problema a distribuição das unidades de saúde no respectivo território (Atibaia, Bragança Paulista, Joanópolis, Nazaré Paulista e Pedra Bela).

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

Municípios	Bem distribuídas	Mal distribuídas
Atibaia		X
B J Perdões	X	
Bragança Pta		X
Joanópolis		X
Nazaré Pta		X
Pedra Bela		X
Pinhalzinho	X	
Piracaia	X	
Socorro	X	
Tuiuti	X	
Vargem	X	

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

Os gestores municipais indicaram os profissionais existentes/inexistentes na rede, 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 Bragança, 2008.

Profissionais	Ai- baia	B J Per- dões	Bragança Pta	Joanópolis	Nazaré Pta	Pedra Bela	Pinhalzinho	Piracaia	Socorro	Tuiuti	Vargem
Agente Com. de Saúde	x		x						x		
Assistente Social	x	x	x		x				x		x
Atendente de Enfermagem		x							x	x	
Auxiliar de Consultório Dentá- rio	x	x	x	x	x			x	x	x	
Auxiliar de Enfermagem	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cirurgião-Dentista	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico Sanitarista			x	x					x		
Farmacêutico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fisioterapeuta	x	x	x		x	x	x		x	x	x
Médico Acupunturista			x								
Médico Clínico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico de Saúde da Família	x		x						x		
Médico Ginecologista	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico Homeopata			x								
Médico Pediatra	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico Psiquiatra	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nutricionista		x	x		x	x				x	x
Profissional de Educação Fí- sica	x		x								
Psicólogo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Técnico de Enfermagem	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Técnico em Higiene Dental	x			x							
Terapeuta Ocupacional	x				x				x		

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

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

Profissionais	Atibaia	B J Perdões	Bragança Pta	Joanópolis	Nazaré Pta	Pedra Bela	Pinhalzinho	Piracaia	Socorro	Tuiuti	Vargem
Agente Com. de Saúde	x		x								
Assistente Social	x		x								
Atendente de Enfermagem											
Auxiliar de Consultório Dentário	x		x								
Auxiliar de Enfermagem	x					x					
Cirurgião-Dentista	x					x	x				
Enfermeiro	x		x	x		x	x				
Médico Sanitarista			x								
Farmacêutico	x	x	x	x		x					
Fisioterapeuta	x		x							x	
Médico Acupunturista											
Médico Clínico	x		x			x		x			
Médico de Saúde da Família	x		x								
Médico Ginecologista	x		x				x				x
Médico Homeopata			x								
Médico Pediatra	x	x	x	x			x	x			x
Médico Psiquiatra	x		x			x	x	x		x	x
Nutricionista			x								
Profissional de Educação Física	x		x								
Psicólogo	x		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.

Os dados da Tabela 6 mostram que a equipe multiprofissional básica³³, formada por médico clínico ou médico de saúde da família, ginecologista, pediatra, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental, está presente em todos os municípios da Região, exceto o último em Pedra Bela, Pinhalzinho e Vargem. Além da equipe básica todos os municípios têm ainda farmacêutico, médico psiquiatra e psicólogo.

Em relação à equipe ampliada na Atenção Básica à Saúde, há na RS Bragança primazia dos seguintes profissionais: fisioterapeutas em nove municípios e assistentes sociais e nutricionistas em seis. Outros profissionais de nível superior encontram-se em menor número de municípios: terapeutas ocupacionais em três; profissional de Educação Física em dois; médico acupunturista e homeopata só compõem esse tipo de equipe em um município.

Cabe citar que dos três municípios que adotam a Estratégia de Saúde da Família, dois deles, Atibaia e Bragança, consideram as horas do médico de saúde da família insuficientes. Chama ainda a atenção que esses mesmos municípios apresentam insuficiência de cargas horárias em 100% e 80% das categorias profissionais presentes em cada um, respectivamente (Tabela 7).

3.1.3. Outros Aspectos da Atenção Básica

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

Em relação aos procedimentos por habitante, os dados da Tabela 8 evidenciam que, quanto às ações de enfermagem, cinco municípios apresentam produção abaixo dos parâmetros (Atibaia, Nazaré Paulista, Piracaia, Socorro e Vargem). Já em relação às ações médicas, verifica-se que, dos onze municípios que constituem a Região, dois apresentam-se com produção dentro dos parâmetros e nove estão acima dos padrões. Em relação às ações odontológicas, a produção é muito superior aos parâmetros apenas em Pedra Bela, estando os outros municípios adequados. Quanto aos procedimentos realizados por outros profissionais de nível superior, Pinhalzinho mostra uma produção abaixo dos parâmetros; os municípios de Bom Jesus dos Perdões, Pedra Bela e Piracaia acima.

³³ 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 Bragança, 2008.

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Sup.
Atibaia	1,15	1,17	0,59	0,16
B J Perdões	2,44	3,55	1,05	1,54
Bragança Pta	4,69	1,89	0,87	0,28
Joanópolis	5,84	3,98	1,41	0,28
Nazaré Pta	1,67	3,01	0,99	0,27
Pedra Bela	3,49	3,70	3,11	0,64
Pinhalzinho	2,56	3,58	0,40	0,08
Piracaia	0,60	2,02	0,94	0,73
Socorro	0,87	1,57	0,77	0,29
Tuiuti	5,21	2,26	1,65	0,18
Vargem	2,08	4,16	0,80	0,33

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

Obs.: Parâmetros de referência:

Enfermagem/Outros: 2,28 a 6,46

Médicas Básicas: 1,06 a 1,67

Odonto Básicas: 0,40 a 1,60

Outros Prof. Nível Sup.: 0,11 a 0,45

No que diz respeito à necessidade de consultas básicas conforme quantitativo populacional verifica-se, pelos dados da Tabela 9, que a RS Bragança produz 121% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população local.

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

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/déficit	% Produção/necessidades
Atibaia	127.291	200.483	146.840	-53.643	73%
B J Perdões	16.498	25.984	58.344	32.360	225%
Bragança Pta	141.362	222.645	260.577	37.932	117%
Joanópolis	11.463	18.054	45.704	27.650	253%
Nazaré Pta	16.145	25.428	45.126	19.698	177%
Pedra Bela	5.999	9.448	22.184	12.736	235%
Pinhalzinho	12.540	19.751	43.557	23.807	221%
Piracaia	22.167	34.913	44.621	9.708	128%
Socorro	33.841	53.300	52.251	-1.049	98%
Tuiuti	5.745	9.048	12.954	3.906	143%
Vargem	7.019	11.055	29.078	18.023	263%
RS Bragança	400.070	630.110	761236	131126	121%

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

Merece atenção o fato de cinco municípios da RS Bragança apresentarem superávit acima de 200% e outros quatro até 150%, estando deficitário apenas o município de Atibaia.

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 Bragança, 2007.

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
Atibaia	123.034	23.806
B J Perdões	16.454	41.890
Bragança Pta	140.634	119.943
Joanópolis	45.077	627
Nazaré Pta	42.886	2.240
Pedra Bela	21.803	381
Pinhalzinho	4.965	38.592
Piracaia	44.621	-
Socorro	51.382	869
Tuiuti	12.139	815
Vargem	29.078	-
RS Bragança	532.073	229.163

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

Do total de 761.236 das consultas na Atenção Básica realizadas na Região em 2007, cerca de 70% referem-se a consultas programadas e 30% a consultas de urgência. Os maiores percentuais de consultas de urgência ocorreram em Pinhalzinho, Bom Jesus dos Perdões e Bragança Paulista (89%, 72%, e 42%, respectivamente).

No que se refere ao desenvolvimento de atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida, os dados mostrados na Tabela 11 indicam a presença dessas ações em dez municípios da região, sendo que oito deles as desenvolvem estabelecendo parcerias com outros setores, como educação e assistência social.

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

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
Atibaia	x	x	x	x		
B J Perdões		x			x	
Bragança Pta	x	x	x	x	x	x
Joanópolis	x	x		x	x	x
Nazaré Pta			x			x
Pedra Bela		x		x	x	x
Pinhalzinho	x	x	x			
Piracaia						
Socorro	x	x	x		x	
Tuiuti		x	x		x	
Vargem	x					
Total	6	8	7	4	6	4

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

A promoção de práticas alimentares saudáveis prevalece na maior parte dos municípios (oito); promoção de atividades físicas, controle do tabagismo e promoção de saúde sexual e reprodutiva estão presentes em seis; e cuidados com o envelhecimento e preservação do meio-ambiente em quatro. A maior parte dos municípios relata que aquelas atividades são realizadas por mais de 75% de suas unidades.

De qualquer modo, a existência de iniciativas dessa natureza nos municípios da Região merece citação, devendo essas atividades ser ampliadas com vistas à qualificação.

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

- Número insuficiente de profissionais de saúde (7 municípios);
- Alta rotatividade de médicos (6 municípios);
- Frágil atuação em equipe (6 municípios);
- Dificuldade no estabelecimento de vínculo usuários/profissionais de saúde (6 municípios);
- Processo de avaliação pouco sistematizado e pontual (6 municípios);
- Inadequação de espaço físico das unidades (6 municípios);
- Formação inadequada de profissionais de saúde (5 municípios);
- Falta de capacitação profissional (5 municípios);
- Insuficiência de insumos e equipamentos (5 municípios);
- Ausência ou inadequação de gerenciamento (5 municípios);
- Não utilização de protocolos clínicos (4 municípios); e
- Modelo de atenção inadequado (4 municípios).

Notam-se referências a dificuldades existentes na área de recursos humanos em relação a aspectos da formação, comprometimento, fixação e número de profissionais, especialmente médicos. A questão da infraestrutura das unidades também aparece como fragilidade. Os gestores também elencaram como problema as filas de espera para os outros níveis do sistema, sobretudo para consultas de especialidades e exames de maior complexidade.

No entanto, deve-se ressaltar que todos os municípios apresentam alguma iniciativa em andamento com vistas a superar suas fragilidades, desenvolvendo ações de capacitação dos profissionais para a atenção à saúde, projetos de ampliação e melhoria das unidades, projetos para informatização e propostas de implantação ou ampliação de ESF. Quanto ao gerenciamento não foram apontadas iniciativas.

Conclusões Parciais

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

- Há predominância de unidades básicas tradicionais, sem saúde da família, na maior parte dos municípios que compõem a Região;
- O percentual de cobertura populacional de Saúde da Família é de 19%, 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 insuficientes e os gestores dos municípios com unidades de saúde da família consideram o número de equipes insuficientes;
- Há profissionais diversificados nas equipes de Atenção Básica, principalmente aqueles que compõem a equipe multiprofissional básica; no entanto, as cargas horárias são muitas vezes apontadas como insuficientes;
- A produção de procedimentos de Atenção Básica apresenta-se superavitária na maior parte dos municípios;
- Quase todos os municípios desenvolvem atividades de promoção à saúde, grande parte estabelecendo parcerias com outros setores;
- Os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores na Atenção Básica dos municípios da RS Bragança visando à sua qualificação, estão relacionados: 1) à formação e capacitação dos profissionais para atuar na atenção básica; 2) à fixação de médicos; 3) à qualificação do cuidado; 4) ao gerenciamento das unidades básicas e 5) à organização dos processos de trabalho.

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

3.2. Ações de Saúde Pública

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

Essa mesma lei define VE como *“um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos”*; e VS como *“um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”*. Desde então, diversas normatizações editadas por meio das Normas Operacionais Básicas, e demais portarias, definiram mais claramente as atribuições e os recursos a serem disponibilizados aos Estados e Municípios, especialmente a Portaria GM / MS n. 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 e, a coordenação, supervisão e execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Define, ainda, o papel complementar e suplementar dos níveis estaduais e federal do sistema.

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

3.2.1. Aspectos Relacionados à Organização das Ações de Saúde Pública

A Tabela 12 apresenta uma síntese no que se refere à existência ou não de setores específicos ou profissionais responsáveis para VE, VS, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses nos municípios da Região de Saúde Bragança, segundo respostas dos gestores municipais no questionário de pesquisa deste estudo.

Tabela 12 - Existência de setor ou profissional responsável, por município. RS Bragança, 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.
Atibaia	x		x			x	x			
B J Perdões	x		x							
Bragança Pta	x		x		x			x		
Joanópolis	x		x					x		
Nazaré Pta		x	x			x				
Pedra Bela	x		x			x				
Pinhalzinho	x		x			x				
Piracaia	x		x			x				
Socorro	x		x		x				x	
Tuiuti		x	x			x		x		x
Vargem		x	x			x		x		

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

Observa-se que oito municípios responderam que possuem setor específico responsável pela Vigilância Epidemiológica (VE), mas os outros três, Nazaré Paulista, Tuiuti e Vargem referem ter profissional responsável pela área.

Em relação à Vigilância Sanitária (VS), todos os municípios informaram possuir setor específico.

Entretanto, o mesmo não se observa para o controle de zoonoses, saúde ambiental e do trabalhador. Apenas dois municípios referem possuir setor para o controle de zoonoses e sete, profissional responsável. Quanto à Saúde Ambiental e do Trabalhador observa-se que seis e dez municípios, respectivamente, não possuem qualquer estrutura ou profissional responsável.

Os municípios de Atibaia e Bom Jesus dos Perdões informaram possuir um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ); entre os demais, a maioria tem como referência o município de Bragança Paulista, mas foram ainda citados como referência Campinas, São Paulo e Atibaia.

3.2.2. Vigilância Epidemiológica

As ações de Vigilância Epidemiológica (notificação de agravos, profilaxia de agravos específicos, investigação de surtos e busca ativa) são desenvolvidas pela totalidade dos municípios integrantes da RS Bragança e descentralizadas para as unidades de atenção básica em 90% destes. Apenas o município de Piracaia refere que as unidades básicas de saúde não desenvolvem ações de VE.

Através das informações contidas na Tabela 13, pode-se notar que em relação às várias categorias profissionais que tradicionalmente compõem as equipes de VE, os municípios da região contam com a presença de enfermeiros e técnicos de enfermagem em quase todos eles; já o médico está presente em 45% dos municípios. Apenas de Bom Jesus dos Perdões não refere a presença de profissional de nível superior nessa área. Este município e mais outros quatro não relataram insuficiência de carga horária, enquanto Atibaia, Bragança Paulista, Joanópolis, Pedra Bela e Vargem referiram insuficiência para todas as categorias presentes nas VE de seus municípios.

Tabela 13 - Categorias profissionais de nível superior e médio na VE e insuficiência de carga horária, por município. RS Bragança, 2008.

Municípios	Médico	Insuficiência	Enfermeiro	Insuficiência	Téc.Enf.	Insuficiência	Aux. Enf	Insuficiência
Atibaia	x	x	x	x				
B J Perdões					x			
Bragança Pta	x	x	x	x	x	x		
Joanópolis	x	x	x	x	x	x	x	x
Nazaré Pta			x		x			
Pedra Bela			x	x				
Pinhalzinho			x	x	x			
Piracaia			x		x			
Socorro	x		x		x			
Tuiuti	x		x		x		x	
Vargem			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, 82% dos municípios da região realizam plenamente as ações dessa área, como se observa na Tabela 14. Apenas os municípios de Nazaré Paulista e Tuiuti referiram realizar parcialmente essas ações.

Tabela 14- Desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária, por município. RS Bragança, 2008.

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
Atibaia	X	
B J Perdões	X	
Bragança Pta	X	
Joanópolis	X	
Nazaré Pta		X
Pedra Bela	X	
Pinhalzinho	X	
Piracaia	X	
Socorro	X	
Tuiuti		X
Vargem	X	

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

O estudo permitiu observar que o Estado, além de ser referência técnica para os municípios na RS Bragança, realizando capacitações e inspeções conjuntas com as equipes municipais, apoia ou desenvolve ações em VS em situações de maior complexidade, como inspeções em serviços de saúde, de produção, manipulação e comércio de alimentos e de fármacos e correlatos.

Com relação aos profissionais, por categoria, que compõem as equipes de VS, verifica-se importante presença do médico veterinário, farmacêutico e enfermeiro, presentes na maioria dos municípios (Tabela 15). Entre os profissionais de nível médio, o fiscal de saúde pública está presente em seis municípios da Região (Tabela 16).

Tabela 15- Categorias profissionais de nível superior na VS e insuficiência de carga horária, por município. RS Bragança, 2008.

Municípios	Enferm.	Insuf.	Engenh.	Insuf.	Farmac.	Insuf.	Médico	Insuf.	Med.Vet.	Insuf.
Atibaia					X	X			X	
B J Perdões									X	
Bragança Pta	X	X			X	X	X	X	X	
Joanópolis	X	X			X	X	X	X	X	
Nazaré Pta	X				X				X	
Pedra Bela									X	X
Pinhalzinho	X		X							
Piracaia	X		X		X				X	
Socorro			X		X				X	
Tuiuti	X		X		X		X		X	
Vargem	X				X				X	

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

Chama a atenção, em relação ao observado para a VE, a menor referência à insuficiência de carga horária de técnicos para o desenvolvimento das atividades de VS.

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

Municípios	Tec. Enf.	Insuficiência	Aux. Enf.	Insuficiência	Fiscal SP	Insuficiência
Atibaia					X	
B J Perdões						
Bragança Pta	X				X	X
Joanópolis	X	X	X	X	X	X
Nazaré Pta						
Pedra Bela						
Pinhalzinho						
Piracaia	X				X	
Socorro					X	
Tuiuti	X		X		X	
Vargem						

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.

Os municípios da RS Bragança realizam a maioria das ações voltadas ao controle desse agravo, conforme discriminado na Tabela 17. Dos onze municípios da Região, seis desenvolvem todas as atividades integrantes do processo de controle desse tipo de zoonose.

Tabela 17 - Atividades de controle da dengue, por município. RS Bragança, 2008.

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
Atibaia	X	X	X	X	X	X
B J Perdões	X	X		X	X	X
Bragança Pta	X	X	X	X	X	X
Joanópolis	X	X	X	X	X	X
Nazaré Pta	X	X			X	X
Pedra Bela	X	X		X	X	X
Pinhalzinho	X	X		X	X	X
Piracaia	X			X		X
Socorro	X	X	X	X	X	X
Tuiuti	X	X	X	X	X	X
Vargem	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 borcharias e ferros-velhos)

AE – Ações Educativas para eliminação de criadouros do mosquito transmissor.

Em relação a outras ações coordenadas pelo controle de zoonoses, elencadas na Tabela 18, observa-se que todos os municípios desenvolvem atividades para o controle da raiva animal, como vacinação antirrábica animal, a observação de animal agressor e a pesquisa de vírus rábico.

A apreensão e guarda de animal de animal de grande porte é realizada por quase todos os municípios. Em Piracaia, essas atividades são realizadas pelo DER/SP. Bragança Paulista e Atibaia foram citados como referência para a guarda desses animais.

A posse responsável de animais domésticos é trabalhada em sete municípios; as demais atividades associadas ao controle de outras zoonoses – como leptospirose e leishmaniose cutaneomucosa e visceral – são desenvolvidas por grande parte dos municípios, mais de 50% e 70%, respectivamente.

Tabela 18 - Outras ações de zoonoses desenvolvidas pelos municípios. RS Bragança, 2008.

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos*	Roedores*	AE Lepto	C Leish
Atibaia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
B J Perdões	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bragança Pta	X	X	X	X	X	X				
Joanópolis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nazaré Pta	X	X	X	X	X	X	X			X
Pedra Bela	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Pinhalzinho	X	X		X	X		X	X	X	X
Piracaia	X		X							
Socorro	X	X	X	X	X		X			X
Tuiuti	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vargem	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 de animais domésticos

AE Lepto – Ações educativas em Leptospirose

C. Leish – Controle da Leishmaniose

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

3.2.5. Vigilância Ambiental

A Tabela 19 apresenta aspectos relacionados à saúde ambiental nos municípios da Região, segundo respostas dos gestores no questionário.

Nove municípios referiram possuir aterro sanitário e quatro realizam coleta seletiva de resíduos. A coleta de resíduos de serviços de saúde é realizada em oito municípios.

Em relação a atividades de vigilância ambiental, quatro municípios referem realizar o controle de áreas contaminadas e degradadas e cinco o controle da poluição ambiental. Ações específicas de educação ambiental são realizadas pela maioria dos municípios.

Tabela 19 – Situação dos municípios quanto à coleta e deposição de resíduos e atividades de vigilância ambiental. RS Bragança, 2008.

Municípios	Aterro Sanitário	Coleta Seletiva	Coleta Resíduos Sanitários	Controle de Áreas Contaminadas e Degradadas	Controle de Poluição Ambiental	Educação Ambiental
Atibaia		X	X	X		X
B J Perdões		X	X	X		X
Bragança Pta	X		X	X		
Joanópolis	X		X		X	X
Nazaré Pta	X					
Pedra Bela	X	X				X
Pinhalzinho	X		X		X	X
Piracaia	X		X			
Socorro	X	X	X		X	X
Tuiuti	X			X	X	X
Vargem	X		X		X	

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

3.2.6. Vigilância da Saúde do Trabalhador

Os serviços e atividades voltados à saúde de trabalhador existentes na Região são apresentados na Tabela 20. Apenas Nazaré Paulista afirma possuir serviço específico voltado ao atendimento do trabalhador. Quatro municípios referem realizar algumas atividades de vigilância, tendo sido mencionadas a vigilância de acidente de trabalho, exposição à agrotóxico e benzeno. Conforme visto anteriormente, apenas dois municípios da região referem a existência de alguma estrutura nessa área (setor específico ou profissional responsável).

Tabela 20 - Atividades e serviços voltados à saúde do trabalhador, por município. RS Bragança, 2008.

Municípios	Serviço de saúde específico*	Vigilância de acidente de trabalho	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao Benzeno	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao Amianto	Vigilância de riscos decorrentes de exposição a Agrotóxicos	Vigilância de riscos relacionados ao cultivo da cana-de-açúcar
Atibaia			X		X	
B J Perdões		X			X	
Bragança Pta		X				
Joanópolis						
Nazaré Pta	X					
Pedra Bela		X			X	
Pinhalzinho						
Piracaia						
Socorro						
Tuiuti						
Vargem						

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

* Serviço de saúde específico para os trabalhadores.

3.2.7. Avanços e Desafios Apontados pelos Gestores Municipais

No questionário, foi solicitado ao gestor que apontasse os principais avanços e dificuldades existentes relação à saúde pública em seu município.

Com relação aos avanços foram relatados: a melhoria da cobertura vacinal, a implantação da notificação de agravos e comitê de investigação de morte materna e infantil, adequação das equipes, diminuição de casos de hanseníase e dengue, redução da mortalidade infantil e implantação de ações intersetoriais da vigilância sanitária.

Dificuldades relacionadas a recursos humanos foram citadas por todos os municípios, em particular a insuficiência de profissionais. Também foram apontados como dificuldades problemas relacionados a espaço físico, processo de trabalho e financiamento.

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 Bragança, 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 unidades básicas de saúde de dez dos onze municípios desenvolvem ações de VE;
- As ações de VS são totalmente realizadas por dez municípios da região e o Estado dá apoio e complementaridade às ações;
- Há enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos compondo as equipes municipais de VE, com significativa referência à insuficiência desses profissionais;
- Há várias categorias profissionais na composição das equipes de VS, destacando-se a presença do médico veterinário, farmacêutico e enfermeiro, com pouca referência à insuficiência dos mesmos;
- As ações de controle de zoonoses são bastante desenvolvidas na maioria dos municípios;
- É referida a realização de muitas ações na área de vigilância ambiental;
- Existe na área de saúde do trabalhador pouca referência ao desenvolvimento de ações voltadas ao controle de riscos decorrentes do trabalho.

3.3. Atenção Especializada

Para o diagnóstico dos pontos de Atenção Especializada na região de saúde foram considerados alguns pressupostos que caracterizam esse tipo de assistência, e que orientaram o levantamento e a análise dos dados exposto a seguir.

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

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

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

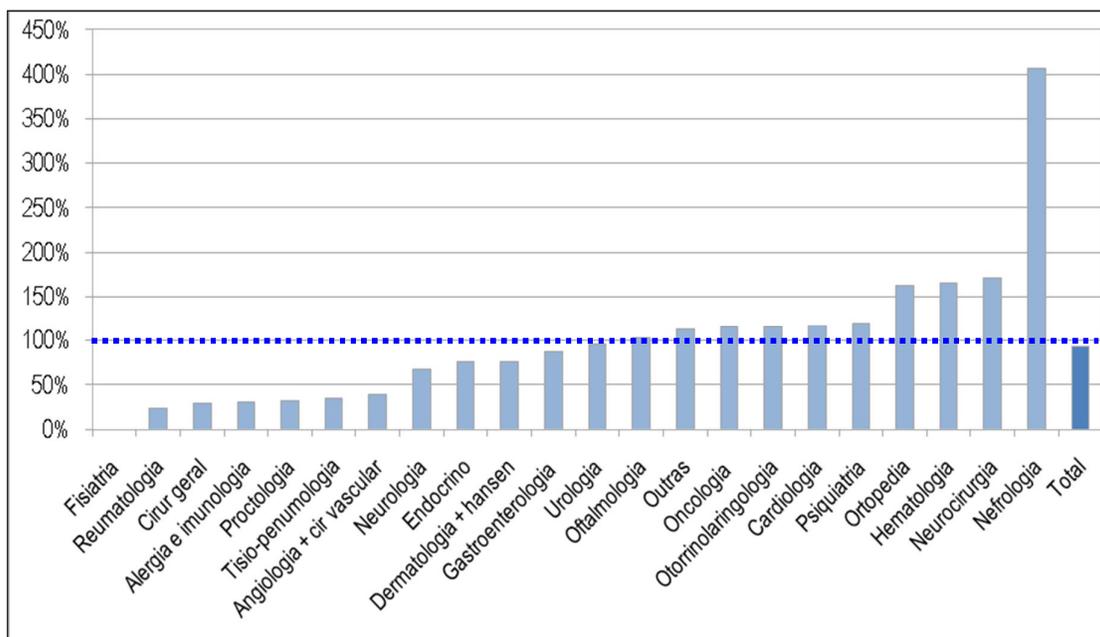
A análise realizada é apresentada nessa seção, obedecendo à seguinte categorização: atenção especializada ambulatorial; atenção hospitalar; atenção de urgência e emergência; atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade no DRS; atenção ambulatorial e hospitalar na Região de Saúde; e, finalmente,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

3.3.1. Atenção Ambulatorial

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

Neste sentido, ao confrontar dados sobre as necessidades de consultas, para 70% da população³⁴ da RS Bragança, segundo os parâmetros da Portaria MS 1.101 e a produção apresentada ao SUS em 2007, constata-se que das 22 especialidades avaliadas (Gráfico 4 e Tabela 22), cerca de 55% possuem produção abaixo das necessidades da região e 45% produção acima destas necessidades. No total, a produção de consultas especializadas da região responde por 93% das necessidades.

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

³⁴ Considerando-se 70% da população como SUS dependente.

Observa-se também que estas especialidades concentram-se principalmente no município de Bragança Paulista e, em segundo lugar em Atibaia, ocorrendo uma importante dispersão de oferta de especialidades em todos os municípios da região, especialmente de psiquiatria, cardiologia, otorrino, ortopedia e oftalmologia (Tabela 21).

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

Municípios	Fisiatria	Reumatologia	Cirurgia geral	Alergia e imunologia	Proctologia	Tisio-pneumologia	Angiologia + cir vascular	Neurologia	Endócrino	Dermatologia + hansen	Gastroenterologia
Necessidade											
Atibaia	2.673	891	5.123	446	446	2.228	446	2.673	891	2.450	1.559
B J Perdões	346	115	664	58	58	289	58	346	115	318	202
Bragança Pta	2.969	990	5.690	495	495	2.474	495	2.969	990	2.721	1.732
Joanópolis	241	80	461	40	40	201	40	241	80	221	140
Nazaré Pta	339	113	650	57	57	283	57	339	113	311	198
Pedra Bela	126	42	241	21	21	105	21	126	42	115	73
Pinhalzinho	263	88	505	44	44	219	44	263	88	241	154
Piracaia	466	155	892	78	78	388	78	466	155	427	272
Socorro	711	237	1.362	118	118	592	118	711	237	651	415
Tuiuti	121	40	231	20	20	101	20	121	40	111	70
Vargem	147	49	283	25	25	123	25	147	49	135	86
Subtotal	8.401	2.800	16.103	1.400	1.400	7.001	1.400	8.401	2.800	7.701	4.901
Produção											
Atibaia			609	0		203	0	1.004		682	
B J Perdões				0		0	0			23	
Bragança Pta		648	4.058	437	460	2.285	541	4.699	2.119	5.199	4.272
Joanópolis				0		0	0			0	
Nazaré Pta			165	0		0	0			0	
Pedra Bela				0		0	0			0	
Pinhalzinho				0		0	0			0	
Piracaia				0		0	0			0	
Socorro				0		0	0			0	
Tuiuti				0		0	0			0	
Vargem				0		0	0			0	
Subtotal	0	648	4.832	437	460	2.488	541	5.703	2.119	5.904	4.272
Prod / Necess	0,00	23,14%	30,01%	31,21%	32,85%	35,54%	38,64%	67,88%	75,67%	76,66%	87,17%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Tabela 21 (Continuação)

Municípios	Urologia	Oftalmologia	Outras	Oncologia	Otorrinola- ringologia	Cardiologia	Psiquiatria	Ortopedia	Hematologia	Neurocirurgia	Nefrologia	Total
Necessidade												
Atibaia	2.005	6.237	1.114	668	3.341	4.455	4.901	6.460	223	223	223	49.675
B J Perdões	260	808	144	87	433	577	635	837	29	29	29	6.438
Bragança Pta	2.226	6.927	1.237	742	3.711	4.948	5.442	7.174	247	247	247	55.167
Joanópolis	181	562	100	60	301	401	441	582	20	20	20	4.473
Nazaré Pta	254	791	141	85	424	565	622	819	28	28	28	6.301
Pedra Bela	94	294	52	31	157	210	231	304	10	10	10	2.341
Pinhalzinho	198	614	110	66	329	439	483	636	22	22	22	4.894
Piracaia	349	1.086	194	116	582	776	853	1.125	39	39	39	8.651
Socorro	533	1.658	296	178	888	1.184	1.303	1.717	59	59	59	13.206
Tuiuti	90	282	50	30	151	201	221	292	10	10	10	2.242
Vargem	111	344	61	37	184	246	270	356	12	12	12	2.739
Subtotal	6.301	19.603	3.501	2.100	10.502	14.002	15.403	20.304	700	700	700	156.127
Produção												
Atibaia		2.643	0		2.760	3.833	7.245	6.815				25.794
B J Perdões	798	1.248	0		563	475	2.118	3.098				8.323
Bragança Pta	5.215	11.574	3.943	2.434	7.159	9.216	3.678	18.474	1.155	1.195	2.852	91.613
Joanópolis		0	0				931	1.436				2.367
Nazaré Pta		738	0		423	313	522	1.748				3.909
Pedra Bela		0	0					0				0
Pinhalzinho		0	0			449	535	0				984
Piracaia		1.344	0		1.325	2.176	1.605	1.528				7.978
Socorro		2.658	0				1.881	0				4.539
Tuiuti		0	0					0				0
Vargem		0	0					0				0
Subtotal	6.013	20.205	3.943	2.434	12.230	16.462	18.515	33.099	1.155	1.195	2.852	145.507
Prod /Necess	95,43%	103,07%	112,64%	115,88%	116,46%	117,57%	120,21%	163,02%	164,97%	170,68%	407,36%	93,20%

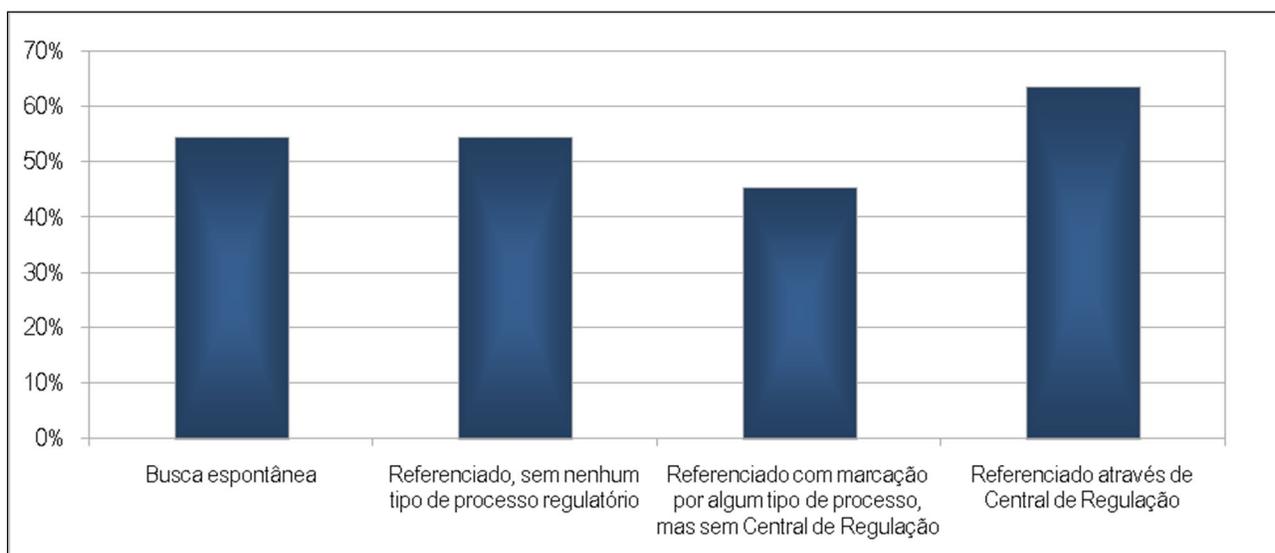
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Ao analisarmos todas as especialidades, ressaltam superproduções que devem ser melhor avaliadas, considerando as trocas inter-regionais. Entretanto as especialidades de Psiquiatria, Ortopedia, Hematologia, Neurocirurgia e Nefrologia 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 apenas um dos municípios oferece consultas especializadas para outros municípios e que cerca de 55 % dos municípios da região buscam outros municípios para prover suas demandas.

Quanto ao acesso à Atenção Especializada na RS Bragança, 55% dos municípios indicam que a demanda por esses serviços ocorre de forma espontânea ou é referenciada sem nenhum processo regulatório. 45% referem algum tipo de processo regulatório e, 64% dos municípios referem a utilização de uma Central de Regulação do Acesso (Gráfico 5). Observa-se, portanto a convivência de várias formas de acesso e encaminhamento, o que pode explicar em parte as superproduções detectadas.

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



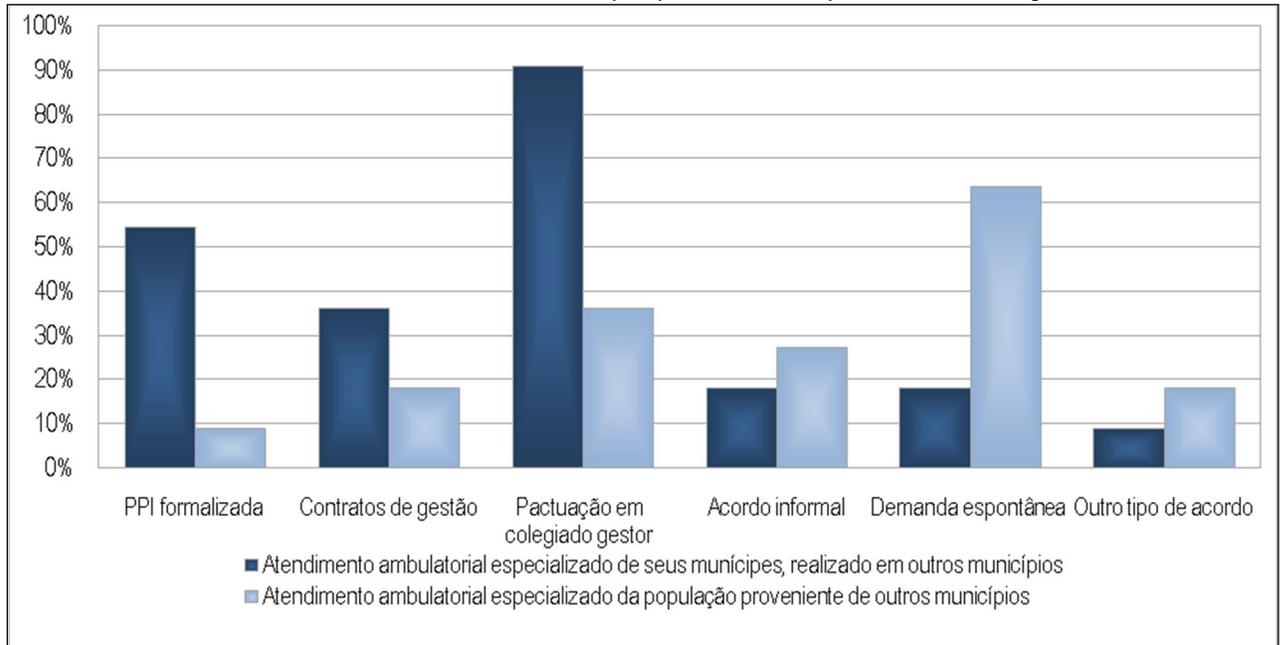
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Apesar disso, 55% dos municípios da RS Bragança indicam que observam a PPI formalizada e 90% referem a pactuação em colegiado gestor como as duas principais formas para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da região (Gráfico 6). Entretanto, estas pactuações são observadas com maior frequência quando o município encaminha demandas aos municípios vizinhos. Estes dados chamam atenção para a necessidade de reavaliar a PPI enquanto processo, na medida em que as pactuações no colegiado gestor são muito utilizadas.

Sobressai ainda a referência a demandas espontâneas (64% dos municípios), especialmente para as demandas recebidas pelos municípios, isto é, estes referem que os usuários de municípios

vizinhos procuram espontaneamente seus serviços, sem nenhum processo de pactuação. Nesse sentido, apenas 36% dos municípios da Região confirmam que os acordos são observados na maioria dos procedimentos.

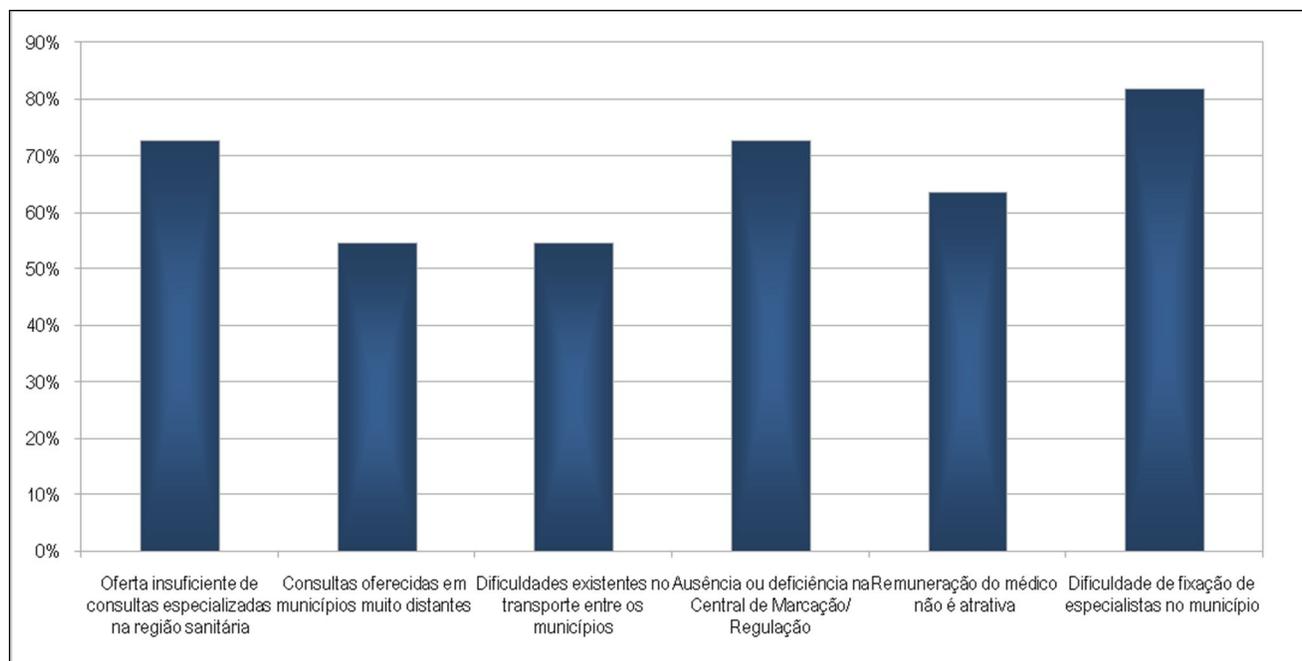
Gráfico 6 - Acordos estabelecidos entre os municípios para consultas especializadas. RS Bragança, 2008.



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, mais de 80% dos municípios indicam problemas de fixação de especialistas, 73% indicam oferta insuficiente de consultas e dificuldades da Central de Marcação e, 64% dos municípios referem a inadequação da remuneração dos médicos (Gráfico 7). Observa-se que dificuldades de transporte para outros municípios e consultas oferecidas em municípios muito distantes, são indicadas como problemas por 54% dos municípios.

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



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

Quanto à existência de projetos e ações para superar os problemas detectados, a maioria dos municípios indica que não os possuem e apenas três municípios indicam a necessidade de criação de Ambulatório Regional de Especialidades.

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

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

3.3.2. Atenção Hospitalar - Internação

A análise da capacidade instalada de leitos hospitalares na RS Bragança indica que apenas 52% dos leitos existentes (697) estão integrados ao SUS, dos quais 13% são públicos e 87% privados (sendo 69% filantrópicos). Observa-se ainda na Tabela 22 a concentração de leitos SUS no município de Bragança Paulista (50%). Pelos dados é possível inferir ainda, a presença de hospitais de pequeno porte, com menos de 50 leitos na grande maioria dos municípios, que sabidamente possuem problemas de sustentabilidade, por não respeitarem os princípios de economia de escala, o que leva a déficits

constantes. Neste sentido, observam-se hospitais de pequeno porte, tanto públicos quanto filantrópicos, participantes do SUS.

Tabela 22 - Leitos hospitalares existentes. RS Bragança, 2008.

Municípios	Leitos Existentes				Leitos SUS				Percentual SUS			
	Público	Filantrópico	Privado	Total	Público	Filantrópico	Privado	Total	Público	Filantrópico	Privado	Total
Atibaia		82	158	240		75		75		91,5%	0,0%	31,3%
B J Perdões	11			11	11			11	100,0%			100,0%
Bragança Pta		171	131	302		137	80	217		80,1%	61,1%	71,9%
Joanópolis	19			19	17			17	89,5%			89,5%
Nazaré Pta	28			28	28			28	100,0%			100,0%
Pedra Bela												
Pinhalzinho												
Piracaia		35		35		25		25		71,4%		71,4%
Socorro		62		62		62		62		100,0%		100,0%
Tuiuti												
Vargem												
Total	58	350	289	697	56	299	80	435	96,6%	85,4%	27,7%	62,4%

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 93% das necessidades da região (Tabela 23).

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de internações 100% da pop. (8% da população)	Necessidade de Internações 70% da população	Produção Internações SUS 2007	Déficit / superávit 70% da população	% de produção em relação a necessidade de 70% da pop.
Atibaia	127.291	10.183	7.128	3.049	-4.079	42,8%
B J Perdões	16.498	1.320	924	108	-816	11,7%
Bragança Pta	141.362	11.309	7.916	10.388	2.472	131,2%
Joanópolis	11.463	917	642	486	-156	75,7%
Nazaré Pta	16.145	1.292	904	624	-280	69,0%
Pedra Bela	5.999	480	336		-336	0,0%
Pinhalzinho	12.540	1.003	702		-702	0,0%
Piracaia	22.167	1.773	1.241	1.583	342	127,5%
Socorro	33.841	2.707	1.895	3.399	1.504	179,4%
Tuiuti	5.745	460	322		-322	0,0%
Vargem	7.019	562	393		-393	0,0%
RS Bragança	400.070	32.006	22.404	19.637	-2.767	87,7%
DRS Campinas	3.846.004	307.680	215.376	200.038	-15.338	92,9%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No entanto, se considerarmos o potencial de internações³⁵ que podem ser realizadas pelos leitos SUS existentes, observa-se que seria possível atender mais de 100% das internações necessárias (Tabela 24). Utilizando-se os mesmos critérios para a totalidade de leitos existentes, conclui-se que seriam suficientes para atendimento das necessidades da região.

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Internações 70% da Pop.	Produção Internações 2007	Potencial Produção leitos		Potencial/necessidade SUS - 70% da população	Produção/potencial SUS - 70% da população
				Potencial Leitos SUS	Potencial Leitos Totais		
Atibaia	127.291	7.128	3.049	3.900	12.480	55%	78%
B J Perdões	16.498	924	108	572	572	62%	19%
Bragança Pta	141.362	7.916	10.388	11.284	15.704	143%	92%
Joanópolis	11.463	642	486	884	988	138%	55%
Nazaré Pta	16.145	904	624	1.456	1.456	161%	43%
Pedra Bela	5.999	336		0	0	0%	0%
Pinhalzinho	12.540	702		0	0	0%	0%
Piracaia	22.167	1.241	1.583	1.300	1.820	105%	122%
Socorro	33.841	1.895	3.399	3.224	3.224	170%	105%
Tuiuti	5.745	322		0	0	0%	0%
Vargem	7.019	393		0	0	0%	0%
RS Bragança	400.070	22.404	19.637	22.620	36.244	101%	87%
DRS Campinas	3.846.004	215.376	200.038	255.164	430.300	118%	78%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A avaliação mais detalhada dos leitos por especialidades indica que do total existente, proporcionalmente estão mais disponíveis ao SUS os leitos de hospital-dia (75%), pediatria (73%), obstetrícia (72%), seguidos por leitos clínicos (58%).

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 gineco-obstetrícia, pediatria, observação, hospital-dia, clínica médica e gastroclínica são suficientes; 2) as internações em cardiologia clínica e cirurgia geral são consideradas insuficientes por 50% dos municípios; e, 3) as internações em psiquiatria, UTI adulto, infantil e neonatal, neurologia clínica e cirúrgica, ortopedia e cardiologia cirúrgica são indicadas como insuficientes pela maioria dos gestores.

³⁵ Para cálculo do potencial de internações por leito, foram considerados os seguintes parâmetros: 85% de ocupação média e 6 dias de permanência, em média.

Quando solicitados a indicarem as cinco primeiras áreas com demandas reprimidas, 63% dos 8 gestores que responderam à questão indicaram a especialidade de ortopedia. Cerca de 38% dos gestores indicaram ainda UTI adulto e neonatal, cardiologia e neurologia como áreas com repressão de demanda.

No que se refere ao acesso à internação, 82% dos municípios referiram que buscam internações em outros municípios e cerca de 18% oferecem leitos de internações para demais municípios.

Ainda no que se refere ao acesso, 73% dos gestores indicam que não há qualquer tipo de encaminhamento para internações, 64% referem que existe encaminhamento, mas sem processo de regulação do acesso e, 64% referem que há encaminhamentos realizados através de central de regulação.

Quanto ao fluxo intrarregional na RS Bragança observa-se que os acordos mais utilizados para atendimento das internações são a PPI formalizada (65% dos gestores) e as pactuações realizadas no colegiado gestor da região (82% dos gestores). No entanto, as respostas dos gestores indicam que estas pactuações são obedecidas com maior frequência quando são feitos encaminhamentos do seu município para os demais municípios, em comparação ao atendimento de demanda externas proveniente de outros municípios.

Ainda quanto aos acordos, observa-se que a demanda espontânea é apontada como um processo importante (37% dos gestores) e, que os acordos no colegiado gestor são mais utilizados do que a PPI formalizada.

Sobressai, entretanto, o baixo percentual de pactuações relacionado ao contrato de gestão (35% dos gestores) o que pode indicar que os acordos intermunicipais não se traduzem em normas contratuais com as entidades hospitalares. Considerando que a maioria dos leitos da região está localizada em entidades privadas, filantrópicas ou não, contratos de gestão que consigam refletir os acordos regionais tornam-se estratégicos para um adequado atendimento da demanda intermunicipal.

Além disso, 27% dos gestores referem não possuírem dados sobre o cumprimento dos acordos, 18% avaliam que são observados na minoria dos procedimentos e 36% referem que são obedecidos na maioria dos procedimentos.

As principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais quanto às internações hospitalares, referem-se à falta de leitos e vagas e cotas insuficientes para internação (45% dos gestores). Em seguida são apontados problemas isolados e pontuais por 4 municípios.

Como já indicado, cerca de 87% dos leitos SUS na RS Bragança são de entidades privadas, filantrópicas ou não, disponibilizados através de convênios/contratos com os setores públicos. Neste aspecto 18% dos gestores, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para acompanhamento de contratos/convênios, indicam a falta de RH para realizar estas atividades e a falta de recursos financeiros. Do conjunto de gestores responsáveis pela gestão de leitos (7), apenas Joanópolis parece

implementar um processo mais organizado de acompanhamento, de acordo com as respostas encaminhadas.

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:

- a) qualificação inadequada dos profissionais e número insuficiente de profissionais (63% dos gestores);
- b) não utilização de protocolos clínicos, central de regulação deficiente ou inexistente e área física inadequada (55% dos gestores);
- c) inexistência de implantação de programa de capacitação de RH, número insuficiente de profissionais, não operacionalização das comissões (CCIH, Óbito, Ética, Prontuário), insumos insuficientes e equipamentos antigos ou insuficientes (46% dos gestores).

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da atenção hospitalar nos municípios, 55% dos 11 municípios não indicam qualquer projeto. Os municípios de Bragança Paulista e Pinhalzinho indicam o Projeto Pró Santa Casa como ação importante neste sentido. Atibaia refere a necessidade de ampliação dos leitos hospitalares, implantação de agência transfusional e reforma do Centro Cirúrgico e, o município de Socorro refere a necessidade de ter leitos de UTI e realizar alta complexidade.

Em resumo, a assistência hospitalar (internação) na região apresenta produção pouco abaixo das necessidades, embora o número total de leitos existente na região poderia ser suficiente para o atendimento à população. Sobressai também a fragilidade dos processos de regulação e a ausência de planos regionais, além da existência de unidades hospitalares com menos de 50 leitos, o que traz problemas de sustentabilidade.

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 Bragança não existe SAMU (Tabela 25). O equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção, presente em 100% dos municípios, num total de 51 unidades. Observam-se ainda 11 Prontos Atendimentos, distribuídos em seis municípios e, 12 Prontos-Socorros, localizados em sete municípios.

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

Municípios	SAMU		Remoção ambulância	Pronto Atendimento		Pronto-Socorro	
	Suporte Básico	Suporte Avançado		Isolado	Acoplado à unidade	Isolado	Em unidade hospitalar
Atibaia			3		1		1
B J Perdões			4			1	
Bragança Pta			14	1			2
Joanópolis			4				1
Nazaré Pta			3	1	1		1
Pedra Bela			4				
Pinhalzinho			5	1	1		
Piracaia			5				1
Socorro			3	2	2	4	1
Tuiuti			3		1		
Vargem			3				
Total	0	0	51	5	6	5	7

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 destes pontos de atenção, observa-se que a opinião emitida refere-se especialmente aos equipamentos presentes no próprio município, sem a visão regional, uma vez que os municípios que não responderam à questão são muito frequentes. Do percentual de opiniões obtidas dos gestores observa-se que há insuficiência de ambulâncias (100% dos gestores) e de Pronto Atendimento (cerca de 36% dos gestores).

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, em 72% dos municípios, exceto Vargem, Pedra Bela e Tuiuti. Muitos municípios apresentam produção acima de 250% com relação às necessidades, chegando a mais de 700% no caso de Bom Jesus dos Perdões e Pinhalzinho.

Tabela 26 - Necessidade e produção de consultas de urgência e emergência. RS Bragança, 2007.

Municípios	População Seade 2007	Necessidade de consultas urgência 100% da pop	Consultas Urgência/Emergência 2007				Superávit/déficit (Total-necessidades)	Balanço %
			Urgências básicas	Urgência emergência	acidentado trabalho	Total		
Vargem	7.019	2.632				0	-2.632	0%
Pedra Bela	5.999	2.250	381			381	-1.869	17%
Tuiuti	5.745	2.154	815			815	-1.339	38%
Joanópolis	11.463	4.299	627	3.283		3.910	-389	91%
Nazaré Pta	16.145	6.054	2.240	9.947		12.187	6.133	201%
Atibaia	127.291	47.734	23.806	72.516		96.322	48.588	202%
Socorro	33.841	12.690	869	33.922		34.791	22.101	274%
Piracaia	22.167	8.313		27.847		27.847	19.534	335%
Bragança Pta	141.362	53.011	119.943	131.630		251.573	198.562	475%
B J Perdões	16.498	6.187	41.890	2.202		44.092	37.905	713%
Pinhalzinho	12.540	4.703	38.592			38.592	33.890	821%
RS Bragança	400.070	150.026	229.163	281.347	0	510.510	360.484	340%
DRS Campinas	3.846.004	1.442.252	1.947.792	2.725.910	9.550	4.683.252	3.241.001	325%

Fonte: DATASUS/MS, Tabulações PESS / NEPP / UNICAMP.

Observação: utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101.

A análise da demanda intrarregional, conforme indicação dos gestores, mostra a centralidade da cidade de Bragança Paulista com relação ao resgate e ao pronto atendimento, recebendo demanda de 8 municípios da região. Por outro lado, ao considerarmos os Prontos Atendimentos e os Prontos Socorros, detecta-se que um número elevado de municípios indica que encaminha demandas para estas unidades. Este fato, junto com a grande produção de consultas, indicadas anteriormente, aponta para a necessidade de melhor detalhar estas demandas que, a princípio, indicam uma grave distorção no atendimento. Além disso, na indicação dos municípios para onde são encaminhadas demandas, observa-se a presença do município de Atibaia como um segundo polo de recebimento de demandas.

O detalhamento dos encaminhamentos que necessitam de internação, por áreas de especialidades (Tabela 27), aponta também para a importância do Município de Bragança Paulista e, em segundo lugar, para as cidades de Atibaia e Socorro. Além disso, ressalta Campinas, cidade que pertence à outra região de saúde, como uma retaguarda muito utilizada. Entretanto, na área de Saúde Mental observa-se que, além de Bragança Paulista, os encaminhamentos são realizados para municípios de outras Regiões de Saúde do DRS Campinas, especialmente Amparo.

Tabela 27 - Especialidades e locais de encaminhamento para internação de urgência/emergência. RS Bragança, 2008.

Municípios de destino		Nº de municípios que indicaram encaminhamento para internação de urgência/emergência nas especialidades				
		Pediatria	GO	Politraumat..	CL MED	Psiquiatria
RS Bragança	Atibaia	3	1	1	1	
	Bom Jesus dos Perdões					
	Bragança Paulista	10	11	11	11	7
	Joanópolis					
	Nazaré Paulista					
	Pedra Bela					
	Pinhalzinho					
	Piracaia					
	Socorro	2	2	2	2	1
	Tuluti					
Vargem						
Outras RS do DRS Campinas	Campinas	10	10	9	9	6
	Jundiá			1		
	Americana					1
	Amparo					7
Outras DRS	Itapira					1
	São Paulo	4	3	3	4	1

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

Na assistência à urgência e emergência, a Região de Saúde Bragança caracteriza-se pela ausência de SAMU, por unidades de Pronto Atendimento em 55% das cidades e Prontos Socorros em 64% dos municípios. Entretanto, deve ser aprofundado o estudo sobre a caracterização destas unidades assistenciais, de acordo com os parâmetros instituídos pela Política Nacional de Atenção às Urgências (MS, 2006), tanto no que se refere às unidades não-hospitalares quanto às unidades hospitalares de atenção às urgências.

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

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

A análise dos Pontos de Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade levou em consideração as habilitações existentes no DRS Campinas e respectivas Regiões de Saúde, considerando que cada habilitação possui legislação própria que define os parâmetros para sua organização. Além disso, dada a sua complexidade e a necessidade em organizar-se em unidades e centros regionalizados, sua análise deve necessariamente ocorrer com foco regional e macrorregional. Neste aspecto apresentam-se a seguir dados dos serviços habilitados mais importantes, considerando a demanda e o volume de recursos SUS que utilizam.

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

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

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 Campinas estão concentrados em alguns municípios das Regiões de Saúde, dentre os quais se destaca, não só pela concentração de serviços, mas também pela variabilidade de serviços, o município de Campinas com alta concentração de serviços e, em segundo lugar, os municípios de Jundiaí, Americana, Bragança e Sumaré.

Na área de Saúde Mental, observa-se na Tabela 28 a distribuição dos serviços de internação, que estão altamente concentrados nas Regiões de Saúde de Campinas (80%) e Oeste VII (20%) e, em hospitais dos municípios de Amparo, Campinas e Indaiatuba e, Americana, respectivamente.

Os serviços de alta complexidade em cardiologia estão distribuídos em todas as regiões de saúde que guardam correspondência com o DRS Campinas, exceto na Oeste VII. Concentram-se apenas em três municípios, sendo constituídos por 4 Unidades e 1 Centro, que possuem toda a gama de serviços, menos cuidados prolongados em enfermagem cardiovascular (Tabela 29).

Os serviços de traumatologia encontram-se em todas as regiões de saúde, concentrados em um município por região, exceto na RS Oeste VII, onde existem três municípios com os referidos serviços. O município de Campinas concentra, por sua vez, 37% das Unidades que apresentam todo o conjunto de serviços da área (Tabela 30).

Quanto aos serviços habilitados em oncologia, observa-se uma forte concentração em Campinas, que apresenta um Centro e Unidades com serviços diferenciados, incluindo oncologia pediátrica e serviço isolado de quimioterapia. Por outro lado, Bragança Paulista possui uma Unidade e serviços de oncologia pediátrica. Finalmente, em Jundiaí detecta-se apenas Unidades com serviço de hematologia e de oncologia pediátrica (Tabela 31).

Na área de UTI observa-se a presença de serviços de nível I e II em todas as Regiões de Saúde e nas diversas áreas – adulto, neonatal e pediátrica (Tabela 32). Os serviços de UTI Tipo III concentram-se apenas em Campinas.

Finalmente, os serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise encontram-se concentrados nos municípios polos das regiões de saúde do DRS Campinas, observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em todos. Neste sentido, Campinas concentra 44% destas unidades (Tabela 33).

Tabela 28 - Distribuição dos serviços habilitados em Saúde Mental no DRS Campinas, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Bragança				RS Campinas									
		Atibaia	B J Perdões	Bragança Pta	Socorro	A Lindóia	Amparo	Campinas	Indaial	Lindóia	Monte Mor	Pe-dreira	Serra Negra	Valinhos	Vinhedo
0601-Atenção à saúde mental - classe I	2						1	1							
0602-Atenção à saúde mental - classe II	3						1		1						
0603-Atenção à saúde mental - classe III	0														
0604-Atenção à saúde mental - classe IV	0														
0607-Atenção à saúde mental - classe VII	0														
0608-Atenção à saúde mental - classe VIII	0														
0611-Atenção à saúde mental - classe XI	0														
0614-Atenção à saúde mental - classe XIV	0														

Serviços / Habilitações	RS Jundiaí							RS Oeste VII						
	Cabreúva	C Limpo Pta	Itatiba	Itupeva	Jundiaí	Louveira	Várzea Pta	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	N Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré
0601-Atenção à saúde mental - classe I														
0602-Atenção à saúde mental - classe II								1						
0603-Atenção à saúde mental - classe III														
0604-Atenção à saúde mental - classe IV														
0607-Atenção à saúde mental - classe VII														
0608-Atenção à saúde mental - classe VIII														
0611-Atenção à saúde mental - classe XI														
0614-Atenção à saúde mental - classe XIV														

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 29 - Distribuição dos serviços habilitados em alta complexidade em Cardiologia no DRS Campinas, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Bragança				RS Campinas									
		Atibaia	B J Per- dões	Bragança Pta	Socorro	A Lin- dóia	Amparo	Campinas	Indaiatuba	Lindóia	Monte Mor	Pedreira	Serra Negra	Valinhos	Vinhedo
0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular	4			1											
0802-Centro ref alta complex cardiovascular	1														
0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionista	4			1											
0804-Cirurgia cardiovascular pediátrica	1														
0805-Cirurgia vascular	3														
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíacos	1														
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	1														
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares															

Serviços / Habilitações	RS Jundiaí						RS Oeste VII							
	Cabreúva	C Limpo Pta	Itatiba	Itupeva	Jundiaí	Louveira	Várzea Pta	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	N Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré
0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular					1									
0802-Centro ref alta complex cardiovascular														
0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionista					1									
0804-Cirurgia cardiovascular pediátrica														
0805-Cirurgia vascular														
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíacos														
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv														
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares														

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 30 - Distribuição dos serviços habilitados em Traumatologia no DRS Campinas, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Bragança				RS Campinas									
		Atibaia	B J Per- dões	Bragança Pta	Socorro	A Lin- dóia	Amparo	Campinas	Indaiatuba	Lindóia	Monte Mor	Pedreira	Serra Negra	Valinhos	Vinhedo
2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	8			1				3							
2511-Ortopedia - coluna	8							4							
2512-Ortopedia - ombro	9			1				4							
2513-Ortopedia - mão	6			1				3							
2514-Ortopedia - quadril	8			1				4							
2515-Ortopedia - joelho	9			1				4							
2516-Ortopedia - tumor ósseo	8			1				4							
2517-Outros segmentos ossos	9			1				4							

Serviços / Habilitações	RS Jundiá					RS Oeste VII								
	Cabreúva	C Limpo Pta	Itatiba	Itupeva	Jundiá	Louveira	Várzea Pta	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	N Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré
2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia					1			1				1		1
2511-Ortopedia - coluna					1			1				1		1
2512-Ortopedia - ombro					1			1				1		1
2513-Ortopedia - mão					1									1
2514-Ortopedia - quadril								1				1		1
2515-Ortopedia - joelho					1			1				1		1
2516-Ortopedia - tumor ósseo					1			1				1		
2517-Outros segmentos ossos					1			1				1		1

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 31 - Distribuição dos serviços habilitados em Oncologia no DRS Campinas, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Bragança				RS Campinas									
		Atibaia	B J Per- dões	Bragança Pta	Socorro	A Lin- dóia	Amparo	Campinas	Indaiatuba	Lindóia	Monte Mor	Pedreira	Serra Negra	Valinhos	Vinhedo
1712-Cacon	1														
1706-Unacon	1			1											
1707-Unacon com Serviço de radioterapia	3														
1708-Unacon com Serviço de hematologia	2														
1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica	2			1											
1710-Unacon exclusiva de hematologia	1														
1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	1														
1705-Serviço isolado quimioterapia	1														

Serviços / Habilitações	RS Jundiá					RS Oeste VII								
	Cabreúva	C Limpo Pta	Itatiba	Itupeva	Jundiá	Louveira	Várzea Pta	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	N Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré
1712-Cacon														
1706-Unacon														
1707-Unacon com Serviço de radioterapia														
1708-Unacon com Serviço de hematologia					1									
1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica					1									
1710-Unacon exclusiva de hematologia														
1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica														
1705-Serviço isolado quimioterapia														

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 32 - Distribuição dos serviços habilitados em UTI adulto e pediátrico no DRS Campinas, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Bragança				RS Campinas									
		Atibaia	B J Per- dões	Bragança Pta	Socorro	A Lin- dóia	Amparo	Campinas	Indaiatuba	Lindóia	Monte Mor	Pedreira	Serra Negra	Valinhos	Vinhedo
2601-UTI II adulto	14			2			1	4	1						1
2602-UTI II neonatal	7			1				2	1						
2603-UTI II pediátrica	6			1				1	1						
2604-UTI III adulto	2							2							
2605-UTI III neonatal	2							2							
2606-UTI III pediátrica	4							4							
2699-UTI I	10			1				5						1	

Serviços / Habilitações	RS Jundiaí							RS Oeste VII						
	Cabreúva	C Limpo Pta	Itatiba	Itupeva	Jundiaí	Louveira	Várzea Pta	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	N Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré
2601-UTI II adulto					1					1		1	1	1
2602-UTI II neonatal					1					1				1
2603-UTI II pediátrica					1					1				1
2604-UTI III adulto														
2605-UTI III neonatal														
2606-UTI III pediátrica														
2699-UTI I				1	1							1		

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 33 - Distribuição dos serviços habilitados em Nefrologia e Hemodiálise no DRS Campinas, 2009.

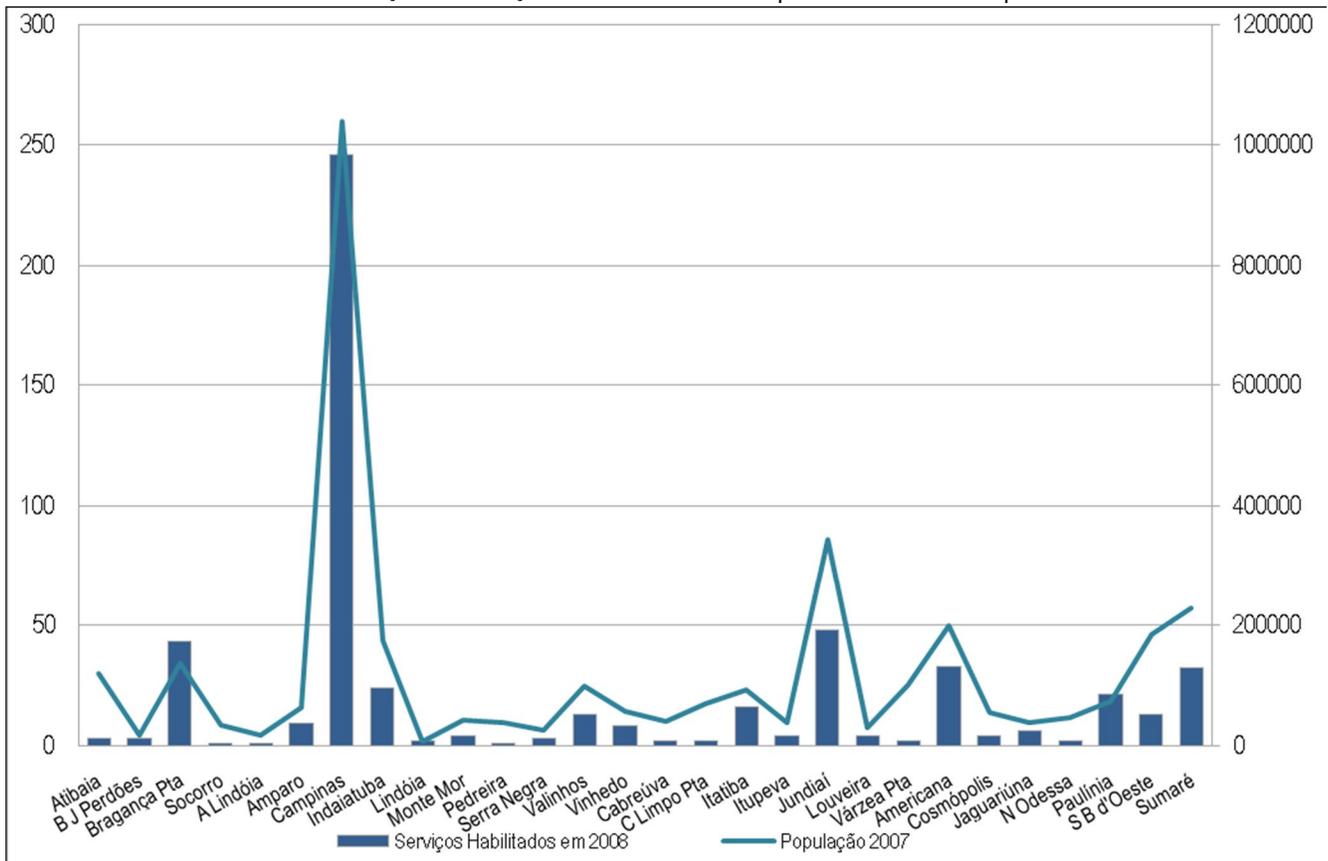
Serviços / Habilitações	Total	RS Bragança				RS Campinas									
		Atibaia	B J Per- dões	Bragança Pta	Socorro	A Lin- dóia	Amparo	Campinas	Indaiatuba	Lindóia	Monte Mor	Pedreira	Serra Negra	Valinhos	Vinhedo
1501-Unidade assist. alta complexidade nefrologia	16	1		2				7		1					
1503-Hemodiálise II	0														

Serviços / Habilitações	RS Jundiaí							RS Oeste VII							
	Cabreúva	C Limpo Pta	Itatiba	Itupeva	Jundiaí	Louveira	Várzea Pta	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	N Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré	
1501-Unidade assist. alta complexidade nefrologia					2					1				1	1
1503-Hemodiálise II															

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

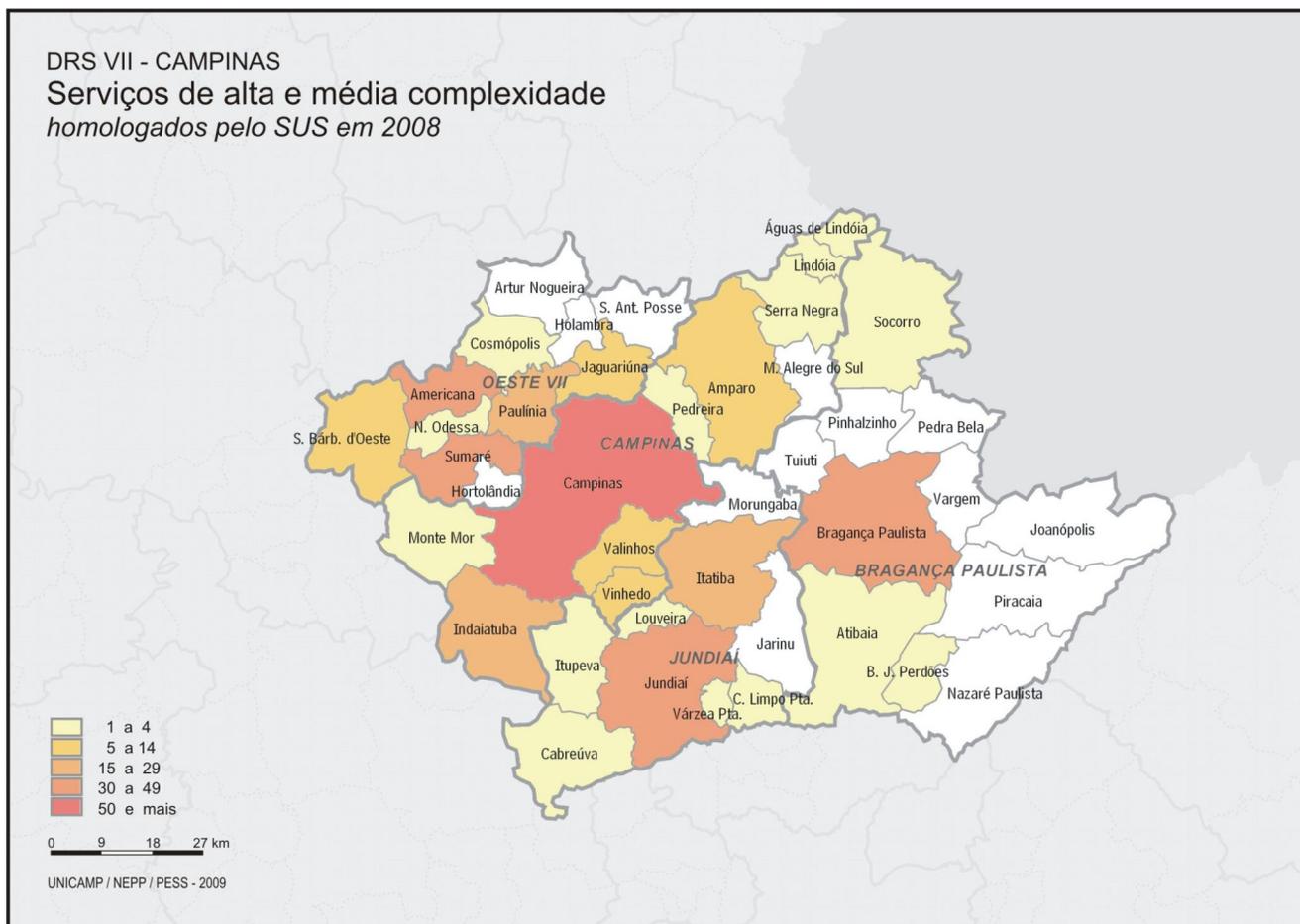
Considerando o conjunto de serviços habilitados (550) na área de abrangência do DRS Campinas, observa-se, no Gráfico 8 e no Mapa 1, que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de um município com forte polarização (Campinas) e alguns polos secundários (Bragança Paulista, Jundiaí, Americana e Sumaré).

Gráfico 8 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade no DRS Campinas, 2009.



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Considerando os dados expostos é possível concluir que a região correspondente ao DRS Campinas, apesar de abrigar uma grande variedade e volume de serviços habilitados, não possui total autonomia com relação aos serviços de Alta Complexidade e, as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços muito diversificados, falando a favor da necessidade em se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção.

3.3.5. Atenção de Alta Complexidade na RS

Além da análise da distribuição e concentração desses serviços no DRS de Campinas, dados sobre a produção de procedimentos em áreas selecionadas (hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva) da Região de Saúde Bragança mostram importante superprodução desses

procedimentos, quando calculada por parâmetros estabelecidos a partir do número de consultas especializadas para 70% da população, conforme estabelecido na Portaria MS 1.101 (Tabela 34).

Nesse aspecto, observa-se que, exceto em radioterapia, onde há carência de procedimento na RS, nas outras três áreas a produção concentra-se no Município de Bragança Paulista, ocorrendo superprodução importante nessa região de saúde e no DRS, especialmente em quimioterapia e terapia renal substitutiva (TRS).

Cerca de 70% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que utilizam estes serviços em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas. O acesso dessa demanda à outros municípios é realizado com algum processo de referência por 18% (dois) e através de Central de Regulação por 27% (três) dos municípios. Os demais municípios não referem como essas demandas são encaminhadas, o que deve ser melhor investigado.

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, as pactuações são atendidas com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Ainda no que se refere a esses acordos, 18% dos municípios avaliam que tais acordos são obedecidos em todos os procedimentos pactuados e, 9% consideram que são obedecidos na maioria dos procedimentos acordados.

Tabela 34 - Produção e necessidade de procedimentos de alta complexidade em áreas selecionadas na RS Bragança, 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
Bragança Pta	141362	247.384	9.895	37.487	379%	.948	59.244	1197%
Atibaia	127.291	222.759	8.910		0%	4.455		0%
Socorro	33.841	59.222	2.369		0%	1.184		0%
Piracaia	22.167	38.792	1.552		0%	776		0%
B J Perdões	16.498	28.872	1.155		0%	577		0%
Nazaré Pta	16.145	28.254	1.130		0%	565		0%
Pinhalzinho	12.540	21.945	878		0%	439		0%
Joanópolis	11.463	20.060	802		0%	401		0%
Vargem	7.019	12.283	491		0%	246		0%
Pedra Bela	5.999	10.498	420		0%	210		0%
Tuiuti	5.745	10.054	402		0%	201		0%
RS Bragança	400.070	700.123	28.005	37.487	134%	14.002	59.244	423%
DRS Campinas	3.846.004	6.730.507	269.220	774.245	288%	134.610	293.242	218%

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
Bragança Pta	141.362	247.384	445	2.729	613%	3.018		0%
Atibaia	127.291	222.759	401		0%	2.718		0%
Socorro	33.841	59.222	107		0%	723		0%
Piracaia	22.167	38.792	70		0%	473		0%
B J Perdões	16.498	28.872	52		0%	352		0%
Nazaré Pta	16.145	28.254	51		0%	345		0%
Pinhalzinho	12.540	21.945	40		0%	268		0%
Joanópolis	11.463	20.060	36		0%	245		0%
Vargem	7.019	12.283	22		0%	150		0%
Pedra Bela	5.999	10.498	19		0%	128		0%
Tuiuti	5.745	10.054	18		0%	123		0%
RS Bragança	400.070	700.123	1.260	2.729	217%	8.541	0	0%
DRS Campinas	3.846.004	6.730.507	12.115	51.996	429%	82.112	148.151	180%

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

No que se refere às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 64% dos municípios apontam insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses serviços. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados. Apenas dois municípios indicam a necessidade de implementação e observação da PPI.

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

Conclusões Parciais

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

1. A Região de Saúde caracteriza-se, pela diversidade de especialidades existentes na região com sobreoferta em algumas e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização, falando a favor da fragmentação desta assistência. Além disso, torna-se evidente a fragilidade dos processos de regulação na assistência ambulatorial especializada, favorecendo o desequilíbrio na oferta e na alocação das especialidades, o que certamente se reflete no acesso da população;
2. Na Atenção Especializada Hospitalar detectou-se um pequeno déficit de internações, quando comparadas a produção com as necessidades, embora o número de leitos SUS existentes podem potencialmente cobrir a totalidade das necessidades. Neste sentido foi observado ainda que 87% 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. Observou-se ainda a existência de hospitais públicos com menos de 50 leitos em 27% dos municípios, chamando atenção para a necessidade de desenvolver formas alternativas para sua manutenção. Sobressai também a fragilidade dos processos de regulação e a ausência de planos regionais.
3. Na Assistência à Urgência e Emergência é possível observar que a região possui todos os tipos de equipamento, exceto SAMU, sendo o mais frequente a ambulância para remoção e, em segundo lugar, as Unidades de Pronto Socorro, isoladas ou acopladas a hospitais. Chama atenção, entretanto, o grande volume de consultas nesta área chegando-se a produzir 43,5 vezes

mais do que as necessidades preconizadas pelo MS. Observando os municípios da região, esta produção é várias vezes maior em cerca de 64% deles. 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 Campinas não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços muito diversificados. 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, Quimioterapia e Hemoterapia, que devem ser melhor investigadas.
5. Em termos de polarização, o município de Bragança Paulista configura-se como o grande polo dessa região de saúde, embora os municípios busquem com frequência atendimento nos municípios polos das outras Regiões de Saúde do DRS Campinas;
6. O relacionamento intermunicipal, na região, ocorre principalmente com base na PPI formalizada e nas pactuações acordadas no CGR da região, havendo pouca informação se estes acordos são cumpridos;
7. No que se refere ao acesso da população chama atenção o elevado percentual de busca sem qualquer forma de referenciamento para as consultas especializadas e para as internações, o que deve ser melhor investigado;
8. Finalmente caberia assinalar que grande parte dos municípios indica soluções locais, e não regionais, para enfrentamento das dificuldades e limites detectados na Assistência Especializada.

3.4. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Na avaliação do Apoio Diagnóstico e Terapêutico, os dados apresentados a seguir foram organizados focando os procedimentos de Alta e Média Complexidade para a Região de Saúde Bragança. Importa destacar também que os respectivos pontos de atenção que realizam esses procedimentos podem estar organizados 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 9) indicam elevada superprodução desses exames, exceto em anatomia patológica. Essa superprodução é observada tanto no âmbito de cada município, quanto da região de saúde e do DRS Campinas e, na maioria dos casos, essa produção é mais que o dobro das necessidades calculadas.

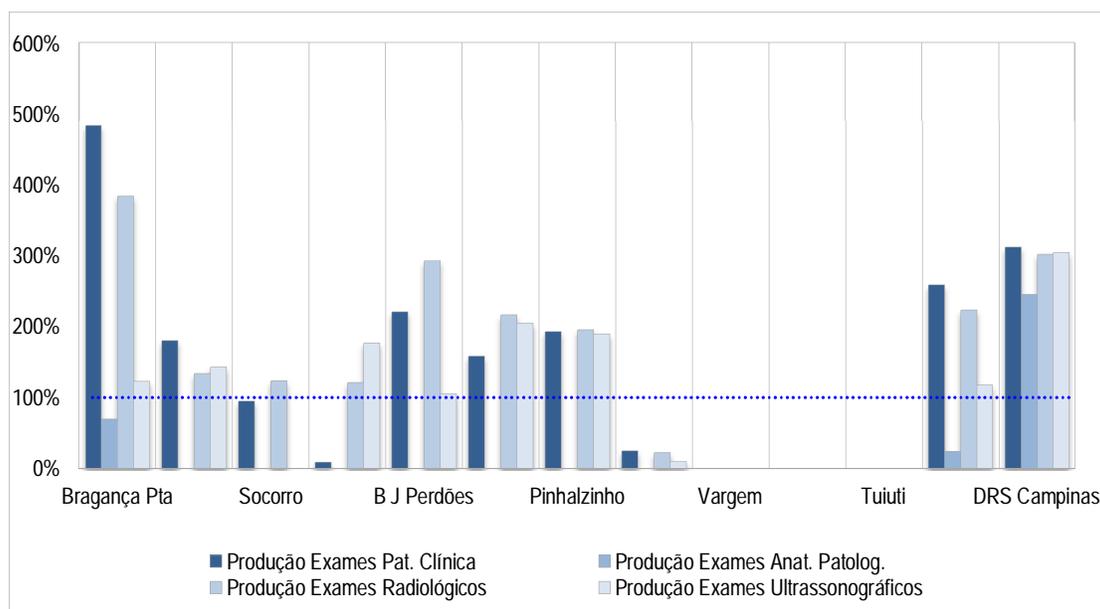
Tabela 35 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade na RS Bragança, 2007.

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
Bragança Pta	141.362	247.384	123.692	598.026	483%	5.838	4.088	70%
Atibaia	127.291	222.759	111.380	201.840	181%	5.257		0%
Socorro	33.841	59.222	29.611	28.271	95%	1.398		0%
Piracaia	22.167	38.792	19.396	1.841	9%	915		0%
B J Perdões	16.498	28.872	14.436	31.982	222%	681		0%
Nazaré Pta	16.145	28.254	14.127	22.511	159%	667		0%
Pinhalzinho	12.540	21.945	10.973	21.248	194%	518		0%
Joanópolis	11.463	20.060	10.030	2.603	26%	473		0%
Vargem	7.019	12.283	6.142		0%	290		0%
Pedra Bela	5.999	10.498	5.249		0%	248		0%
Tuiuti	5.745	10.054	5.027		0%	237		0%
RS Bragança	400.070	700.123	350.061	908.322	259%	16.523	4.088	25%
DRS Campinas	3.846.004	6.730.507	3.365.254	10.519.937	313%	158.840	391.166	246%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% População	Necessidade Radiodiagnóstico (8%)	Produção Exames Radiológicos	% Produção em relação à Necessidade	Necessidade Ultrassono-grafia (1,5%)	Produção Exames Ultrassonográficos	% Produção em relação à Necessidade
Bragança Pta	141.362	247.384	19.791	76.093	384%	3.711	4.583	124%
Atibaia	127.291	222.759	17.821	23.955	134%	3.341	4.820	144%
Socorro	33.841	59.222	4.738	5.895	124%	888		0%
Piracaia	22.167	38.792	3.103	3.795	122%	582	1.033	178%
B J Perdões	16.498	28.872	2.310	6.764	293%	433	459	106%
Nazaré Pta	16.145	28.254	2.260	4.919	218%	424	869	205%
Pinhalzinho	12.540	21.945	1.756	3.439	196%	329	625	190%
Joanópolis	11.463	20.060	1.605	370	23%	301	32	11%
Vargem	7.019	12.283	983		0%	184		0%
Pedra Bela	5.999	10.498	840		0%	157		0%
Tuiuti	5.745	10.054	804		0%	151		0%
RS Bragança	400.070	700.123	56.010	125.230	224%	10.502	12.421	118%
DRS Campinas	3.846.004	6.730.507	538.441	1.628.621	302%	100.958	307.628	305%

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

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



Fonte: MS/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 RX-contrastado, Endoscopia, Ecocardiografia, Ultrassonografia, Patologia e Análises Clínicas.

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

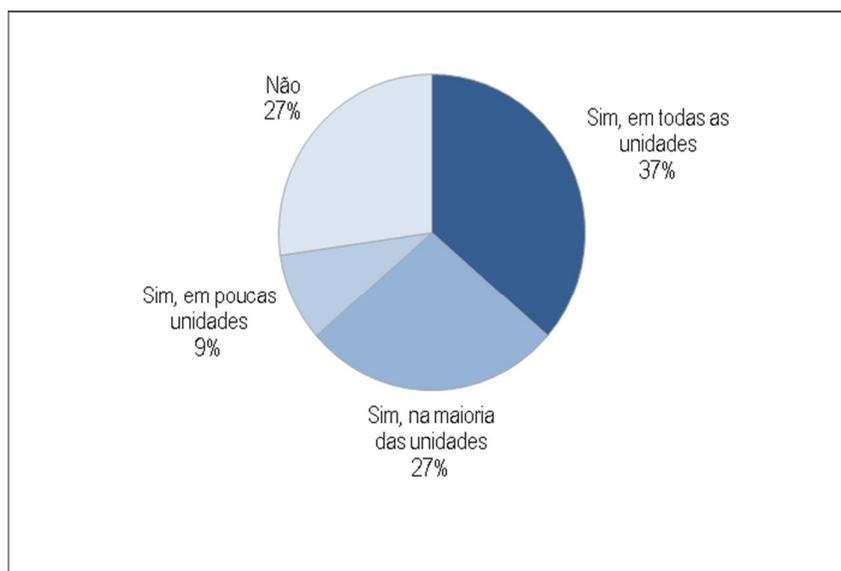
Tipos de Procedimentos	Município oferta com recursos próprios, além da PPI	Oferta Insuficiente		Oferta Suficiente	
		No Município	Em outros Municípios	No Município	Em outros Municípios
RX-contrastado	9,09%	9,09%	45,45%	9,09%	27,27%
ECG	9,09%	9,09%	18,18%	72,73%	0,00%
Endoscopia (colonoscopia, EDA, retossig, e outros)	18,18%	27,27%	100,00%	0,00%	0,00%
Ecocardiografia	18,18%	9,09%	90,91%	0,00%	0,00%
RX-simples	18,18%	18,18%	0,00%	63,64%	18,18%
EEG	18,18%	0,00%	36,36%	18,18%	9,09%
Mamografia	18,18%	9,09%	0,00%	0,00%	81,82%
Colposcopia	27,27%	18,18%	36,36%	18,18%	27,27%
Ultrassonografia	36,36%	63,64%	45,45%	9,09%	9,09%
Patologia e Análise Clínicas	45,45%	27,27%	45,45%	45,45%	27,27%

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

Em função da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os municípios da RS Bragança referem que financiam a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI, especialmente em Patologia e Análises Clínicas, Ultrassonografia e Colposcopia.

No que se refere ao acesso aos exames, dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que em 37% dos municípios da região existe coleta descentralizada em todos os pontos de atenção da Rede Básica e, 27% referem que a coleta ocorre na maioria das unidades (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Presença de coleta descentralizada nos pontos de atenção da rede básica. RS Bragança, 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) Patologia e Análises Clínicas, Colposcopia, Ultrassonografia, RX-simples, ECG e Mamografia (mais de 72% dos gestores); b) RX-contrastado (65% dos gestores) e c) Ecocardiografia e EEG (55% dos gestores).

No que se refere ao acesso aos exames, mais de 73% dos gestores consideram que não há dificuldades, exceto nos exames de Endoscopia, EEG e Ecocardiografia. Por outro lado, mais de 36% desses gestores indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta de exames. Poucos municípios indicam a falta de recursos humanos e a dificuldade de acesso como limitantes.

Quanto às propostas para resolução dos problemas indicados, poucos municípios (3) referem-se ao desenvolvimento de proposta em nível regional como o AME. Alguns (2) indicam que estão estudando a necessidade de compra de equipamentos.

A avaliação deste 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 Bragança, mostra ausência de produção em ressonância, radiologia intervencionista e hemodinâmica e, superprodução em tomografia e medicina nuclear, quando comparados com o cálculo de necessidades para 70% da população (Tabela 37). Dentre estes exames, a produção de tomografia é a que demonstra maior distorção.

Tabela 37 - Produção e necessidade de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade na RS Bragança, 2007.

Municípios	População SE-ADE 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
Bragança Pta	141.362	247.384	495	3.002	607%	99		0%
Atibaia	127.291	222.759	446		0%	89		0%
Socorro	33.841	59.222	118		0%	24		0%
Piracaia	22.167	38.792	78		0%	16		0%
B J Perdões	16.498	28.872	58		0%	12		0%
Nazaré Pta	16.145	28.254	57		0%	11		0%
Pinhalzinho	12.540	21.945	44		0%	9		0%
Joanópolis	11.463	20.060	40		0%	8		0%
Vargem	7.019	12.283	25		0%	5		0%
Pedra Bela	5.999	10.498	21		0%	4		0%
Tuiuti	5.745	10.054	20		0%	4		0%
RS Bragança	400.070	700.123	1.400	3.002	214%	280	0	0%
DRS Campinas	3.846.004	6.730.507	13.461	38.850	289%	2.692	4.426	164%

Municípios	População SE-ADE 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
Bragança Pta	141.362	247.384	25		0%	346	1.157	334%
Atibaia	127.291	222.759	22		0%	312		0%
Socorro	33.841	59.222	6		0%	83		0%
Piracaia	22.167	38.792	4		0%	54		0%
B J Perdões	16.498	28.872	3		0%	40		0%
Nazaré Pta	16.145	28.254	3		0%	40		0%
Pinhalzinho	12.540	21.945	2		0%	31		0%
Joanópolis	11.463	20.060	2		0%	28		0%
Vargem	7.019	12.283	1		0%	17		0%
Pedra Bela	5.999	10.498	1		0%	15		0%
Tuiuti	5.745	10.054	1		0%	14		0%
RS Bragança	400.070	700.123	70	0	0%	980	1.157	118%
DRS Campinas	3.846.004	6.730.507	673	1.837	273%	9.423	19.578	208%

Municípios	População SE-ADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames Hemodinâmica (0,03%)	Produção Exames Hemodinâmica	% Produção em relação à Necessidade
Bragança Pta	141.362	247.384	74		0%
Atibaia	127.291	222.759	67		0%
Socorro	33.841	59.222	18		0%
Piracaia	22.167	38.792	12		0%
B J Perdões	16.498	28.872	9		0%
Nazaré Pta	16.145	28.254	8		0%
Pinhalzinho	12.540	21.945	7		0%
Joanópolis	11.463	20.060	6		0%
Vargem	7.019	12.283	4		0%
Pedra Bela	5.999	10.498	3		0%
Tuiuti	5.745	10.054	3		0%
RS Bragança	400.070	700.123	210	0	0%
DRS Campinas	3.846.004	6.730.507	2.019	1.180	58%

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

Quanto à oferta, no questionário respondido pelos municípios observam-se informações contraditórias com os dados apresentados, uma vez que 82% dos municípios referem que realizam número suficiente de exames de radiologia intervencionista; 27% oferecem exames suficientes de hemodinâmica e 45% exames de ressonância.

O acesso dessa demanda à outros municípios é realizado com algum processo de referência por 18% (2) e através de Central de Regulação por 27% (3) dos municípios. Os demais municípios não referem como estas demandas são encaminhadas o que deve ser melhor investigado.

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 estas pactuações são atendidas com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Ainda no que se refere a esses acordos, 18% dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos em todos os procedimentos acordados e, 9% consideram que são obedecidos na maioria dos procedimentos acordados.

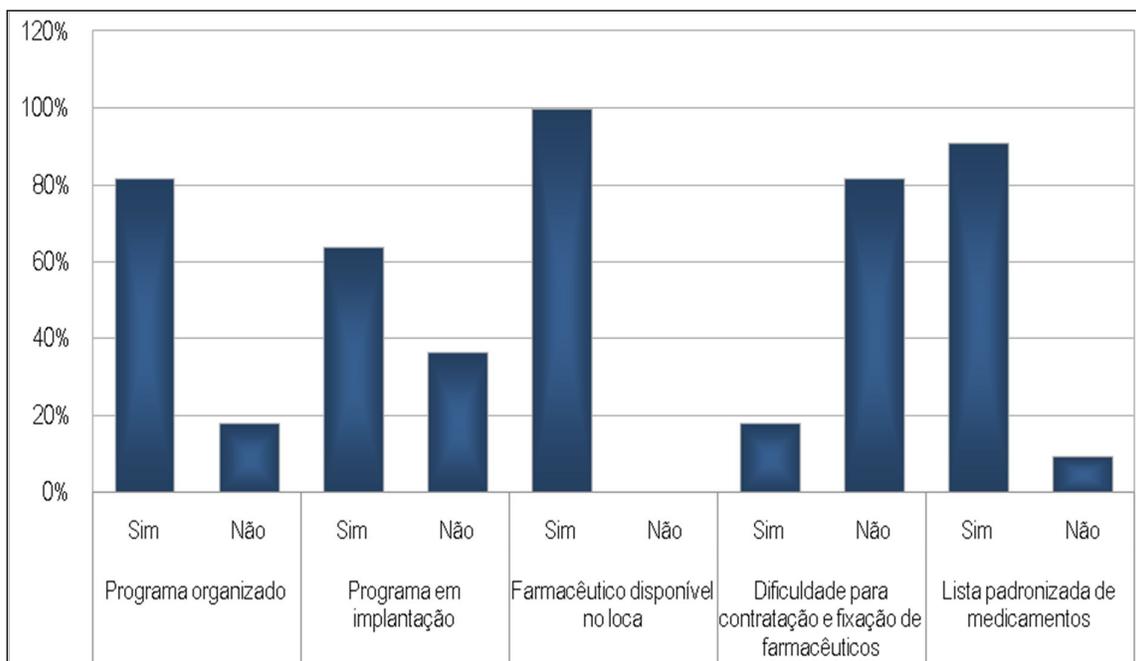
No que diz respeito às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 64%, dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda destes serviços. Por outro lado, também nesse aspecto, os municípios não indicam qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados. Apenas dois municípios referem necessidade de implementação e observação da PPI.

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 alguns procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para tais 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 80% dos municípios da RS Bragança (Gráfico 11), estando em implantação ainda em 60% deles. Todos possuem farmacêutico disponível, e poucos indicam dificuldades para contratação e fixação desse profissional. Mais de 80% dos municípios referem possuir lista padronizada de medicamentos.

Gráfico 11 - Caracterização do programa de assistência farmacêutica. RS Bragança, 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 a seguir, que o entendimento e as responsabilidades indicadas por muitos gestores municipais demonstram pouco entendimento sobre a questão formulada no questionário, na medida em que indicam também processos administrativos que realizam. É possível concluir, no entanto, que a Assistência Farmacêutica Básica é assumida pela maioria, além de outras responsabilidades.

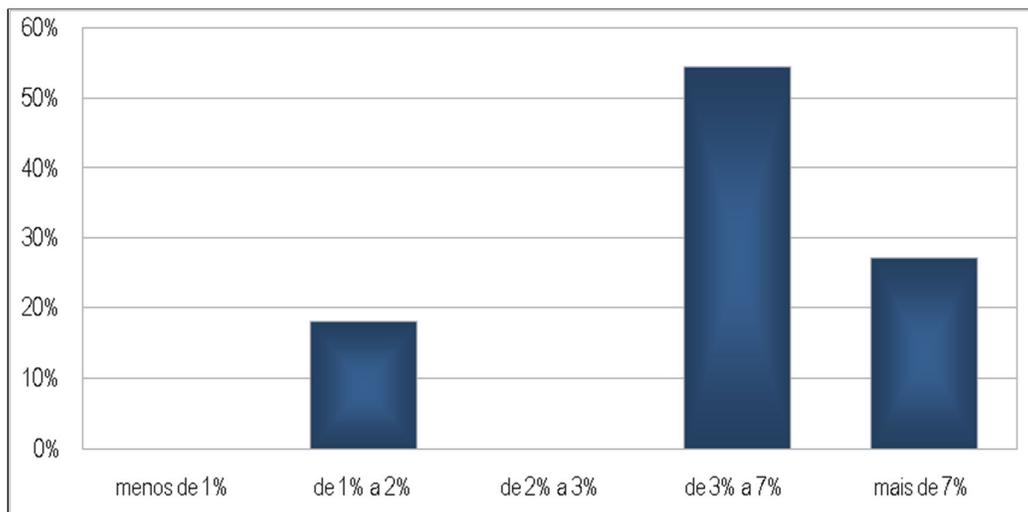
Quadro 1 - Responsabilidades assumidas na assistência farmacêutica, segundo gestores municipais. RS Bragança, 2008.

Municípios	Responsabilidades assumidas
Atibaia	Todas as responsabilidades inerentes à implantação do serviço de atenção farmacêutica básica, de acordo com o preconizado pelo MS.
B J Perdões	Compra de medicamentos e insumos, além dos fornecidos pelos programas estaduais/federais.
Bragança Pta	Atenção básica.
Joanópolis	Gestão plena, medicação da atenção básica, saúde da mulher, diabetes, hipertensão, saúde mental, entre outros.
Nazaré Pta	Avaliação geral dos pacientes necessitados.
Pedra Bela	Todo o processo desde licitação a dispensação; processo de auto-custo.
Pinhalzinho	Aquisição de medicamentos não fornecidos pela assistência farmacêutica Estadual e Federal.
Piracaia	É responsável pela aquisição de medicamentos que não fazem parte da listagem fornecida pelo governo e também promove a compra de aparelhos de glicemia com suas respectivas tiras reagentes.
Socorro	
Tuiuti	Programa de Alto Custo; Farmanet; preservativos; Programa de diabetes; Programa de saúde mental.
Vargem	Orientação personalizada a cada paciente em cada dispensação.

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 três faixas bem definidas: 19% referem gastar de 1% a 2% do orçamento em saúde; 55% indicam que gastam de 3% a 7% e 27% referem gastos de mais de 7% (Gráfico 12).

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



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

Quanto às dificuldades apontadas, 36% dos municípios indicam problemas com relação a medicação de Alto Custo e 27% referem os processos judiciais de medicamentos como principal problema. A grande maioria dos municípios refere problemas com inadequação de processos de trabalho da Assistência Farmacêutica.

Com relação às propostas elaboradas para enfrentamento destas dificuldades, 36% dos municípios não possuem propostas, outros 36% indicam a contratação de recursos humanos e 27% referem como ações o treinamento de profissionais e a melhoria da infraestrutura física.

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 indicar que possuem programas, ainda encontram-se em fase de implantação. Por outro lado, o entendimento das suas responsabilidades, indicadas pelos gestores, permite afirmar que falta uma abordagem mais estratégica na área, estando ausente também uma abordagem regional, no que se refere aos medicamentos de alto custo. Além disso, a maioria dos municípios possuem gastos elevados com medicamentos que devem 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, transporte sanitário de resíduos hospitalares, os processos de gestão de insumos farmacêuticos, processos de gestão de outros materiais e insumos; grau de informatização do SUS abordando a capacidade instalada, grau de informatização e integração dos sistemas existentes; central de marcação; e, outros sistemas informatizados.

3.5.1. Transporte Sanitário de Pacientes

Observou-se que todos os municípios possuem transporte sanitário de pacientes, notando-se uma diversificação nos meios de locomoção utilizados: ambulâncias, ônibus e microônibus. A responsabilidade por este sistema de transporte nessa região sanitária é, em 64% dos municípios, das Secretarias Municipais de Saúde e, em 36% dos municípios é da prefeitura. Alguns municípios disponibilizam também passes e auxílios financeiro, voltados à locomoção do paciente. Não foi referido nenhum tipo de pactuação ou outra forma de acordo de transporte de pacientes 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 Bragança, 2008.

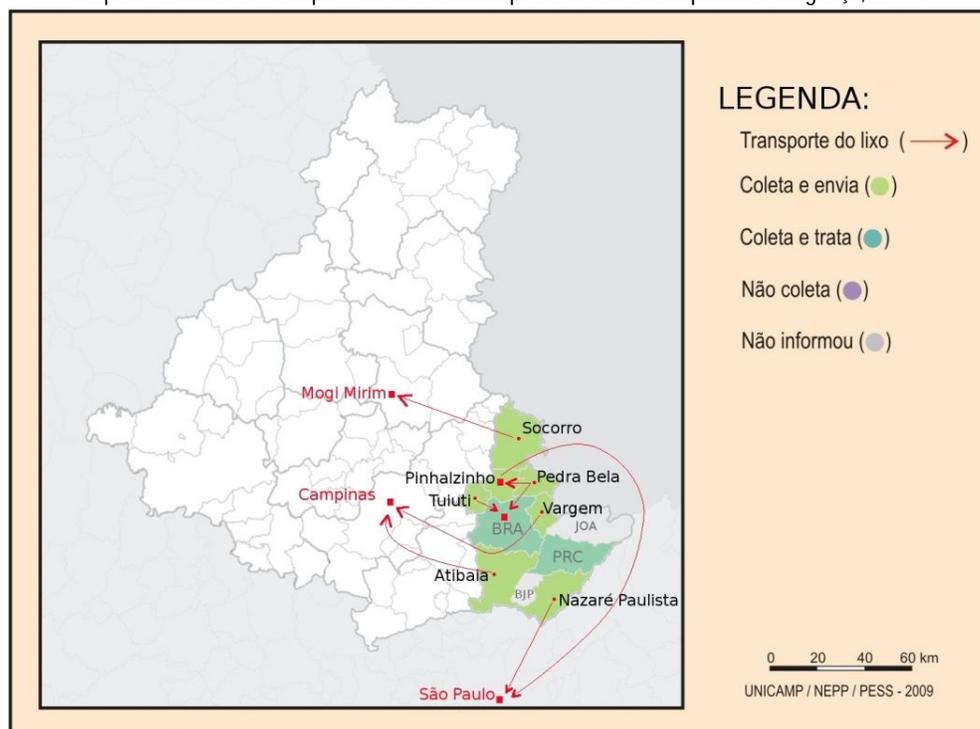
Municípios	Número de pacientes transportados por dia		
	21 a 50	51 a 100	mais de 100
Atibaia			x
B J Perdões		x	
Bragança Pta		x	
Joanópolis	x		
Nazaré Pta	x		
Pedra Bela			x
Pinhalzinho	x		
Piracaia	x		
Socorro	x		
Tuiuti		x	
Vargem	x		

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

3.5.2. Transporte Sanitário de Resíduos de Serviços de Saúde

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

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

Na Tabela 39 apresentam-se os processos identificados, através deste estudo, relacionados à gestão de insumos farmacêuticos.

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

Atividades de gestão insumos farmacêuticos	Nº de municípios
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	11
Dispensação de medicamentos	11
Planejamento de compras de curto prazo	10
Planejamento de compras de médio prazo	10
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos	10
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	9
Padronização de lista de medicamentos além da RENAME	8
Realização de processos de licitação e compra	5

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

Pode-se observar que os processos de armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos são referidos por todos os municípios da região. Os processos de planejamento de compras de curto e médio prazo, acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos são citados pela maioria dos municípios.

Analisando-se os processos de informatização relacionados à Assistência Farmacêutica, verifica-se, que na RS Bragança, sete municípios contam com sistemas de controle de dispensação de medicamentos. Este e outros processos informatizados são apresentados na Tabela 40.

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

Processos informatizados				
Controle de estoque com estoque mínimo	Controle de estoque sem estoque mínimo	Identificação dos medicamentos sem código de barras	Controle da distribuição de medicamentos para as unidades de saúde	Controle da dispensação de medicamentos
4	3	4	4	7

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, nove secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por este 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 Bragança, 2008.

Municípios	Sim	Não
Atibaia	x	
B J Perdões	x	
Bragança Pta	x	
Joanópolis	x	
Nazaré Pta	x	
Pedra Bela	x	
Pinhalzinho		x
Piracaia		x
Socorro	x	
Tuiuti	x	
Vargem	x	
Total	9	2

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, apenas cinco dos nove gestores afirmam que tal composição está adequada, e quatro a avaliam com não adequada. As atividades mais desenvolvidas estão relacionadas aos

processos de levantamento de necessidades, padronização da descrição de materiais e controle de estoques. O processo menos desenvolvido é o controle de qualidade do produto recebido, conforme Tabela 42.

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

Processos de Gestão	Quantidade de municípios
Levantamento de necessidades	9
Padronização da descrição de materiais	9
Controle de estoques	8
Planejamento de compras de curto prazo	7
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	7
Distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço	7
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços	6
Realização de processos de licitação e compra	3
Controle de qualidade do produto recebido	3

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 dois municípios referem possuir um sistema implantado, cinco realizam um controle local com planilha eletrônica e os outros dois fazem uso de um controle manual.

3.5.5. Central de Marcação

Em relação às Centrais de Marcação, a RS Bragança apresenta como características predominantes a comunicação por telefone e o sistema informatizado de marcação. A integração à central regional se apresenta em apenas três municípios, conforme a Tabela 43.

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

Municípios	Integrada por sistema de telefonia	Integrada por sistema on-line	Sistema informatizado de marcação	Equipe suficiente e qualificada	Integrada à central regional
Atibaia	x		x	x	x
B J Perdões			x	x	x
Bragança Pta	x	x	x		
Joanópolis					x
Nazaré Pta					
Pedra Bela	x		x		
Pinhalzinho	x				
Piracaia	x				
Socorro					
Tuiuti			x		
Vargem					
Total	5	1	5	2	3

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 indicando o número de municípios que as realizam.

Tabela 44 - Tipo de marcação desenvolvida pelas Centrais de Marcação e número de municípios que as realizam. RS Bragança, 2008.

	Consultas de especialidades	Exames de laboratório clínico	Exames gráficos	Exames de imagem	Exames de patologia	Internações
Total de municípios	8	4	5	7	5	2

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

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

3.5.6. Informatização

Os dados deste estudo mostram que, na Região de Saúde Bragança, seis municípios contam com sistemas informatizados de saúde, conforme as respostas dos gestores municipais ao questionário da pesquisa, apresentadas na Tabela 45.

Tabela 45 - Municípios com sistemas informatizados de saúde. RS Bragança, 2008.

Municípios	Sim	Não
Atibaia	x	
B J Perdões	x	
Bragança Pta	x	
Joanópolis		x
Nazaré Pta	x	
Pedra Bela	x	
Pinhalzinho		x
Piracaia		x
Socorro	x	
Tuiuti		x
Vargem		x
Total	6	5

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 concentrado nas redes de atenção básica, ambulatorial e hospitalar. Nota-se que seis municípios possuem

sistema informatizado na rede básica, seguido por quatro municípios na rede ambulatorial e apenas três municípios afirmam ter sistema informatizado em sua rede hospitalar.

Dentre os cinco municípios que afirmam não possuir sistema informatizado de saúde, um município vem desenvolvendo pesquisa de mercado e/ou negociação com empresa do setor, dois municípios tem realizado levantamento e visitas a outras secretarias de saúde para conhecer a experiência e os outros dois não realizaram nenhuma ação específica nesse sentido, embora considerem sua implantação muito importante. Os dados colhidos na entrevista realizada com os membros do CGR Bragança mostram que a informatização é uma das fragilidades desta região.

- **Capacidade Instalada**

No que se refere ao número de computadores, a maioria dos municípios (dez) possui até 50 equipamentos destinados ao SUS. Oito municípios referem possuir acima de 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 Bragança, 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	6	4	1	0	3	0	4	4

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 cinco municípios da Região possuem sistema informatizado que utiliza o sistema operacional Windows® e um município o MS-DOS. Em relação ao banco de dados, cada município utiliza um gerenciador de BD diferente. A forma de acesso descrita por um dos municípios é o acesso via web, em dois municípios o acesso é via rede interna de computadores e em três municípios o acesso é individual a um único computador.

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

	Sistema Operacional		Banco de dados utilizado				Forma de acesso			
	Windows	MS-DOS	SQL Server	PostgreSQL	MySQL	Firebird	Clipper	via web	via rede interna	um único computador
Nº de municípios	5	1	1	1	1	1	1	1	2	3

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

Quanto à existência de um sistema informatizado integrado para a organização do serviço de saúde pode-se observar que quatro municípios utilizam software desenvolvido para a própria secretaria municipal de saúde e dois municípios informaram tratar-se de um pacote de software desenvolvido por terceiros. Os usuários destes sistemas são identificados por um cartão com número e nome do usuário.

Sobre os processos de atendimento informatizados, agendamento local e registro dos diagnósticos são os de maior frequência, conforme Tabela 48.

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

Processos	Quantidade de municípios
Agendamento local	4
Registro dos diagnósticos	4
Encaminhamentos	3
Exames e/ou procedimentos realizados	3
Dispensação de medicamentos	2
Agendamento externo	2

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

Embora existam acessos a consultas e relatórios informatizados disponíveis, conforme Tabela 49, a quantidade reduzida desses relatórios não favorece a disponibilização de informações para o planejamento de saúde da região.

Dos seis municípios que afirmam possuir sistema informatizado de saúde, seis contam com algum tipo de relatório e apenas dois emitem relatórios de natureza mais complexa, que podem subsidiar a gestão.

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

Municípios	Por tipo de serviço de saúde	Por processos de atendimento	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários	Por tipo de diagnóstico	Por risco dos usuários
Atibaia	x	x	x	x	x	
B J Perdões	x	x	x	x	x	
Bragança Pta	x	x	x	x	x	x
Joanópolis						
Nazaré Pta	x					
Pedra Bela	x	x	x	x		x
Pinhalzinho						
Piracaia						
Socorro	x	x	x	x	x	
Tuiuti						
Vargem						
Total	6	5	5	5	4	2

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

A maioria dos onze municípios da região apresenta prontuários em papel, armazenados em envelopes. Apenas um município da RS Bragança, Nazaré Paulista, afirma utilizar prontuário eletrônico.

Nessa Região, seis municípios possuem cartão de identificação contendo o número e o nome do usuário. Entretanto, sua utilização abrange apenas o nível intramunicipal.

- **Grau de Informatização**

Na RS Bragança existe oito hospitais vinculados ao SUS localizados nos seguintes municípios: Atibaia (dois), Bragança Paulista (dois), Joanópolis (um), Nazaré Paulista (um), Piracaia (um) e Socorro (um). Analisando o percentual de informatização hospitalar, observou-se uma grande variabilidade, cujos dados são apresentados na Tabela 50.

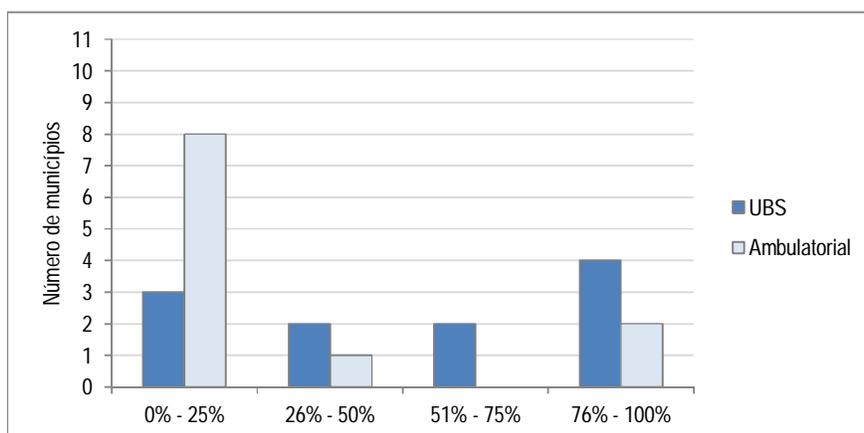
Tabela 50 - Percentual de informatização das unidades hospitalares conveniadas ao SUS, por municípios. RS Bragança, 2008.

Municípios	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
Atibaia				x
B J Perdões		x		
Bragança Pta				x
Joanópolis	x			
Nazaré Pta	x			
Pedra Bela	x			
Pinhalzinho	x			
Piracaia				x
Socorro	x			
Tuiuti	x			
Vargem	x			

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

O Gráfico 13 apresenta o nível de informatização das unidades da atenção básica e ambulatoriais, distribuído entre as quatro faixas de percentuais, cujo nível está, preponderantemente, entre 0% a 25% para unidades ambulatoriais.

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

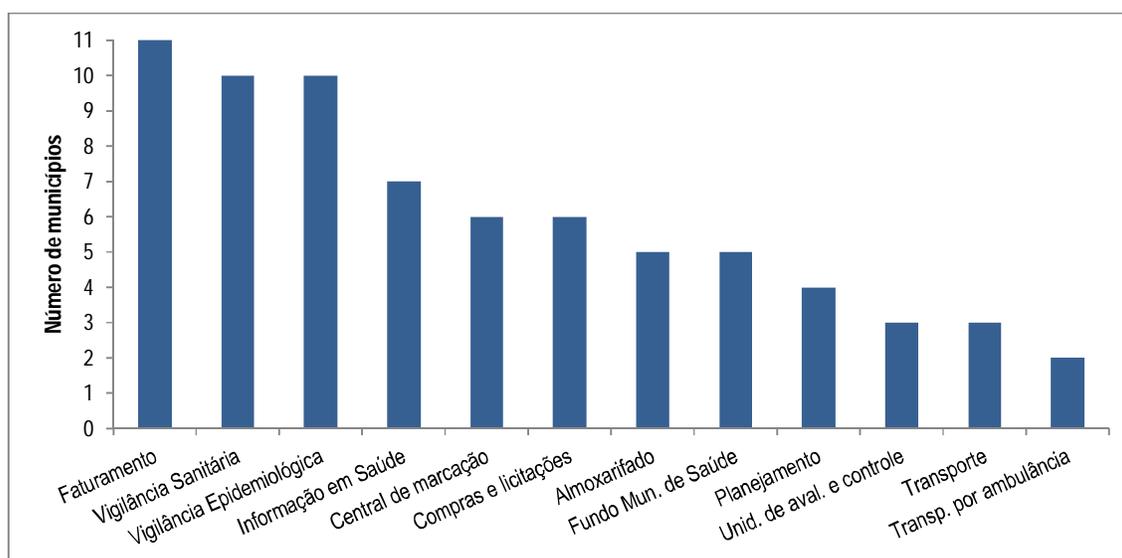


Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

- **Outros Sistemas Informatizados**

Sobre os outros setores informatizados (Gráfico 14) 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, possivelmente por se tratar de uma área estratégica. 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 14 - Setores informatizados por número de municípios. RS Bragança, 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 Região de Saúde Bragança, 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 deverá proporcionar racionalização com redução de custos e otimização de recursos, além de ampliar as possibilidades de investimento buscando proporcionar maior conforto aos pacientes. Um novo fluxo para o processo de transporte de resíduos, partindo de ações solidárias de coleta e destinação dos resíduos coletados, além de redução de custos viabilizaria também 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 comum a todos os municípios, a fim de proporcionar maior integração e melhor compartilhamento de recursos, aliado a possibilidade de informatizar o processo de agendamento, integrando a central de marcação 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; e c) elaborar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos e d) priorizar as linhas de investimento³⁶.

O Colegiado de Gestão Regional da Região de Saúde Bragança 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 Bragança sobre o processo de regionalização no Estado de São Paulo, bem como a análise sobre suas atribuições.

No que diz respeito ao entendimento sobre o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo, a maior parte dos gestores municipais do CGR de Bragança entrevistados acredita que esse processo possibilitou uma maior participação dos gestores nas decisões regionais, aumentando as responsabilidades e favorecendo a gestão solidária. Os seguintes aspectos foram destacados pelos gestores:

- Favorece a participação dos gestores municipais e a construção sem tutela;
- Aumenta o poder de reivindicação coletiva;
- Facilita a realização e a agilização de parcerias dos serviços das diversas cidades;
- Promove mudanças com impactos regionais e os municípios têm suas deliberações respeitadas.

Quanto à configuração das regiões de saúde, os membros do CGR, acreditam que a configuração regional definida é adequada por que:

- Contempla a manutenção da tradicional Região Bragantina.

³⁶ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto de Gestão

- Historicamente, esse foi o primeiro Colegiado a criar um Fórum de Educação Permanente dos Gestores com abrangência regional.
- Contempla o território abrangido pelos pactos firmados desde 2004 na Região;
- A Região é tradicionalmente solidária;
- Todos os municípios do CGR se conhecem no que se refere a realidades, história e peculiaridades.

Quanto às pautas das reuniões do Colegiado, os gestores avaliam que é adequada, considerando que esta é formulada em reuniões preparatórias na câmara técnica e os componentes do colegiado podem solicitar inclusão de assuntos nas próprias reuniões. Quanto à pertinência dos assuntos discutidos nas reuniões os gestores informam ainda que a prioridade dos pontos da pauta é definida pelos municípios e expressam as principais questões regionais.

Já no que diz respeito à periodicidade das reuniões do CGR, a maior parte dos membros do CGR a avalia como satisfatória, considerando positiva a assiduidade dos municípios, cuja atuação é bastante significativa. Quanto à coordenação das reuniões, os gestores avaliaram como adequada a condução do interlocutor do DRS junto ao CGR.

Cabe ressaltar novamente, que os Colegiados de Gestão Regional são instâncias gestoras criadas recentemente e se encontram em fase de apropriação do seu papel, bem como em processo de ajustes da sua dinâmica de trabalho.

No que diz respeito à atuação da SES-SP no processo de Regionalização do SUS, os gestores indicaram aspectos relevantes. Quanto aos pontos positivos, os gestores apontaram que:

- A SES promoveu a discussão sobre a regionalização;
- A discussão do Pacto, coordenada pela SES, foi efetiva, o que favoreceu a agilização de parcerias dos serviços dos diversos municípios;
- O Fórum de Educação Permanente possibilitou a construção de um espaço regional e de parceria com a Universidade.

Por outro lado no que diz respeito aos aspectos negativos os gestores relataram que:

- Faltou a participação do nível central da SES;
- A SES-SP apresenta-se sempre muito resistente, com uma postura hierarquizada frente aos municípios;
- A SES apresenta dificuldades estruturais para coordenar o Plano Regional;
- Não incorporação de consensos e produtos de debates.

Especificamente quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação dos gestores é positiva destacando a atuação do CDQSUS e ressaltando os seguintes aspectos:

- O DRS foi parceiro no processo de regionalização;
- Há facilidade de comunicação;
- O DRS é presente enquanto o nível central da SES mostra-se ausente;
- O DRS vem promovendo apoio técnico aos municípios.

Apesar dos pontos positivos destacados, os gestores dessa região de Saúde ressaltam dificuldades especialmente relacionadas a infraestrutura e aos Recursos Humanos do DRS. São elas:

- Fragilidade na quantidade e capacidade dos recursos humanos;
- Falta de capacitação dos servidores;
- Estrutura e recursos insuficientes frente às necessidades regionais.

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

- Destaque para as vantagens da existência de um consórcio;
- O CGR confere maior poder de negociação regional.

Foram destacados também alguns aspectos que dificultam essa articulação, conforme indicado a seguir:

- Há um grande distanciamento da UNICAMP;
- Não existência de um fórum articulador regional;
- Fragilidade do Estado no papel de articulador regional;
- Não participação de Bragança no Fórum da Região Metropolitana de Campinas.

Com relação ao processo de formulação do Plano Estadual de Saúde, os membros do CGR de Bragança entrevistados destacaram os seguintes aspectos:

- As deliberações das Conferências Municipais foram encaminhadas via DRS;
- Pouco tempo para o debate do Plano e sem retorno das colaborações.

No que se refere ao processo de formulação da Programação Pactuada Integrada os gestores fazem as seguintes observações:

- A PPI foi discutida coletivamente pelos gestores do Colegiado, mas sem instrumentos para corrigir distorções;
- Os Sistemas de Informação dos municípios tem muita fragilidade e pouca consistência de dados;
- Há distorções em credenciamento de leitos;
- A PPI estimulou a transparência (os municípios apresentaram dados que omitiam sobre seus próprios serviços com o receio de atrapalhar o encaminhamento de seus habitantes a outros municípios).

Finalmente o CGR de Bragança solicita que a PPI seja revista e passe a vigorar apenas a partir de 2009.

No que diz respeito 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 Bragança

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 à formação dos gestores municipais de saúde; às estruturas organizacionais das secretarias municipais de saúde e as organizações voltadas ao apoio e à gestão; aos processos e instrumentos de planejamento e gestão; à avaliação e controle do SUS; ao financiamento da saúde; à 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 Região de Saúde Bragança, observou-se que nove (82%) desses gestores tem formação na área da saúde e dois (18%) deles tem formação em outras áreas do conhecimento, como educação, administração, direito, entre outras.

Do total dos 9 profissionais com graduação em cursos da área da saúde, apenas dois têm 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 pela quase totalidade dos gestores municipais (91%) como parcialmente inadequadas. Somente um município avalia como totalmente adequada. Há relato de alguns gestores desta região, de que as Secretarias Municipais estão em processos de reestruturação, dependendo, todavia de recursos financeiros para a implantação das mudanças necessárias.

Segundo informações obtidas junto aos gestores municipais, por meio de questionário, três municípios dessa região (27%) fazem parte de algum consórcio municipal de saúde. Nesta região os municípios que referiram participar de consórcios intermunicipais são: Socorro, Tuiuti e Vargem.

Além dos Consórcios, apenas o município de Bragança utiliza outros tipos de organizações de apoio à gestão, como associações de bairro com o propósito de apoiar a Secretaria no desenvolvimento de atividades voltadas ao Programa de Saúde da Família. Este estudo não pretendeu aprofundar a especificidade da participação dos consórcios e de outros tipos de organização, no apoio à gestão municipal, todavia se supõe existir alguma contribuição 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. Apenas 5 dos municípios (45%) afirmam possuir cargos de gerência nas unidades de saúde. Desse total, apenas um município relata a existência de gerentes em todas as unidades de saúde.

Quanto aos aspectos considerados para a escolha dos gerentes de unidades de saúde, os gestores municipais apontaram os seguintes, de acordo com a Tabela 51.

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

Municípios	Carga horária profissional	Profissional de nível superior	Profissional concursado	Exigência de formação em Saúde Pública	Outras
Atibaia	x	x			
B J Perdões					
Bragança Pta	x	x			
Joanópolis					
Nazaré Pta		x			
Pedra Bela					
Pinhalzinho					
Piracaia					
Socorro					x
Tuiuti					
Vargem					x

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

Dentre os cinco municípios que apresentam gerentes em unidades de saúde, quatro municípios (80%) apontam a existência de remuneração diferenciada para essa função.

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

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

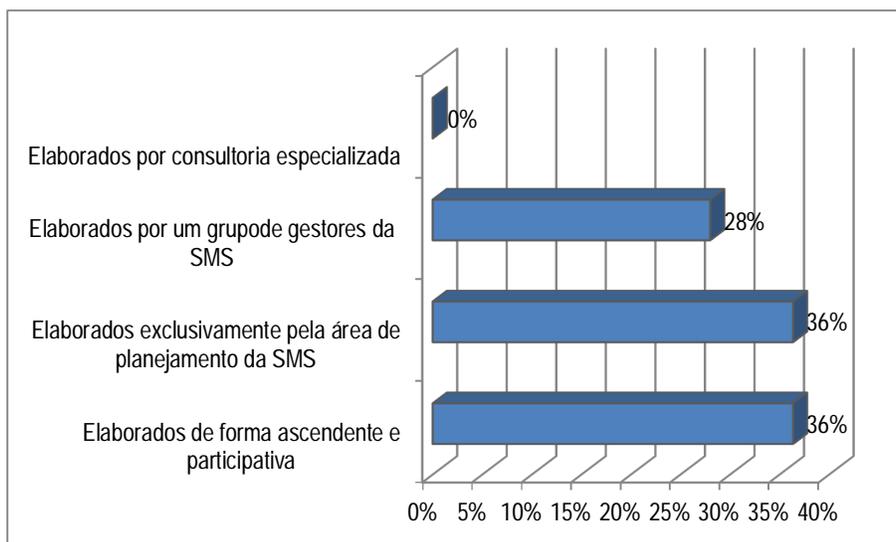
O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)³⁷ propõe uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de governo. O SUS pressupõe que cada esfera realize o seu planejamento, buscando articular entre si os respectivos planos de saúde,

³⁷ 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.

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

Nesta região, quatro municípios (36%) elaboram os seus Planos de Saúde e Relatórios de Gestão de forma ascendente e participativa, de acordo com o que preconiza o PlanejaSUS. Em quatro municípios (36%) esses planos e relatórios são elaborados exclusivamente pela área de planejamento das Secretarias Municipais de Saúde. Nos outros três municípios (28%), são elaborados por grupo de gestores do nível central da SMS. Nenhum município dessa Região informou contratar consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão. Isso pode ser visualizado no gráfico a seguir apresentado (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Percentual de elaboração de planos municipais de saúde e relatórios de gestão. RS Bragança, 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, cinco gestores municipais (45%) relataram que o Plano é parcialmente utilizado, cinco informam que o utilizam totalmente, e apenas um município (9%) não utiliza o Plano Municipal como instrumento de gestão.

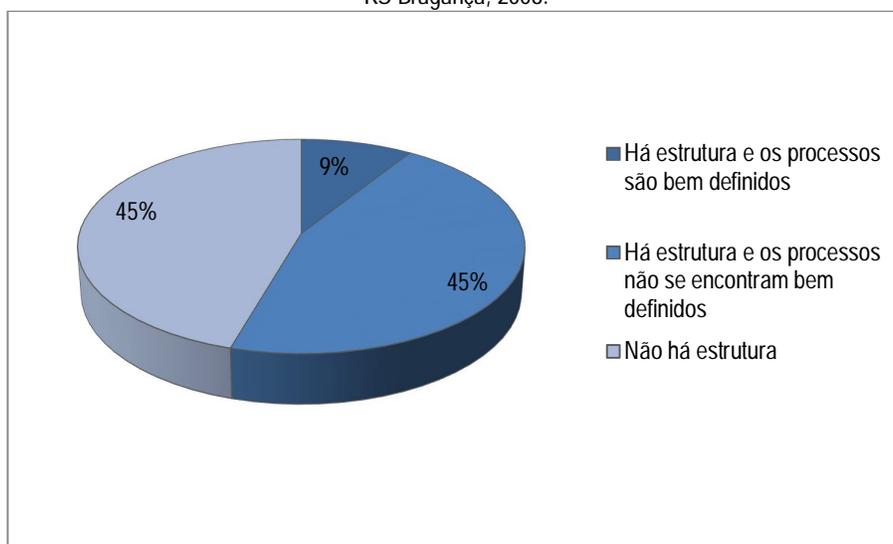
Quanto à utilização do Relatório de Gestão como instrumento no processo de gestão do SUS municipal, seis municípios (56%) fazem uso sistematicamente; quatro municípios (36%) utilizam-no parcialmente e apenas um município (9%) não o utiliza.

- **Avaliação e Controle do SUS**

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS, apenas um município (9%) da região afirmam possuir estruturas e processos bem definidos, cinco municípios (45%) afirmam possuir estruturas e processos que não se encontram bem definidos, e outros cinco (45%) afirmam não possuir estruturas e processos voltados à avaliação e controle do SUS, como se pode constatar no Gráfico 16. Isso parece demonstrar que há dificuldades, na maior parte dos municípios com aspectos relacionados à regulação do sistema.

Nesse sentido, esse relatório, conforme demonstrado no capítulo 3.3, evidenciou que vários municípios desta região possuem serviços contratados e/ou conveniados sob gestão municipal, não possuindo, entretanto estruturas e/ou processos de avaliação e controle bem definidos. Isso reforça a percepção de que há fragilidades no processo de regulação dos municípios, especialmente sobre o processo de contratação de serviços de saúde.

Gráfico 16 - Percentual dos municípios com processos de acompanhamento, avaliação e auditoria do SUS municipal. RS Bragança, 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.

Nesta região, somente um município (9%) possui o fundo estruturado e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto que o restante dos dez municípios

(91%) possui fundo municipal sob a responsabilidade de outra estrutura da Prefeitura Municipal.

Quanto aos recursos da saúde alocados no Fundo Municipal, os dados fornecidos pelos gestores mostram que quatro dos municípios da Região (36%) alocam todos os recursos no Fundo, inclusive os municipais e sete (64%) alocam apenas os recursos municipais e os estaduais.

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

Os dados da Tabela 52 mostram que todos os municípios da Região de Saúde Bragança Paulista vêm aplicando, desde 2002, mais de 15% do seu orçamento próprio em saúde, atendendo inclusive aos preceitos constitucionais da Emenda 29. Destacam-se na Região os municípios de Bom Jesus dos Perdões, Pedra Bela, Nazaré Paulista e Joanópolis, que ficaram acima da média regional.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atibaia	16,06	16,40	17,28	17,82	17,39	17,73
B J Perdões	17,74	26,26	23,58	24,48	24,51	28,79
Bragança Pta	13,58	18,02	17,67	18,88	15,00	18,14
Joanópolis	21,91	22,65	21,55	23,38	22,97	23,23
Nazaré Pta	27,61	19,70	23,24	16,56	23,67	23,70
Pedra Bela	17,79	17,60	20,28	21,12	22,82	21,80
Pinhalzinho	18,97	18,96	20,96	17,40	18,81	20,50
Piracaia	15,52	15,81	16,00	15,09	16,35	17,04
Socorro	12,56	14,35	15,22	16,40	16,32	20,37
Tuiuti	15,90	15,51	17,92	18,39	18,74	17,14
Vargem	15,44	10,97	15,17	16,36	15,68	16,74
RS Bragança	17,55	17,84	18,99	18,72	19,30	20,47

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\$ 166,18 (Pinhalzinho) e R\$ 296,65 (Bom Jesus dos Perdões). Apesar dessa variação, os municípios da Região vêm apresentando aumento dos gastos em saúde no período analisado. Considerando que a média do Estado de São Paulo é de R\$ 255,02 per capita em 2007, verifica-se que apenas os municípios de Bom Jesus dos Perdões, Nazaré Paulista e Joanópolis estão acima da média estadual.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atibaia	117,17	128,16	152,51	165,36	179,08	228,14
B J Perdões	130,46	182,21	191,01	213,90	250,31	296,65
Bragança Pta	107,53	146,19	160,17	178,19	209,25	251,29
Joanópolis	146,37	151,57	161,95	186,09	221,33	257,64
Nazaré Pta	154,39	134,02	157,89	158,18	199,22	273,32
Pedra Bela	142,38	125,20	151,63	165,81	205,16	223,15
Pinhalzinho	86,38	90,66	120,33	109,90	144,63	166,18
Piracaia	76,41	90,78	97,19	116,12	122,29	183,07
Socorro	64,63	78,29	90,73	115,92	141,70	182,04
Tuiuti	107,01	111,38	144,04	158,63	190,64	187,07
Vargem	89,56	64,98	95,73	112,40	119,16	191,13
RS Bragança	111,12	118,49	138,47	152,77	180,25	221,79

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Os municípios da Região de Saúde Bragança gastam menos de 8% do total de recursos da saúde em medicamentos conforme demonstrado na Tabela 54. Segundo informações obtidas junto ao SIOPS, o município de Pinhalzinho destinou 0% do seu orçamento para a despesa com medicamentos em 2007. Todavia no questionário utilizado como uma das fontes para esse diagnóstico, o município de Pinhalzinho informou gastar entre 3% e 7% de seu orçamento na aquisição de medicamentos. Ainda segundo dados obtidos no SIOPS, alguns municípios gastam somente 1,19% dos seus recursos com medicamentos, como é o caso de Nazaré Paulista. Por outro lado, Vargem é o município com maior gasto com medicamentos da Região (7,67%).

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atibaia	3,61	2,50	2,38	2,79	3,31	2,94
B J Perdões	1,37	2,53	6,41	6,21	4,97	2,50
Bragança Pta	7,72	3,68	12,15	11,63	4,74	3,46
Joanópolis	1,29	1,40	0,88	1,41	1,68	1,63
Nazaré Pta	2,69	8,10	3,36	0,00	2,37	1,19
Pedra Bela	1,44	0,88	1,51	2,41	2,89	3,32
Pinhalzinho	0,00	18,35	10,19	11,45	12,84	0,00
Piracaia	0,71	2,07	2,53	1,89	3,87	5,54
Socorro	0,00	1,25	4,16	2,69	4,06	3,03
Tuiuti	0,48	15,20	20,09	10,72	7,33	6,86
Vargem	5,33	4,84	0,00	0,00	8,46	7,67
RS Bragança	2,24	5,53	5,79	4,65	5,14	3,47

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

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, representando comparativamente, 25% desta.

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, destacam-se com valores acima da média regional do orçamento destinado a essa modalidade de despesa os municípios de Nazaré Paulista (50,84%), Bragança Paulista (45,70%), Pinhalzinho (45,51%), Vargem (41,25%) e Atibaia (37,23%) (Tabela 55). A média estadual do percentual de recursos destinados a serviços de terceiros, em 2007, foi de 19,9%, bem abaixo da Região de Saúde Bragança, o que pode indicar uma grande dependência dos serviços contratados e conveniados do SUS.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atibaia	21,81	25,21	26,08	25,38	23,80	37,23
B J Perdões	15,90	12,62	10,59	14,44	22,92	23,30
Bragança Pta	28,26	35,97	34,97	37,75	41,64	45,70
Joanópolis	33,10	47,95	48,43	27,59	28,32	28,07
Nazaré Pta	65,65	36,91	53,60	60,18	58,44	50,84
Pedra Bela	27,66	33,96	33,14	37,83	34,18	39,66
Pinhalzinho	54,76	52,40	37,58	40,52	40,70	45,51
Piracaia	3,40	5,30	3,96	4,91	5,76	6,72
Socorro	12,54	16,91	29,62	20,59	14,17	12,04
Tuiuti	32,48	31,83	27,07	42,69	38,28	30,53
Vargem	28,12	34,80	31,59	28,37	33,38	41,25
RS Bragança	29,43	30,35	30,60	30,93	31,05	32,80

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. Destacam-se nessa região (Tabela 56) os municípios de Socorro, Nazaré Paulista, Piracaia, Joanópolis e Bragança Paulista, que estão com percentual acima da média regional. Por outro lado a média estadual em 2007 foi de 5,26%, maior que a média da região no mesmo período.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atibaia	5,23	3,55	5,00	2,75	0,89	2,50
B J Perdões	0,62	13,24	4,14	1,95	3,02	1,97
Bragança Pta	3,80	0,53	4,17	2,03	2,63	4,62
Joanópolis	3,83	0,24	0,00	2,87	7,80	5,59
Nazaré Pta	0,00	0,18	0,24	1,60	5,77	8,54
Pedra Bela	16,91	1,36	10,26	0,38	2,23	0,26
Pinhalzinho	2,03	1,58	12,60	0,30	9,52	1,60
Piracaia	0,85	1,58	5,26	10,00	0,72	6,77
Socorro	10,76	20,13	6,98	9,26	7,13	10,61
Tuiuti	0,52	0,39	3,67	0,49	5,42	0,63
Vargem	31,10	2,06	16,36	3,14	0,11	0,11
RS Bragança	6,88	4,08	6,24	3,16	4,11	3,93

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Sabe-se que a força de trabalho é imprescindível tanto no processo de gestão quanto no da atenção à 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 Região de Saúde Bragança, todavia, diferentemente das outras 10 regiões de saúde que foram objeto deste estudo, mostram que, em muitos municípios, o percentual destinado a Recursos Humanos é menor do que os percentuais destinados a custeio, capital e serviços de terceiro (Tabela 57).

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Atibaia	51,22	50,43	49,16	47,84	47,67	44,11
B J Perdões	68,60	58,38	65,57	60,23	54,21	59,26
Bragança Pta	45,46	46,71	44,98	46,70	42,52	38,09
Joanópolis	32,73	33,45	33,85	35,69	32,78	29,72
Nazaré Pta	28,45	43,87	27,01	29,65	26,97	26,74
Pedra Bela	46,44	49,81	41,82	42,42	40,66	37,49
Pinhalzinho	24,40	25,24	25,65	29,17	23,73	22,33
Piracaia	56,68	53,12	51,56	50,90	53,90	47,78
Socorro	59,19	48,50	49,85	47,05	45,35	41,51
Tuiuti	33,28	25,92	25,30	30,88	32,13	33,32
Vargem	26,39	40,45	30,89	45,79	41,87	39,16
RS Bragança	42,99	43,26	40,51	42,39	40,16	38,14

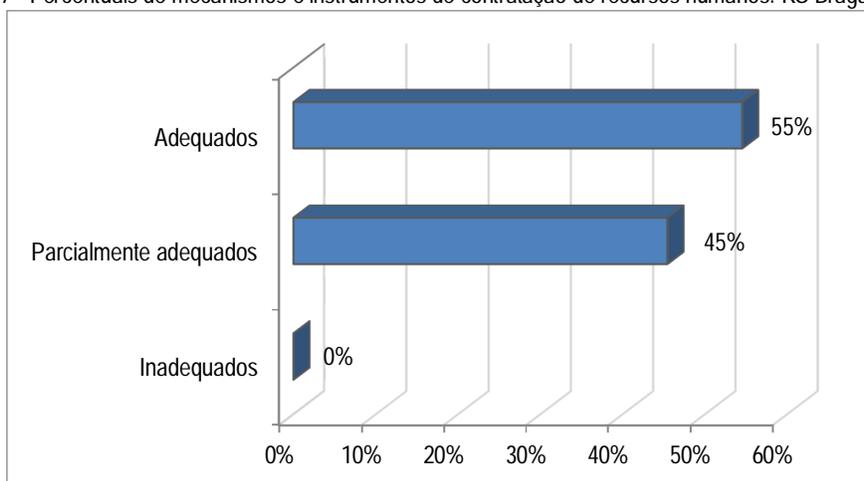
Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

- **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, seis gestores dos municípios da região (55%) avaliam tais mecanismos como adequados, e cinco gestores (45%) avaliam como parcialmente adequados (Gráfico 17).

Gráfico 17 - Percentuais de mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos. RS Bragança, 2008.



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

Os Planos de Cargos, Carreira e Salários consistem em importante instrumento para a gestão dos recursos humanos, bem como uma diretriz do Ministério da Saúde. Nesta região, dez municípios (91%) afirmam não possuir plano; apenas um (9%) possui plano geral para a administração municipal como um todo, e nenhum município apresenta um plano específico para os profissionais de saúde, visando atender as características específicas desses trabalhadores.

Quanto às formas de contratação dos Recursos Humanos em saúde, pode-se observar a existência de várias modalidades adotadas na Região de Saúde Bragança, 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. Apesar dos preceitos legais existentes, muitas dessas

modalidades 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 região 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 lançar mão de outros mecanismos de contratação. Segundo quatro municípios dessa região também são contratados profissionais por meio de “estágios remunerados”, “firmas terceirizadas” e “por meio do consórcio”.

Tabela 58 - Formas de contratação de Recursos Humanos em Saúde por município. RS Bragança, 2008.

Municípios	Concurso Público	Contratação Temporária	Contratação por meio de organizações	Outras
Atibaia	x	x	x	x
B J Perdões	x	x		
Bragança Pta	x	x	x	
Joanópolis	x			x
Nazaré Pta	x	x		
Pedra Bela	x	x	x	
Pinhalzinho		x		x
Piracaia	x	x		
Socorro	x			
Tuiuti	x	x		x
Vargem	x	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. Na Tabela 59, pode-se verificar a existência de várias causas ligadas à dificuldade de contratação e fixação de médicos segundo as informações obtidas com os gestores municipais.

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

Municípios	Nenhuma	Baixos Salários	Ambiência inadequada	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios	Retaguarda técnica insuficiente	Outros
Atibaia		x					x
B J Perdões						x	x
Bragança Pta		x		x	x	x	
Joanópolis		x		x		x	
Nazaré Pta		x				x	
Pedra Bela		x			x		
Pinhalzinho		x			x		
Piracaia	x						
Socorro		x					
Tuiuti		x					
Vargem	x						

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

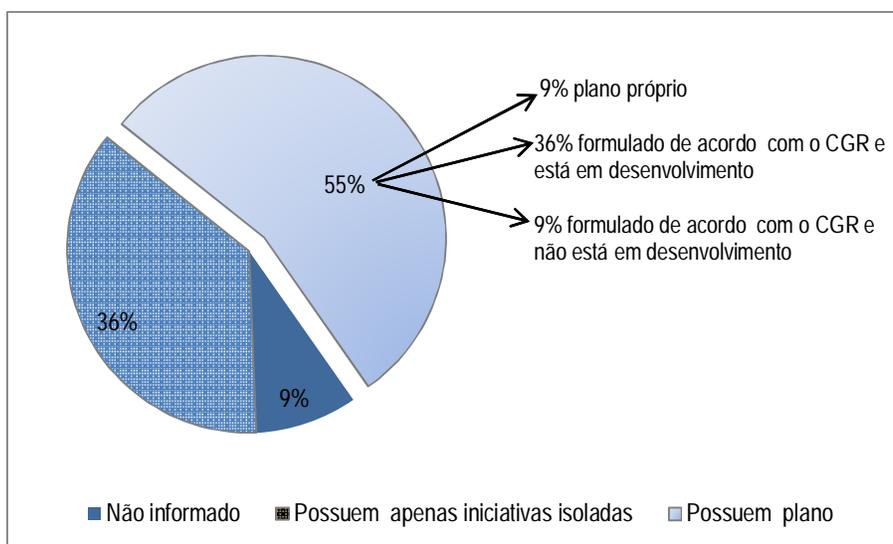
Cabe destacar aqui que, dos onze municípios que compõem a Região de Bragança, oito (73%) apontaram os baixos salários como uma dificuldade existente para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde. Dois municípios da região informaram que a dificuldade de fixar e contratar os profissionais médicos na região, deve-se especialmente a exigência do cumprimento de jornada de trabalho, a concorrência dos municípios vizinhos, e a distância dos grandes centros. Por outro lado, dois municípios investigados não apontam nenhuma dificuldade à fixação e contratação desses profissionais.

Outro aspecto considerado nesse 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 Colegiados de Gestão Regional (CGR) no planejamento das ações de capacitação profissional e amplia as possibilidades de organização das Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES) nas macrorregiões de saúde. Além disso, a portaria prevê a descentralização dos recursos financeiros, que antes ficavam sob a gestão do Ministério da Saúde.

O enfoque da Educação Permanente (EP) se baseia nas necessidades detectadas no próprio processo de trabalho a luz de contextos específicos; a mudança se alcança a partir de um processo crítico do próprio trabalho, integrando as demandas objetivas com as experiências que se processam na prática.

Pode se observar no Gráfico 18 abaixo, que a maior parte dos municípios não possui um plano organizado direcionado às iniciativas de educação permanente. Verificou-se que apenas um dos municípios (9%) possui plano próprio de educação permanente; quatro municípios (36%) não possuem planos, desenvolvendo somente iniciativas isoladas. Dos cinco municípios que afirmam possuir plano de caráter regional, quatro (36%) reconhecem que este foi formulado de acordo com as prioridades definidas no CGR e está em desenvolvimento, e um (9%) afirma que o plano, apesar de formulado respeitando as prioridades definidas no CGR, ainda não está em desenvolvimento. O município de Atibaia (9%) não respondeu a questão.

Gráfico 18 - Existência de Plano de Capacitação para os profissionais de saúde. RS Bragança, 2008.



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

A existência de uma estrutura de Recursos Humanos nas secretarias com as atribuições e responsabilidades definidas, tende a contribuir para a organização e racionalização dos fluxos e das demandas para o setor.

Todavia, verifica-se na Tabela 60, que a maior parte das secretarias municipais de saúde da região, especialmente as dos municípios de pequeno e médio porte, não possui estrutura própria para a gestão de recursos humanos. Muitos municípios possuem apenas uma área com características específicas de departamento de pessoal, subordinada, na maior parte das vezes, às áreas financeiras e administrativas da Prefeitura. Além disso, 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.

Tabela 60 - Existência de setor próprio voltado à gestão de recursos humanos, por municípios. RS Bragança, 2008.

Municípios	Não existe	Responsável apenas pelos procedimentos administrativos	Responsável apenas pelos procedimentos voltados às iniciativas de educação permanente	Responsável pelos procedimentos administrativos e pelos voltados à educação permanente
Atibaia				x
B J Perdões	x			
Bragança Pta		x		
Joanópolis			x	
Nazaré Pta	x			
Pedra Bela	x			
Pinhalzinho	x			
Piracaia	x			
Socorro		x		
Tuiuti	x			
Vargem	x			

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

Conforme demonstrado na mesma tabela, somente quatro municípios desta região (36%) não apresentam estruturas próprias voltadas à gestão dos Recursos Humanos em Saúde. Do total dos municípios que possuem a estrutura, apenas um município apresenta um setor voltado à gestão de recursos humanos responsável pelos procedimentos administrativos e pelos procedimentos voltados à educação permanente. Isso acaba por demonstrar a necessidade de uma melhor estruturação dessas Secretarias para contribuir com a qualificação desse processo.

Outro aspecto avaliado nesse 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. A folha de pagamento, na maior parte dos municípios brasileiros, é a única fonte de informações em relação aos servidores, não havendo dados disponíveis quanto à lotação real dos trabalhadores, sua qualificação e previsão de aposentadoria.

Na Região de Saúde Bragança, apenas dois municípios, Socorro e Bragança, informaram possuir sistema de informação específico para Recursos Humanos.

Quanto aos canais de negociação coletiva, sabe-se que se constituem em mecanismos necessários para o enfrentamento adequado dos conflitos resultantes das relações entre gestores e trabalhadores. O estabelecimento de acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho. Todavia essa não é a realidade na maioria dos municípios da Região de Saúde Bragança, já que apenas quatro gestores municipais (36%) relatam a existência desses mecanismos nas SMS.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos em saúde, vale destacar que sete gestores da região (64%) referem a existência de grandes inadequações dos salários de seus profissionais, e quatro municípios (36%) consideram que os salários se encontram em geral adequados frente à remuneração dos outros municípios da região. Um dos grandes desafios

da gestão do trabalho em saúde no SUS diz respeito à remuneração de seus profissionais. Sabe-se que a remuneração não é o único fator que garante a motivação dos trabalhadores, entretanto trata-se de um importante incentivo, que vem colaborando para a fixação ou não dos profissionais.

- **Controle Social**

Outra dimensão avaliada neste estudo no âmbito da gestão do SUS municipal, diz respeito ao controle social. A participação contínua da sociedade na gestão pública é um direito assegurado pela Constituição Federal, no entendimento que o controle social possibilita que os cidadãos não só participem da formulação das políticas públicas, mas também fiscalizem de forma permanente a aplicação dos recursos.

Os dados colhidos através do questionário da pesquisa mostram que nove (82%) dos secretários municipais da Região de Saúde Bragança consideram que a composição dos Conselhos Municipais de Saúde obedece ao que preconiza a legislação vigente; dois municípios (18%) avaliam que a composição não está de acordo com as exigências legais.

No que se refere ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, nove gestores municipais (82%) afirmaram que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida; apenas dois municípios (18%) afirmaram que o Conselho se reúne apenas eventualmente.

A Lei Federal 8.142 de 1990 define que as Conferências Municipais de Saúde devem ser realizadas no mínimo a cada quatro anos. Quanto a essa questão, os dados do questionário mostram que nove municípios (82%) da Região de Saúde Bragança realizam as Conferências Municipais de Saúde com a periodicidade mínima exigida, e dois municípios (18%) ainda não atendem à exigência legal.

Conclusões Parciais

Este estudo evidenciou algumas fragilidades significativas nas estruturas e processos de gestão municipal e de gestão regional do SUS na Região de Saúde Bragança. Sem dúvida, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações no sentido de aprimorá-las, considerando a importância do processo de estruturação das Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Quanto às formas de Organização e Gestão Regional na RS Bragança, devemos 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.

Para o alcance desse objetivo, é fundamental que as instâncias de gestão regional instituem 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 alguns municípios dessa região vêm se organizando em formas 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 à necessidade de adequá-las para o cumprimento das funções gestoras do SUS. Ainda nesse sentido sugere-se também a necessidade de se implantar a gerência em todos os serviços de saúde nos municípios da região, com critérios de escolha bem definidos e remuneração específica. No que se refere aos Processos e Instrumentos de Planejamento e Gestão, apesar de quase todos os municípios desta região estarem elaborando os instrumentos preconizados pelo PlanejaSUS, os processos devem ser aprimorados especialmente quanto a forma de elaboração bem como quanto a utilização sistemática dos instrumentos no processo de gestão.

Já no tocante a Avaliação e Controle do SUS, uma série de fragilidades se evidenciaram 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 quase todos os municípios não os têm sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde. Nota-se ainda que nesta região a maior parte dos municípios destina um percentual maior de recursos da saúde a serviços de terceiros e pessoas jurídicas do que a gastos com pessoal. Isso pode estar relacionado a uma grande dependência de serviços contratados e/ou conveniados para a prestação de serviços. Por outro lado merece destaque que todos os

municípios da Região de Bragança vêm cumprindo os preceitos constitucionais, no que se refere a destinação de recursos municipais a saúde.

Os dados obtidos através dos gestores parecem demonstrar uma tendência de qualificação da organização das instâncias municipais voltadas ao controle social.

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde é um dos maiores desafios a ser superado na gestão do SUS na Região de Saúde Bragança. Alguns municípios da Região não possuem 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. A maior parte dos municípios refere uma insuficiência de profissionais médicos no sistema, em que pese o grande número desses profissionais formados todos os anos no país, especialmente nas regiões Sul e Sudeste. Quanto a essas dificuldades para a contratação e fixação de médicos nos municípios, os gestores atribuem a maior parcela de responsabilidade aos baixos salários pagos. Destaca-se ainda que nenhum dos municípios dessa região possui um plano de cargos carreiras e salários específico voltado aos profissionais de saúde. Trata-se, entretanto, de uma questão bastante complexa que merece um maior aprofundamento para o seu entendimento. Observou-se ainda que os municípios possuem 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 configuração das Redes Regionais de Atenção à Saúde, como parte do processo de regionalização, já em curso nessa Região de Saúde, devendo ser compartilhada 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 incluem informações sobre frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico e

profilaxia das doenças e agravos, devem ser respeitados no processo assistencial, a fim de favorecer o aumento de sua resolubilidade.

A programação em saúde definida a partir de diretrizes mais amplas do sistema e que considere os indicadores epidemiológicos; os protocolos clínicos dos agravos e patologias a ela relacionados; e, os recursos disponíveis; possibilita a definição de linhas de cuidado, que também contribuem para organizar o sistema, bem como para aumentar sua resolubilidade e a qualidade da atenção ofertada.

Entende-se por linha de cuidado, o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinado risco, agravo ou condições específicas do ciclo de vida, a serem ofertados de forma articulada por um dado sistema de saúde respeitando-se os protocolos clínicos e a programação definida.

Uma linha de cuidado deve se expressar por meio de documentos técnicos que definam a organização da oferta de ações e procedimentos de saúde em um dado sistema. Dessa forma, a linha de cuidado expressa: o conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, individuais e/ou coletivas, a serem desenvolvidas em cada unidade de atenção à saúde; os itinerários diagnósticos terapêuticos previstos para os usuários no sistema e os parâmetros de atenção utilizados como referência.

Assim, a existência de protocolos, de programação e de linhas de cuidado bem definidas num determinado sistema, configura-se como um importante elemento na análise da qualidade da atenção ofertada.

Outro elemento imprescindível para a adequada gestão do cuidado em saúde refere-se ao exercício da supervisão clínica, através do qual podem ser melhor percebidas eventuais falhas desse processo, demandas para capacitação profissional e/ou necessidades de reorientação dos processos de trabalho, favorecendo a necessária integração entre os profissionais de uma equipe de saúde particularmente na atenção básica.

Na adesão ao *Pacto pela Vida*³⁸ 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, outras patologias e agravos foram incorporados nessa priorização.

Assim é que hoje no SUS em São Paulo busca-se enfrentar os seguintes agravos e/ou patologias: hipertensão arterial; diabetes mellitus; câncer de colo uterino; câncer de mama; agravos relacionados ao período pré e neonatal; tumor de próstata e agravos relacionados à violência e acidentes, além das doenças emergentes³⁹.

A análise sobre o cuidado em saúde na Região de Saúde Bragança, aqui explicitada, foi construída tendo como referência esses pressupostos.

³⁸ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

³⁹ Além da dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza prioritizadas no Pacto pela Vida o Plano Estadual de São Paulo ampliou o número de doenças emergentes a serem enfrentadas.

3.7.1. Protocolos Clínicos

A utilização de Protocolos Clínicos constitui-se em prática admitida por dos onze municípios que compõem a Região de Saúde Bragança

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 Diabetes. Nela pode-se observar que sete municípios referem utilizar protocolos para essas patologias na atenção básica, quatro na atenção ambulatorial e um na atenção hospitalar.

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Atibaia	x	x	x	
Bom Jesus dos Perdões	x	x		
Bragança Paulista	x	x		
Joanópolis	x			
Nazaré Paulista	x	x		
Pedra Bela	x			
Pinhalzinho				
Piracaia				
Socorro	x			
Tuiuti				
Vargem				

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

Para os casos de câncer de colo uterino, os mesmos sete municípios declaram utilizar protocolos na atenção básica, três na ambulatorial especializada, dois na hospitalar e apenas um na urgência e emergência (Tabela 62).

Tabela 62 - Utilização de protocolos clínicos para colo uterino. RS Bragança, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Atibaia	x	x	x	x
Bom Jesus dos Perdões	x	x		
Bragança Paulista	x	x	x	
Joanópolis	x			
Nazaré Paulista	x			
Pedra Bela	x			
Pinhalzinho				
Piracaia				
Socorro	x			
Tuiuti				
Vargem				

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

A referência a utilização de protocolos clínicos para o câncer de mama na região é apresentada na Tabela 63 abaixo. Nota-se situação próxima ao do câncer de colo uterino onde seis municípios declaram utilizá-los na atenção básica, quatro na atenção ambulatorial especializada, dois na hospitalar e dois na urgência e emergência.

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Atibaia	x	x	x	x
Bom Jesus dos Perdões	x	x		
Bragança Paulista	x	x	x	
Joanópolis	x	x		
Nazaré Paulista				x
Pedra Bela	x			
Pinhalzinho				
Piracaia				
Socorro	x			
Tuiuti				
Vargem				

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

Já no que diz respeito à atenção pré-natal e neonatal, nota-se que sete municípios da região referem utilizar-se de protocolos na atenção básica, quatro na ambulatorial especializada, três na hospitalar e dois na atenção de urgência e emergência (Tabela 64).

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Atibaia	X	X	X	
Bom Jesus dos Perdões	X	X		
Bragança Paulista	X	X	X	X
Joanópolis	X			
Nazaré Paulista	X	X	X	X
Pedra Bela	X			
Pinhalzinho				
Piracaia				
Socorro	X			
Tuiuti				
Vargem				

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 quatro municípios referem utilizá-los na atenção básica, dois na ambulatorial especializada, um na hospitalar e os dois na atenção de urgência e emergência.

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Atibaia	X	X	X	X
Bom Jesus dos Perdões	X	X		
Bragança Paulista				
Joanópolis	X			
Nazaré Paulista				X
Pedra Bela	X			
Pinhalzinho				
Piracaia				
Socorro				
Tuiuti				
Vargem				

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 básica, um outro na atenção hospitalar e outros dois na atenção de urgência e emergência (Tabela 66).

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Atibaia			x	
Bom Jesus dos Perdões				
Bragança Paulista				
Joanópolis				x
Nazaré Paulista				x
Pedra Bela	x			
Pinhalzinho				
Piracaia				
Socorro				
Tuiuti				
Vargem				

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

Considerando que nessa região sanitária, oito dos onze municípios dispõem de serviços ambulatoriais, sete de serviços hospitalares e nove de algum tipo de serviço de urgência e emergência no SUS, pode-se afirmar que a utilização de protocolos clínicos na atenção básica é mais significativa que em qualquer componente da atenção especializada.

Embora a maioria dos municípios da região referir utilizar-se de protocolos clínicos para os agravos priorizados nota-se uma grande variação nessa utilização. A referência a utilização na atenção básica é muito significativa quando comparada com a utilização nos outros níveis de atenção. Dos agravos priorizados, o tumor de próstata e os agravos relacionados a violências e acidentes são aqueles para os quais os municípios dessa região referem menor utilização de protocolos clínicos.

Observa-se, ainda, que nada se pode inferir sobre a articulação dos protocolos utilizados.

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:

- Fragilidade dos processos de capacitação voltados a essa finalidade;
- Falta de adesão e resistência dos profissionais;
- Insuficiência de Recursos Humanos para definir os protocolos;
- Grande rotatividade dos profissionais dos serviços, dificultando a capacitação para utilização;
- Falta de envolvimento dos gestores.

Isto nos permite concluir que há necessidade de grande investimento para ampliar a utilização e, particularmente, a articulação de protocolos clínicos e, a partir deles, a definição de linhas de cuidado nessa região. Isso garantiria uma maior efetividade e qualificação do cuidado em saúde ofertado pelo sistema e uma maior capacidade de enfrentamento das patologias e/ou dos agravos priorizados.

3.7.2. Supervisão Técnica/Clínica

Quanto à existência de iniciativas de Supervisão Técnica/Clínica voltadas à qualificação do cuidado, observou-se nos municípios desta região sanitária a presença dessas atividades em relação à atenção básica em sete municípios, em relação à atenção ambulatorial em quatro, em relação à hospitalar em três e em relação à urgência e emergência em quatro (Tabela 67).

Tabela 67 - Utilização de iniciativas de supervisão técnica/clínica. RS Bragança, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Atibaia	x	x		x
Bom Jesus dos Perdões	x	x	x	x
Bragança Paulista	x			
Joanópolis	x		x	x
Nazaré Paulista	x	x	x	x
Pedra Bela	x			
Pinhalzinho	x	x		
Piracaia				
Socorro				
Tuiuti				
Vargem				

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

Quanto às características dessas atividades de supervisão clínica, a partir das observações feitas pelos municípios, pode-se afirmar tratar-se de atividades pontuais em três municípios e contínua em outros três. Seis municípios informam tratar-se de atividade desenvolvida por técnicos próprios.

Em relação aos processos de supervisão, através de entrevista realizada com os membros do CGR podem-se detectar as seguintes fragilidades relacionadas a esse processo:

- Falta de profissionais capacitados para o exercício dessa função;
- Falta de recursos par contratação e transporte de profissionais;
- Falta de entendimento quanto a importância da atividade.

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

3.7.3. Processos de Capacitação

A Tabela 68 apresenta os processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões sanitárias que guardam correspondência com o DRS de Campinas. Em relação aos processos de capacitação realizados na região de Bragança voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, pode-se observar que não foi desenvolvida nenhuma iniciativa durante o último ano para o enfrentamento de violências e acidentes.

Tabela 68 - Número de municípios que desenvolveram processos de capacitação no último ano em cada uma das regiões que compõem a Região do DRS Campinas, 2008.

Processos/Agravos	Região Bragança	Região Campinas	Região Jundiá	Região Oeste VII
Hipertensão Arterial	2	8	4	4
Diabetes	5	7		5
Câncer de Colo	6	6	4	4
Câncer de Mama	3	5	3	1
Tumor de Próstata	2	1	0	1
Perinatal	6	7	2	4
Violência	0	0		0
Doenças Emergentes	8	9	5	10

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

Dos municípios da região, cinco afirmam realizar processos de capacitação por iniciativa própria, dois solicitam apoio de universidades ou de outras instituições e em nenhum município essas atividades encontram-se previstas em plano de desenvolvimento de recursos humanos.

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 e falta de interesse dos profissionais;
- Dificuldades ocasionadas pela sobrecarga dos profissionais nos serviços;
- Falta de recursos e dificuldades de transporte dos profissionais.

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 congrega 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 Bragança 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 torná-lo mais integrado para garantir o acesso e acompanhamento permanente dos usuários.

Como se sabe, os processos de qualificação de sistemas de saúde como o SUS, exigem medidas de caráter mais global e sistêmico ao lado de outras de caráter mais específicos e focais, definidas em função de prioridades estabelecidas. Nessa perspectiva, a análise das condições de saúde aqui apresentada aponta para a necessidade de intervenções voltadas ao enfrentamento de riscos existentes e agravos e patologias mais prevalentes na região, o que pode ser perseguido através de um conjunto de iniciativas voltadas a 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 voltados 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 Bragança, inadequações diversas na Atenção Básica; o déficit de oferta de algumas especialidades médicas, coexistindo com o superávit de outras; o déficit de internações hospitalares; a insuficiência e inadequação dos processos de regulação; a existência de deficiências relacionadas aos vários componentes do sistema logístico, a ausência de estratégias adequadas voltadas ao enfrentamento das questões relacionadas à gestão do trabalho em saúde; a inadequação das estruturas organizacionais para atender às exigências do SUS e a incipiência dos processos relacionados à gestão do cuidado.

Para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde, é imprescindível que as ações e atividades de Atenção Básica sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade. Tais ações e atividades que, no SUS, são de competência dos municípios devem considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independente do modelo escolhido, pelas seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento ao usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; e, análise de risco. Para que a atenção básica nessa região possa ser organizadora do sistema de saúde, seu modelo necessita ser aprimorado. Recomenda-se, assim, o desenvolvimento e implantação de um Programa de Qualificação da Aten-

ção 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 nestas 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. Esta 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 ser enfrentado. 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 Bragança 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 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 Bragança, 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. (Col. Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8.). Disponível em: <http://bvsmms.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. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 125/SVS, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, p. 73, 27 de março de 2009. Seção 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 23 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p. 36, 13 de junho de 2002. Seção 1. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 58, 17 de junho de 2004. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_1172.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nac. 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. Regula 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. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, p. 71, 29 de março de 2006. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad21.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://bvsmms.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Regiões de Influência das Cidades – 2007. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<ftp://geofp.ibge.gov.br/Regic/regic.zip>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

CANO, Wilson; BRANDÃO, Carlos. A; MACIEL, Claudio S.; MACEDO, Fernando C. (Org.). Economia Paulista: Dinâmica Socioeconômica entre 1980 e 2005. Campinas: Alínea, 2007.

GLERIANI, José Marinaldo. Concordância da aptidão agrícola das terras do Estado de São Paulo elaborada nos Anos Setenta com os dados do Censo Agropecuário do IBGE ano 95/96. São José dos Campos: INPE, 2000. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/cur-sos/ser300/Trabalhos/marinaldo.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0102-311X2000000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2009.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. Rio de Janeiro, vol.16, n. 4, p.233-244, dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2009.

MEDRONHO, Roberto A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte, jun. 2005. (mimeo).

OLIVETTE, Mario Pires de Almeida et al. Uso do solo agrícola paulista e sua distribuição regional, 1990-2001. Informações Econômicas, 2003; 33(10): 41-77. Disponível em: <<ftp://ftp.sp.gov.br/ftpiea/tec4-1003.zip>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Maria Glória. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do SUS. Informe Epidemiológico do SUS, n.2, p.27-57, 1992,

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. Texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto GERUS - Especialização em gerência de unidades básicas do SUS. Brasília: OPAS, 1997. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf>. Acesso em 12 mar. 2009.

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 [on-line]. São Paulo: CVE. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/>> Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. CEPAM. Regiões Administrativas e de Governo. Cartograma. São Paulo: FPFL/SIDAM - Geoprocessamento, 1998.

SÃO PAULO. Decreto Nº 52.576, de 12 de dezembro de 1970. Dispõe sobre as regiões que deverão ser adotadas pelos órgãos da Administração Pública. Diário Oficial do Estado, p. 5, 15 de dezembro de 1970. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/1970/decreto%20n.52.576,%20de%2012.12.1970.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Deliberação CIB - 153/2007, de 19 de setembro de 2007. Referenda o reconhecimento de 64 Regiões de Saúde com respectivos colegiados regionais e os 17 DRS, enquanto macrorregiões com respectivas Comissões Intergestoras de abrangência macrorregional. Diário Oficial do Estado, p. 117, 21 de setembro de 2007. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DL-CIB-153_2007.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). São Paulo: SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produutos/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/produutos/iprs/>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Informações dos Municípios Paulistas. 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 jul. 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 jun. de 2000. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2000/lei%20complementar%20n.870,%20de%2019.06.2000.htm>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Agricultura e Abastecimento. Levantamento censitário de unidades de produção agrícola do Estado de São Paulo - LUPA 2007/2008. São Paulo: SAA/CATI/IEA, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Pacto pela Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo. São Paulo: SES, 2008. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_sp.pdf. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Organizadores Renilson Rehem de Souza et al. São Paulo: SES, 2008. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/geral/agenda/pdfs/plano_estadual_de_saude_13fev.pdf. Acesso em: 10 mar. 2009.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Epidemiologia em serviço: uma avaliação de desempenho do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. 2004. 318 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000338650>. Acesso em: 11. fev. 2009

SOUZA, Renilson Rehen de. et al. (Org.) Plano Estadual de Saúde 2008-2011. São Paulo: SES, 2008. http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/normas-e-procedimentos/plano_estadual_de_saude_2008_2011.pdf. Acesso em: 12 mar. 2009.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, MS, 2002. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609. Acesso em: 02 fev. 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; COSTA, Ediná Alves. Vigilância da Saúde e Vigilância Sanitária: Concepções, Estratégias e Práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: MS, 2003. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/semin_20.pdf. Acesso em: 10 mar. 2009.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Programa de Estudos em Sistemas Regionais de Saúde. Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde. Campinas: UNICAMP, 2007. (Relatório de pesquisa FAPESP-Fase I.)



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

TEL: (019) 3521-2495 / 3521-2499

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br