

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE LIMEIRA



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. 01, 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 LIMEIRA

**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 da UNICAMP
Pesquisador do NEPP/UNICAMP

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

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

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

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

Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva
Médico Pediatra e Doutor em Medicina Interna
Docente da Faculdade 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 de Campinas

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

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL	14
2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE LIMEIRA	31
3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE LIMEIRA	57
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	137
REFERÊNCIAS	145

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE LIMEIRA

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

Em sistemas públicos de saúde, os territórios se constituem em espaços organizativos e de responsabilização sanitária. No Brasil, a União, os estados e os municípios são definidos previamente como territórios através de uma divisão político-administrativa e, assim, já se constituem em territórios nos quais se organizam práticas sanitárias. Porém, na perspectiva de organização de redes de atenção à saúde, há que se configurar outros territórios que correspondem às regiões sanitárias. Segundo Mendes “*é necessário que haja uma definição clara das ações e serviços de saúde que cada território ofertará a grupos populacionais adscritos. Isso é que marca, na experiência internacional, os sistemas de serviços de saúde de base populacional*”¹.

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

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

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

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

A regionalização no SUS configura-se assim, na atualidade, como resultante da ação coordenada dos três entes federados envolvidos na implementação de processos de

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.

constituição de regiões sanitárias, nas quais se organizam redes regionalizadas de atenção à saúde.

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

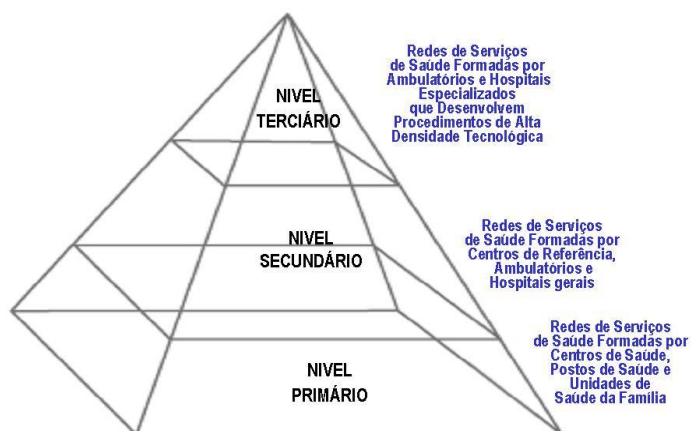
Entende-se por **sistema de saúde** um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar uma resposta aos problemas de saúde de uma determinada população. Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado recentemente 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.

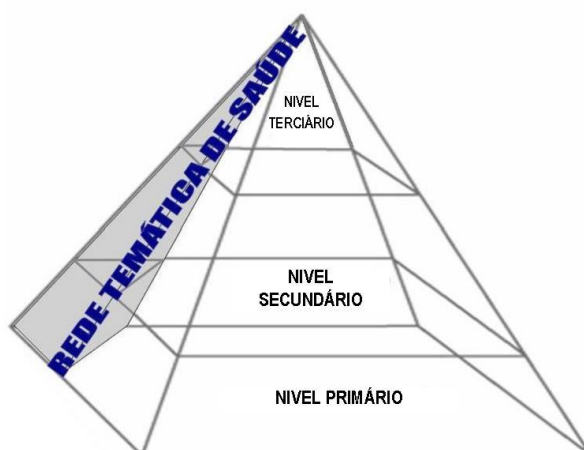
Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados



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



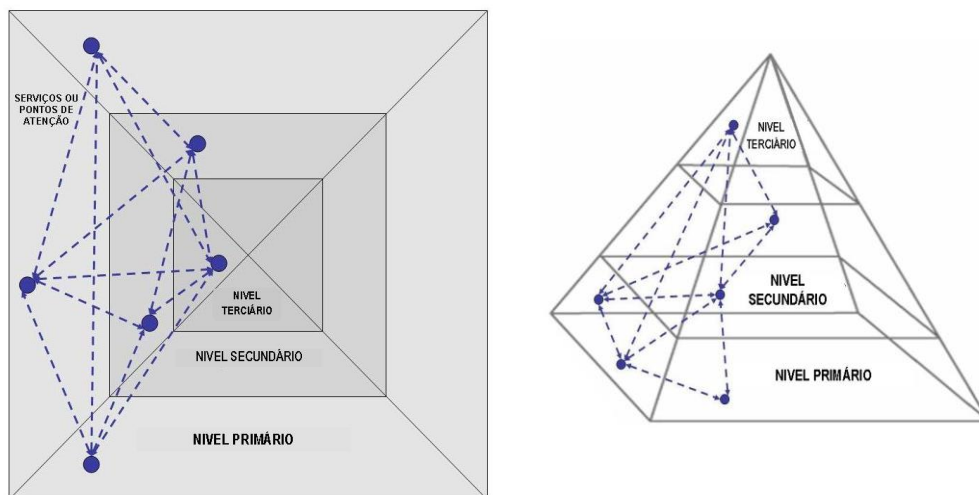
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

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/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesse estudo, **cuidado em saúde** é entendido como o conjunto de práticas/intervenções voltadas à promoção, preservação ou recuperação da saúde. Engloba desde as iniciativas singulares de 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) Limeira 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 Limeira se insere, resumindo-se seu delineamento geoeconômico. No terceiro sub-item, foca-se a RS Limeira propriamente dita, com destaque para a rede urbana e viária, e para os principais aspectos da demografia e condições de vida.

1.1. O Estado de São Paulo

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

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

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



O Estado de São Paulo constitui-se no maior contingente demográfico entre as unidades da federação brasileira. Polo de atração migratória desde o final do século XIX agregou à população anterior formada por indígenas, ibéricos e africanos, 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



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.

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

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

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

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

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 X - Piracicaba

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

açúcar e da citricultura), e um segmento de serviços em processo de expansão e diferenciação.

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

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

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

1.3. A Região de Saúde Limeira

A Região de Saúde Limeira compõe-se de apenas quatro municípios: Cordeirópolis, Engenheiro Coelho, Iracemápolis e Limeira, destacados em branco no Mapa 05. Um deles, Engenheiro Coelho, faz parte da Região Metropolitana de Campinas, como destacado no 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

A RS Limeira localiza-se na porção mais central da Depressão Periférica Paulista, área de topografia bastante plana. Com esta condição, a agricultura desenvolveu-se sobremaneira na RS, tendo na cana-de-açúcar seu produto hegemônico. Além desta cultura, as áreas destinadas ao cultivo da laranja (que, como a cana-de-açúcar, emprega muitos trabalhadores volantes) e pastagens detêm a maior parte das terras, destacando-se ainda a pecuária (em especial, a avicultura de corte) como uma forte atividade encontrada nos municípios da região.

Se a agropecuária é marcante nos municípios da RS de Limeira, a indústria, articulada ao campo e a outros ramos de transformação, e os serviços também estão muito presentes, especialmente no caso de Limeira. Entre os mais de 1.400 estabelecimentos industriais instalados em 2007, notavam-se na região algumas das maiores empresas nacionais em seus respectivos ramos de atuação (Ajinomoto Interamericana Ind. Com. Ltda, Cia União dos Refinadores Açúcar e Café, Invicta, Mahle Metal Leve S.A., Consórcio Paulista de Papel e Celulose – CONPACEL), além das usinas de produção do açúcar e do álcool (Grupo São Martinho) e de um destacado ramo de produção de joias – com cerca de 600 micros e pequenas empresas e 45 mil postos de trabalho formais e informais (Cano, 2007). O setor de serviços, por sua vez, que possui o seu dinamismo vinculado ao atendimento deste mesmo setor industrial, aparece também dedicado de forma expressiva ao comércio.

O maior centro urbano da RS é a cidade de Limeira, onde se concentram as atividades industriais, de comércio e de serviços. Na área de educação, ressalta-se a presença de um campus da UNICAMP, recentemente ampliado. Com 270 mil habitantes, Limeira é também o maior município em extensão, ocupando 61% do território da RS, como se observa nos dados apresentados na Tabela 1, adiante.

1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

A Região de Saúde Limeira se situa no entorno de um dos mais importantes nós rodoviários do Estado. Atravessada pela rodovia Anhanguera (SP 330), é o ponto inicial da Washington Luís (SP 310) e o ponto final da rodovia dos Bandeirantes (SP 348), três das principais e mais conceituadas rodovias do país. Também é servida pela por outras três rodovias de pista dupla: SP 127, SP 147 e SP 332.

Os quatro municípios da região, portanto, têm conexão direta e qualificada com Piracicaba, Campinas, São Paulo, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, sem falar nos vizinhos Rio Claro, Araras ou Americana.

Dado o pequeno número de municípios que compõem a Região, não seria apropriado usar o termo *rede urbana* para a RS Limeira, inclusive pelo fato de que a cidade-polo detém

85% da população da RS, e nenhuma das outras três atinge a cifra de 20 mil habitantes. O índice de urbanização da Região é bastante elevado.

Em termos de polarização, ou funcionalidade urbana, não há dúvidas quanto à capacidade de Limeira no atendimento às demandas dos demais municípios da Região. No contexto regional mais amplo, porém, os municípios da RS Limeira reportam-se a Campinas.

De acordo com o estudo do IBGE *Regiões de Influência das Cidades 2007*¹³, a cidade de Limeira é classificada como *Centro sub-Regional A*, hierarquicamente subordinada a Campinas, que se subordina a São Paulo. Esta condição se confirma com as respostas obtidas no questionário eletrônico aplicado, o qual revelou também a importância de Piracicaba. Na questão "indique quais são as 3 cidades mais procuradas para: Serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", as cidades mais citadas foram: Limeira e Campinas (9 citações), Piracicaba (8) e São Paulo (4).

1.3.1. Demografia e Condições de Vida

A Região de Saúde Limeira tem uma população superior a 300 mil habitantes, sendo que desse total 84% se concentram no município de Limeira. A distribuição desse contingente é detalhada na Tabela 1.

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

Municípios	Área (km ²) 2007	Densidade demográfica (hab/km ²) 2007	População 2007	Percentual População RS (%) 2007	População urbana (%) 2000
Cordeirópolis	137,3	153,8	21.121	6,4	91,3
Engenheiro Coelho	109,8	118,1	12.968	4,0	69,9
Itacemópolis	116,0	157,1	18.213	5,6	95,2
Limeira	581,0	474,4	275.643	84,1	95,7
RS Limeira	944,1	347,4	327.945	100,0	94,4

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Os indicadores demográficos de natalidade, fecundidade e envelhecimento presentes na Tabela 2, mostram que os municípios da RS Limeira abrigam populações com necessidades e fases do ciclo de vida muito distintas.

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").

Verifica-se assim que os municípios de Iracemápolis, Limeira e Cordeirópolis possuem índice de envelhecimento muito próximos, todos acima da média do Estado de São Paulo que é de 41,42.

Quanto às taxas de crescimento populacional observa-se também que todos os municípios apresentam índices acima da média do Estado de São Paulo que é 1,33, com especial destaque para o município de Engenheiro Coelho.

No que se refere às taxas de natalidade e fecundidade, somente o município de Engenheiro Coelho, apresenta níveis mais elevados que as médias estaduais de 15,03 e 52,65, respectivamente. Os outros três municípios apresentam índices bastante próximos entre si e abaixo das taxas estaduais.

Tabela 2 - Indicadores demográficos dos municípios da RS Limeira.

Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Cordeirópolis	2,63	14,09	49,42	46,13
Engenheiro Coelho	3,72	16,01	55,19	32,26
Iracemápolis	2,27	14,39	49,14	47,40
Limeira	1,46	13,97	48,30	46,70

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

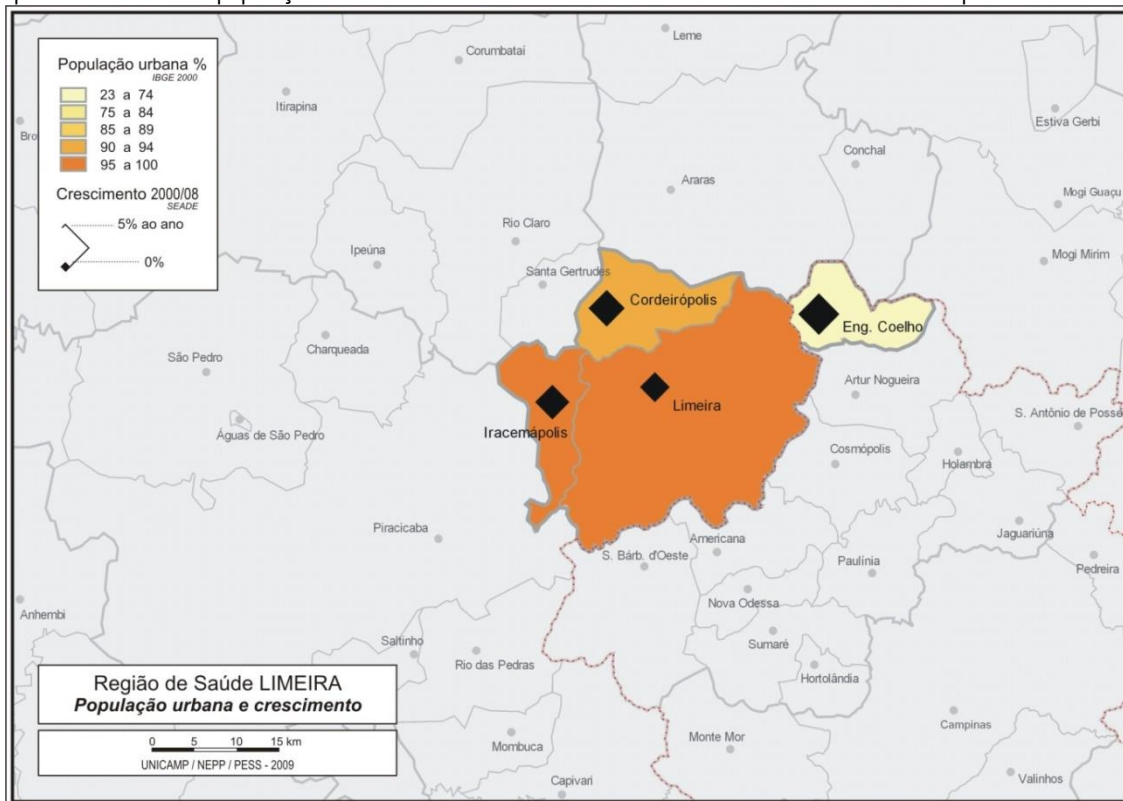
** Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)

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

**** Índice de Envelhecimento (Em %)

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

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



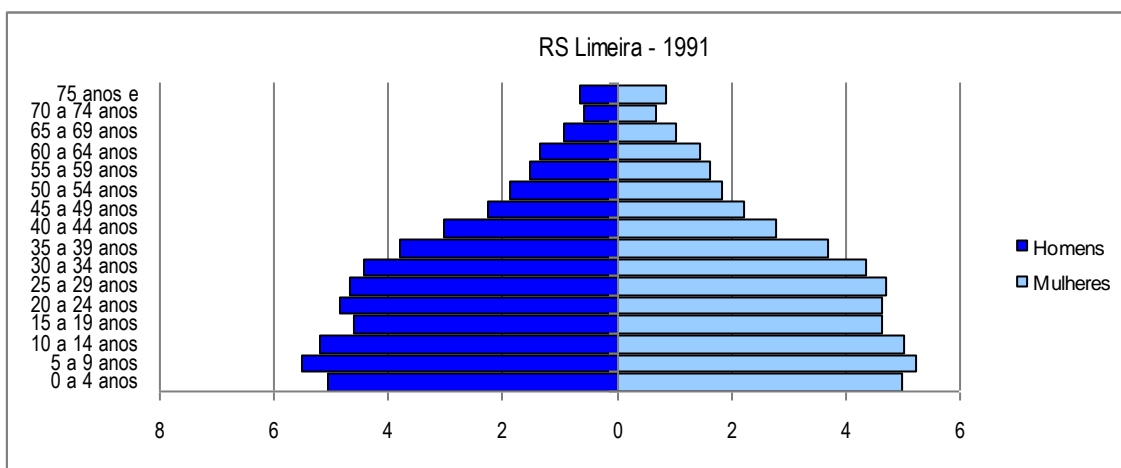
Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Ressalta-se assim, como principais características demográficas da RS Limeira: a alta taxa de urbanização e o envelhecimento da população.

A tendência ao envelhecimento regional se reflete na configuração das pirâmides populacionais, apesar das diferenças intrarregionais já explicitadas.

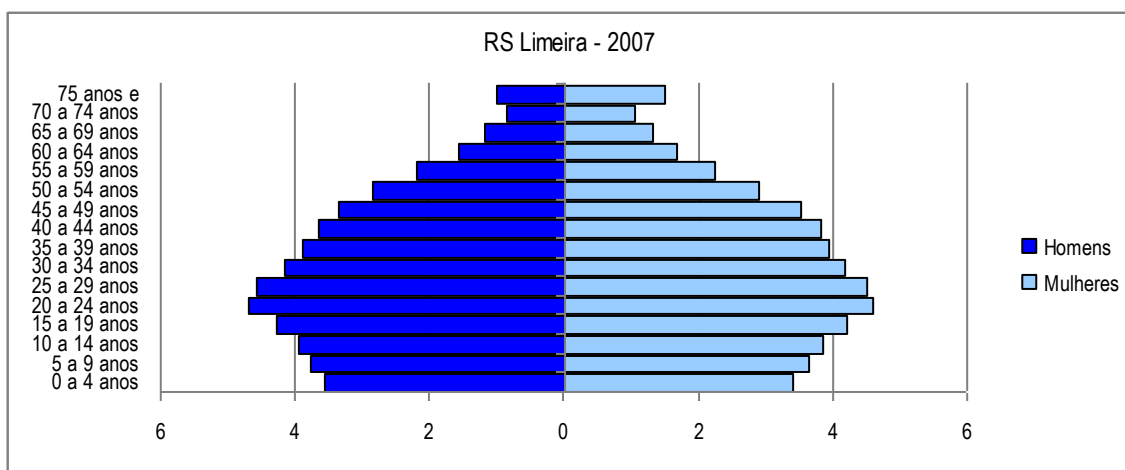
Entre a situação de 1991 e de 2007 representada nos Gráficos 1 e 2 respectivamente, observa-se a diminuição proporcional das faixas etárias abaixo de 19 anos e o aumento das faixas acima de 60 anos. Essas tendências também se evidenciam no desenho das pirâmides populacionais.

Gráfico 1 - Pirâmide etária. RS Limeira, 1991.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

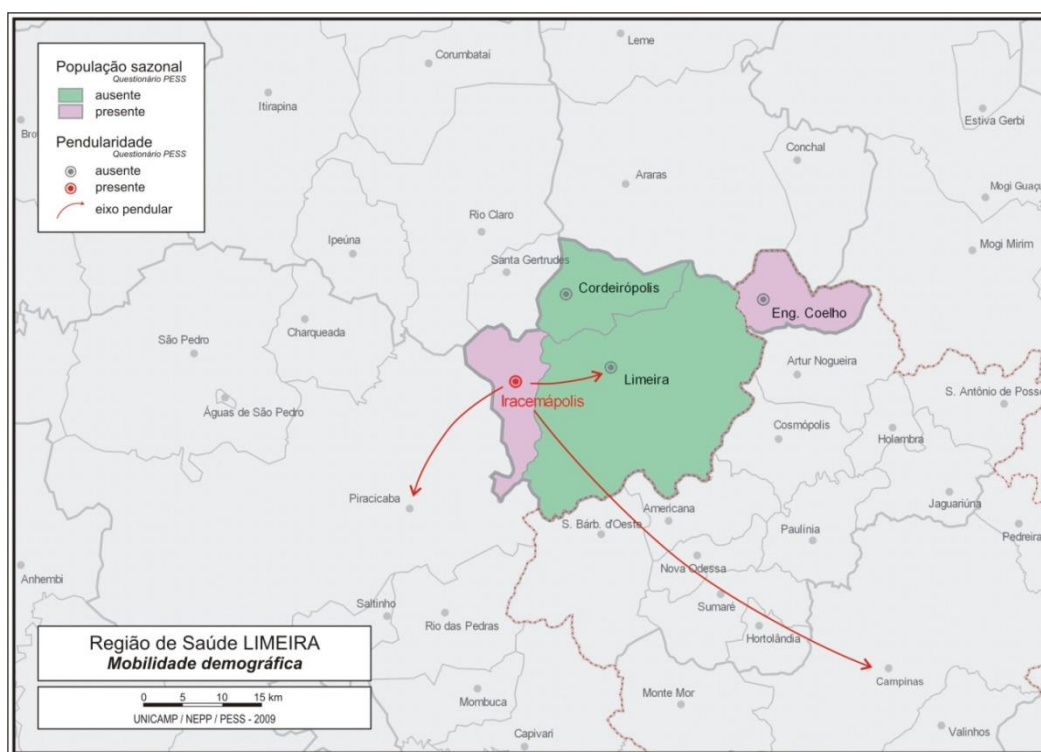
Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Limeira, 2007.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Em termos de mobilidade populacional, pode ser detectada nas RS Limeira, mas, aparentemente, com menor intensidade. As respostas dadas ao questionário eletrônico pelos gestores municipais confirmam que a sazonalidade e a pendularidade, estão ocorrendo apenas em Iracemópolis, como demonstrado no Mapa 7. A ocupação apontada para a população sazonal presente na Região foi a colheita da cana-de-açúcar.

Mapa 7 - Mobilidade populacional. RS Limeira, 2008.



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

Com o objetivo de traçar um panorama das condições gerais de vida na RS Limeira foram reunidos alguns indicadores. A Tabela 3 contém os dados referentes ao fornecimento de água e esgoto, dois elementos fundamentais na qualificação do padrão de vida da população, e pode-se observar que a Região apresenta um perfil bastante positivo e semelhante para todos os municípios, com coberturas variando entre 96,8% (Engenheiro Coelho) e 99,7% (Iracemápolis) no caso da água, e entre 96,7% (Engenheiro Coelho) e 99,4% (Iracemápolis), no caso da cobertura domiciliar dos serviços de esgoto.

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

Municípios	Água* 2000	Esgoto** 2000
Cordeirópolis	99,4	98,3
Engenheiro Coelho	96,8	96,7
Iracemápolis	99,7	99,4
Limeira	99,2	98,1

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

A Tabela 5 apresenta um conjunto de indicadores de desenvolvimento social para a RS Limeira. Quanto ao Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁴, a região mostra-se em situação positiva (especialmente em Cordeirópolis), ficando a exceção com Engenheiro Coelho.

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

Municípios	IDHM* 2000	IPVS** 2000	IPRS*** 2004
Cordeirópolis	0,835	19,3	1
Engenheiro Coelho	0,792	56,1	1
Iracemópolis	0,828	31,3	3
Limeira	0,814	21,1	1

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

*IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000

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

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

Já segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)¹⁵, que varia entre 1 (bons indicadores sociais e de riqueza) e 5 (baixos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade), há um cenário geral bastante favorável, com três municípios da região, incluindo Limeira, situando-se no grupo 1, isto é, caracterizando-se por elevados níveis de riqueza combinados com indicadores sociais positivos. Um município, todavia, insere-se no grupo 3, ou seja, apresenta baixa riqueza e níveis bons ou intermediários de longevidade e/ou escolaridade (Iracemópolis).

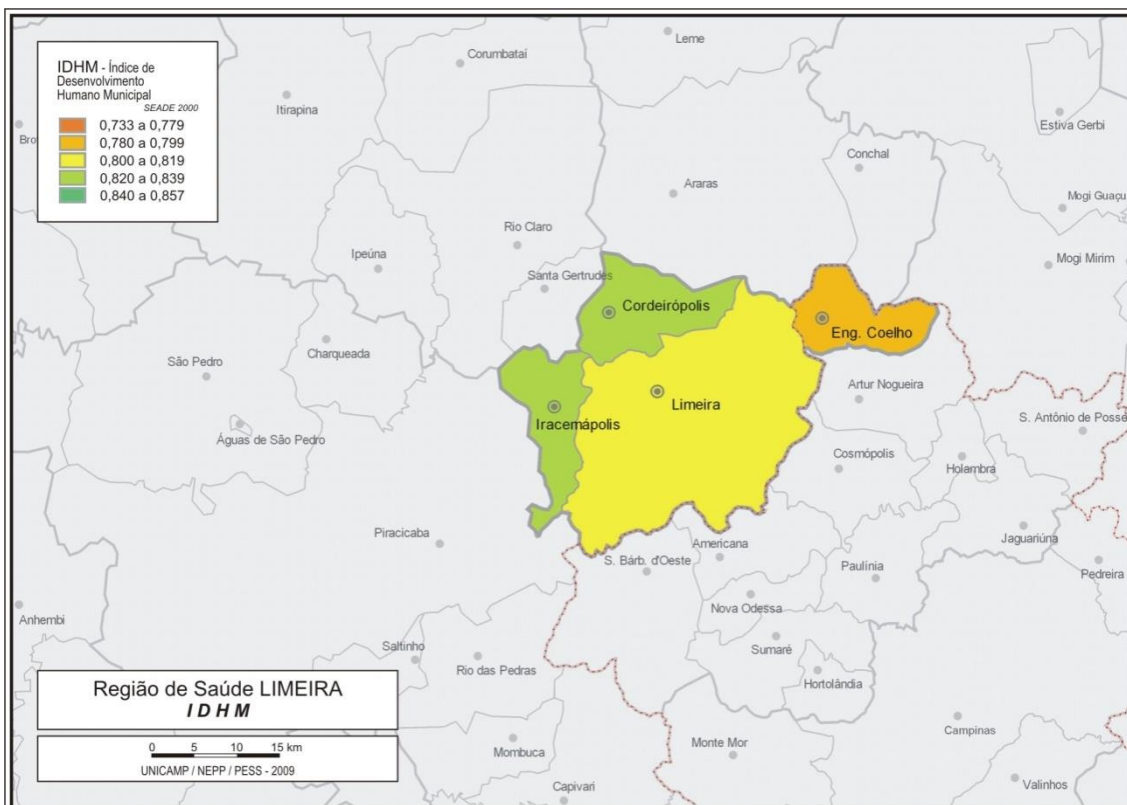
Por sua vez, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - também contemplado no Mapa 9 - demonstra que a região encontra-se quase toda inserida em padrões de alto desenvolvimento, com um bloco formado em ordem decrescente por Cordeirópolis, Limeira e Iracemópolis. Em padrão intermediário, aparece Engenheiro Coelho¹⁶.

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

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

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 Limeira.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Conclusões Parciais

Seguindo o padrão observado no entorno do complexo regional campineiro, a RS Limeira pode ser classificada como um ponto *luminoso*, no linguajar de Milton Santos, dada sua alta urbanização, economia integrada aos fluxos nacionais e mundiais, e bons indicadores de desenvolvimento.

Três características, no entanto, dão à Região de Saúde Limeira uma condição especial entre as RS coordenadas pelo DRS Piracicaba: seu maior município, com 85% de toda a população da Região, requer também um foco intramunicipal na condução das políticas públicas; é a menor, em extensão, e também a que contém o menor número de municípios (4); em terceiro lugar, sua composição territorial inclui um município da Região Metropolitana de Campinas.

2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE LIMEIRA

Este capítulo apresenta uma análise descritiva de indicadores relacionados às condições de saúde da população dos municípios que compõem a RS Limeira, 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 Limeira, 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
Limeira	30,5	18,9	12,9	12,2	6,8	4,6	14,1
Cordeirópolis	33,2	18,6	15,0	13,2	2,9	4,6	12,5
Iracemópolis	32,3	16,7	16,0	10,5	6,2	6,6	11,7
E Coelho	29,0	15,3	9,9	19,8	6,9	9,2	9,9
RS Limeira	30,7	18,6	13,2	12,4	6,5	4,9	13,8

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No sexo masculino, as causas externas foram o segundo grupo mais frequente na RS e nos municípios de Limeira e Engenheiro Coelho (Tabela 2).

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Limeira	27,3	17,8	16,6	13,5	7,7	5,6	11,4
Cordeirópolis	30,7	14,7	19,0	14,1	4,3	3,7	13,5
Iracemópolis	29,0	14,2	19,4	14,8	5,8	4,5	12,3
E Coelho	28,2	24,7	11,8	8,2	10,6	2,4	14,1
RS Limeira	27,6	17,6	16,7	13,5	7,5	5,3	11,7

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

Para as mulheres, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas apareceram entre os principais grupos de causas, superando ou igualando-se às causas externas na média da região e em Limeira, Iracemópolis e Engenheiro Coelho (Tabela 3).

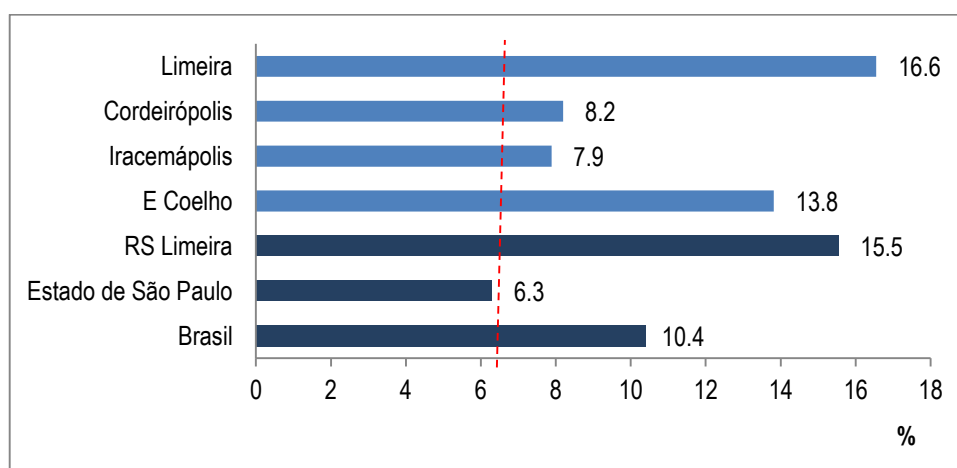
Tabela 3 - Mortalidade proporcional por causas definidas, segundo municípios, para o sexo feminino. RS Limeira, triênio 2004-2006.

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XX. Causas externas	XI. Doenças do aparelho digestivo	Todas as outras causas definidas
Limeira	34,7	22,0	12,2	6,4	4,7	5,5	14,5
Cordeirópolis	36,8	17,9	16,2	7,7	11,1	0,9	9,4
Iracemópolis	37,3	12,7	17,6	12,7	4,9	6,9	7,8
E Coelho	30,4	21,7	13,0	10,9	10,9	-	13,0
RS Limeira	34,9	21,3	12,7	6,9	5,2	5,1	13,8

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A proporção de óbitos por causas mal definidas, analisados por local de residência no triênio 2004-2006, apresentou grande variação entre os municípios da RS Limeira (Gráfico 1), mas todos os valores foram superiores à média estadual (6,3 % em 2005). 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 Limeira, triênio 2004-2006; Estado de São Paulo e Brasil, 2005.



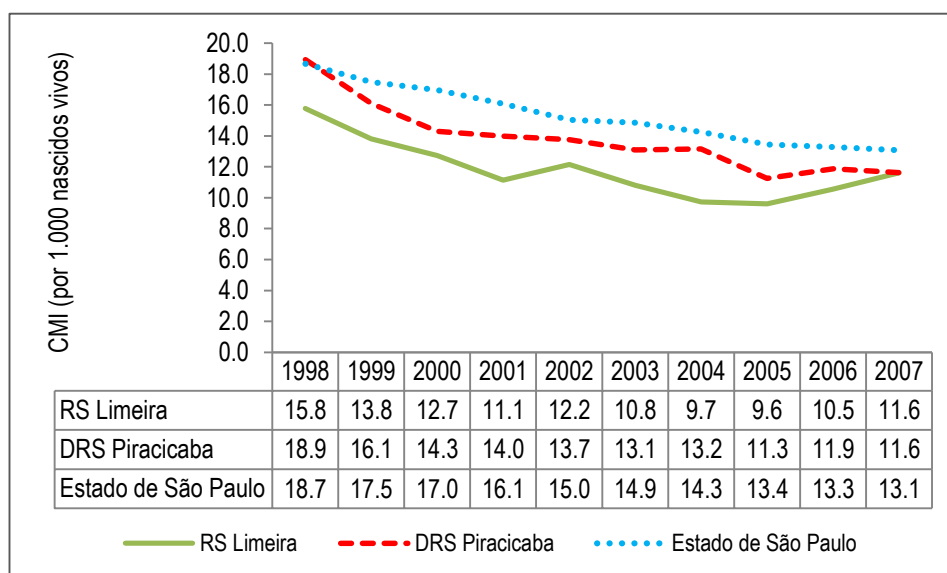
Fonte: MS/DATASUS (municípios e RS). MS/SVS (Brasil e São Paulo). Elaboração própria.

¹⁹ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* – 2ª edição. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2006/indicadores.pdf>.

2.2 Mortalidade Infantil

A mortalidade dos menores de um ano constitui-se num importante sinalizador do cuidado em saúde e das condições socioeconômicas de uma localidade. Observa-se em anos mais recentes uma melhoria importante do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e seus componentes em todo o Brasil, resultado das mudanças demográficas, econômicas e sociais e de importantes intervenções do setor saúde. O Gráfico 2 mostra a queda do CMI na RS Limeira e que esta acompanhou o ocorrido em todo o Estado de São Paulo (ESP) até o ano de 2005. Ainda assim em 2007 obteve-se um valor médio de 11,6/1.000 nascidos vivos, inferior ao do conjunto do Estado no mesmo ano (13,1) e do país em 2005 (21,2)²⁰.

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



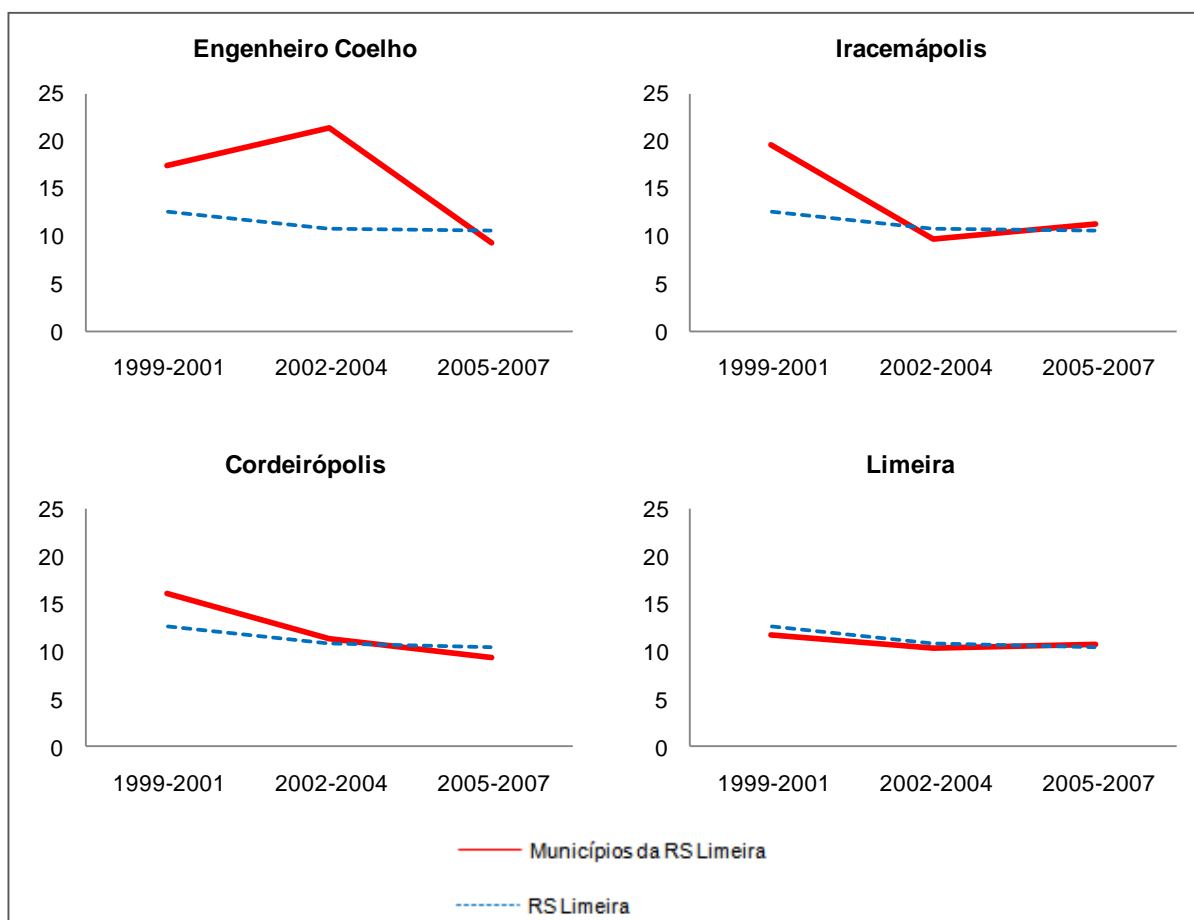
Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A redução do CMI também foi verificada nos seus componentes pós-neonatal e neonatal. Este último foi responsável por cerca de 55% das mortes no primeiro ano de vida em 2007 e reflete, em linhas gerais, a organização das ações relacionadas ao pré-natal, parto e cuidados do recém-nascido.

As diferenças da mortalidade infantil entre os municípios da RS podem ser observadas no Gráfico 3. É constatada queda no decorrer do período analisado, mais intensa entre os triênios 1991-2001 e 2002-2004 em Iracemápolis e Cordeirópolis.

²⁰ Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise de situação de saúde*. Brasília, 2007. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf.

Gráfico 3 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Limeira, 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 Limeira. Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 82 para 50 em toda a região, o que representou uma redução de 39% no período; esta foi mais intensa no período neonatal (45%) do que no pós-neonatal (29%). Entretanto, mesmo considerando a queda tanto em números relativos como absolutos da mortalidade infantil, qualquer óbito infantil é considerado um evento desnecessário e sua investigação e análise podem contribuir para elucidar nós críticos existentes na assistência e no funcionamento dos serviços.

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2005-2007
Limeira	Neonatal	38	36	31	26	23	25	17	22	20	21	5,7
	Pós-neonatal	26	19	16	18	16	16	19	15	21	20	5,0
	Menores 1 ano	64	55	47	44	39	41	36	37	41	41	10,7
Cordeirópolis	Neonatal	7	3	3	1	6	1	1	3	3	1	8,1
	Pós-neonatal	1	2	4	1	0	0	1	0	1	0	1,2
	Menores 1 ano	8	5	7	2	6	1	2	3	4	1	9,3
Iracemópolis	Neonatal	4	7	3	0	0	3	3	2	1	4	8,8
	Pós-neonatal	2	1	1	1	0	0	1	1	0	1	2,5
	Menores 1 ano	6	8	4	1	0	3	4	3	1	5	11,3
E Coelho	Neonatal	2	1	2	2	5	3	1	1	1	2	6,2
	Pós-neonatal	2	2	1	1	2	0	1	0	1	1	3,1
	Menores 1 ano	4	3	3	3	7	3	2	1	2	3	9,3
RS Limeira	Neonatal	51	47	39	29	34	32	22	28	25	28	6,0
	Pós-neonatal	31	24	22	21	18	16	22	16	23	22	4,5
	Menores 1 ano	82	71	61	50	52	48	44	44	48	50	10,6

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

Considerando o conjunto dos municípios da região, as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas foram responsáveis por 78% e 19% das mortes neonatais no triênio 2004-2006, respectivamente. Dentre as afecções perinatais, as principais causas de morte foram nesta ordem: transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (CID10 P20-P29); feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (CID10 P00-P04); transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08); e traumatismo de parto (CID10 P10-P15), correspondendo a 65% de todas as causas perinatais.

Em relação à mortalidade pós-neonatal no triênio 2004-2006, o grupo das malformações congênitas foi o de maior peso, com 25% das mortes, seguido pelas doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório e causas mal definidas.

A redução da mortalidade infantil é um desafio a ser enfrentado pelos gestores e gerentes dos serviços de saúde: 40% das mortes de menores de 1 ano na RS Limeira em

2006 ocorreram devido a causas evitáveis ou reduzíveis²¹, definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (Tabela 5). Destas, 79% são causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e, ao recém-nascido.

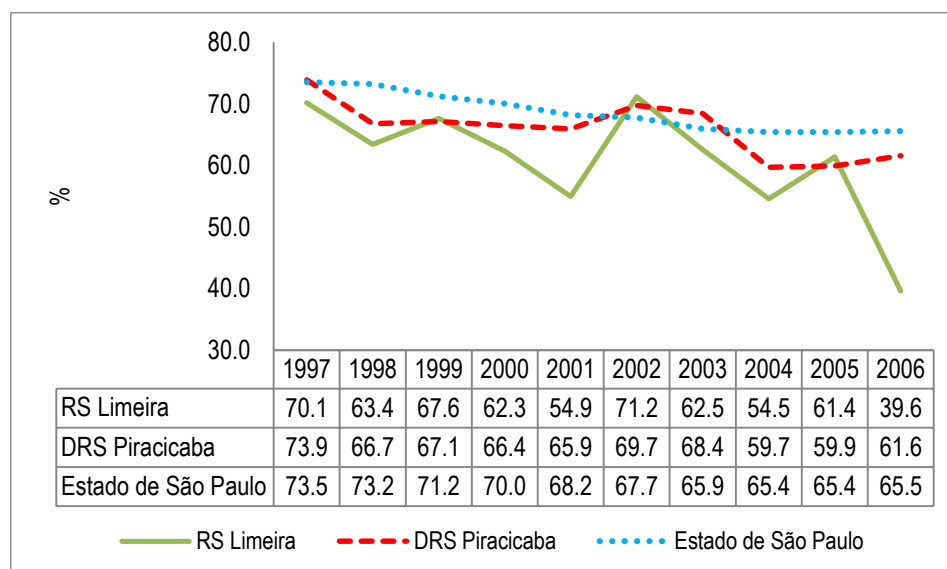
Tabela 5 - Distribuição percentual das causas de morte evitáveis em menores de 1 ano, segundo grupos. RS Limeira, 1997-2006.

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	66,7	73,1	81,3	81,6	64,3	67,6	80,0	70,8	81,5	78,9
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	18,5	11,5	8,3	7,9	14,3	13,5	6,7	16,7	7,4	15,8
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas à ações adequadas de atenção à saúde	14,8	15,4	10,4	10,5	21,4	18,9	13,3	12,5	11,1	5,3
Todas as causas evitáveis	70,1	63,4	67,6	62,3	54,9	71,2	62,5	54,5	61,4	39,6

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Entre 1997 e 2006, o peso da mortalidade por causas evitáveis nesse grupo etário apresentou declínio contínuo em todo o ESP, enquanto que na RS Limeira e no DRS X-Piracicaba essa queda se dá com maior variabilidade entre os anos (Gráfico 4).

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

²¹ 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&tng=pt

O óbito infantil é um “evento sentinela²²”, indicador do desempenho dos serviços de saúde e de acesso a eles e sua investigação é uma importante estratégia a ser viabilizada pelos gestores.

2.3 Mortalidade Materna

A mortalidade materna é considerada um bom indicador de saúde da mulher, refletindo as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades²³. 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 puerpério²⁴. 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 Limeira, ocorridas entre 1998 e 2007.

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

Municípios	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Limeira	2	0	3	1	2	1	1	0	1	1
Cordeirópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iracemápolis	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
E Coelho	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
RS Limeira	3	0	4	1	2	1	1	1	1	1

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A razão de mortalidade materna foi calculada para a região de saúde, para a totalidade do Estado de São Paulo e Brasil, e pode ser observada no Gráfico 5. A redução dos valores

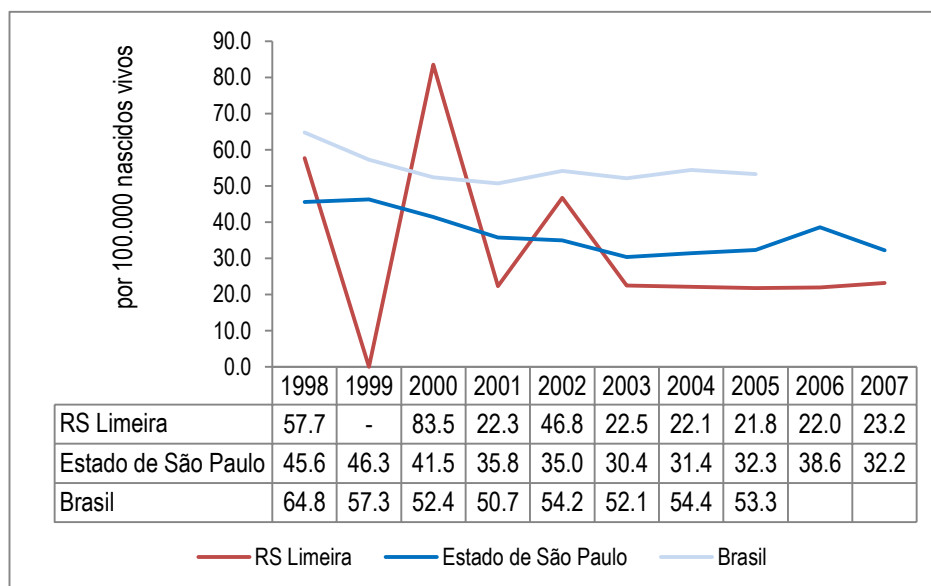
²² O evento sentinela se refere à ocorrência de uma doença, invalidez ou morte indesejada, que poderia ter sido evitada e serve como um sinal de alerta. Os eventos sentinela devem ser objetos de análise para que a partir da compreensão de como e por que ocorreram, eventos semelhantes possam ser evitados no futuro. Para um maior detalhamento desta técnica, ver Penna, MLF em http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf

²³ 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>.

²⁴ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>.

do ESP ocorrida entre 1999 e 2003 é seguida por um período de aumento, que pode estar relacionado à melhoria na notificação de óbitos maternos que antes estavam subestimados, resultado da implantação progressiva dos Comitês de Investigação de Morte Materna em todo o Estado. Esse padrão não foi observado na RS Limeira; a grande oscilação está relacionada aos pequenos números de óbitos envolvidos. Entretanto, cada morte em si já representa um grave problema de saúde pública e, assim como nas mortes infantis, as maternas também constituem em bom evento sentinela. É necessário ainda avaliar a situação da vigilância do óbito da mulher em idade fértil na região, já que a intensificação das ações de vigilância poderia identificar mortes maternas não declaradas.

Gráfico 5 - Razão de Mortalidade Materna. RS Limeira 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 internacionais²⁵. O *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*²⁶ 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

²⁵ 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.

²⁶ 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.

expansão da rede básica, vigilância ao óbito materno e infantil, organização do acesso, adequação da oferta de serviços, qualificação das urgências/emergências, qualificação da assistência hospitalar incluindo unidades de referência regional para gravidez de risco e UTI neonatal entre outras.

2.4. Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)

Com o processo de envelhecimento populacional, o declínio das taxas de natalidade e da carga de morte das doenças infecciosas no Brasil, observa-se um quadro de saúde caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis. Estas, juntamente com as doenças transmissíveis que assumem caráter “crônico” (como HIV/Aids e tuberculose), as doenças 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”²⁷, 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.

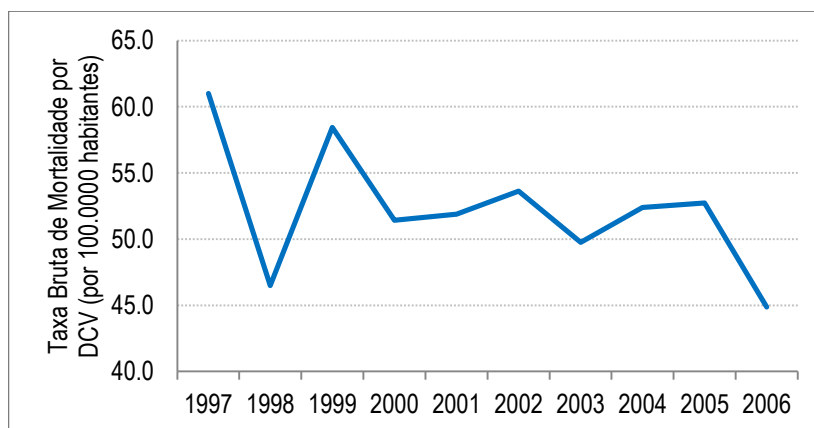
2.4.1. Doenças Cardiovasculares

Na RS Limeira, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 31% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as neoplasias, responderam por cerca de 50% do total dos óbitos, semelhante ao encontrado no ESP (49%). A medida dos óbitos pelas doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração é uma boa estimativa do risco de morte

²⁷ 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.

pelas doenças do aparelho circulatório, pois constituem seus grupos mais significativos. A tendência de queda da taxa da mortalidade por DCV na RS Limeira entre 1997 e 2006 está apresentada no Gráfico 6. Essa é a tendência esperada e tem sido observada também para o ESP.

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



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

A Tabela 7 mostra a evolução do número de óbitos no mesmo período para cada um dos municípios que compõem a RS e a taxa média bruta do coeficiente no triênio 2004-2006. 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 municípios²⁸.

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

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Limeira	148	118	147	128	142	142	133	139	149	131	52,0
Cordeirópolis	10	4	3	11	3	12	9	15	8	7	49,6
Iracemápolis	6	5	14	9	6	4	7	7	8	3	34,3
E Coelho	3	3	3	2	3	4	4	3	3	4	27,5
RS Limeira	167	130	167	150	154	162	153	164	168	145	50,0

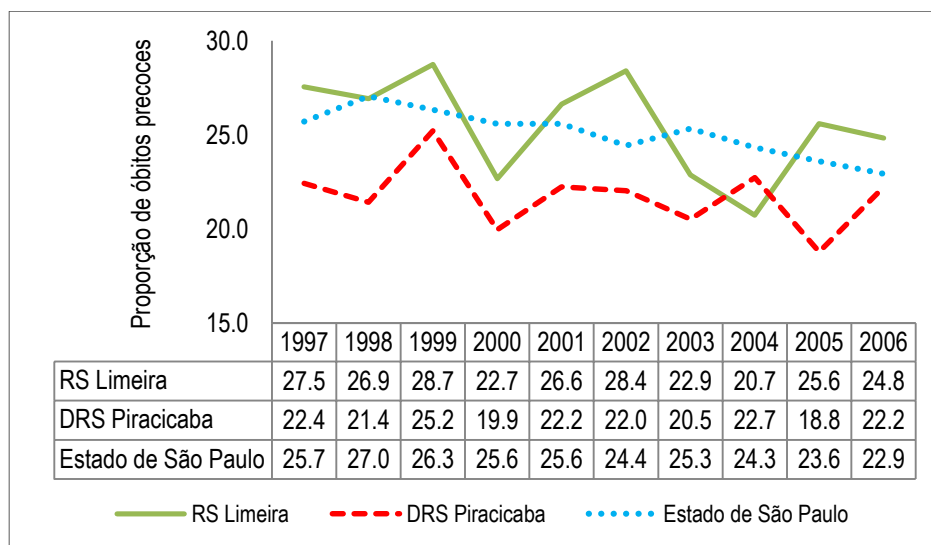
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

²⁸ 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, Roberto A. et al. *Epidemiologia*. SP: Atheneu, 2004.

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

A ocorrência de HA e AVC na faixa etária produtiva, além do reflexo na qualidade de vida, têm um custo social elevado, como consequência do absenteísmo, queda da produtividade e retirada precoce da força de trabalho devido a seqüelas e morte de jovens e adultos. No Estado de São Paulo, constatou-se uma redução da proporção de óbitos precoces por DCV no período compreendido entre 1997 e 2006, tendência essa também observada na região que guarda correspondência com o DRS X - Piracicaba (Gráfico 07) e na RS Limeira. Nesta região, também se observa tendência à queda, porém os valores apresentaram maior variação, em geral superiores à média do DRS X e próximos aos valores do Estado.

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



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

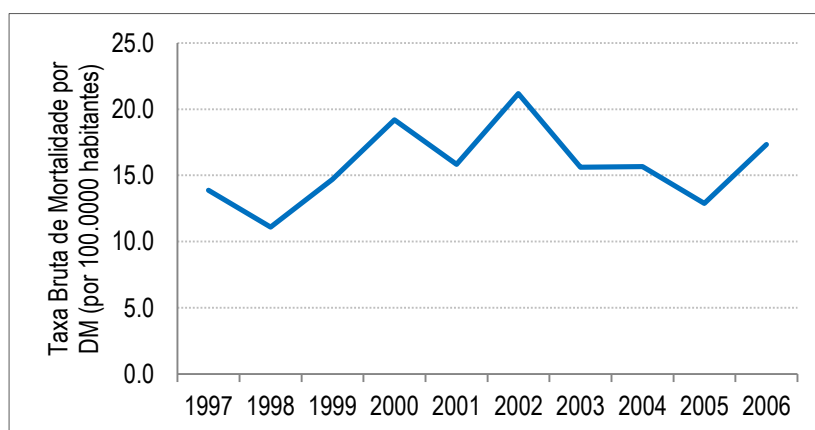
2.4.2. Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus (DM) é uma doença de alta prevalência; vários estudos têm mostrado que parcela importante das pessoas acometidas não sabe que estão doentes; outro

grande grupo não faz tratamento adequado, situações que expõem os diabéticos ao risco de desenvolvimento de diversas complicações e morte.

A taxa de mortalidade por DM estima o risco de morte da população em geral por essa doença; expressa também as condições do cuidado em saúde. A tendência temporal esperada para esse indicador é de queda, relacionada à priorização de ações na atenção básica. O Gráfico 8 mostra que esta tendência não vem ocorrendo na RS Limeira no período 1997-2006, indicando potencialidade de redução com uma boa gestão do cuidado.

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

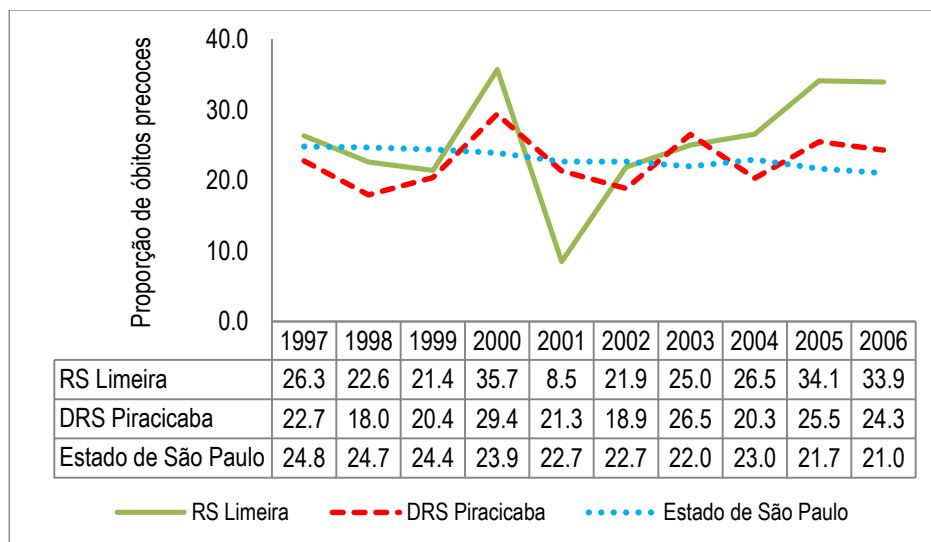
Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Limeira	35	22	32	46	36	53	41	37	37	44	14,7
Cordeirópolis	1	5	7	5	5	6	2	3	1	7	18,2
Iracemápolis	2	4	2	2	5	4	4	5	1	4	19,1
E Coelho	0	0	1	3	1	1	1	4	2	1	19,2
RS Limeira	38	31	42	56	47	64	48	49	41	56	15,3

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

A proporção de mortes precoces (em menores de 60 anos) por DM na RS foi flutuante até 2001 (Gráfico 9) e crescente desde então; já para o Estado de São Paulo, ocorreu um

declínio progressivo. De forma geral, esses óbitos podem ser considerados evitáveis, indicando problemas na prevenção e controle da doença.

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



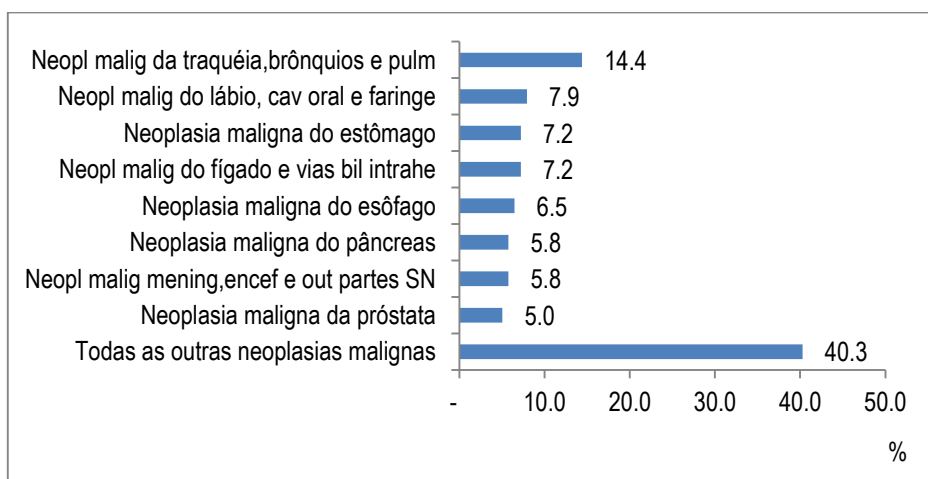
* Causa básica do óbito CID-10: E10 a E14
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

2.4.3 Neoplasias

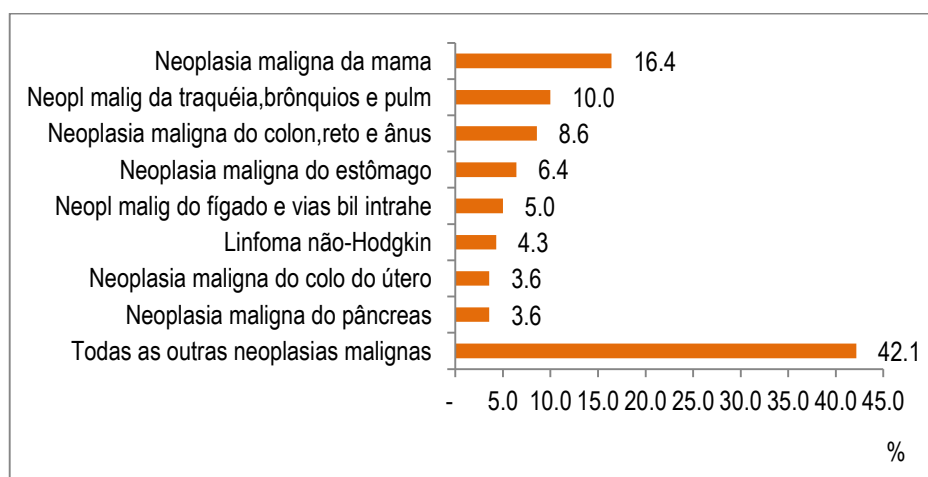
As neoplasias responderam por 19% das mortes na RS Limeira no triênio 2004-2006, com valor maior no sexo feminino (21%). Nos homens, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi o mais frequente, sendo responsável por 14% dos óbitos em 2006 (Gráfico 10), seguido pelas neoplasias de lábio, cavidade oral e faringe; estômago e fígado. Entre as mulheres, a maior expressão foi da neoplasia de mama (16%), seguida pela localização em traqueia, brônquios e pulmões e cólon, reto e ânus (Gráfico 11). Ocorreram em toda a RS Limeira, em 2006, 7 mortes por câncer de próstata, 23 por câncer de mama e 5 de colo de útero.

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



* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

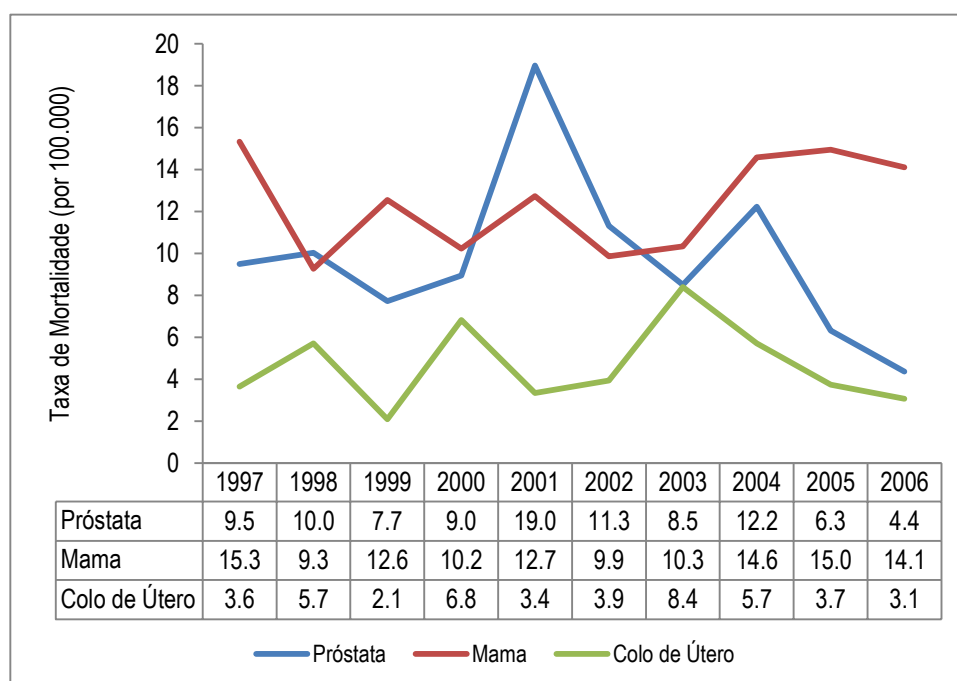


* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No ESP, tem-se observado tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas. Na RS Limeira os valores são menores que os do Estado e DRS X: 86,3; 97,2 e 100,1 por 100.000 habitantes em 2006 (valores sem ajuste por idade).

O risco de morte pelas neoplasias de próstata, mama e colo de útero no período 1997-2006 no conjunto de municípios da região de saúde está apresentado no Gráfico 12. Nos últimos anos observa-se queda na mortalidade por câncer de próstata e colo de útero e aumento para o câncer de mama.

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



* Próstata por 100.000 homens; Mama e Colo do Útero por 100.000 mulheres
 ** Causa básica do óbito CID-10: próstata C61, mama C50 e colo do útero C61
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

As taxas médias de mortalidade por estas 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 Limeira, triênio 2004-2006.

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
Limeira	8,0	15,5	4,7	89,5
Cordeirópolis	-	13,2	3,3	82,7
Iracemápolis	11,4	3,8	-	82,0
E Coelho	5,3	11,3	-	52,2
RS Limeira	7,6	14,6	4,2	87,3

* 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

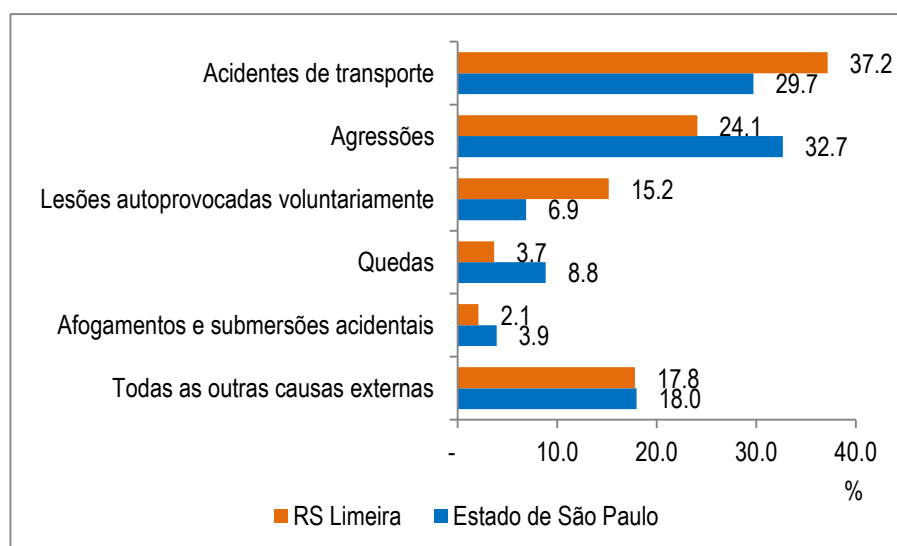
precoces. Os fatores de risco conhecidos para essas e outras neoplasias, em especial o uso do tabaco e álcool, devem ser objeto de programas amplos de promoção em saúde.

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 Limeira e ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, o principal componente na região foram os acidentes de transporte (AT), com 37%, 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 Limeira e Estado de São Paulo, 2006.



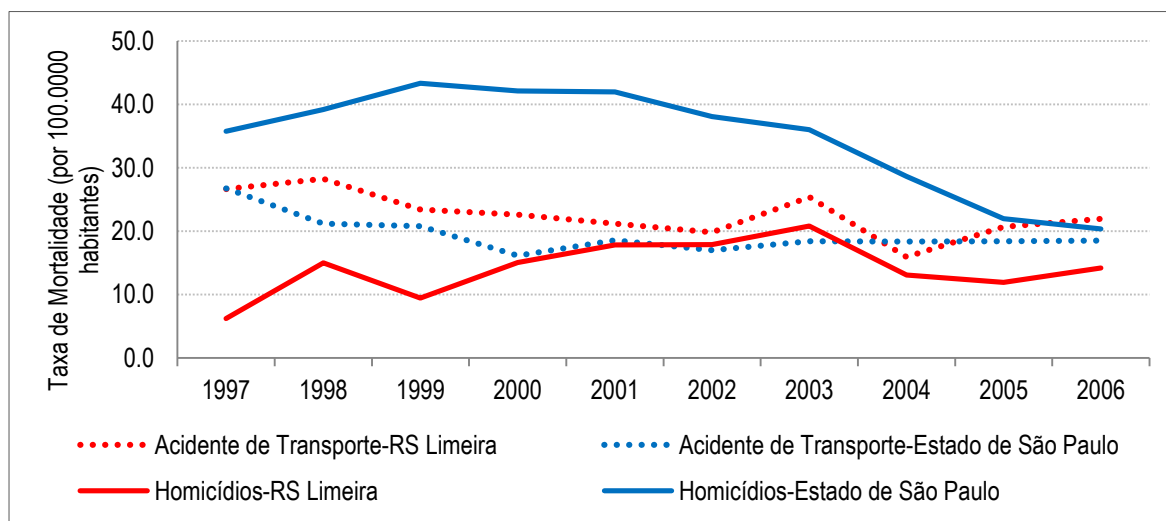
* Causa básica do óbito CID-10: V01-Y98
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O Gráfico 14 mostra que os riscos de morte por homicídios RS e no ESP apresentaram comportamentos diferentes no período analisado. Os homicídios no Estado de São Paulo declinaram desde 1999, enquanto que na região de saúde de Limeira verificou-se aumento da mortalidade entre 1999 e 2003 e diminuição a seguir. A RS manteve valores sempre

inferiores aos do ESP, com tendência a aproximação dos valores nos últimos anos; em 2000 e 2006 as taxas da região foram 15,1 e 14,2 respectivamente, e 42,1 e 20,4 por 100 mil habitantes no ESP.

Em relação aos acidentes de transporte, os valores da mortalidade na RS Limeira foram superiores aos do Estado e diminuíram até 2004, quando se verificou tendência a aumento.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte*. RS Limeira 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 elevado que o de AT em Iracemápolis. As maiores taxas de mortalidade por AT foram verificadas em Engenheiro Coelho e Cordeirópolis.

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Limeira	Homicídios	16	38	24	40	48	49	61	38	32	37	13,3
	Ac. Transporte	61	58	58	52	48	43	64	36	51	61	18,4
Cordeirópolis	Homicídios	0	3	1	2	3	1	1	1	1	1	5,0
	Ac. Transporte	4	10	4	9	4	7	8	7	5	5	28,1
Iracemápolis	Homicídios	0	0	2	0	1	3	1	1	3	6	19,1
	Ac. Transporte	2	3	3	3	7	2	2	2	4	2	15,3
E Coelho	Homicídios	1	1	0	2	1	1	1	1	2	2	13,7
	Ac. Transporte	6	8	2	2	4	8	4	5	6	3	38,5
RS Limeira	Homicídios	17	42	27	44	53	54	64	41	38	46	13,1
	Ac. Transporte	73	79	67	66	63	60	78	50	66	71	19,6

* 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

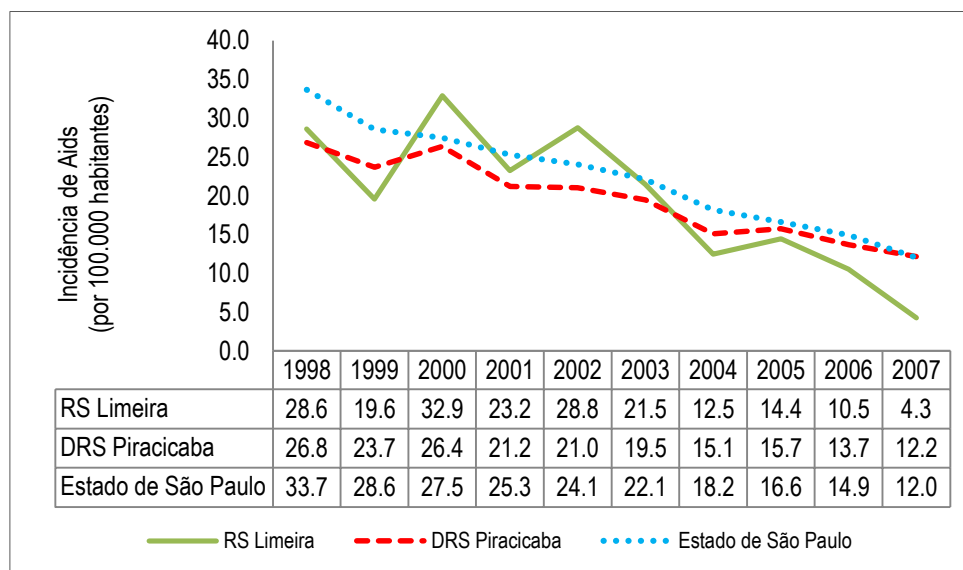
2.5.1 Aids

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 SINAN²⁹, observou-se no período de 1998 a 2007 redução persistente dos coeficientes de incidência da Aids no Estado de São Paulo e no conjunto dos municípios compreendidos no DRS X e na RS Limeira (Gráfico 15).

²⁹ 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

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



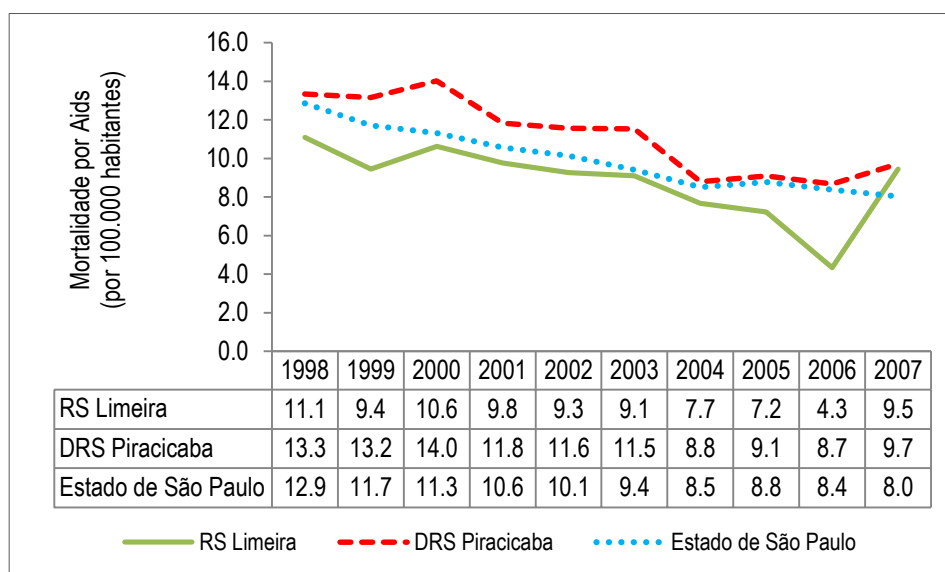
Obs.: Dados até 30/06/08, sujeitos à revisão.

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

Nesse mesmo período, os coeficientes brutos de mortalidade por Aids também apresentaram redução, conforme mostrado no Gráfico 16; na RS, o aumento ocorrido em 2007 precisa ser acompanhado.

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 Limeira, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1998-2007.



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

Entre os municípios da região de saúde, Limeira, município prioritário para o controle da Aids no Estado, concentrou 86% dos casos em 2007, como seria de se esperar devido ao tamanho de sua população frente aos outros municípios (Tabela 11).

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

Municípios	Casos										Incidência 2005-2007
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Limeira	75	52	86	68	87	63	35	41	33	12	10,5
Cordeirópolis	4	1	4	1	0	0	1	0	0	0	-
Iracemópolis	1	2	5	0	0	3	1	3	0	1	7,5
E Coelho	0	1	1	0	0	0	2	2	1	1	10,6
RS Limeira	80	56	96	69	87	66	39	46	34	14	9,7

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

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

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

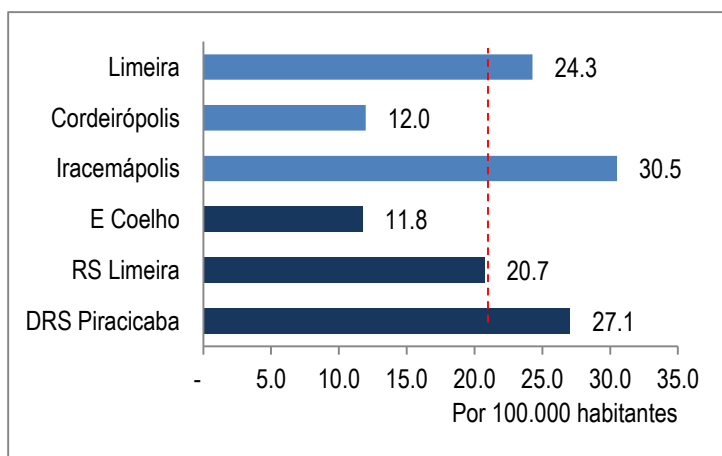
A estabilização e a redução da epidemia de HIV/Aids ainda não estão asseguradas. A ampliação de programas de promoção e prevenção, diagnóstico e acompanhamento laboratorial e clínico adequados são importantes para aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

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 Limeira 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. Limeira respondeu por quase 90% dos casos de tuberculose na região, e é um dos 73 municípios paulistas prioritários para o controle da doença no Estado.

Gráfico 17- Incidência de Tuberculose. Municípios, 2006-2007; RS Limeira e DRS Piracicaba, 2007.



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

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

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

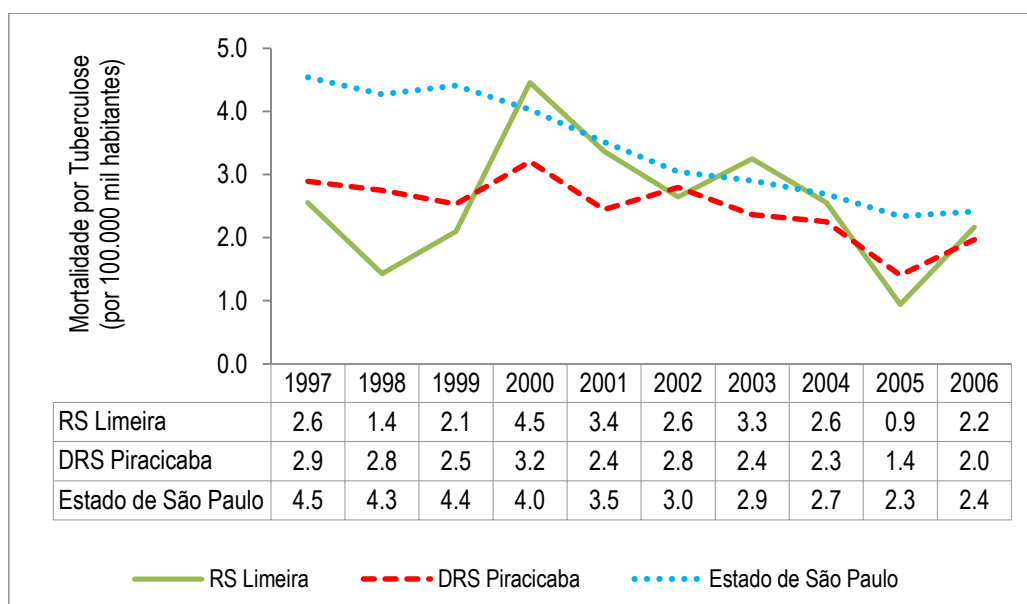
Municípios	2006	2007
Limeira	74	59
Cordeirópolis	2	3
Iracemápolis	7	4
E Coelho	1	2
RS Limeira	84	68

Obs.: Excluídos casos encerrados com mudança de diagnóstico.

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

A tendência da mortalidade por tuberculose também é de declínio desde 2000, apesar da maior variabilidade observada na RS (Gráfico 18).

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



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

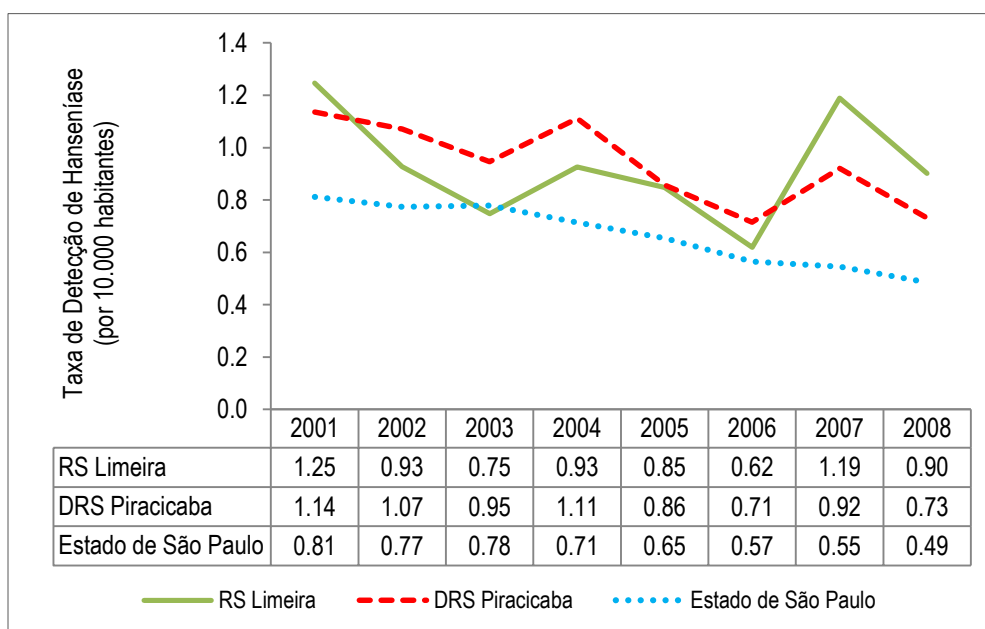
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Frente a esse agravo prioritário, recomenda-se investir na ampliação do acesso ao diagnóstico e da estratégia de tratamento supervisionado, nesse caso com o objetivo de aumentar a adesão dos doentes ao tratamento 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 2005³⁰, meta também atingida no conjunto do DRS X. A magnitude e a carga de morbidade estão apresentadas no Gráfico 19, através da série histórica da taxa de detecção no período de 2001 a 2008. Observa-se redução consistente da taxa de detecção no ESP e no conjunto de municípios compreendidos no DRS X, o qual teve sempre valores mais elevados; na RS Limeira as taxas também são superiores e mais instáveis, mas ainda classificam a região como de média endemicidade em 2008 (entre 0,2 e 0,9 casos por 10.000 habitantes).

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



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

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

A Tabela 13 mostra os casos novos segundo município de residência da região de saúde. Limeira tem o maior número de casos e também está entre os municípios paulistas prioritários para o controle da hanseníase.

³⁰ 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.

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Limeira	33	26	20	28	25	20	38	27
Cordeirópolis	1	1	3	1	1	0	1	2
Iracemápolis	2	1	0	0	1	0	0	0
E Coelho	1	0	0	0	0	0	0	1
RS Limeira	37	28	23	29	27	20	39	30

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

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

Essa realidade indica a necessidade de implementação de ações na rede básica voltadas ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes, além de garantia de atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário³¹.

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 Limeira, DRS X e Estado de São Paulo. Os dados justificam a priorização da dengue na agenda da saúde, devido à quantidade de casos, além do grande potencial de transmissão e transcendência. O vetor *Aedes aegypti* é encontrado em todos os municípios da RS e esta enfrentou epidemias importantes em 2001 e 2007; nesse último ano, Cordeirópolis e Engenheiro Coelho foram atingidos de forma intensa, com nível de incidência considerado alto (acima de 300/100.000 habitantes).

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Limeira	858	127	60	4	3	124	366	91
Cordeirópolis	2	14	4	-	-	2	186	2
Iracemápolis	1	3	11	1	4	3	12	3
E Coelho	2	1	1			1	224	3
RS Limeira	863	145	76	5	7	130	788	99
DRS Piracicaba	1.581	1.168	303	33	46	619	9.269	534
Estado de São Paulo	51.472	42.368	20.245	3.049	5.433	50.021	92.345	7.187

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

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

³¹ Neste sentido, consultar a Portaria Conjunta (SVS e SAS) nº 125, de 26 de março de 2009, que define ações de controle da hanseníase.

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

2.6. Problemas de Saúde Segundo os Gestores Municipais

No questionário respondido pelos gestores municipais foram levantados os principais agravos e/ou fatores que interferem na saúde da população em cada município, cujo resultado pode ser observado no Quadro 1.

Foram relatados problemas de diferentes naturezas. Mesmo considerando os distintos enfoques, é possível observar que um município não refere qualquer problema, dois municípios indicam como problema os acidentes e violências; apenas um município indicou problemas relacionados às condições crônicas de saúde (doenças cardiovasculares e renais).

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

Municípios	Principais Problemas Apontados			
Limeira	Doenças respiratórias	Cardiovasculares	Doenças renais	Violência
Cordeirópolis	Acidentes por causas externas	Sedentarismo		
Iracemápolis	Educação em saúde como matéria escolar	Leis que punam os municípios que não colaboram na eliminação de focos de doenças	Maior envolvimento do estado em políticas públicas de saúde rotineiramente	
E Coelho				

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

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

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

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

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

3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE LIMEIRA

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 Limeira.

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.”³²

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

³² BRASIL. MS. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2006. p.10

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

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

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

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

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

3.1.1. Modelo de Organização da Atenção Básica

No que se refere ao modelo de organização adotado, observa-se, na Tabela 1, a predominância do modelo híbrido, composto de unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família, encontrado em três dos quatro municípios da Região. Engenheiro Coelho adota exclusivamente unidades com equipes de saúde da família. Nenhum município adota o modelo de unidades básicas tradicionais.

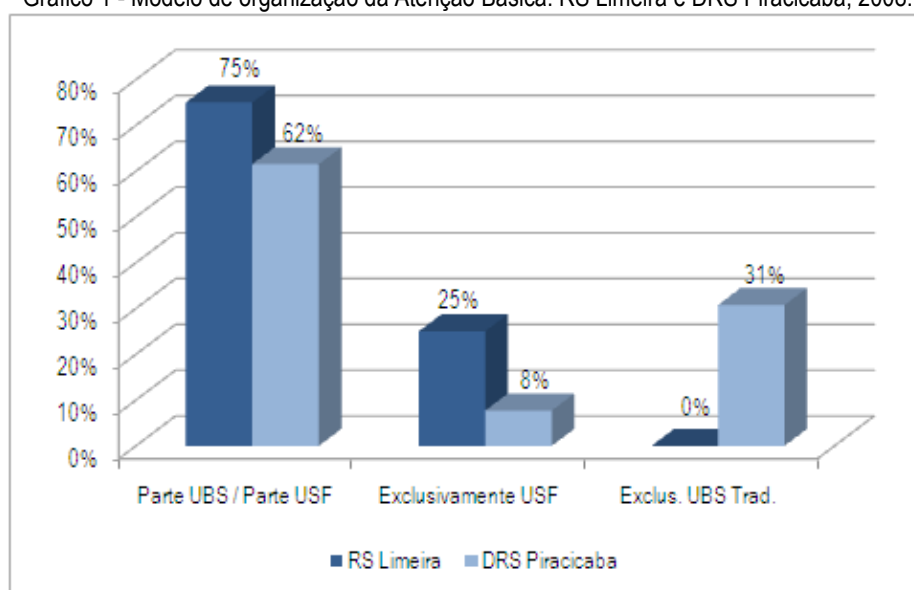
Tabela 1 - Modelo de organização na Atenção Básica, por município. RS Limeira, 2008.

Municípios	Exclusivamente UBS tradicional	USF	Parte UBS/USF
Cordeirópolis			x
Engenheiro Coelho		x	
Iracemápolis			x
Limeira			x

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

Comparando-se os dados dessa Região com os dados da área de abrangência do DRS X - Piracicaba, verifica-se que a porcentagem de adoção do modelo híbrido na RS Limeira (75%) prepondera sobre o percentual de adoção desse modelo no DRS X (62%); essa preponderância também ocorre em relação à adoção do modelo exclusivo de saúde da família; já o modelo de UBS tradicional, inexistente na RS, é adotado em 31% dos municípios do DRS (Gráfico 1).

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



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

No tocante à tipologia de equipes de saúde da família³³, segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que o tipo de equipe mais presente nos municípios da RS Limeira que adotam essa estratégia, parcial ou exclusivamente, é o de equipes com outros profissionais.

Quando questionados em relação a projetos de expansão para a rede de Atenção Básica, os gestores municipais de Cordeirópolis e Engenheiro Coelho respondem que pretendem ampliar as equipes de saúde da família; já os municípios de Limeira e Iracemópolis ampliar as unidades básicas, com a implantação, respectivamente, de 3 e 1 unidades. O

³³ 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.

município de Limeira e de Engenheiro Coelho visam à extensão do atendimento de atenção básica para a zona rural.

Em relação à cobertura populacional de ESF, observa-se que é de 15% na Região, inferior à da área do DRS-X, que é de 29%. Chama a atenção a baixa cobertura desse modelo, apesar de todos os municípios terem implantado essa estratégia, o que pode ser modificado com a implementação dos projetos de expansão propostos pelos gestores.

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

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura Populacional
Cordeirópolis	19.309	1	16,6%
E Coelho	12.729	3	81,9%
Iracemópolis	18.026	1	18,8%
Limeira	272.734	9	11,1%
RS Limeira	327.945	14	14,9%
DRS Piracicaba	1.389.553	114	28,7%

Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

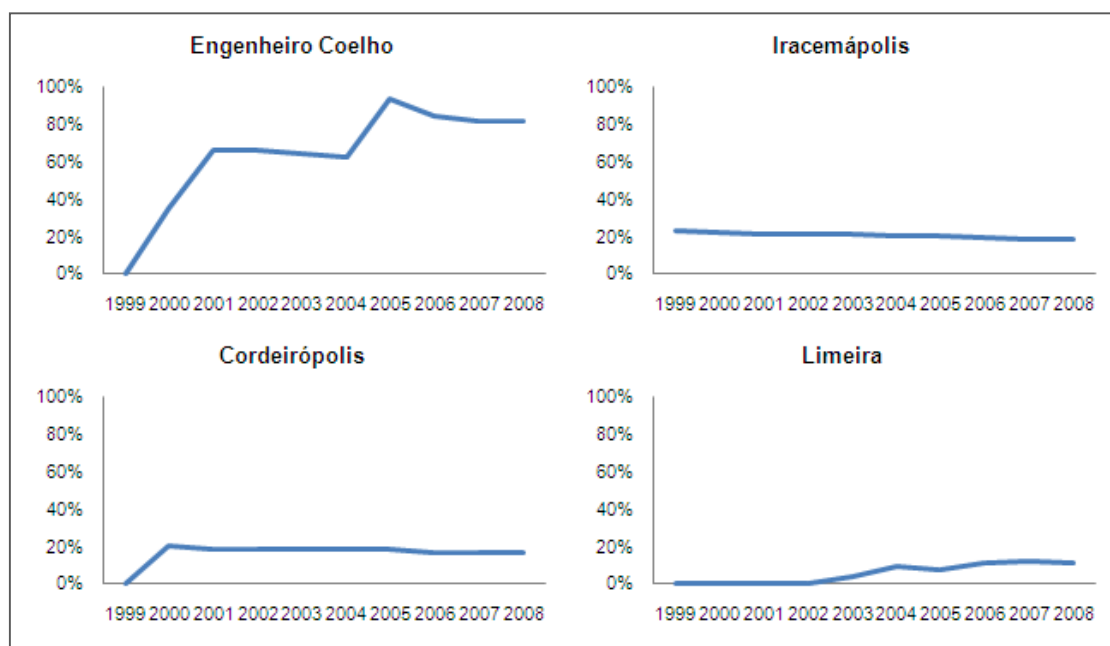
* Para a cobertura nos municípios foi considerada a fonte MS/DAB em 03/03/2009. Para o cálculo da cobertura populacional da RS e DRS, foi considerada 1 equipe de SF para cada 3.500 habitantes.

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

Pode-se observar, nos Gráfico 2 e 3, a evolução da estimativa de cobertura populacional da estratégia de saúde da família (ESF) ao longo de uma década.

Nota-se, no Gráfico 2, que Engenheiro Coelho, que adota exclusivamente esse modelo, atingiu cerca de 80% de cobertura populacional por equipe de saúde da família nos últimos dois anos. Os outros municípios, que adotam o modelo híbrido, atingem com essa estratégia entre 10% e 20% de cobertura nos últimos anos.

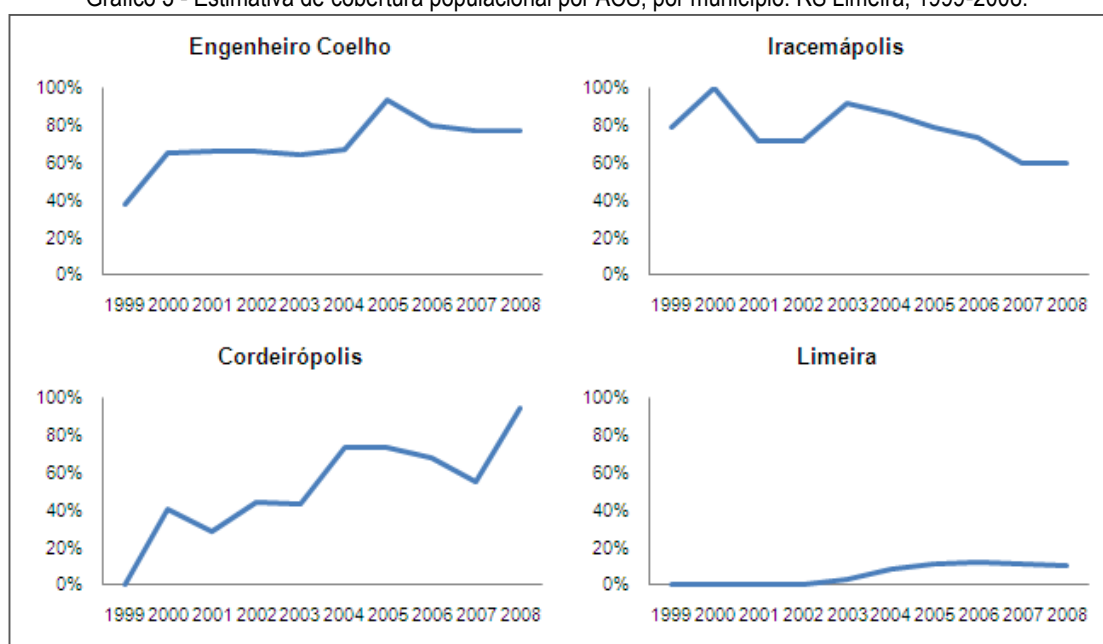
Gráfico 2 - Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família, por município. RS Limeira, 1999-2008.



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 nos municípios de Limeira e Engenheiro Coelho é semelhante à de cobertura por equipes. Já em Iracemápolis e as coberturas por ACS são mais expressivas, embora Iracemápolis apresente tendência decrescente desde 2004.

Gráfico 3 - Estimativa de cobertura populacional por ACS, por município. RS Limeira, 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, o resultado expresso pelos gestores em suas repostas ao questionário da pesquisa.

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

Municípios	UBS
Cordeirópolis	5
Engenheiro Coelho	
Iracemápolis	2
Limeira	15

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

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

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

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
Cordeirópolis	X			X
Engenheiro Coelho		X		X
Iracemápolis		X		X
Limeira		X		X

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

Na Região, todos os municípios consideram insuficiente o número de equipes de SF. Cordeirópolis considera suficientes suas unidades básicas de saúde e Engenheiro Coelho, Iracemápolis e Limeira insuficientes.

Quanto à localização geográfica das unidades de Atenção Básica, conforme mostra a Tabela 5, apenas no município de Limeira a distribuição das unidades de saúde no respectivo território é vista como inadequada. Para os outros três gestores, as unidades de Atenção Básica encontram-se bem localizadas.

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

Municípios	Bem distribuídas	Mal distribuídas
Cordeirópolis	x	
Engenheiro Coelho	x	
Iracemópolis	x	
Limeira		x

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

No que tange aos recursos humanos, os gestores municipais indicaram os profissionais existentes/inexistentes na rede, 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 Limeira, 2008.

Profissional	Cordeirópolis	E Coelho	Iracemópolis	Limeira
Agente Comunitário de Saúde	x	x	x	x
Assistente Social	x	x	x	x
Atendente de Enfermagem			x	
Auxiliar de Consultório	x	x		x
Auxiliar de Enfermagem		x	x	x
Cirurgião-Dentista	x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x
Médico Sanitarista				
Farmacêutico	x	x	x	x
Fisioterapeuta	x	x	x	x
Médico Acupunturista	x			
Médico Clínico	x	x	x	x
Médico de Saúde da Família	x	x	x	x
Médico Ginecologista	x	x	x	x
Médico Homeopata	x			
Médico Pediatra	x	x	x	x
Médico Psiquiatra	x		x	x
Nutricionista			x	x
Profissional de Educação		x		x
Psicólogo	x	x	x	x
Técnico de Enfermagem	x	x		x
Técnico em Higiene Dental				x
Terapeuta Ocupacional	x			x

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

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

Profissional	Cordeirópolis	E Coelho	Iracemópolis	Limeira
Agente Comunitário de Saúde			X	
Assistente Social		X	X	
Atendente de Enfermagem			X	
Auxiliar de Consultório Dentário			X	
Auxiliar de Enfermagem			X	
Cirurgião-Dentista			X	X
Enfermeiro	X		X	
Médico Sanitarista			X	
Farmacêutico			X	
Fisioterapeuta			X	
Médico Acupunturista			X	
Médico Clínico	X	X	X	X
Médico de Saúde da Família			X	
Médico Ginecologista			X	X
Médico Homeopata	X		X	
Médico Pediatra			X	
Médico Psiquiatra			X	X
Nutricionista			X	X
Profissional de Educação Física			X	
Psicólogo			X	X
Técnico de Enfermagem			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 mostram que a equipe multiprofissional básica³⁴, 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 Iracemópolis. No entanto, os quatro municípios apontam para a insuficiência da carga horária de médico clínico e Cordeirópolis e Iracemópolis também para a insuficiência da carga horária de enfermeiro. Neste último município, foi referido pelo gestor insuficiência de carga horária para todas as especialidades presentes na atenção básica.

Em relação a uma equipe ampliada na Atenção Básica à Saúde, há na Região primazia dos seguintes profissionais: assistentes sociais, farmacêuticos e psicólogos em todos os municípios; médico psiquiatra em três; nutricionista, profissional de educação física e terapeuta ocupacional em dois e médico acupunturista e homeopata em um.

³⁴ A esse respeito, ver Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS, capítulo I, item 3, inciso III.

3.1.3. Outros Aspectos da Atenção Básica

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

Em relação aos procedimentos de Atenção Básica por habitante (Tabela 8), os dados secundários do DATASUS analisados sob os parâmetros da Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, MS, evidenciam que, em relação às ações de enfermagem, três municípios apresentam uma produção adequada aos parâmetros, exceto Limeira, com produção abaixo dos parâmetros; já em relação às ações médicas básicas, Limeira e Cordeirópolis estão dentro dos parâmetros e Engenheiro Coelho e Iracemápolis apresentam produção acima dos parâmetros. Para as ações odontológicas, todos os municípios encontram-se adequados. Quanto aos procedimentos realizados por outros profissionais de nível superior, apenas Cordeirópolis está acima dos parâmetros.

Tabela 8 - Procedimentos de Atenção Básica, por habitante. RS Limeira, 2007.

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Sup.
Cordeirópolis	4,35	1,34	0,68	0,63
E Coelho	6,30	3,56	0,64	0,37
Iracemápolis	2,87	2,55	1,00	0,12
Limeira	1,57	1,17	0,71	0,33

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

Obs.: Parâmetros de referência:

Enfermagem/Outros: 2,28 a 6,46

Médicas Básicas: 1,06 a 1,67

Odonto Básicas: 0,40 a 1,60

Outros Prof. Nível Sup.: 0,11 a 0,45

No que diz respeito à necessidade de consultas básicas conforme quantitativo populacional verifica-se, pelos dados da Tabela 9, que a RS Limeira produz 80% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população local. Entre os municípios, Engenheiro Coelho e Iracemápolis apresentam superávit e Cordeirópolis e Limeira, este último o maior da região, apresentam déficit.

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

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/ déficit	% Produção/ necessidades
Cordeirópolis	21.121	33.266	27.732	-5.534	83%
E Coelho	12.968	20.425	45.914	25.489	225%
Iracemápolis	18.213	28.685	45.893	17.208	160%
Limeira	275.643	434.138	293.800	-140.338	68%
RS Limeira	327.945	516.513	413.339	-103.174	80%

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

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

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

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
Cordeirópolis	27.442	290
E Coelho	42.973	2.941
Iracemápolis	8.841	37.052
Limeira	215.473	78.327
RS Limeira	294.729	118.610

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

Do total de 413.339 de consultas na Atenção Básica ofertadas na Região, observa-se que aproximadamente 70% referem-se a consultas programadas e 30% a consultas de urgência. Em Iracemápolis, o número de consultas de urgência na Atenção Básica é bem superior ao de consultas programadas.

No que se refere ao desenvolvimento de atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida, os resultados, mostrados na Tabela 11 indicam a presença dessas ações em todos os municípios da Região.

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

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
Cordeirópolis	x	x			x	
E Coelho	x				x	
Iracemápolis	x	x				
Limeira	x	x	x	x	x	x
Total	4	3	1	1	3	1

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

A promoção de atividades físicas prevalece em todos os municípios, seguida da promoção de saúde sexual e reprodutiva e promoção de práticas alimentares saudáveis presentes em três municípios; atividades de promoção voltadas ao controle de tabagismo, a cuidados com o envelhecimento e à preservação do meio-ambiente aparecem apenas em Limeira. Os municípios de Limeira, Engenheiro Coelho e Cordeirópolis referem desenvolver essas atividades estabelecendo parcerias com outros setores, como educação, assistência social e outros.

Cordeirópolis, Engenheiro Coelho e Iracemápolis informaram no questionário que realizam atividades de promoção à saúde numa porcentagem que varia de 75% a 100% de suas unidades e Limeira entre 25% e 50%.

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

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

- Número e carga horária insuficiente de profissionais de saúde;
- Formação inadequada de profissionais de saúde;
- Assistência fragmentada;
- Processo de avaliação pouco sistematizado e pontual;
- Falta de capacitação profissional para esse nível de atenção;
- Não utilização de protocolos clínicos;
- Planejamento incipiente;
- Pouca informatização do sistema.

Nota-se que os problemas da rede de Atenção Básica apontados concentram-se no campo dos recursos humanos, na organização, gestão e infraestrutura. Os gestores também apontaram filas de espera para outros pontos de atenção da rede especializada ambulatorial e hospitalar e para pontos de apoio diagnóstico e terapêutico.

No que se refere a projetos em desenvolvimento, observam-se iniciativas relacionadas principalmente à ampliação de pontos de atenção básica e especializados, bem como algumas referências quanto à melhoria de infraestrutura e capacitação de RH. Não há referências expressas pelos gestores da Região em relação ao desenvolvimento de projetos visando à qualificação da gestão.

Conclusões Parciais

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

- Há predominância do modelo híbrido (unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família) na maior parte dos municípios que compõem a Região;
- A cobertura populacional de Saúde da Família na Região é aproximadamente metade da observada no Estado de São Paulo, que é de 25% (MS/DAB, 2008);
- A maior parte dos gestores municipais considera o número de unidades básicas tradicionais insuficientes e bem localizadas; os quatro gestores referem insuficiência de unidades de saúde da família;
- Há profissionais diversificados nas equipes de atenção básica, principalmente aqueles que compõem a equipe multiprofissional básica;
- A produção de consultas básicas apresenta-se deficitária nos maiores municípios da Região;
- Todos os municípios desenvolvem atividades de promoção à saúde e a maioria estabelecendo parcerias com outros setores;
- Os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores na Atenção Básica dos municípios da RS Limeira visando à sua qualificação, estão relacionados: 1) à formação e capacitação dos profissionais para atuar na atenção básica; 2) à integração da assistência; 3) à qualificação do cuidado; 4) ao gerenciamento das unidades básicas e 5) à melhorias na infraestrutura.

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

3.2. Ações de Saúde Pública

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

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

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

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

Tabela 12 – Existência de setor ou profissional responsável, por município.
RS Limeira, 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.
Cordeirópolis	x		x		x		x			x
Engenheiro Coelho	x		x			x				
Iracemápolis		x		x						x
Limeira	x		x		x		x			x

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

Observa-se que todos os municípios responderam positivamente, indicando possuírem estrutura organizacional (setor ou profissional responsável) para as ações objeto da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Limeira e Cordeirópolis relatam possuir setor específico para o controle de zoonoses e Engenheiro Coelho informa ter profissional responsável.

Quanto à saúde ambiental, dois municípios informam ter setor específico. Engenheiro Coelho e Iracemápolis não possuem qualquer estrutura.

Em relação à saúde do trabalhador, somente Engenheiro Coelho não possui estrutura organizacional, enquanto os outros municípios referem a existência de profissionais responsáveis.

O estudo também avaliou a existência de Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e, nessa Região, apenas Limeira informou ter esse serviço, o qual é utilizado como referência pelos outros municípios.

3.2.2. Vigilância Epidemiológica

Observou-se que as ações de Vigilância Epidemiológica (notificação de agravos, profilaxia de agravos específicos, investigação de surtos e busca ativa) são desenvolvidas pela totalidade dos municípios integrantes da RS Limeira e em três as ações são descentralizadas, total ou parcialmente, para as unidades de Atenção Básica.

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 em todos, auxiliares de enfermagem e médicos em três e técnicos de enfermagem em dois municípios. Limeira e Engenheiro Coelho não referiram insuficiência de carga horária em nenhuma das categorias profissionais presentes no município.

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

RS Limeira, 2008

Municípios	Médico	Insuficiente	Enfermeiro	Insuficiente	Téc. Enf.	Insuficiente	Aux. Enf.	Insuficiente
Cordeirópolis	x	x	x	x	x			
E Coelho			x				x	
Iracemápolis	x	x	x	x			x	x
Limeira	x		x		x		x	

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

3.2.3. Vigilância Sanitária

No caso das ações de VS, dois municípios da região realizam plenamente as ações dessa área, enquanto outros dois desenvolvem parcialmente tais ações, como se observa na Tabela 14.

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

RS Limeira, 2008

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
Cordeirópolis		x
E Coelho	x	
Iracemápolis		x
Limeira	x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS, no ESP

Este estudo permitiu observar que o Estado apoia ou desenvolve as ações em VS, nesta RS, nas situações de maior complexidade, como inspeções em hospital, policlínicas, comércio de alimentos, e apoio às equipes de VS dos municípios com capacitação dos técnicos.

Com relação aos profissionais, por categoria, que compõem as equipes de VS, verifica-se a presença do enfermeiro e engenheiro em três municípios, e do farmacêutico, médico e médico veterinário em dois (Tabela 15). Chama atenção, à semelhança do que ocorre com a VE, pouca referência à insuficiência de carga horária de técnicos para o desenvolvimento das atividades dessa área.

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

RS Limeira, 2008.

Municípios	Biólogo	Insuficiente	Enfermeiro	Insuficiente	Engenh.	Insuficiente	Farmac.	Insuficiente	Médico	Insuficiente	Med.Vet.	Insuficiente	Tecnólogo	Insuficiente
Cordeirópolis	x		x		x									
E Coelho			x		x		x	x	x		x			
Iracemápolis									x	x	x	x		
Limeira			x	x	x	x	x	x						x

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

Em relação aos profissionais de nível médio, todos os municípios referiram possuir fiscal de saúde pública.

3.2.4. Controle de Zoonoses

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

Todos os municípios da RS Limeira desenvolvem ações voltadas ao controle desse agravo, conforme discriminado na Tabela 16. O município de Iracemápolis, embora desenvolva as ações de controle, referiu não possuir um plano de controle do mosquito transmissor.

Tabela 16 - Atividades de controle da dengue, por município. RS Limeira, 2008.

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
Cordeirópolis	x	x	x	x	x	x
E. Coelho	x	x	x	x	x	x
Iracemápolis	x		x	x	x	x
Limeira	x	x	x	x	x	x

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

BA – Busca Ativa (de casos suspeitos da doença)

PCMT – Plano de Controle do Mosquito Transmissor

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

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

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

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

Com relação às outras ações coordenadas pelo controle de zoonoses elencadas na Tabela 17, observa-se que os municípios desenvolvem atividades para o controle da raiva animal, como vacinação antirrábica animal e a observação de animal agressor. Já as demais atividades, tanto as associadas ao controle da raiva animal, quanto às associadas ao controle de outras zoonoses – como leptospirose e leishmaniose cutaneomucosa e visceral – são desenvolvidas por parte dos municípios.

No que se refere à apreensão e guarda de animal de grande porte, apenas o município de Limeira a realiza. A posse responsável de animais domésticos é trabalhada em três municípios da região. O trabalho de avaliação e controle da infestação ambiental por

morcegos (importante agente na transmissão do vírus rábico) e roedores (importante agente na transmissão da leptospira) é realizado em dois municípios.

Tabela 17- Outras ações de zoonoses desenvolvidas pelos municípios. RS Limeira, 2008.

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos	Roedores	AE Lepto	C.Leish
Cordeirópolis	x	x				x	x	x	x	x
E. Coelho	x	x	x							
Iracemápolis	x		x			x			x	x
Limeira	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

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

VAR - Vacinação anti-rábica animal

OAA - Observação do animal agressor

PVR - Pesquisa de vírus rábico em animais domésticos (cão e gato)

AAGP e GAGP - Apreensão e guarda de animal de grande porte

AEPR - Ações educativas em posse responsável

AE Lepto - Ações educativas em leptospirose

C.Leish - Controle da Leishmaniose

Morcegos e roedores estão aqui destacados por se tratar de importantes reservatórios de propagação 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.

Três municípios referiram possuir aterro sanitário e também realizam coleta seletiva e coleta de resíduos de serviços de saúde. Em relação ao controle de áreas contaminadas e degradadas dois municípios referiram desenvolver essas atividades. O trabalho em controle de poluição e educação ambiental é referido apenas por Limeira. O Município de Engenheiro Coelho não apresentou informações em relação a estes aspectos.

Tabela 18 - Situação dos municípios quanto à coleta e deposição de resíduos e atividades de vigilância ambiental. RS Limeira, 2008

Municípios	Aterro Sanitário	Coleta Seletiva	Coleta de Resíduos Sanitários	Controle de Áreas Contaminadas e Degradadas	Controle de Poluição Ambiental	Educação Ambiental
Cordeirópolis E Coelho	x	x	x	x		
Iracemápolis	x	x	x			
Limeira	x	x	x	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

As atividades e serviços voltados à saúde de trabalhador existentes na Região são apresentados na Tabela 19, conforme informado pelos gestores municipais. Chama a atenção o fato de que apenas Cordeirópolis afirmou desenvolver alguma atividade, voltada aos trabalhadores do cultivo da cana-de-açúcar.

Tabela 19 - Atividades e serviços voltados à saúde do trabalhador, por município.
RS Limeira, 2008.

Municípios	Serviço de saúde específico*	Vigilância do acidente de trabalho**	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao benzeno**	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao amianto**	Vigilância de riscos decorrentes de exposição a agrotóxico**	Vigilância de riscos relacionados ao cultivo da cana-de-açúcar**
Cordeirópolis						X
E Coelho						
Iracemápolis						
Limeira						

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

* Serviço de saúde específico para os trabalhadores.

**Os demais quesitos do quadro referem-se à existência ou não de programa de vigilância de agravos específicos.

3.2.7. Avanços e Desafios Apontados pelos Gestores Municipais

No questionário, foi solicitado ao gestor que apontasse os avanços e as dificuldades sentidas em relação à saúde pública em seu município. As questões elencadas foram muito diversas, referindo-se a estruturas e organização geral do SUS nos municípios e recursos humanos. Deve ser destacada como avanço a expansão do saneamento básico, referido por um município.

Conclusões Parciais

A análise realizada da Saúde Pública nos municípios da RS Limeira permite considerar que:

- Existe setor específico voltado ao desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, consolidando a municipalização das atividades de vigilância;

- Todas as unidades básicas de saúde dos municípios desenvolvem ações de VE;
- As ações de VS são parcialmente realizadas pela metade dos municípios da região e contam com o apoio e a complementaridade da SES-SP;
- Há profissionais de diversas formações compondo as equipes de VE e VS, com referência à insuficiência dos mesmos em pouco menos de 50% das situações;
- As ações de controle de zoonoses são desenvolvidas na maioria dos municípios, à exceção das relacionadas ao controle da dengue e raiva animal;
- Poucas atividades são desenvolvidas na área de saúde do trabalhador.

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.

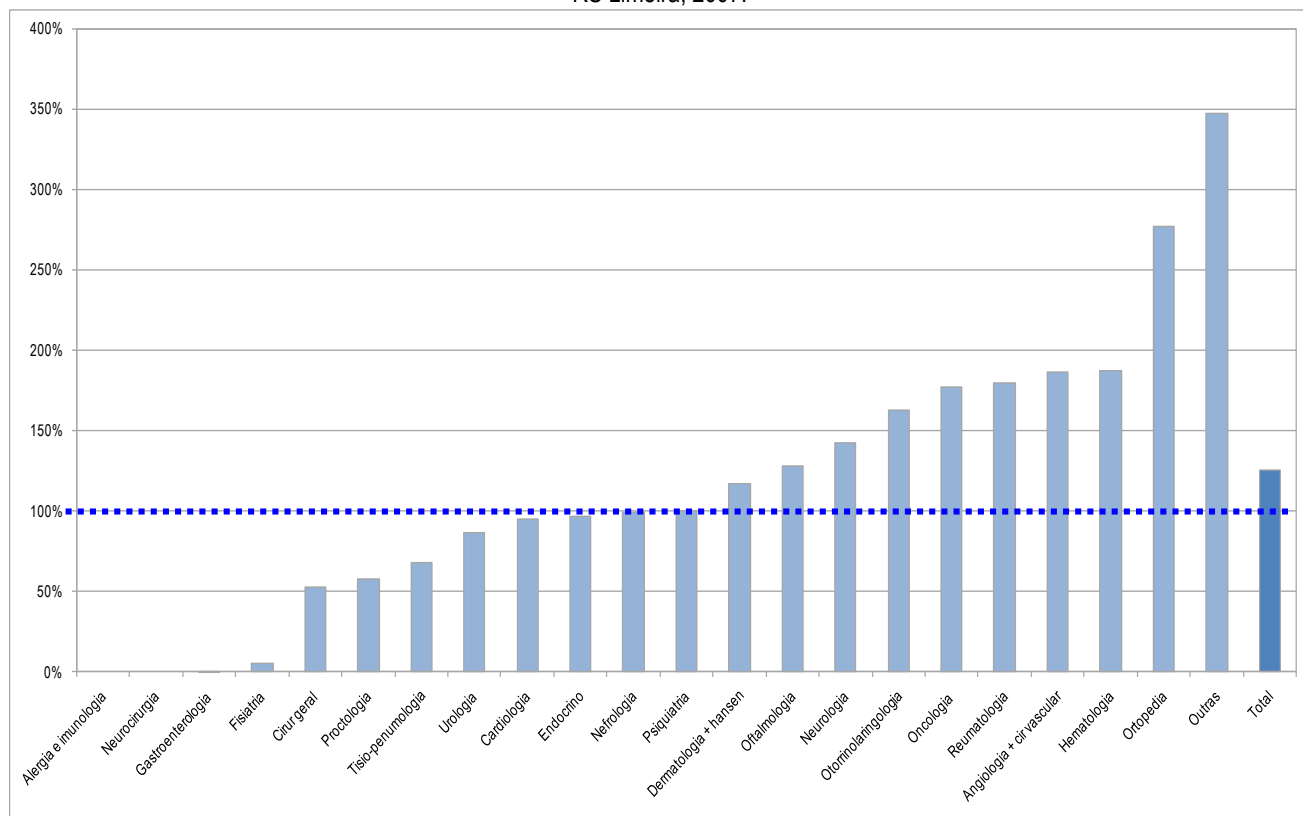
3.3.1. Atenção Ambulatorial

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.

Nesse sentido, ao confrontar dados sobre as necessidades de consultas, para 70% da população da RS Limeira e a produção apresentada ao SUS em 2007, constata-se que das 22 especialidades avaliadas (Gráfico 4 e Tabela 20) cerca de 55% possuem produção abaixo das necessidades da região e 45% com produção acima dessas necessidades. No total, a produção de consultas especializadas da Região responde por 125% das necessidades.

Chama a atenção a ausência de consultas nas áreas de Alergia e Imunologia e Neurocirurgia, e o baixo volume de consultas em Gastroenterologia, o que deve ser melhor investigado junto ao CGR regional.

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



Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração Própria.

Observa-se também que estas especialidades concentram-se principalmente no município de Limeira e, em segundo lugar, em Cordeirópolis, ocorrendo uma importante dispersão de oferta de especialidades em todos os municípios da região, especialmente de dermatologia, oftalmologia, ortopedia, cardiologia, otorrinolaringologia e neurologia (Tabela 20).

Tabela 20 - Necessidade, produção e balanço de consultas médicas especializadas, por município. RS Limeira, 2007.

Municípios	Alergia e imunologia	Neurocirurgia	Gastroenterologia	Fisiatria	Cirurgia geral	Proctologia	Tisiopneumologia	Urologia	Cardiologia	Endocrinologia	Nefrologia	
Necessidade												
Cordeirópolis	74	37	259	444	850	74	370	333	739	148	37	
E Coelho	45	23	159	272	522	45	227	204	454	91	23	
Iracemápolis	64	32	223	382	733	64	319	287	637	127	32	
Limeira	965	482	3.377	5.789	11.095	965	4.824	4.341	9.648	1.930	482	
Subtotal	1.148	574	4.017	6.887	13.200	1.148	5.739	5.165	11.478	2.296	574	
Produção												
Cordeirópolis	0						0	482	1.455	1.464		
E Coelho	0						0		1.385			
Iracemápolis	0						0		1.745			
Limeira	0		8	336	6.949	668	3.878	4.009	6.363	762	570	
Subtotal	0	0	8	336	6.949	668	3.878	4.491	10.948	2.226	570	
Prod. / Necess. Necess.	0,00%	0,00%	0,20%	4,88%	52,64%	58,20%	67,57%	86,95%	95,38%	96,97%	99,32%	
Municípios	Psiquiatria	Dermatologia+hansen	Oftalmologia	Neurologia	Otorrinolaringologia	Oncologia	Reumatologia	Angiologia + cir. vascular	Hematologia	Ortopedia	Outras	Total
Necessidade												
Cordeirópolis	813	407	1.035	444	554	111	148	74	37	1.072	185	8.242
E Coelho	499	250	635	272	340	68	91	45	23	658	113	5.061
Iracemápolis	701	351	892	382	478	96	127	64	32	924	159	7.108
Limeira	10.612	5.306	13.507	5.789	7.236	1.447	1.930	965	482	13.989	2.412	107.570
Subtotal	12.626	6.313	16.069	6.887	8.609	1.722	2.296	1.148	574	16.643	2.870	127.981
Produção												
Cordeirópolis	1.017	1.097	2.035	654	1.709			0		3.341	1.305	14.559
E Coelho		326	918	390	779			0		1.810	692	6.300
Iracemápolis	846	736	1.394	577	796			0		1.669	0	7.763
Limeira	10.761	5.233	16.232	8.207	10.700	3.048	4.129	2.138	1.076	39.343	7.967	132.377
Subtotal	12.624	7.392	20.579	9.828	13.984	3.048	4.129	2.138	1.076	46.163	9.964	160.999
Prod. / Necess.	99,99%	117,09%	128,06%	142,71%	162,44%	177,03%	179,86%	186,27%	187,49%	277,37%	347,24%	125,80%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

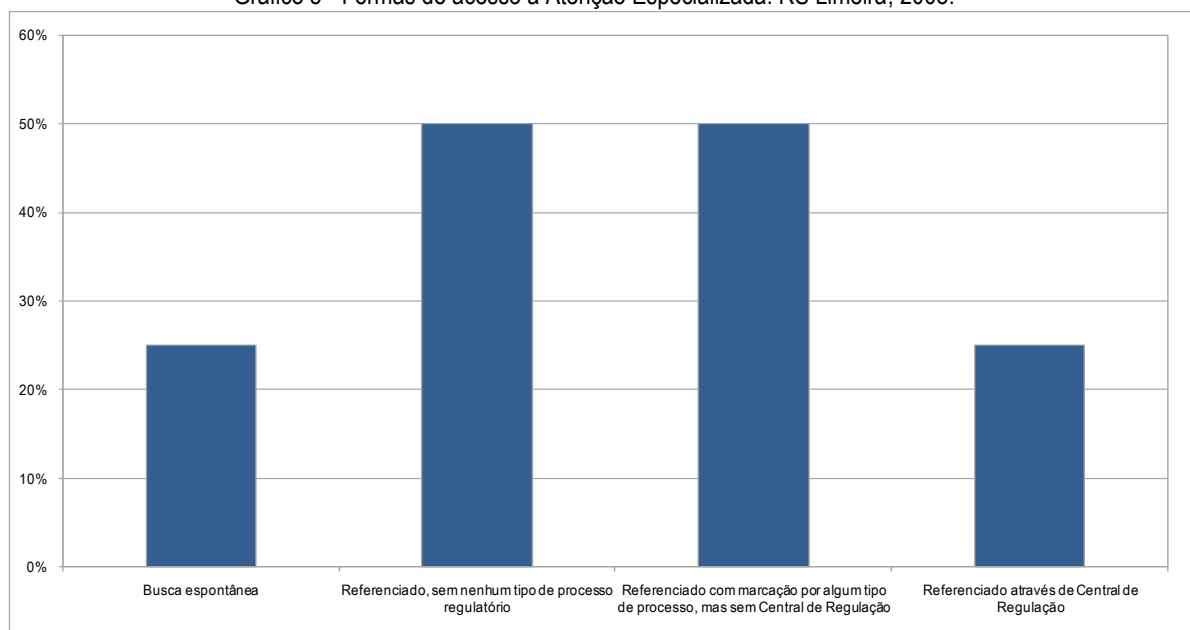
Observação: 1) Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; 2) Considerada 70% da população como SUS dependente.

Ao analisarmos todas as especialidades, ressaltam superproduções que devem ser melhor avaliadas, considerando as trocas inter-regionais. Entretanto, as especialidades de Neurologia, Otorrinolaringologia, Oncologia, Reumatologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Hematologia e Ortopedia merecem um maior aprofundamento, dada a grande produção apresentada na Região.

No que se refere às trocas inter-regionais, as informações levantadas do questionário respondido pelos gestores mostram que cerca de 25% dos municípios oferecem consultas especializadas para outros municípios e que 25% dos municípios da região buscam outros municípios para prover suas demandas.

Quanto ao acesso à atenção especializada, 25% dos municípios indicam que a demanda por esse serviço ocorre de forma espontânea; 50% referem algum tipo de processo regulatório e 25% dos municípios referem a utilização de uma Central de Regulação do acesso (Gráfico 5), o que indica a necessidade em avaliar os encaminhamentos, diante das superproduções detectadas.

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

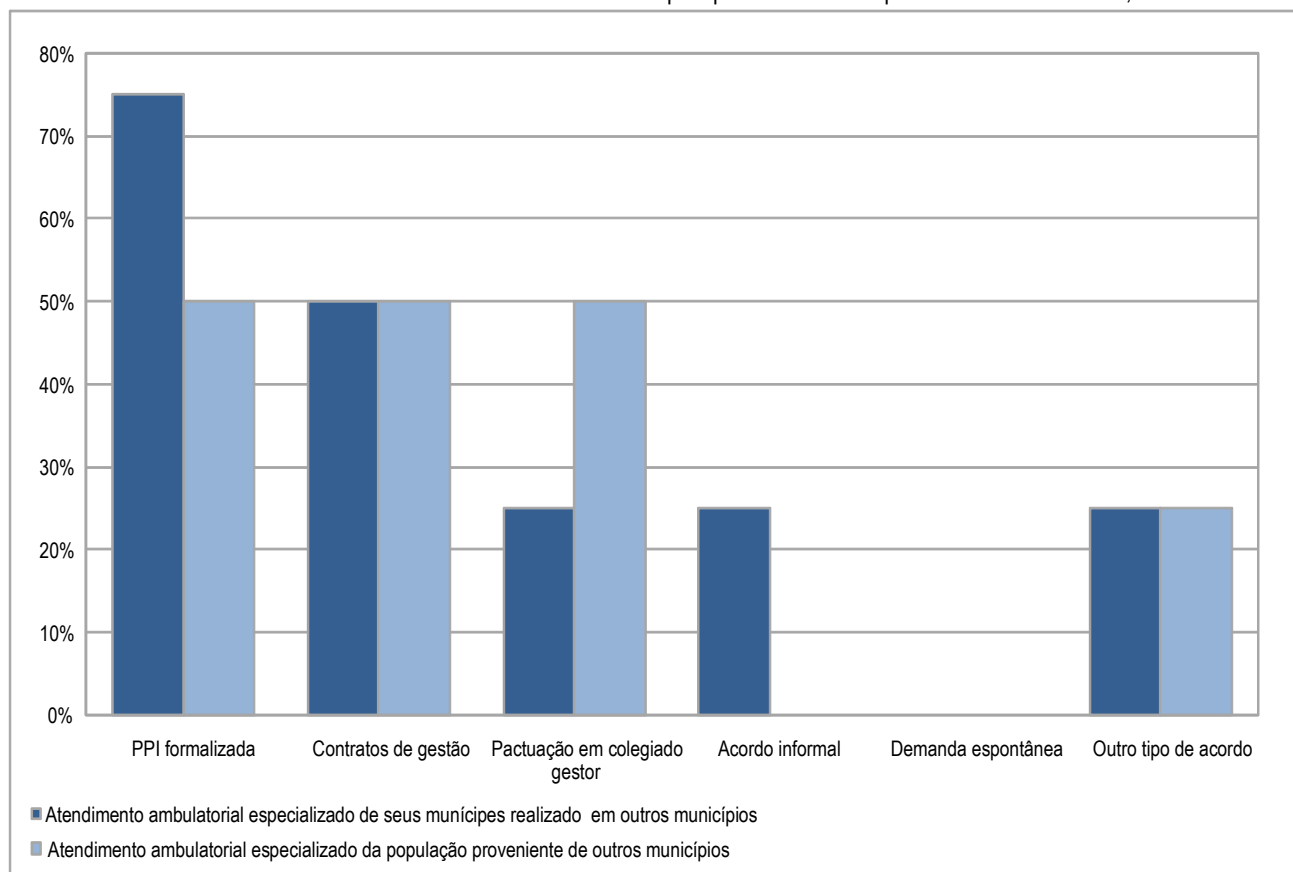


Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Apesar disso, 75% dos municípios indicam que observam a PPI formalizada e 50% referem o contrato de gestão como as duas principais formas para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da Região. Entretanto, a observação da PPI é diferenciada, do ponto de vista dos gestores, quando se levam em conta o município que encaminha e o município que recebe demandas. Mais de 75% dos municípios também indicam que cumprem

os acordos na maioria dos procedimentos pactuados. Desse modo, torna-se imprescindível verificar se o novo processo de elaboração da PPI abordou ou definiu algum encaminhamento às superproduções detectadas.

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

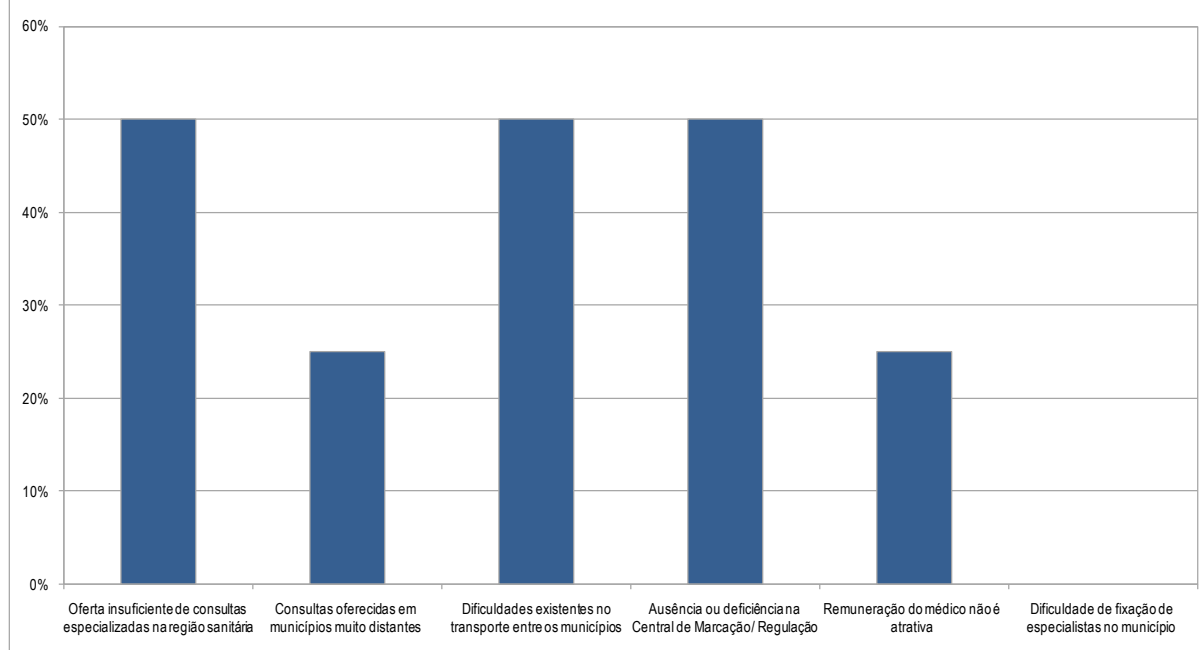


Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto às dificuldades apontadas na Atenção Ambulatorial Especializada na RS Limeira, 50% dos municípios referem oferta insuficiente de consultas, dificuldade de transporte entre os municípios e ausência ou deficiência da Central de Marcação. 25% indicam ainda, como dificuldade, a marcação de consultas em municípios muito distantes. Não há dificuldades de fixação de especialistas (Gráfico 7).

No que se refere à existência de projetos e ações para superar os problemas detectados, a maioria dos municípios indica que não os possuem e apenas o município de Limeira refere à necessidade de implementação de Hospital da Mulher e criação de AME.

Gráfico 7 - Dificuldades apontadas pelos gestores quanto à Atenção Ambulatorial Especializada. RS Limeira, 2008.



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

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

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

3.3.2. Atenção Hospitalar - Internação

A análise da capacidade instalada de leitos hospitalares na RS Limeira indica que apenas 58% dos leitos existentes estão integrados ao SUS. Além disso, a Região não possui leitos públicos e 100% dos leitos SUS são filantrópicos e alocados em um único hospital em Limeira (Tabela 21).

Tabela 21 - Leitos Hospitalares Existentes. RS Limeira, 2008.

Municípios	Leitos Existentes				Leitos SUS				Percentual SUS			
	Público	Filantrópico	Privado	Total	Público	Filantrópico	Privado	Total	Público	Filantrópico	Privado	Total
Cordeirópolis												
Engenheiro Coelho												
Iracemópolis												
Limeira		415	129	544		314		314	75,7%	0,0%		57,7%
Total	-	415	129	544	-	314	-	314	75,7%	0,0%		57,7%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Analisando-se, por outro lado, a necessidade de internações SUS para 70% da população e a produção apresentada em 2007, verifica-se que esta última responde por 86% das necessidades da região (Tabela 22).

Tabela 22 - Comparação entre a necessidade e produção de internações. RS Limeira, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de internações 100% da pop.	Necessidade de Internações 70% da população	Produção Internações SUS 2007	Déficit / superávit 70% da população	% de produção em relação a necessidade de 70% da pop.
Cordeirópolis	21.121	1.690	1.183		-1.183	0,00%
Engenheiro Coelho	12.968	1.037	726		-726	0,00%
Iracemópolis	18.213	1.457	1.020		-1.020	0,00%
Limeira	275.643	22.051	15.436	15.290	-146	99,05%
RS Limeira	327.945	26.236	18.365	15.290	-3.075	83,26%
DRS Piracicaba	1.389.553	111.164	77.815	66.724	-11.091	85,75%

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 23). Utilizando-se os mesmos critérios para a totalidade de

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.

leitos existentes, conclui-se que seriam suficientes para atendimento das necessidades da região.

Tabela 23 - Necessidades, produção e potencial de produção de internações. RS Limeira, 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		
Cordeirópolis	21.121	1.183		0	0	0%	
Engenheiro Coelho	12.968	726		0	0	0%	
Iracemópolis	18.213	1.020		0	0	0%	
Limeira	275.643	15.436	15.290	16.328	28.288	106%	94%
RS Limeira	327.945	18.365	15.290	16.328	28.288	89%	94%
DRS Piracicaba	1.389.553	77.815	66.724	118.040	192.712	152%	57%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

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

A avaliação mais detalhada dos leitos por especialidades indica que, do total de leitos existentes, proporcionalmente estão mais disponíveis ao SUS os leitos complementares (85%), seguidos por leitos obstétricos (57%) e cirúrgicos (50%)

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

Quando solicitados a indicarem as principais áreas com demandas reprimidas, 75% dos gestores indicaram a especialidade de ortopedia. Em segundo lugar, cerca de 50% dos gestores indicaram ainda a oftalmologia e 25% indicaram a vascular, cirurgias de pequeno e médio porte, laqueadura, psiquiatria e plástica restauradora, como áreas com repressão de demanda.

No que se refere ao acesso à internação, observa-se ainda que 75% dos municípios não possuem leitos hospitalares e buscam internações em outros municípios e cerca de 25% (01) oferecem leitos de internações para os demais municípios.

Ainda nesse aspecto, 50% dos gestores referem que existem internações sem qualquer tipo de encaminhamento, 50% referem que existe encaminhamento, mas sem processo de

regulação e, 75% referem que há encaminhamentos realizados através de central de regulação. Do que se conclui que diversas situações de encaminhamento convivem na maioria dos municípios.

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

Sobressai, entretanto, o baixo percentual de pactuações relacionado ao contrato de gestão, 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 filantrópicas, contratos de gestão que consigam refletir os acordos regionais tornam-se estratégicos para um adequado atendimento hospitalar.

As principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais, quanto às internações hospitalares, referem-se na maioria (75% dos gestores) à falta de leitos e vagas, bem como de cotas insuficientes para internação. Em seguida, 25% dos gestores apontam a invasão de outros municípios e estados, bem como a perda de credenciamento em cirurgia cardíaca pediátrica e procedimentos endovasculares, devido à criação da rede de cardiologia pelo MS.

Como já indicado, 100% dos leitos SUS na RS-Limeira são de entidades filantrópicas, disponibilizados através de convênios com os setores públicos. Nesse aspecto, 25% dos gestores, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para acompanhamento de contratos/convênios, indicam a falta de RH para realizar atividades de auditoria e a não existência de “contratualização” de serviços hospitalares.

Com relação aos elementos que interferem no cumprimento de metas da assistência hospitalar no SUS, 25% dos gestores municipais indicaram como principais itens, a partir de uma lista apresentada no questionário:

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

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da atenção hospitalar nos municípios, Limeira indica o hospital da mulher e, Engenheiro Coelho o Programa Pró-Santa Casa da SES-SP, como possíveis formas de solução da área.

Em resumo, a assistência hospitalar (internação) na RS Limeira apresenta baixa produção, frente às necessidades, embora o número total de leitos existentes na região mostre-se suficiente para o atendimento à população. Sobressai também a concentração da assistência hospitalar numa única entidade e, a fragilidade dos processos de regulação.

3.3.3. Atenção de Urgência e Emergência

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

Na RS Limeira não existe SAMU (Tabela 24). O equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção, presente em 100% das cidades, num total de 38 unidades. Observam-se ainda 9 Prontos Atendimentos, distribuídos em três municípios e 3 Prontos-Socorros localizados em dois municípios.

Tabela 24 - Número e distribuição das unidades de Urgência e Emergência. RS Limeira, 2008.

Municípios	SAMU		Remoção ambulância	Pronto Atendimento		Pronto-Socorro	
	Suporte Básico	Suporte Avançado		Isolado	Acoplado à unidade	Isolado	Em unidade hospitalar
Cordeirópolis			6	1			
Engenheiro Coelho			4	1	1		
Iracemápolis			4			1	
Limeira			24	3	3		2
Total	0	0	38	5	4	1	2

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

Na avaliação dos gestores de saúde quanto à insuficiência ou suficiência desses pontos de atenção, observa-se que a opinião emitida refere-se especialmente aos equipamentos presentes no próprio município, sem uma 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 e de Pronto-Socorro.

Por outro lado, ao analisarmos a produção de consultas de urgência e emergência realizadas na região (Tabela 25) observa-se uma elevada produção, quando comparada com as necessidades da população. Neste aspecto, ressalta o excesso de consultas realizadas, especialmente no município de Iracemápolis e Cordeirópolis que apresentam produção acima de 400% com relação às necessidades.

Tabela 25 - Necessidade e produção de consultas de Urgência e Emergência. RS Limeira, 2007.

Municípios	População Seade 2007	Necessidade de consultas urgência 100% da pop	Consultas Urg/Emergência 2007				Superávit/déficit (Total-necessidades)	Balanço %
			Urgências básicas	Urgência emergência	Acidentado trabalho	Total		
Engenheiro Coelho	12.968	4.863	2.941			2.941	-1.922	60%
Limeira	275.643	103.366	78.327	104.059		182.386	79.020	176%
Cordeirópolis	21.121	7.920	290	33.414		33.704	25.784	426%
Iracemópolis	18.213	6.830	37.052	1.074		38.126	31.296	558%
RS Limeira	327.945	122.979	118.610	138.547	0	257.157	134.178	209%
DRS Piracicaba	1.389.553	521.082	682.732	836.538	9.621	1.528.891	1.007.809	293%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

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

A análise da demanda intrarregional, conforme indicação dos gestores, mostra a centralidade da cidade de Limeira com relação ao resgate, que atende a 2 municípios da região e, ao Pronto Atendimento e Pronto Socorro.

O detalhamento dos encaminhamentos que necessitam de internação, por áreas de especialidades, aponta também para a importância do Município de Limeira. Além disso, ressalta-se Piracicaba, cidade que pertence à outra região de saúde, como uma retaguarda muito utilizada. Entretanto, na área de Saúde Mental observa-se que os encaminhamentos são realizados para municípios de outras Regiões de Saúde do DRS Piracicaba, especialmente Rio Claro e Araras (Tabela 26).

Tabela 26 - Especialidades e locais de encaminhamento para internação de urgência/emergência. RS Limeira, 2007.

Municípios de destino		Nº de municípios que indicaram encaminhamento para internação de urgência/emergência nas especialidades				
		Pediatria	GO	Politraum.	CL MED	Psiquiatria
RS Limeira	Cordeirópolis					
	Engenheiro Coelho					
	Iracemópolis					
	Limeira	3	3	3	3	
Outras RS do DRS Piracicaba	Piracicaba	1				
	Araras					4
	Rio Claro					4

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

Na assistência à Urgência e Emergência, a RS Limeira caracteriza-se pela ausência de SAMU, por unidades de Pronto Atendimento em 75% das cidades e Prontos-Socorros em 50% dos municípios. Entretanto, deve ser aprofundado o estudo sobre a caracterização 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 dessa assistência, uma vez que está ausente um planejamento estadual e regional para a área.

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

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

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

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

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

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:
 - 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;

- Definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 4 milhões de habitantes;
- Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;
- Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
- Ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- Participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

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

Na área de Saúde Mental, observa-se na Tabela 27 a distribuição dos serviços de internação que estão presentes nas RS Rio Claro e Araras e apenas as Classes III e XIV, respectivamente.

Tabela 27 - Distribuição dos serviços habilitados em Saúde Mental no DRS X - Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Os serviços de alta complexidade em cardiologia estão distribuídos em todas as regiões, não havendo, entretanto, Centro Assistencial de Alta Complexidade Cardiovascular. Observa-se a presença de 5 Unidades Assistenciais de Alta Complexidade nos municípios polos de cada região de saúde, estando ausentes os serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica e a cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos (Tabela 28).

Tabela 28 - Distribuição dos serviços habilitados em alta complexidade em cardiologia no DRS X – Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Os serviços de traumatologia encontram-se fortemente concentrados em Piracicaba e Limeira, em duas Unidades de Alta Complexidade que abrangem todo o espectro de especialidades (Tabela 29). Entretanto, na opinião dos gestores a demanda para estes serviços é bem maior que a capacidade instalada para atendimento.

Tabela 29 - Distribuição dos serviços habilitados em Traumatologia no DRS X – Piracicaba, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		R Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	S Gertrudes	Rio Claro
2501-Unid.assist alta complex traumatologia - ortopedia	2			1	1					
2511-Ortopedia - coluna	2			1	1					
2512-Ortopedia - ombro	2			1	1					

2513-Ortopedia - mão	1			1		
2514-Ortopedia - quadril	2		1	1		
2515-Ortopedia - joelho	2		1	1		
2516-Ortopedia - tumor ósseo	2		1	1		
2517-Outros segmentos ossos	2		1	1		

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Quanto aos serviços habilitados em oncologia (Tabela 30), observa-se a sua presença nas quatro regiões, mas concentrados nos municípios polos de cada região. Não foram detectados Centros de Referência, observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia, em Araras e Rio Claro. Além disso, encontram-se serviços de UNACON com radioterapia e hematologia, não havendo serviços de oncologia pediátrica e serviços isolados de quimioterapia.

Tabela 30 - Distribuição dos serviços habilitados em Oncologia no DRS X - Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Na área de UTI, observa-se a presença de serviços de nível II e III em todas as Regiões de Saúde e nas diversas áreas – adulto, neonatal e pediátrica (Tabela 31). Os serviços de UTI Tipo III concentram-se em Piracicaba e Araras.

Tabela 31 - Distribuição dos serviços habilitados em UTI adulto e pediátrico no DRS X – Piracicaba, 2009

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Finalmente, os serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise (Tabela 32) encontram-se concentrados nos municípios polos das regiões de saúde do DRS Piracicaba, observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em todos, exceto em Limeira que possui serviço apenas de Hemodiálise II.

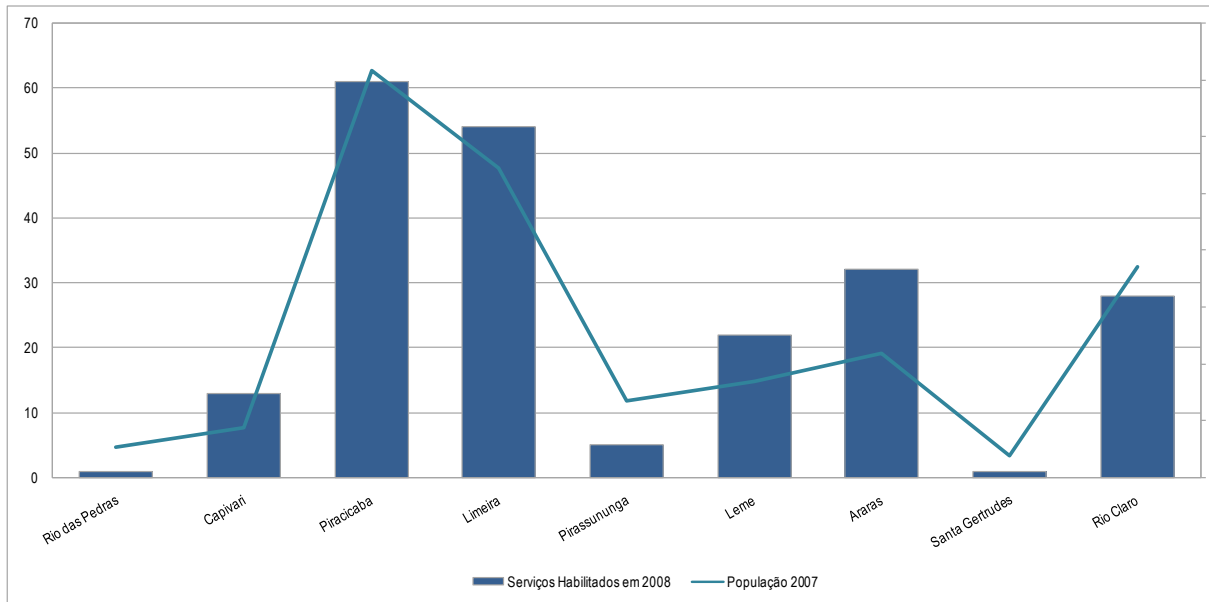
Tabela 32 - Distribuição dos serviços habilitados em Nefrologia e Hemodiálise no DRS X – Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

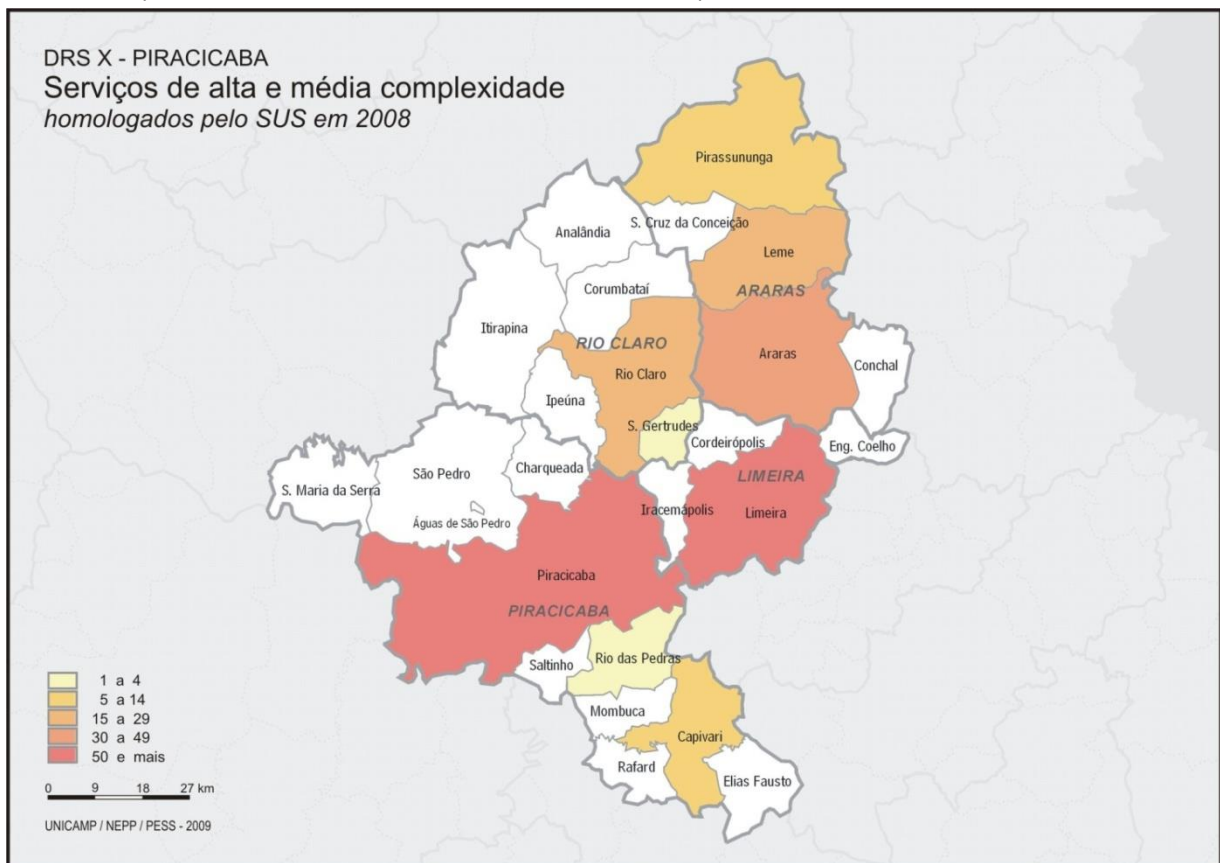
Considerando-se o conjunto de serviços habilitados (217) no DRS de Piracicaba, observa-se, no Gráfico 8 e no Mapa 1, que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de dois municípios polos regionais (Piracicaba e Limeira) e dois polos secundários (Araras e Rio Claro).

Gráfico 8 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade no DRS X – Piracicaba por município, 2009.



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Mapa 1 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade no DRS X - Piracicaba, 2009



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

3.3.5. Atenção de Alta Complexidade na RS

Além da análise da distribuição e concentração desses serviços no DRS Piracicaba, dados sobre a produção de procedimentos em áreas selecionadas (hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva) da Região de Saúde Limeira mostram importante superprodução desses procedimentos, quando calculada por parâmetros estabelecidos a partir do número de consultas especializadas necessárias para 70% da população, conforme estabelecido na Portaria MS 1.101 (Tabela 33).

Nesse aspecto, observa-se que, exceto em hemoterapia onde há carência de procedimento tanto na RS Limeira, quanto na área de abrangência do DRS X - Piracicaba, nas outras três áreas a produção concentra-se no Município de Limeira, ocorrendo superprodução importante nessa região como também no DRS, especialmente em quimioterapia e radioterapia.

A avaliação dos gestores quanto à suficiência de procedimentos de alta complexidade, a partir dos dados das entrevistas junto aos CGR, indica que a nova PPI não é suficiente para atendimento da demanda e os municípios acabam gastando recursos próprios para compra de procedimentos de alto custo.

Nesse mesmo sentido, aproximadamente 40% dos municípios da região referem, no questionário respondido, que utilizam estes serviços em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas para Radioterapia e Quimioterapia. Vários municípios referem que oferecem os serviços para seus munícipes, mas consideram as cotas também insuficientes principalmente para Hemoterapia, Terapia Renal Substitutiva e Radioterapia.

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado, em parte, com algum processo de referência por 75% (3) dos municípios e através de Central de Regulação por 75% (3) dos municípios. Nesse aspecto, é possível concluir que na realidade, convivem, na maioria dos municípios da Região, encaminhamentos através de Central de Marcação ao lado de outros tipos de encaminhamentos, inclusive sem processos regulatórios.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, é utilizada principalmente a PPI formalizada e, em segundo lugar a pactuação no colegiado gestor e os contratos de gestão. Entretanto, na avaliação dos gestores as pactuações da PPI são atendidas com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Ainda no que se refere a esses acordos, 45% dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos na maioria dos procedimentos pactuados.

Tabela 33 - Produção e necessidade de procedimentos de alta complexidade em áreas selecionadas. RS Limeira, 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
Limeira	275.643	482.375	19.295	52.679	273,02%	9.648	9.689	100,43%
Cordeirópolis	21.121	36.962	1.478		0,00%	739		0,00%
Iracemópolis	18.213	31.873	1.275		0,00%	637		0,00%
Engenheiro Coelho	12.968	22.694	908		0,00%	454		0,00%
RS Limeira	327.945	573.904	22.956	52.679	229,48%	11.478	9.689	84,41%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	97.269	69.521	71,47%	48.634	74.459	153,10%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Quimioterapia (0,18%)	Produção Quimioterapia	% Produção em Relação à Necessidade	Necessidade Radioterapia (1,22%)	Produção Radioterapia	% Produção em Relação à Necessidade
Limeira	275.643	482.375	868	5.157	593,94%	5.885	22.802	387,46%
Cordeirópolis	21.121	36.962	67		0,00%	451		0,00%
Iracemópolis	18.213	31.873	57		0,00%	389		0,00%
Engenheiro Coelho	12.968	22.694	41		0,00%	277		0,00%
RS Limeira	327.945	573.904	1.033	5.157	499,21%	7.002	22.802	325,67%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	4.377	15.895	363,14%	29.667	69.993	235,93%

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

Quanto às dificuldades referentes aos serviços de alta complexidade 100% dos municípios apontam insuficiência de cotas e vagas. Por outro lado, a maior parte dos municípios não referem possuir qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados, e apenas Limeira pleiteia o retorno do credenciamento para cirurgia pediátrica e procedimentos endovasculares que foi perdido.

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 Limeira caracteriza-se, pela diversidade de especialidades existentes na região com sobreoferta em algumas e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização. Isso favorece a fragmentação da assistência. Além disso, torna-se evidente a fragilidade dos processos de regulação na assistência ambulatorial especializada, favorecendo o desequilíbrio na oferta e na alocação das especialidades, o que certamente se reflete em dificuldades de acesso para a população;
2. Na Atenção Especializada Hospitalar, detectou-se um déficit de internações, quando comparadas produção e necessidades, embora o número de leitos SUS existentes permita potencialmente cobrir mais de 100% das necessidades. Nesse sentido, observou-se ainda que 100% dos leitos da Região são privados filantrópicos, o que requer a instituição de adequados processos de contratualização e regulação, de modo que estes leitos possam atender às necessidades da região;
3. Na Assistência à Urgência e Emergência, é possível observar que a Região possui todos os tipos de equipamentos, exceto o SAMU, sendo o mais frequente a ambulância para remoção e, em segundo lugar, as Unidades de Pronto Atendimento, isoladas ou acopladas a outras unidades. Chama atenção, entretanto, o grande volume de consultas nessa área, chegando-se a produzir duas vezes mais do que as necessidades preconizadas pelo MS. Observando-se os municípios da Região, essa produção chega a ser quatro vezes maior

em cerca de 50% (2) 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 Piracicaba não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços muito diversificados. Isto evidencia a necessidade de se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS e do Estado, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção. Quanto à Atenção de Alta Complexidade, observam-se também superproduções importantes em Terapia Renal Substitutiva, Quimioterapia e Radioterapia, que devem ser melhor investigadas, considerando-se o déficit de consultas e internações especializadas e o excesso de consultas de urgência/emergência. Ressalta-se ainda a necessidade de se elaborar um planejamento desta assistência em âmbito regional.
5. Em termos de polarização, o município de Limeira configura-se como grande polo dessa região de saúde;
6. O relacionamento intermunicipal, na Região, ocorre principalmente com base na PPI formalizada, em contratos de gestão e, nas pactuações ocorridas no CGR da RS Limeira, sendo cumpridas na maioria das vezes;
7. No que se refere ao acesso da população chama atenção a convivência de encaminhamentos com uso de processos de regulação ao lado de encaminhamentos sem qualquer regulação nas consultas especializadas, nas internações e na média e alta complexidade, o que deve ser melhor investigado;
8. Finalmente, caberia assinalar a ausência de propostas, na maioria dos municípios para enfrentamento das dificuldades e limites detectados na Atenção Especializada.

3.4. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

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

Por outro lado, os sistemas de informação do SUS estão centrados na produção de procedimentos ou no cadastro de estabelecimentos de saúde, não sendo totalmente adequados à análise com foco em pontos de apoio diagnóstico e terapêutico. Desse modo, neste estudo, buscou-se associar dados de produção com informações coletadas junto aos gestores sobre a distribuição, suficiência, acesso e qualidade dos pontos de apoio diagnóstico e terapêutico na Região de Saúde. Foram priorizados na 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 34 e Gráfico 9) indicam elevada superprodução desses exames, exceto em anatomia patológica. A superprodução de exames de patologia clínica, radiológicos e ultrassonográficos é observada tanto no âmbito de cada município que realiza os procedimentos, quanto no da região de saúde e no do DRS Piracicaba e, no caso de exames radiológicos e ultrassonográficos, essa produção é mais que o dobro das necessidades calculadas.

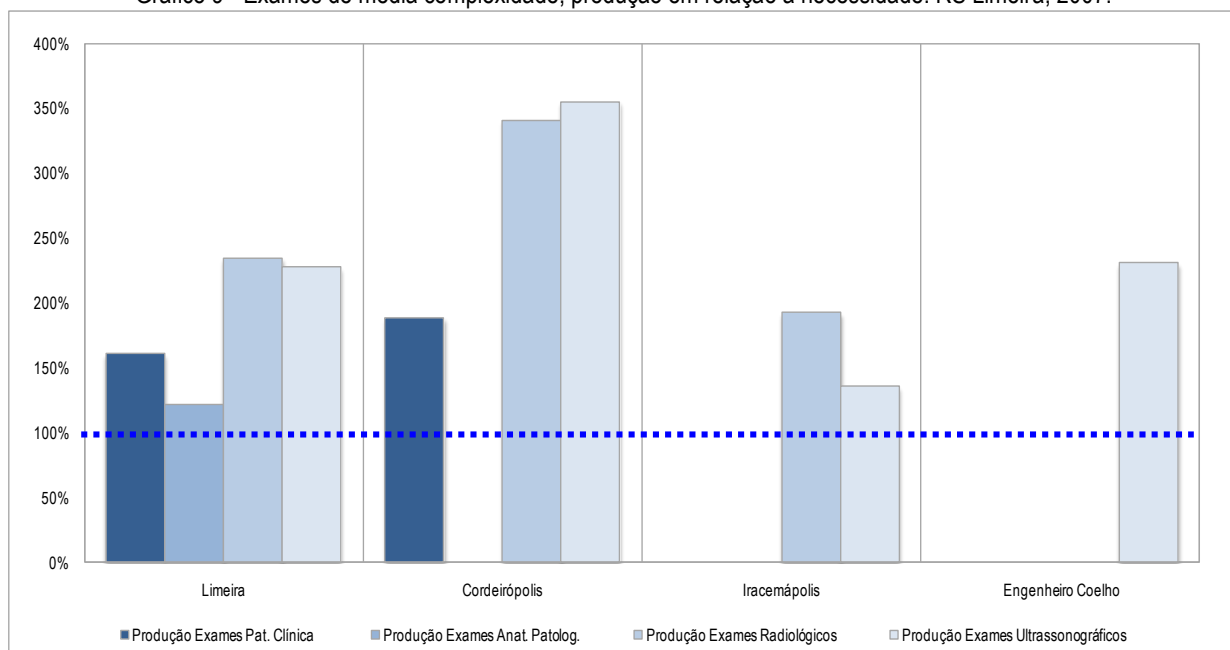
Tabela 34 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Limeira, 2007.

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
Limeira	275.643	482.375	241.188	387.080	160,49%	11.384	13.803	121,25%
Cordeirópolis	21.121	36.962	18.481	34.817	188,39%	872		0,00%
Iracemópolis	18.213	31.873	15.936		0,00%	752		0,00%
E Coelho	12.968	22.694	11.347		0,00%	536		0,00%
RS Limeira	327.945	573.904	286.952	421.897	147,03%	13.544	13.803	101,91%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	1.215.859	2.044.628	168,16%	57.389	43.802	76,33%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% População	Necessidade Radiodiagnóstico (8%)	Produção Exames Radiológicos	% Produção em Relação à Necessidade	Necessidade Ultrassonografia (1,5%)	Produção Exames Ultrassonográficos	% Produção em Relação à Necessidade
Limeira	275.643	482.375	38.590	90.635	234,87%	7.236	16.470	227,62%
Cordeirópolis	21.121	36.962	2.957	10.100	341,57%	554	1.972	355,68%
Iracemópolis	18.213	31.873	2.550	4.905	192,37%	478	648	135,54%
E Coelho	12.968	22.694	1.816		0,00%	340	786	230,90%
RS Limeira	327.945	573.904	45.912	105.640	230,09%	8.609	19.876	230,89%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	194.537	432.501	222,32%	36.476	60.805	166,70%

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

Gráfico 9 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Limeira, 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 35), principalmente de procedimentos de mamografia, ecocardiografia, ultrassonografia e endoscopia.

Tabela 35 - Opinião dos gestores acerca da suficiência de oferta de procedimentos diagnósticos e compra de exames por iniciat municípios, em percentuais. RS Limeira, 2008.

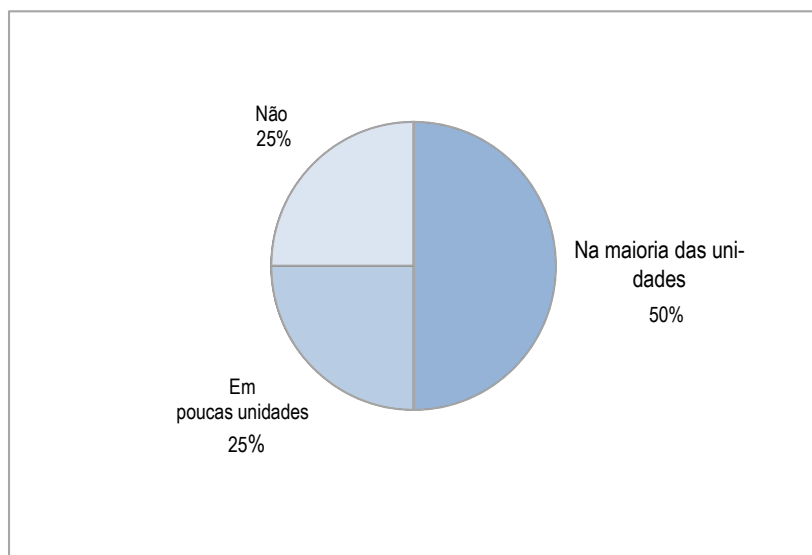
Tipos de Procedimentos	Município oferta com recursos próprios, além da PPI	Oferta Insuficiente		Oferta Suficiente	
		No município	Em outros municípios	No município	Em outros municípios
Colposcopia	25,00%	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%
Patologia e Análise Clínicas	50,00%	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%
Endoscopia (colonoscopia, EDA, retossig, e outros)	50,00%	25,00%	50,00%	25,00%	0,00%
Ultrassonografia	50,00%	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%
Ecocardiografia	50,00%	25,00%	50,00%	0,00%	0,00%
RX-simples	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
RX-contrastado	50,00%	0,00%	25,00%	25,00%	25,00%
ECG	50,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
EEG	50,00%	0,00%	50,00%	25,00%	0,00%
Mamografia	50,00%	0,00%	75,00%	25,00%	0,00%

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

Em função da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os municípios da RS Limeira acabam financiando a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI. Deste modo 50% dos municípios financiam praticamente todos os exames pesquisados. Chama atenção, entretanto, que mesmo os exames de RX-simples e ECG, oferecidos em volume suficiente por 100% dos municípios, possuem oferta adicional com recursos próprios municipais.

No que se refere ao acesso aos exames, os dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que apenas em 50% dos municípios existe coleta descentralizada na maioria dos Pontos de Atenção da Rede Básica. Nos restantes, ou a coleta é realizada em poucas unidades ou é inexistente (Gráfico10).

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



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

Quanto ao envio dos resultados dos exames, mais de 75% dos gestores consideram adequado o processo de envio dos exames de Ultrassonografia, RX-simples, RX-contrastado, ECG, e Mamografia. Cerca de 50% consideram adequado o envio de exames de Colposcopia, Endoscopia, Ecocardiografia, e EEG e cerca de 25% consideram adequados o envio de exames de Patologia e Análises Clínicas. No que se refere ao acesso aos exames mais de 75% dos gestores consideram que não há dificuldades. Por outro lado, 75% desses gestores indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta desses exames. Entretanto, os municípios não indicam qualquer projeto para resolver as dificuldades apontadas.

A avaliação do 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. Tal situação parece ocorrer em função da inadequada abordagem clínica dos profissionais de saúde.

A análise da produção dos exames de alta complexidade incluindo: tomografia, ressonância, radiologia intervencionista, medicina nuclear e hemodinâmica na RS Limeira mostra superprodução, exceto em ressonância e medicina nuclear quando comparados com o cálculo de necessidades para 70% da população (Tabela 36). Dentre esses exames, a produção de tomografia é a que demonstra maior distorção.

Menos de 50% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que buscam estes procedimentos em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas, especialmente com relação à Medicina Nuclear.

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado em parte com algum processo de referência por 75% (3) dos municípios e através de Central de Regulação por 75% (3) dos municípios. Nesse aspecto, é possível concluir que na realidade convivem, na maioria dos municípios da Região, encaminhamentos através de Central de Marcação ao lado de outros tipos de encaminhamentos, inclusive sem processos regulatórios.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, é utilizada principalmente a PPI formalizada e, em segundo lugar, a pactuação no colegiado gestor e os contratos de gestão. Através da análise das respostas dos questionários, pode-se observar que os gestores afirmam respeitar com maior frequência as pactuações nos encaminhamentos para outros municípios referindo, porém, que quando recebem encaminhamentos essas pactuações são respeitadas com menos frequência. Ainda no que se refere a esses acordos, 75% dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos na maioria dos procedimentos pactuados.

No que diz respeito às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 100% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas. Por outro lado, a maior parte dos municípios não refere possuir qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados e, apenas Limeira pleiteia o retorno do credenciamento para cirurgia pediátrica e procedimentos endovasculares que foi perdido.

Tabela 36 - Produção e necessidade de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade. RS Limeira, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames de Tomografia (0,20%)	Produção Exames Tomografia	% Produção em Relação à Necessidade	Necessidade Exames Ressonância (0,04%)	Produção Exames Ressonância	% Produção em Relação à Necessidade
Limeira	275.643	482.375	965	3.043	315,42%	193	131	67,89%
Cordeirópolis	21.121	36.962	74		0,00%	15		0,00%
Iracemópolis	18.213	31.873	64		0,00%	13		0,00%
E Coelho	12.968	22.694	45		0,00%	9		0,00%
RS Limeira	327.945	573.904	1.148	3.043	265,11%	230	131	57,07%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	4.863	11.436	235,14%	973	2.883	296,40%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames Radiol. Interv. (0,01%)	Produção Exames Radiol. Interv.	% Produção em relação à Necessidade	Necessidade Exames Medicina Nuclear (0,14%)	Produção Exames Medicina Nuclear	% Produção em Relação à Necessidade
Limeira	275.643	482.375	48	154	319,25%	675	402	59,53%
Cordeirópolis	21.121	36.962	4		0,00%	52		0,00%
Iracemópolis	18.213	31.873	3		0,00%	45		0,00%
E Coelho	12.968	22.694	2		0,00%	32		0,00%
RS Limeira	327.945	573.904	57	154	268,34%	803	402	50,03%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	243	154	63,33%	3.404	3.932	115,50%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames Hemodinâmica (0,03%)	Produção Exames Hemodinâmica	% Produção em Relação à Necessidade
Limeira	275.643	482.375	145	433	299,21%
Cordeirópolis	21.121	36.962	11		0,00%
Iracemópolis	18.213	31.873	10		0,00%
E Coelho	12.968	22.694	7		0,00%
RS Limeira	327.945	573.904	172	433	251,49%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	730	1.512	207,26%

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

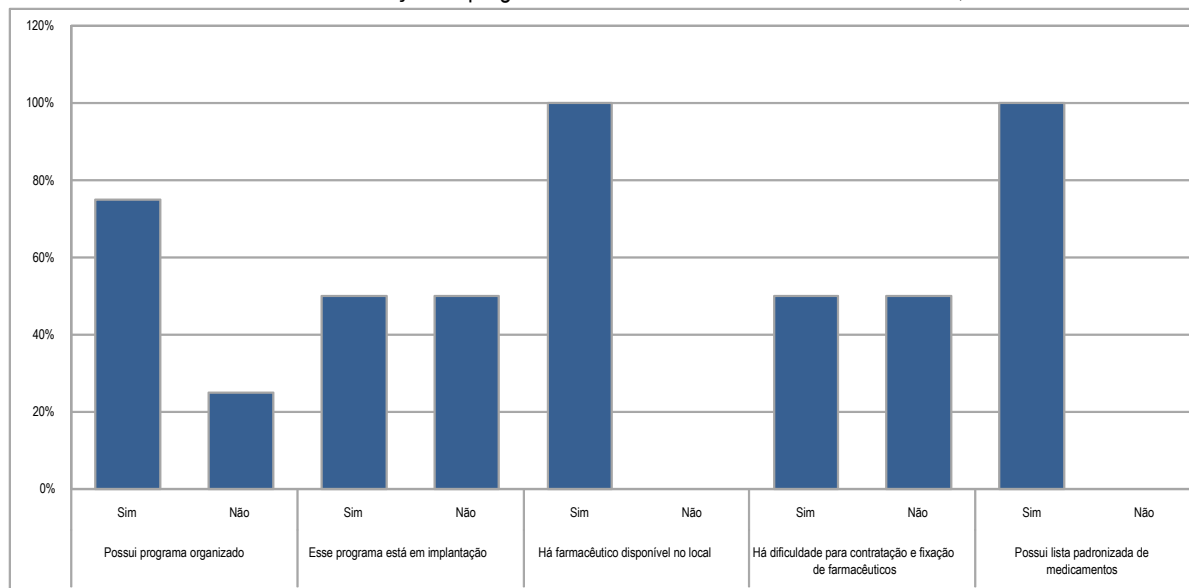
Finalizando este tópico, julga-se necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a superprodução de parte dos procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para estes serviços.

3.4.2. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica está organizada como programa em mais de 70% dos municípios da RS Limeira (Gráfico 11), estando em implantação ainda em 50% deles. Todos

os municípios possuem farmacêutico disponível, sem dificuldades para contratação e fixação desse profissional. Referem ainda possuir lista padronizada de medicamentos.

Gráfico 11 - Caracterização do programa de assistência farmacêutica. RS Limeira, 2008.



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

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

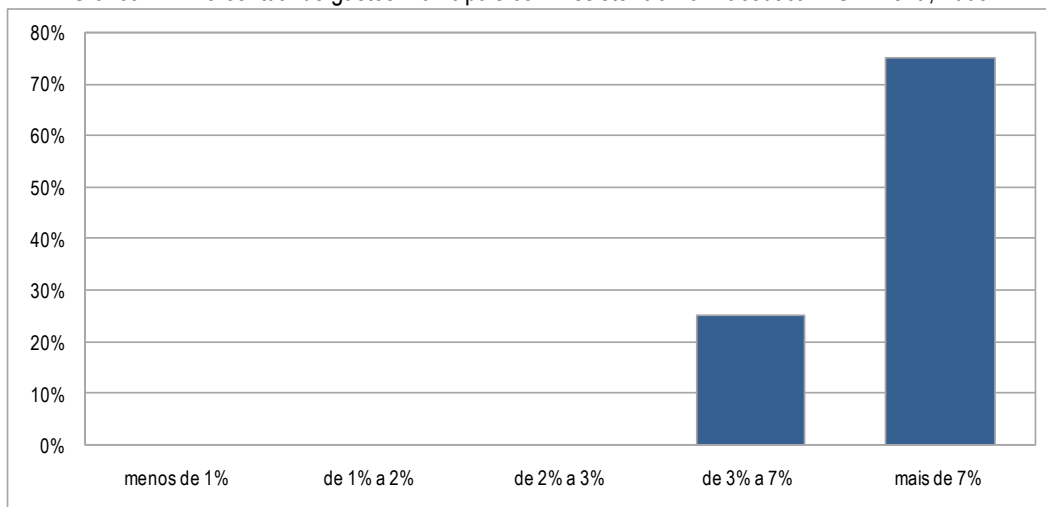
Quadro 1 - Responsabilidades assumidas na assistência farmacêutica, segundo gestores municipais. RS Limeira, 2008.

Municípios	Responsabilidades assumidas
Cordeirópolis	Sem indicação
Engenheiro Coelho	Compra de medicamentos que não fazem parte da lista do Programa Dose Certa.
Itacemópolis	Atendimento básico na distribuição de medicamentos.
Limeira	Controle de estoque; solicitação de compra; dispensação de medicamentos; atendimento a mandados judiciais.

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

Os gastos com a Assistência Farmacêutica, indicados pelos gestores municipais, localizam-se em duas faixas bem definidas: 25% referem gastar de 3% a 7% do orçamento em saúde e 75% referem gastar mais de 7% (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentual de gastos municipais com Assistência Farmacêutica. RS Limeira, 2008.



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

Quanto às dificuldades apontadas, no Quadro 2 estão indicadas as respostas dos municípios, das quais é possível destacar que 75% dos gestores municipais referem problemas relacionados a recursos humanos, especialmente com o profissional farmacêutico. 50% apontam dificuldades dos processos de compras.

Quadro 2 - Principais problemas da Assistência Farmacêutica nos municípios. RS Limeira, 2008.

Municípios	Problemas Indicados
Cordeirópolis	Assistencialismo Falta de protocolo Judicialização Padronização maior do que estabelecido na RENAME
Engenheiro Coelho	Faltam de acesso as licitações para compra de medicamentos Falta de apoio dos Conselhos de Farmácia quanto à saúde pública Falta de equipamentos de informática Falta de estrutura física Falta de incentivo dos órgãos públicos quanto à importância do farmacêutico
Iracemópolis	Atribuições mal definidas via concurso público CRF interferindo nas ações municipais sem entendimento do que é o SUS Falta de entrosamento com as unidades de saúde Farmacêuticos acomodados e limitados Farmacêuticos com carga horária de 4 horas
Limeira	Falta de medicamentos Falta de RH Lentidão no processo de compra

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

Com relação às propostas elaboradas para enfrentamento dessas dificuldades 75% dos gestores municipais não possuem propostas e apenas um indica a necessidade de contratação de pessoal e agilização do processo de compras.

Conclusões Parciais

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

1. Aprofundamento da análise da produção de exames de média complexidade, na medida em que se detecta uma profunda inadequação entre necessidades, demandas e produção de exames. Além disso, é necessário ampliar a coleta de exames nas unidades básicas de saúde, bem como melhorar os processos de envio de resultados de vários procedimentos.
2. Quanto aos exames de alta complexidade é necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a superprodução de procedimentos 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, o que deve ser melhor avaliado.

3.5. Apoio Logístico

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

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

3.5.1. Transporte Sanitário de Pacientes

Observou-se que todos os municípios possuem transporte de pacientes, e em três deles existe pactuação para a utilização do mesmo meio de locomoção de pacientes pela região em ambulâncias, ônibus e microônibus. A responsabilidade por este sistema de transporte, nesta região sanitária, é da prefeitura em dois municípios; e nos outros dois, da Secretaria Municipal de Saúde. Em Limeira o transporte sanitário de pacientes é insuficiente para sua demanda.

O número de pacientes transportados por dia é variável na região, segundo a Tabela 37 a seguir, de acordo com o volume populacional.

Tabela 37 - Transporte de pacientes por dia, por municípios. RS Limeira, 2008.

Municípios	Número de pacientes transportados por dia		
	21 a 50	51 a 100	mais de 100
Cordeirópolis	x		
Eng. Coelho	x		
Itacemópolis	x		
Limeira			x

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

3.5.2. Transporte Sanitário de Resíduos de Serviços de Saúde

Observou-se que a coleta de resíduos hospitalares é realizada em todos os municípios, dessa região sanitária, sendo que em dois municípios por empresa contratada, e nos outros

dois pela própria prefeitura. Esses resíduos são normalmente encaminhados para outros municípios do Estado ou permanecem no próprio município, conforme Mapa 2.

Mapa 2 - Destino do transporte de resíduos hospitalares dos municípios. RS Limeira, 2008



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

3.5.3 Processos de Gestão de Insumos Farmacêuticos

Os processos identificados através deste estudo, relacionados à gestão de insumos farmacêuticos, apresentam-se na tabela 38.

Tabela 38 - Processos da gestão de insumos farmacêuticos realizadas por número de municípios. RS Limeira, 2008.

Processos	Nº de municípios
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	4
Dispensação de medicamentos	4
Padronização de lista de medicamentos além da RENAME	3
Planejamento de compras de curto prazo	2
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	2
Planejamento de compras de médio prazo	1
Realização de processos de licitação e compra	1
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos	1

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 as atividades mais frequentes nos municípios. Entretanto, apenas um município informa realizar o acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos; planejamento de compras de médio prazo e realização de processos de licitação e compra.

Analisando-se os processos de informatização relacionados à Assistência Farmacêutica, verifica-se que, na RS Limeira, dois municípios contam com sistemas informatizados, focando nas atividades de controle de distribuição de medicamentos para as unidades de saúde e controle da dispensação de medicamentos. Um município possui controle com código de barras e um afirma possuir sistema informatizado de controle de estoque com estoque mínimo.

Tabela 39 - Informatização de processos da assistência farmacêutica por número de municípios. RS Limeira, 2008.

Controle de estoque com estoque mínimo	Identificação dos medicamentos com código de barras	Controle da distribuição de medicamentos para as unidades de saúde	Controle da dispensação de medicamentos
1	1	2	2

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

3.5.4 Processos de Gestão de Materiais e Insumos

Com relação à estrutura e processos referentes à gestão de materiais e insumos, três secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por estes processos, como mostra a tabela 40.

Tabela 40 - Existência de estrutura e processos de gestão de materiais e insumos das Secretarias Municipais de Saúde. RS Limeira, 2008.

Municípios	Sim	Não
Limeira	x	-
Cordeirópolis	x	-
Iracemápolis	x	-
Eng. Coelho	-	x

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 na RS Limeira, um gestor de saúde afirma que tal composição está adequada, outro avalia como não adequada e o terceiro município não informou. As atividades mais

desenvolvidas estão relacionadas aos processos de levantamento de necessidades e controle de estoques, conforme tabela 41.

Tabela 41 - Quantidade de municípios que realizam processo de gestão. RS Limeira, 2008.

Processos de Gestão	Nº de Municípios
Levantamento de necessidades	3
Controle de estoques	3
Padronização da descrição de materiais	2
Planejamento de compras de curto prazo	2
Distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço	2
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços	1
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	1
Controle de qualidade do produto recebido	1

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

Sobre a informatização da gestão de materiais e insumos, apenas um município não possui sistema implantado, porém observa-se que os outros três apresentam alguma forma de controle com a utilização de planilha eletrônica ou procedimentos manuais.

3.5.5 Central de Marcação

Em relação às Centrais de Marcação, a RS Limeira apresenta como característica predominante a comunicação por telefone. Em dois municípios da região ocorre a integração das unidades de saúde por meio de sistema on-line, conforme tabela 42.

Tabela 42 - Características da Central de Marcação, por município. RS Limeira, 2008.

Características	Limeira	Cordeirópolis	Iracemópolis	E Coelho	Total
Possui sistema de comunicação telefônica com as unidades de saúde	x	x	-	x	3
Está integrada às unidades de saúde por meio de sistema informatizado on-line	x	-	x	-	2
Possui apoio de sistema informatizado para marcação	x	-	-	-	1
Está integrada à central regional	x	-	-	-	1
Possui equipe suficiente e qualificada	-	-	-	x	1

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 43 indicando o número de municípios que as realizam.

Tabela 43 - Tipo de marcação desenvolvida por essas Centrais e número de municípios que as realizam. RS Limeira, 2008.

	Consultas de especialidades	Exames gráficos	Exames de imagem	Exames de patologia	Exames de laboratório clínico	Internações
Nº de municípios	4	4	4	4	3	2

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

Cabe destacar, na RS Limeira, 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 Limeira, dois municípios contam com sistemas informatizados de saúde, conforme as respostas dos gestores municipais ao questionário, apresentadas na Tabela 44.

Tabela 44 - Municípios com sistema informatizado de saúde.
RS Limeira, 2008.

Municípios	Sim	Não
Limeira	x	
Cordeirópolis		x
Iracemápolis	x	
Engenheiro Coelho		x
Total	2	2

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 na rede de atenção básica e ambulatorial, e seus equipamentos estão integrados em rede. Dentre os que afirmam não possuir sistema informatizado, um município declarou que o sistema já foi definido e será implantado brevemente e o outro não realizou nenhuma ação específica nesse sentido, embora considere sua implantação muito importante.

- **Capacidade Instalada**

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

Dois municípios referem possuir até 75% de seus computadores em rede, conforme Tabela 45.

Tabela 45 - Quantidade de equipamentos e percentual de computadores em rede por número de municípios.
RS Limeira, 2008.

Número de municípios	Quantidade de computadores existentes				Percentual de computadores em rede			
	até 10	de 11 a 50	de 51 a 200	acima de 200	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
	1	2	0	1	1	1	2	0

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

Sistema Informatizado Integrado

Na Tabela 46 visualiza-se que os dois municípios da Região que possuem sistema informatizado utilizam o sistema operacional Windows®. Em relação ao banco de dados, um município utiliza SQL Server e o outro DB2. A forma de acesso descrita por esses municípios é via rede interna de computadores, sendo acessível a partir de computadores pertencentes à rede.

Tabela 46 - Características dos sistemas utilizados por número de municípios. RS Limeira, 2008.

Nº de municípios	Sistema Operacional	Banco de dados utilizado		Forma de acesso
	Windows	SQL Server	DB2	Acesso via rede interna de computadores
	2	1	1	2

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

Quanto à existência de um sistema informatizado integrado para organização do serviço de saúde, pode-se observar que três municípios referem utilizar software desenvolvido por iniciativa da própria Secretaria Municipal de Saúde. Em um dos municípios, os usuários do sistema são identificados por um cartão em que constam número e nome do usuário. Outro município da região implantou cartão magnético para identificação de seus usuários.

Sobre os processos de atendimento informatizados, o agendamento local, exames e procedimentos realizados e dispensação de medicamentos são os de maior frequência, conforme Tabela 47.

Tabela 47 - Processos de atendimento informatizados por número de municípios. RS Limeira, 2008.

Processos	Nº de municípios
Agendamento local	2
Exames e/ou procedimentos realizados	2
Dispensação de medicamentos	2
Prescrição médica	1
Registro dos diagnósticos	1
Faturamento	1

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

Embora existam acessos às consultas e aos relatórios informatizados disponíveis, conforme mostra a Tabela 48, a quantidade reduzida desses relatórios não favorece a disponibilização de informações para o planejamento. Nota-se que dois municípios contam com consultas e relatórios de diferentes complexidades.

Tabela 48 - Consultas e Relatórios informatizados por município. RS Limeira, 2008.

Municípios	Por serviço de saúde	Por processos de atendimento	Por diagnóstico	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários	Por risco dos usuários	Total por Município
Limeira	X	X	X	X	X	-	5
Iracemápolis	X	-	-	X	X	X	4
Total	2	1	1	2	2	1	1

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

Dados obtidos neste estudo mostram que a maioria dos municípios da região apresenta prontuário em papel, sendo que Limeira afirma utilizar prontuário eletrônico.

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

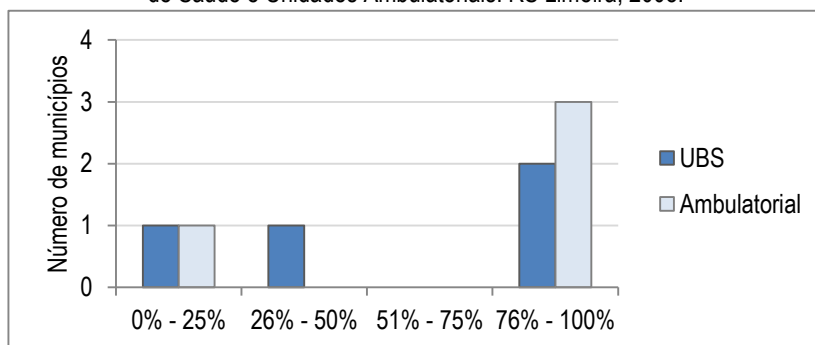
- **Grau de Informatização**

Na região existe dois hospitais vinculados ao SUS, localizados no município de Limeira, cujo percentual de informatização, segundo o gestor, está entre a faixa de 76% a 100%.

Nos aspectos referentes à informatização das unidades municipais que devem evidenciar a capacidade instalada de equipamentos de informação, o Gráfico 13 apresenta o

nível de informatização das unidades da Atenção Básica que é diversificado, com percentuais distintos nos municípios. O mesmo gráfico apresenta os dados das unidades ambulatoriais, cujo nível de informatização predominante é acima de 75%.

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

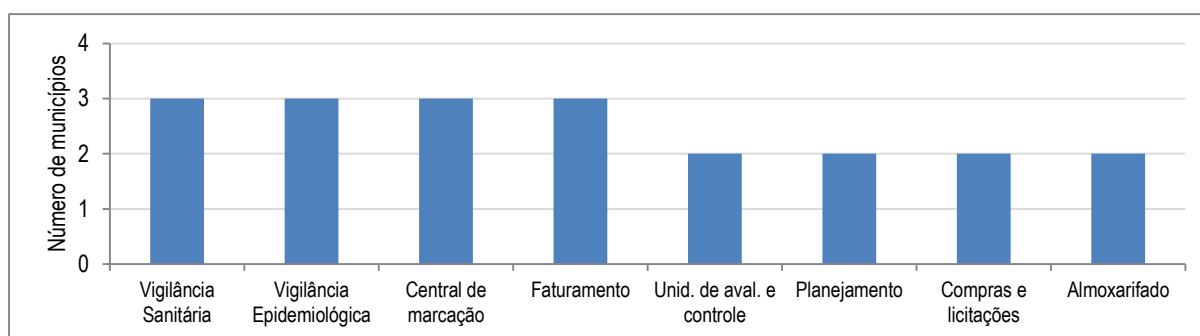


Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, 2008.

- **Outros Sistemas Informatizados**

Sobre os outros setores informatizados, verifica-se que, na Região, a Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Central de Marcação de Consultas e Faturamento são os setores mais informatizados em três dos quatro municípios, conforme Gráfico 14. Vale destacar que a informatização do faturamento reproduz uma tendência nacional.

Gráfico 14 - Setores informatizados por número de municípios. RS Limeira, 2008.



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

Conclusões Parciais

Analisando o sistema logístico da Região de Saúde Limeira, 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.

Recomenda-se a pactuação regional dos sistemas de transporte sanitário de pacientes e de resíduos hospitalares. 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 implantarem a gestão de insumos farmacêuticos, dada a importância estratégica dessa área no sistema de saúde.

O processo de marcação seria agilizado, se as centrais estivessem informatizadas e interligadas entre os municípios da Região. Dessa forma, estimularia o melhor atendimento das demandas de cada município.

Recomenda-se ainda um sistema de informação integrado, com dimensionamento adequado de equipamentos de informática, preocupado com tempo, custo, e resposta ao paciente, a fim de proporcionar à população da Região um atendimento mais eficaz, racionalizando o fluxo de pacientes às unidades de saúde.

Com o processo de regionalização, uma possível proposta é a implantação de um cartão comum a todos os municípios, a fim de proporcionar maior integração e o melhor compartilhamento de recursos, aliado a ação de informatizar o processo de marcação e integrando a central com as unidades de saúde por meio de sistema on-line.

Nessa perspectiva, a avaliação do potencial desse componente dos sistemas logísticos 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 Limeira 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 Limeira sobre o processo de regionalização no Estado de São Paulo, bem como a análise sobre suas atribuições.

No que diz respeito ao entendimento sobre o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo, os membros do CGR Limeira entrevistados não se manifestaram sobre o assunto.

Quanto à configuração das regiões de saúde, a maior parte dos membros do Colegiado acredita que a configuração regional definida é adequada, pois o novo desenho assumido foi o mesmo da antiga microrregião. Quanto à dinâmica de trabalho do CGR, os gestores dos municípios da região avaliam que as reuniões são bastante resolutivas e que as pautas das reuniões são pertinentes, apesar de definidas por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Limeira.

Em relação à periodicidade das reuniões, a maior parte dos membros do CGR a avalia como satisfatória, considerando adequada a coordenação das reuniões. Além disso, foi avaliada como bastante satisfatória a participação dos membros nas reuniões, apesar da constante ausência do Secretário de Saúde de Limeira, que sempre é representado por

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

técnicos de sua Secretaria. 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, foram apontados dois aspectos negativos. O primeiro diz respeito ao fato de o processo de regionalização ter sido imposto pela SES, e o segundo ao fato dos municípios terem somente autonomia para definir projetos, mas não para efetuar pagamentos. Quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação é positiva, considerando que o Departamento Regional de Saúde tem sido um bom parceiro. Mesmo assim avaliaram que o processo de regionalização foi realizado no atropelo. No que se refere ao processo de articulação regional os gestores relatam facilidades como a troca de experiência e facilitação de acesso a serviços de outros municípios. Por outro lado como fragilidades, foi destacado que:

- “A falta de participação do gestor do município-polo (Limeira) enfraquece a força política do CGR nos processos de negociação com a SES”.
- “Questões relacionadas à saúde sendo resolvidas através de política, e não por meio de protocolos. Como exemplo furar fila de espera, atender solicitações do prefeito entre outras”.
- “O município-polo cria regras burocráticas tais como formulários que atrapalham os encaminhamentos, desrespeitando a autonomia dos demais municípios”.

Com relação ao processo de formulação do Plano Estadual de Saúde, os membros do CGR Limeira destacam “*que todas as necessidades foram contempladas*”. Quanto à formulação da Programação Pactuada Integrada, referem que o processo possibilitou maior clareza quanto à situação de cada município e o conhecimento das disponibilidades e das necessidades.

Quanto ao processo de planejamento regional, ressaltam-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 Limeira

Conforme explicitado anteriormente, para a análise do sistema de gestão regional, privilegiou-se também uma avaliação dos aspectos relacionados aos sistemas de gestão municipal do SUS, considerando sua relação direta na conformação das redes regionais de atenção à saúde. Dessa forma, buscou-se aqui analisar os aspectos relacionados: à formação dos gestores municipais de saúde; às estruturas organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde e as organizações voltadas ao apoio à gestão; 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, ao 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. Assim sendo os gestores municipais em saúde devem estar preparados para atender os desafios cotidianamente colocados.

No que se refere à formação dos secretários municipais de saúde da RS Limeira, observou-se que 3 desses gestores (75%) têm formação na área da saúde, e apenas 1 (25%) tem formação em outras áreas do conhecimento, como educação, administração, direito, entre outras, conforme mostra o gráfico a seguir apresentado. Dentre os profissionais com graduação em cursos da área da saúde, apenas 1 gestor (33%) têm formação específica em Saúde Pública. Entre os profissionais que possuem formação em cursos de outras áreas nenhum apresenta formação específica em Saúde Pública.

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

As estruturas organizacionais das secretarias municipais de saúde são avaliadas por 3 gestores municipais (75%) como parcialmente inadequadas. O município de Engenheiro

Coelho (25%) não respondeu à questão. Algumas observações foram feitas sobre aspectos relacionados a essa questão. São elas:

- “Existência de Cargos com nomenclaturas antigas sem corresponderem à realidade do SUS”.
- “Estrutura organizacional própria, não obedecendo aos critérios e exigências do SUS”.
- “Indicações pessoais para cargos de chefia”.

Segundo informações obtidas por meio do questionário, nenhum dos municípios dessa Região faz parte de consórcio municipal de saúde ou utiliza outros tipos de organizações de apoio à 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 de unidades. Nenhum dos municípios afirma possuir gerência nas unidades de saúde, o que evidencia que o planejamento local, a direção e coordenação dos serviços estão sendo prejudicados.

- **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 existentes na região a partir das bases constitucionais e legais do planejamento em saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)³⁷ representa uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de governo. O SUS pressupõe que cada esfera realize o seu planejamento, buscando articular entre si os respectivos planos de saúde, a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do Sistema e, ao mesmo tempo, contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais. São

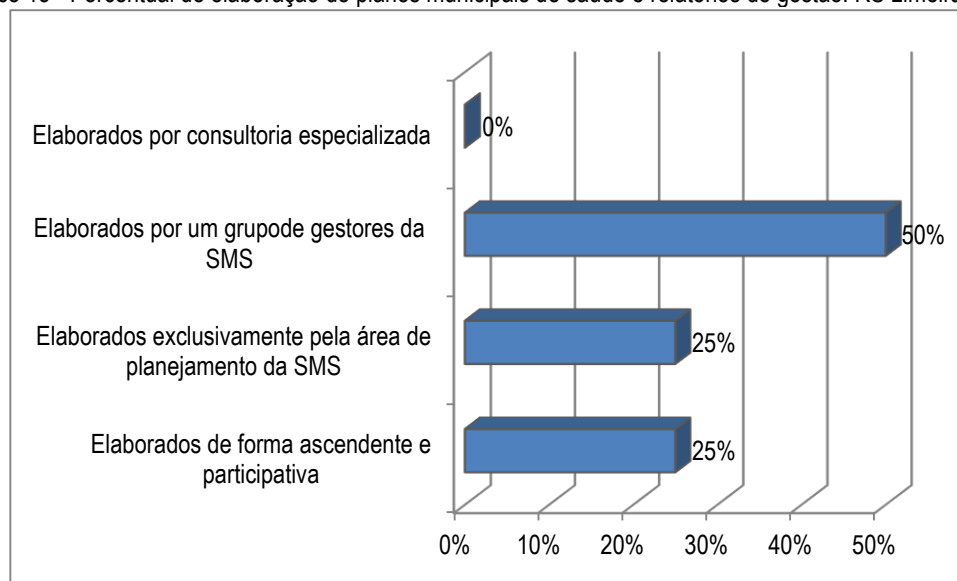
³⁷ A Portaria Nº. 3.085 de 1º de dezembro de 2006 que regulamenta o PlanejaSUS, define elementos e características que visam dotar os gestores, de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção, do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população.

instrumentos do PlanejaSUS os Planos de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão.

Embora sua criação seja recente e os processos de trabalho ainda estejam se delineando, os CGR devem instituir processos de planejamento regional, que definam: as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada 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 local.

Na RS Limeira, apenas 1 gestor informa elaborar os seus planos de saúde e relatórios de gestão de forma ascendente e participativa, de acordo com o que preconiza o PlanejaSUS e outro município aponta elaborar os instrumentos exclusivamente pela área de planejamento das secretarias municipais de saúde. Nos outros 2 municípios os instrumentos são elaborados por grupo de gestores do nível central da SMS. Nenhum município dessa Região contrata consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão. Isso pode ser visualizado no gráfico a seguir apresentado.

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



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

Quanto à utilização dos Planos Municipais de Saúde como instrumentos no processo de gestão do SUS municipal, apenas 1 dos gestores (25%) relatou que o Plano é totalmente utilizado, e os outros 3 (75%) relataram a utilização parcial.

Por outro lado, quanto à utilização do relatório de gestão como instrumento no processo de gestão do SUS, todos os municípios o utilizam, todavia em diferentes graus. Dessa forma,

apenas 1 dos municípios (25%) utiliza o relatório sistematicamente, e 3 (75%) utilizam-no parcialmente.

- **Avaliação e Controle do SUS**

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS, apenas 1 dos municípios da região(25%) afirma possuir estruturas e processos bem definidos; e 3 gestores (75%) afirmam não possuir estruturas e processos voltados a avaliação e controle do SUS. Isso parece demonstrar que há dificuldades, na maior parte dos municípios, com aspectos relacionados à regulação do sistema.

Nesse sentido, este relatório, conforme mostrado na seção 3.3, evidenciou que vários municípios da Região contam com serviços contratados e/ou conveniados sob gestão municipal, não possuindo, entretanto estruturas e/ou processos de avaliação e controle bem definidos. Isso reforça a percepção de que há fragilidades no processo de regulação exercido pelos municípios, especialmente sobre o processo de contratação de serviços de saúde.

- **Financiamento**

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

Dentre os municípios que compõem a RS Limeira, apenas 1 (25%) possui o fundo estruturado e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde; os outros municípios, (75%), possuem o Fundo, porém sob a responsabilidade de outra estrutura da Prefeitura Municipal.

Quanto aos recursos da saúde alocados no Fundo Municipal, os dados fornecidos pelos gestores mostram que apenas 1 município (25%) aloca todos os recursos no Fundo; 2 (50%) alocam apenas os recursos municipais e os estaduais, e 1 (25%) destina ao Fundo somente os recursos federais.

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

Os dados da Tabela 49 mostram que todos os municípios da RS Limeira 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 Engenheiro Coelho e Iracemápolis, que ficaram acima da média regional.

Tabela 49 - Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, em %.
RS Limeira, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cordeirópolis	17,81	16,14	21,02	15,26	18,21	19,48
E Coelho	18,00	21,19	19,48	26,78	23,89	27,75
Iracemápolis	18,41	26,20	20,86	20,09	22,55	22,95
Limeira	16,98	15,98	16,97	16,49	17,37	17,91
RS Limeira	17,80	19,88	19,58	19,66	20,51	22,02

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A Tabela 50 evidencia a variação, entre os municípios da Região, no tocante ao total de gastos per capita em saúde, que oscila entre R\$ 281,18 (Limeira) e R\$ 587,68 (Cordeirópolis). Apesar dessa variação, todos os municípios da Região, sem exceção, apresentaram aumento dos gastos em saúde no período entre 2002 a 2007. Considerando que a média do Estado de São Paulo é de R\$ 255,02 per capita em 2007, verifica-se que todos os municípios dessa região estão acima da média estadual.

Tabela 50 - Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante, em reais.
RS Limeira, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cordeirópolis	148,44	177,94	348,66	377,94	473,90	587,68
E Coelho	133,77	151,19	170,22	244,52	256,09	331,64
Iracemápolis	153,63	197,82	183,71	208,82	287,38	321,60
Limeira	161,83	176,98	201,05	231,82	245,42	281,18
RS Limeira	149,42	175,98	225,91	265,78	315,70	380,53

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Todos os municípios da RS Limeira gastam menos de 5% do total de recursos da saúde em medicamentos, conforme os dados da Tabela 51. Segundo informações obtidas junto ao SIOPS, os municípios de Cordeirópolis e Engenheiro Coelho destinaram 0% do seu orçamento para a despesa com medicamentos. Todavia, no questionário da pesquisa, especificamente na seção destinada à assistência farmacêutica, o município de Cordeirópolis

informa que destina mais de 7% dos seus recursos destinados a saúde para a aquisição de medicamentos e Engenheiro Coelho informa que destina entre 3 e 7%. Por outro lado, Segundo dados do SIOPS, Limeira é o município com maior gasto da Região com medicamentos (4,94%). 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 muito abaixo da média estadual, representando comparativamente apenas 14% daquele total.

Tabela 51 - Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde, em %.
RS Limeira, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cordeirópolis	0,00	0,00	9,44	6,24	5,18	0,00
E Coelho	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Iracemápolis	3,89	3,75	4,41	4,52	1,37	2,68
Limeira	3,53	3,60	5,13	6,12	5,32	4,94
RS Limeira	1,86%	1,84	4,75	4,22	2,97	1,91

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

As despesas com terceiros abrangem os gastos com prestadores de serviços contratados e conveniados pelo SUS municipal. Incluem-se aqui os organismos de apoio à gestão e à atenção, tais como OS, OSCIP, Universidades e outros. No âmbito desse tipo de gasto (Tabela 52), destaca-se com valor bem acima da média regional o município de Limeira, com 55,98% do seu orçamento destinado a essa modalidade de despesa. A média estadual do percentual de recursos destinados a serviços de terceiros, em 2007, foi de 19,9%, menor que a média da Região de Saúde Limeira.

Tabela 52 - Participação da despesa com serviços de terceiros -pessoa jurídica na despesa total com Saúde, em %. RS Limeira, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cordeirópolis	9,62	9,42	8,50	11,60	17,56	12,99
E Coelho	11,11	9,50	7,78	9,23	8,24	7,47
Iracemápolis	7,41	11,80	14,93	10,48	12,92	12,66
Limeira	57,79	60,32	59,25	63,71	56,76	55,98
RS Limeira	21,48	22,76	22,62	23,76	23,87	22,28

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A despesa com investimentos abrange os recursos financeiros destinados a reforma, construção e ampliação de serviços de saúde, bem como os equipamentos e mobiliários. Destaca-se nessa região o município de Cordeirópolis, que está com percentual acima da média regional. Por outro lado, o município de Engenheiro Coelho destinou apenas 0,37%

dos recursos da saúde para medicamentos. A média estadual em 2007 foi de 5,26%, quase a mesma média da Região de Limeira no mesmo período (Tabela 53).

Tabela 53 - Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde, em %.
RS Limeira, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cordeirópolis	4,35	1,61	4,21	3,64	14,25	8,40
E Coelho	0,44	1,77	0,34	1,07	1,32	0,37
Iracemópolis	10,36	14,59	3,15	6,57	11,47	5,35
Limeira	5,03	1,73	1,84	0,94	1,67	4,96
RS Limeira	5,05	4,93	2,39	3,06	7,18	4,77

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Sabe-se que a força de trabalho é imprescindível tanto no processo de gestão quanto no da atenção a Saúde. Além disso, a natureza do processo de trabalho em saúde se caracteriza por requerer profissionais especializados. Isso acaba por gerar um alto impacto dos gastos com pessoal nos recursos destinados à saúde. Os dados referentes à Região (Tabela 54) mostram que, em todos os municípios, o percentual destinado a recursos humanos é maior do que os percentuais destinados a custeio, capital e serviços de terceiro, com exceção do município de Limeira, que apresenta recursos destinados a serviços técnicos de terceiros pessoa jurídica, acima do percentual destinado aos gastos com RH. Destacam-se também os municípios de Iracemópolis e Engenheiro Coelho que destinam mais de 70% dos seus recursos destinados a saúde com pessoal, ficando bem acima da média regional.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cordeirópolis	71,27	74,61	60,56	65,48	49,60	51,45
E Coelho	75,10	70,40	74,20	73,43	76,12	70,53
Iracemópolis	68,27	62,00	71,80	65,55	64,77	70,86
Limeira	28,34	24,72	27,89	24,99	30,83	27,51
RS Limeira	60,75	57,93	58,61	57,36	55,33	55,09

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

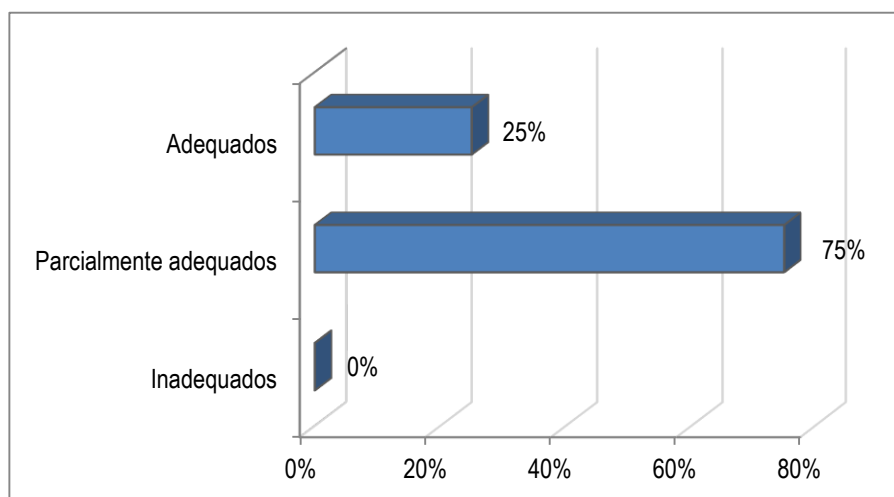
- **Gestão dos Recursos Humanos em Saúde**

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, apenas 1 dos municípios (25%) avalia tais mecanismos como adequados, e 3 municípios (75%) os avaliam como parcialmente adequados. Dentre as razões para considerá-los parcialmente adequados destaca-se a situação relatada por um dos gestores: “a realização de concursos públicos por terceiros com pouco conhecimento do SUS e firmas especializadas que vencem a licitação e não consideram as indicações de perfil técnico solicitada pelos gestores”. Nenhum dos municípios da região avalia como totalmente inadequado os mecanismos e instrumentos de contratação utilizados.

Gráfico 16 - Percentuais de mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos. RS Limeira, 2008.



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

Os Planos de Cargos, Carreiras e Salários consistem em importante instrumento para a gestão dos recursos humanos, bem como uma diretriz do Ministério da Saúde. Nessa Região, 3 municípios (75%) afirmam não possuir plano e apenas 1 município (25%) possui um plano específico para os profissionais de saúde, visando a atender as características desses trabalhadores.

Quanto às formas de contratação dos recursos humanos em saúde, pode-se observar a existência de várias modalidades adotadas na RS Limeira, seja através da contratação direta ou indireta. Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos utilizados nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador. Além disso, essa situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento desses dispositivos legais. Apesar dos preceitos legais existentes, muitas dessas formas são utilizadas como meio de transpor os entraves burocráticos que não atendem às necessidades

de agilidade na alocação e reposição de pessoal no setor saúde. Na Tabela 55 são apontadas as formas pelas quais os municípios da Região vêm realizando a contratação de profissionais. Na Região, todos os municípios contratam seus trabalhadores por meio de concurso público, em que pese alguns municípios também utilizarem outros mecanismos de contratação.

Tabela 55 - Formas de contratação de Recursos Humanos em Saúde, por município. RS Limeira, 2008.

Municípios	Concurso Público	Contratação Temporária	Contratação por meio de organizações	Outras
Cordeirópolis	x			
Engenheiro Coelho	x	x		
Iracemápolis	x			
Limeira	x	x		x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. 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 56, pode-se verificar a existência de várias causas ligadas à dificuldade de contratação e fixação de médicos, segundo informações obtidas através dos gestores. Cabe destacar aqui que, dos 4 municípios que compõem a RS Limeira, 2 (50%) apontaram os baixos salários como uma dificuldade existente para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde. Por outro lado, dois municípios não apontaram nenhuma dificuldade para a contratação e fixação desses profissionais.

Tabela 56 - Principais dificuldades encontradas para a contratação e fixação de médicos, por município. RS Limeira, 2008.

Municípios	Nenhuma	Baixos Salários	Ambiência inadequada	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios
Cordeirópolis	x				
Engenheiro Coelho		x			
Iracemápolis	x				
Limeira		x		x	x

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

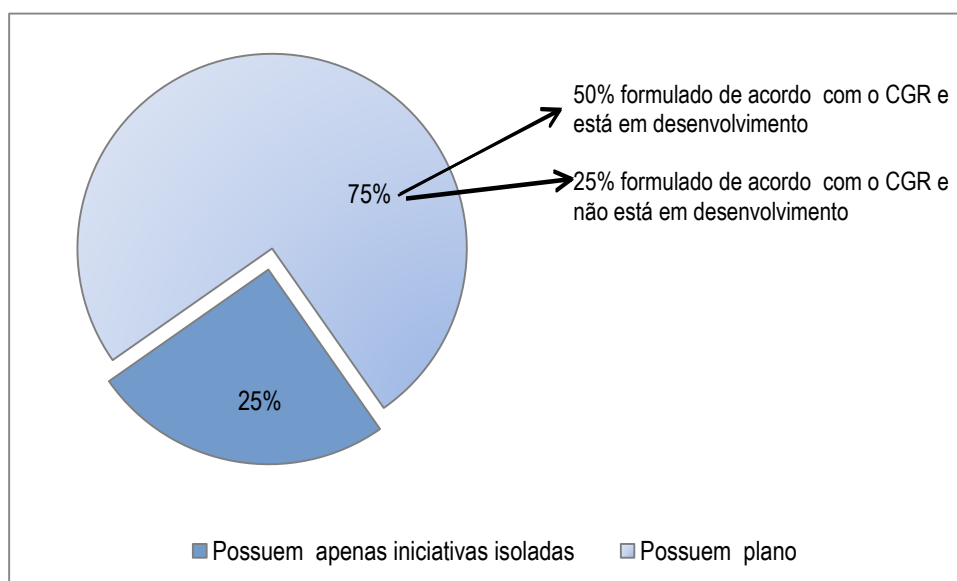
Outro aspecto observado neste estudo, diz respeito aos processos de educação permanente em saúde. A *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* para o SUS é considerada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor. A publicação da Portaria MS/GM nº 1.996/2007 reitera que a responsabilidade em efetivar as diretrizes da Educação Permanente em Saúde nos Estados deve ser compartilhada entre os gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das Instituições de Ensino, das Escolas Técnicas

do SUS, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. A necessária conjugação de esforços nessa área reforça o papel dos 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 17, que alguns municípios da RS Limeira ainda não possuem um plano organizado direcionado às iniciativas de educação permanente. Verificou-se que 1 município (25%) desenvolve somente iniciativas isoladas, 2 municípios (50%) possuem plano de caráter regional que foi formulado de acordo com as prioridades definidas no CGR e está em desenvolvimento, e 01 município (25%) afirma que o plano, apesar de formulado respeitando as prioridades definidas no CGR ainda não está em desenvolvimento.

Gráfico 17 - Existência de Plano de Capacitação para os profissionais de saúde. RS Limeira, 2008



Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. 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, pelos dados da Tabela 57, 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, subordinadas, 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. Conforme mostra essa tabela, 3 municípios (75%) da RS Limeira não apresentam estruturas próprias voltadas à gestão dos Recursos Humanos em Saúde. No único município que apontou a existência de um setor próprio voltado à gestão de RH, a estrutura é responsável apenas pelos procedimentos administrativos o que demonstra uma clara necessidade de uma melhor estruturação dessas Secretarias para contribuir com a qualificação da gestão das relações de trabalho.

Tabela 57 - Existência de setor próprio voltado à gestão de recursos humanos, por município. RS Limeira, 2008.

Municípios	Não existe	Responsável apenas pelos procedimentos administrativos	Responsável apenas pelos procedimentos de educação permanente	Responsável pelos procedimentos administrativos e pelos de educação permanente
Cordeirópolis	x			
Engenheiro Coelho	x			
Iracemápolis	x			
Limeira		x		

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

Outro aspecto avaliado neste estudo, diz respeito aos sistemas de informações gerenciais que se constituem em instrumentos essenciais à gestão do trabalho, contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho. Assim, a folha de pagamento, na maior parte dos municípios brasileiros, é a única fonte de informações em relação aos servidores, não havendo dados disponíveis quanto à lotação real dos trabalhadores, sua qualificação e previsão de aposentadoria. Na Região de Saúde Limeira, nenhum dos municípios informou 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 em grande parte dos municípios da RS Limeira, já que apenas 50% dos gestores municipais relatam a existência desses mecanismos nas SMS.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos em saúde, vale destacar que um dos grandes desafios da gestão do trabalho em saúde no SUS diz respeito à remuneração de seus profissionais. Sabe-se que a remuneração não é o único fator que garante a motivação dos trabalhadores, todavia trata-se de um importante incentivo e que vem colaborando para a fixação ou não dos profissionais. Na RS Limeira, 2 gestores da região (50%) referem a existência de inadequações dos salários de seus profissionais, e 2 (50%) consideram que os salários se encontram em geral adequados frente à remuneração dos outros municípios da Região.

- **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 100% dos secretários municipais da RS Limeira consideram que a composição dos Conselhos Municipais de Saúde obedece ao que preconiza a legislação vigente.

No que se refere ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, 75% dos gestores municipais afirmaram que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida; 25% afirmaram que o Conselho ainda se reúne 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 50% dos municípios da RS Limeira realizam as Conferências Municipais de Saúde com a periodicidade mínima exigida, e 50% 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 RS Limeira. Sem dúvida, afigura-se como imprescindível o desenvolvimento de ações no sentido de aprimorá-las, considerando a importância para o processo de configuração das redes regionais de atenção à saúde.

Quanto às formas de organização e gestão regional na Região, deve-se ressaltar que, no momento atual, é essencial o aprimoramento dos seus instrumentos e mecanismos de gestão, tendo em vista o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo. Nesse sentido, é fundamental que as instâncias de gestão 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 estarem refletidas no plano de saúde de cada município e no do Estado.

No que diz respeito ao fortalecimento da capacidade gestora dos municípios, algumas considerações merecem destaque. Quanto às estruturas organizacionais das secretarias municipais, ressalta-se a necessidade de se buscar adequá-las para o cumprimento das funções gestoras do SUS. Ainda nesse sentido, sugere-se também implantar a gerência nos serviços de saúde existentes nos municípios da Região, com critérios de escolha bem definidos e remuneração específica. No que se refere aos processos e instrumentos de planejamento e gestão, apesar de todos os municípios estarem elaborando os instrumentos preconizados pelo PlanejaSUS, os processos devem ser aprimorados, especialmente quanto à forma de elaboração, bem como quanto à utilização sistemática dos instrumentos no processo de gestão das Secretarias.

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 boa parte não os tem sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde. Por outro lado, merece destaque que todos os municípios da RS Limeira vêm cumprindo os preceitos constitucionais no que se refere a destinação de recursos municipais à saúde.

A gestão dos recursos humanos em Saúde é um dos maiores desafios a ser superado na gestão do SUS nessa Região. Alguns municípios investigados apontaram dificuldades para contratação e fixação de profissionais médicos. Nesse sentido, há a necessidade de uma revisão das estratégias até aqui adotadas, assim como um investimento na constituição de planos de cargos, carreiras e salários nos municípios, que atendam às especificidades do setor saúde. No que se refere às estruturas e processos voltados ao planejamento e gestão de recursos humanos nas secretarias, a maior parte dos municípios da Região indicou a inexistência delas, o que acaba por dificultar a implementação da política voltada ao setor. Uma das causas da baixa capacidade gerencial na área de recursos humanos é a ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho e a outros dados necessários à gestão do trabalho. Observou-se ainda que os municípios vêm tendo dificuldades em elaborar e implantar os planos de educação permanente, apresentando iniciativas isoladas, sem articulação com as outras prioridades definidas para a gestão municipal.

Entende-se que o enfrentamento desses desafios no âmbito dos sistemas de gestão municipal e regional, é essencial para a qualificação do processo de configuração das redes regionais de atenção à saúde, como parte do processo de regionalização, já em curso nessa região, devendo ser compartilhada entre os municípios e SES-SP.

3.7. Gestão do Cuidado

Sabe-se que a qualidade das práticas clínicas desenvolvidas no âmbito de sistemas de saúde como o SUS guarda relação direta com a capacitação de seus profissionais; com a forma como se organizam os processos terapêuticos; e, com a apropriada utilização de um conjunto de processos e instrumentos entre os quais se destacam: a utilização de protocolos clínicos, a estruturação de linhas de cuidado e a organização de processos de supervisão dessas práticas.

Os protocolos clínicos, por observarem a atualidade do conhecimento científico e tecnológico e incluírem informações sobre frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico e profilaxia das doenças e agravos, devem ser respeitados no processo assistencial, a fim de favorecer o aumento de sua resolubilidade.

A programação em saúde definida a partir de diretrizes mais amplas do sistema e que considere os indicadores epidemiológicos; os protocolos clínicos dos agravos e patologias a

ela relacionados; e, os recursos disponíveis; possibilita a definição de linhas de cuidado, que também contribuem para organizar o sistema, bem como para aumentar sua resolubilidade e a qualidade da atenção ofertada.

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

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

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 da 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; doenças isquêmicas do coração e doenças cérebro vasculares; câncer de colo uterino; câncer de mama; câncer de cólon e reto; câncer da cavidade oral; tumor de próstata e agravos relacionados à violência e acidentes; agravos relacionados ao período pré e neonatal; doenças agudas transmissíveis e doenças transmitidas por vetores e antroponozoonoses (dengue; leishmaniose visceral americana; raiva;

³⁸ BRASIL, MS Portaria N° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

febre maculosa e infecções hospitalares; poliomielite; sarampo; rubéola; vírus influenza; e, meningites bacterianas); tuberculose; hanseníase; HIV/Aids e hepatites B e C.

A análise sobre o cuidado em saúde na região de Limeira aqui explicitada foi construída tendo como referência esses pressupostos.

3.7.1 Protocolos Clínicos

A utilização de Protocolos Clínicos constitui-se em prática admitida por dois dos quatro municípios que compõem a Região Sanitária de Limeira.

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 58 apresenta os dados referentes à utilização de protocolos clínicos para Hipertensão Arterial. Nela pode-se observar que apenas o município de Limeira refere utilizar protocolos para essa patologia na atenção básica e na atenção ambulatorial especializada.

Tabela 58 - Utilização de protocolos clínicos para hipertensão. RS Limeira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Cordeirópolis				
Engenheiro Coelho				
Iracemápolis				
Limeira	x	x		

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

No que diz respeito à utilização de protocolos clínicos de Diabetes, a situação se repete, conforme pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 59 - Utilização de protocolos clínicos para diabetes. RS Limeira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Cordeirópolis				
Engenheiro Coelho				
Iracemápolis				
Limeira	x	x		

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

No que diz respeito a protocolos referentes ao câncer de colo uterino e de mama, nota-se que dois municípios declaram utilizá-los na atenção básica e apenas um também os utiliza na atenção ambulatorial especializada.

Tabela 60 - Utilização de protocolos clínicos para câncer de colo uterino e mama. RS Limeira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Cordeirópolis				
Engenheiro Coelho	x			
Iracemápolis				
Limeira	x	x		

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

Já no que diz respeito à atenção pré e neonatal, a situação é semelhante: nota-se que dois municípios da região referem utilizar-se de protocolos na atenção básica, apenas um na atenção ambulatorial e hospitalar especializada.

Tabela 61 - Utilização de protocolos clínicos para pré-natal e atenção neonatal. RS Limeira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Cordeirópolis				
Engenheiro Coelho	x			
Iracemápolis				
Limeira	x	x	x	

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

A tabela 62 apresenta a utilização de protocolos para tumor de próstata, onde se pode observar que apenas o município de Limeira refere utilizá-lo na atenção básica e na atenção ambulatorial especializada.

Tabela 62 - Utilização de protocolos clínicos para tumor de próstata. RS Limeira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Cordeirópolis				
Engenheiro Coelho				
Iracemápolis				
Limeira	x	x		

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

No caso do enfrentamento de violências e acidentes, para os quais seria também necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção, pode-se observar que a utilização de protocolos é apontada por apenas um município na atenção especializada hospitalar e de urgência e emergência.

Tabela 63 - Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes. RS Limeira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Cordeirópolis				
Engenheiro Coelho				
Iracemápolis				
Limeira			x	x

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

Pode-se afirmar que apenas dois municípios dessa região, Limeira e Engenheiro Coelho, referem utilizar-se de protocolos clínicos.

A utilização na atenção básica e ambulatorial especializada é mais expressiva e é referida pelo município de Limeira para todos os agravos priorizados com exceção para os relacionados à violência e acidentes. A utilização de protocolos na atenção especializada hospitalar e de urgência e emergência é referida por Limeira apenas para violência e acidentes, e para pré-natal, sendo para esse último, somente na atenção ambulatorial especializada.

Engenheiro Coelho, embora disponha de serviços ambulatoriais especializados e de pronto atendimento, refere utilizar protocolos para pré-natal, câncer de colo e câncer de mama apenas na Atenção Básica.

Cabe ainda ressaltar que não se pode inferir nada sobre a articulação desses protocolos quando utilizados na atenção básica e especializada.

Entrevista realizada junto aos membros do CGR permitiu levantar a percepção dos gestores a respeito das principais dificuldades existentes em relação ao uso de protocolos clínicos nessa região de saúde. Foram as seguintes as principais dificuldades apontadas:

- Falta de adesão e resistência dos profissionais principalmente dos médicos;
- Dificuldades na elaboração dos protocolos;

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 dois dos quatro municípios da região. Já em relação a algum dos componentes de atenção especializada, essa atividade é referida apenas pelos municípios de Cordeirópolis e Limeira, mesmo considerando que todos os outros municípios desenvolvem algum serviço considerado de atenção especializada.

Tabela 64 - Utilização de iniciativas de supervisão técnica/clínica. RS Limeira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/ Emergência
Cordeirópolis				x
Engenheiro Coelho	x			
Iracemópolis				
Limeira	x	x	x	x

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

Quanto às características dessas atividades de supervisão clínica, a partir das observações feitas pelos dois municípios, pode-se afirmar tratar-se de atividades pontuais, demandadas pelas equipes e realizadas por técnicos dos próprios municípios. São atividades de natureza bastante diversificadas e um município as considera ainda incipientes.

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

- Falta de profissionais capacitados para o exercício dessa função;
- Ausência de processos de capacitação voltados à supervisão;
- Falta de recursos financeiros para implantar esse processo.

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

Em relação a processos de capacitação voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, o quadro abaixo apresenta os processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões sanitárias que guardam correspondência com o DRS de Piracicaba. Em relação a esses processos de capacitação realizados na região de Limeira e voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, pode-se observar que não foi desenvolvida nenhuma iniciativa durante o último ano tanto para o enfrentamento do tumor de próstata como para violências e acidentes.

Tabela 65 - Número de municípios que desenvolveram processos de capacitação no último ano em cada uma das regiões que compõem a Região do DRS Piracicaba, 2008.

Processos/Agravos	Região Araras	Região Limeira	Região Piracicaba	Região Rio Claro
Hipertensão Arterial	3	1	6	3
Diabetes	3	1	6	3
Câncer de Colo	3	2	5	1
Câncer de Mama	4	2	4	0
Tumor de Próstata	0	0	0	0
Perinatal	4	3	6	3

Violência	0	0	0	0
Doenças Emergentes	5	4	7	4

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

Dos municípios da região, dois afirmam realizar processos de capacitação por iniciativa própria. Cabe ressaltar que ambos afirmam tratar-se de processos pontuais, ministrados por técnicos do próprio município e /ou com apoio de universidades ou outras instituições. Em um município esses processos estão previstos no Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos e eventualmente acontecem com tecnologia de educação à distância.

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;
- Baixo envolvimento do gestor;
- Falta de recursos financeiros para execução;
- Oferta de cursos em locais distantes do município.

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 Limeira 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 Limeira, 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

Atenção Básica, sob a responsabilidade de cada município, que incluía: 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 aprimorem 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 Limeira 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 congrega 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 ao acesso, a 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 Limeira, 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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2008. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8.). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/susavancosedesafios.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 4, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10)*. Brasília: MS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde [on-line]. Brasília: MS Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: anos 2008-2009

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 3. ed. ampl. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.996/GM de 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, p. 34, 22 de agosto de 2007. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, p. 38, 4 de março de 2008. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006*. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, p. 39, 4 de dezembro de 2006. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt3085_cria_planejasus.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, p. 43, 23 de fevereiro de 2006. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria399_22_02_06.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a

organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, p. 71, 29 de março de 2006. Seção 1. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abccad21.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://geoftp.ibge.gov.br/Regic/regic.zip>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PENNA, Maria Lúcia Fernandes. *Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde*. Texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto GERUS - Especialização em gerência de unidades básicas do SUS. Brasília: OPAS, 1997. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf>. 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/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DL-CIB-153_2007.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)*. São Paulo: SEADE. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/apresentacao.php>>. Acesso em: 15 fev. 2009.

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

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. *Informações dos Municípios Paulistas* [on-line]. São Paulo: SEADE. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php>. Acesso em: anos 2008 e 2009.

SÃO PAULO. Instituto Geográfico e Cartográfico. *Municípios e Distritos do Estado de São Paulo*. São Paulo: IGC, 1995.

SÃO PAULO. Instituto Geográfico e Cartográfico. *Quadro do desmembramento territorial-administrativo dos municípios paulistas*. São Paulo: IGC, 1995.

SÃO PAULO. *Lei Complementar Estadual nº 815, de 30 de julho de 1996*. Cria a Região Metropolitana da Baixada Santista. Diário Oficial do Estado, p. 1, 31 de julho de 1996. Disponível em: <<http://www.agem.sp.gov.br/pdf/Lei%20Complementar%20Estadual%20n%C2%BA%20815.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

SÃO PAULO. *Lei Complementar Estadual nº 870, de 19 de junho de 2000*. Cria a Região Metropolitana de Campinas. Diário Oficial do Estado, p. 2, 20 de junho de 2000. Disponível em:

<<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2000/lei%20complementar%20n.870,%20de%2019.06.2000.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

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

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

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

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

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

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

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

Homepage: www.nepp.unicamp.br