

Área de Pesquisa: Programas de Estudos de Sistemas de Saúde

CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE - N.º. 13 - 2014

**DIAGNÓSTICO
DA REGIÃO DE SAÚDE MANTIQUEIRA**



CADERNO 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

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE MANTIQUEIRA

Coordenação
Carmen Cecília de campos Lavras¹
Pesquisadores
Domenico Feliciello²
José Donizete Cazzolato³
Maria Cristina Restitutti⁴ et al.

Campinas, SP
2014

¹ Médica Sanitarista, Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora e Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP.

² Médico Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde, Doutor em Saúde Coletiva – Pesquisador Associado do NEPP/UNICAMP.

³ Geógrafo com experiência em cartografia e Mestre em Geografia - Pesquisador Associado do PESS/NEPP/UNICAMP.

⁴ Médica Sanitarista, Especialista em Planejamento e Gerenciamento em Saúde - Pesquisadora Associada do NEPP/UNICAMP

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

Lavras, Carmen Cecília de Campos (Coord.)

Diagnóstico da Região de Saúde Mantiqueira/ Coordenação de Carmen Cecília de campos Lavras; Pesquisadores Domenico Feliciello; José Donizete Cazzolato; Maria Cristina Restitutti. Et al. – Campinas: NEPP/Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, 2014.

162 p.

(Cadernos de Pesquisa em Saúde, nº 13 - Programa de Estudos de Sistemas de Saúde – NEPP)

1. Saúde Pública. I. Feliciello, Domenico. II. Tapia, Jorge R.B. III. Cazzolato, Donizete. IV. Restitutti, Maria Cristina. V. Título. VI. Série.

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 MANTIQUEIRA

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

AGOSTO/2009

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

8

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL	15
2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE MANTIQUEIRA	32
3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE MANTIQUEIRA	60
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	153
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	159

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE MANTIQUEIRA

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 locoregionais 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”⁵.

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 implementação⁶.

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

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

⁵ 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.

⁶ MS/SE/DAGD/CGIP. *Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para sua implementação no SUS*. Série Pactos Pela Saúde. Brasília: MS, 2006. Vol3.

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 Saúde⁷, 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 voltada 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.

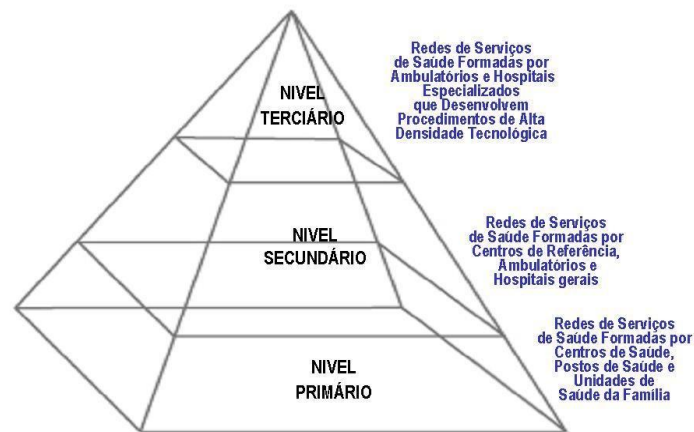
Entende-se por **sistema de saúde** um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar uma resposta aos problemas de saúde de uma determinada população. Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado recentemente 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 sistema⁸.

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, utilizase o conceito de **redes de serviços de saúde**, fazendo-se referência às ações e serviços que se organizam em cada um desses níveis (Figura 1).

Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados

⁷ SP/SES. *Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011*. Organizadores: Renilson Rehem de Souza et al. São Paulo: SES, 2008.

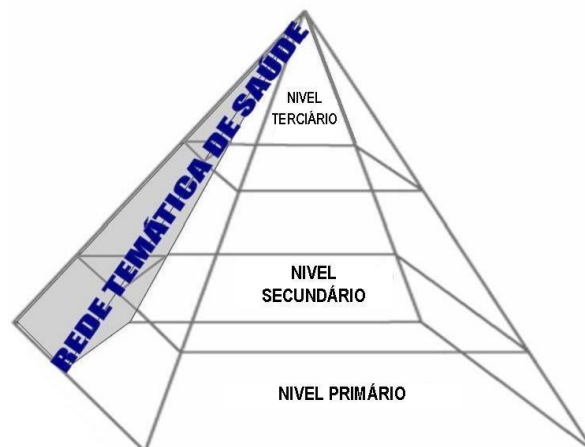
⁸ As abordagens acerca da configuração atual dos Sistemas de Saúde em Redes Hierarquizadas e Redes Temáticas estão embasadas no relatório de pesquisa da FAPESP *Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde*, junho de 2007.



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

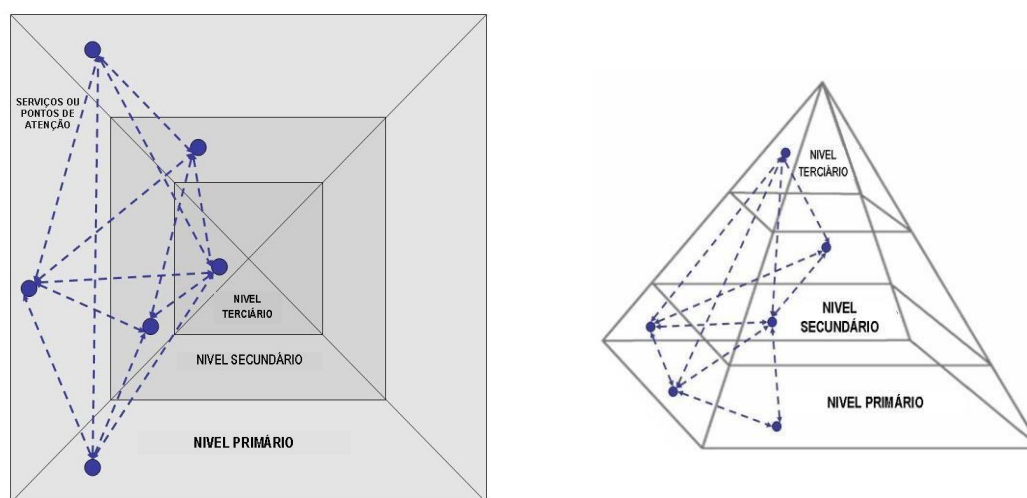
Em processos de planejamento e/ou de reorganização de sistemas de saúde, a identificação das redes de serviços de saúde por nível hierárquico do sistema e de redes temáticas mostra-se necessária, por possibilitar uma melhor avaliação da oferta em função das necessidades de saúde

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 serviços⁹. 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.

⁹ 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.

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 diagnóstico e terapêuticos** constituem-se também em unidades funcionais que ofertam procedimentos de apoio tais como: diagnóstico por imagem, patologia e análises clínicas, métodos gráficos, dispensação de medicamentos, etc.

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

Já os de menor densidade tecnológica devem ser ofertados de forma dispersa, respeitando as especificidades locais.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Finalmente, explicita-se mais uma vez o conceito de **região sanitária**, aqui definida como a área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais singulares e necessidades próprias de atenção à saúde, bem como com os recursos de saúde aí existentes para atendê-la. A região sanitária é definida para cada realidade e pode ser constituída por vários bairros de um município ou vários municípios de uma região. No processo de definição de região sanitária devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros e as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

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

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

A Região de Saúde (RS) Mantiqueira 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 Mantiqueira se insere, resumindo-se seu delineamento geoeconômico. No terceiro sub-item, foca-se a RS Mantiqueira propriamente, com destaque para a rede urbana e viária, e para os principais aspectos da demografia e condições de vida.

1.1. O Estado de São Paulo

Localizado na porção Centro-Sul do país, e atravessado pelo Trópico de Capricórnio, São Paulo faz parte da Região Sudeste, tendo como vizinhos o Paraná, o Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e o Rio de Janeiro. Seu território estende-se do litoral às margens do rio Paraná, como se vê no Mapa 1¹⁰, que apresenta também os principais compartimentos da geomorfologia e hidrografia.

¹⁰ 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, latinoamericanos 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)¹¹. 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.

¹¹ 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 metropolitanas¹². 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

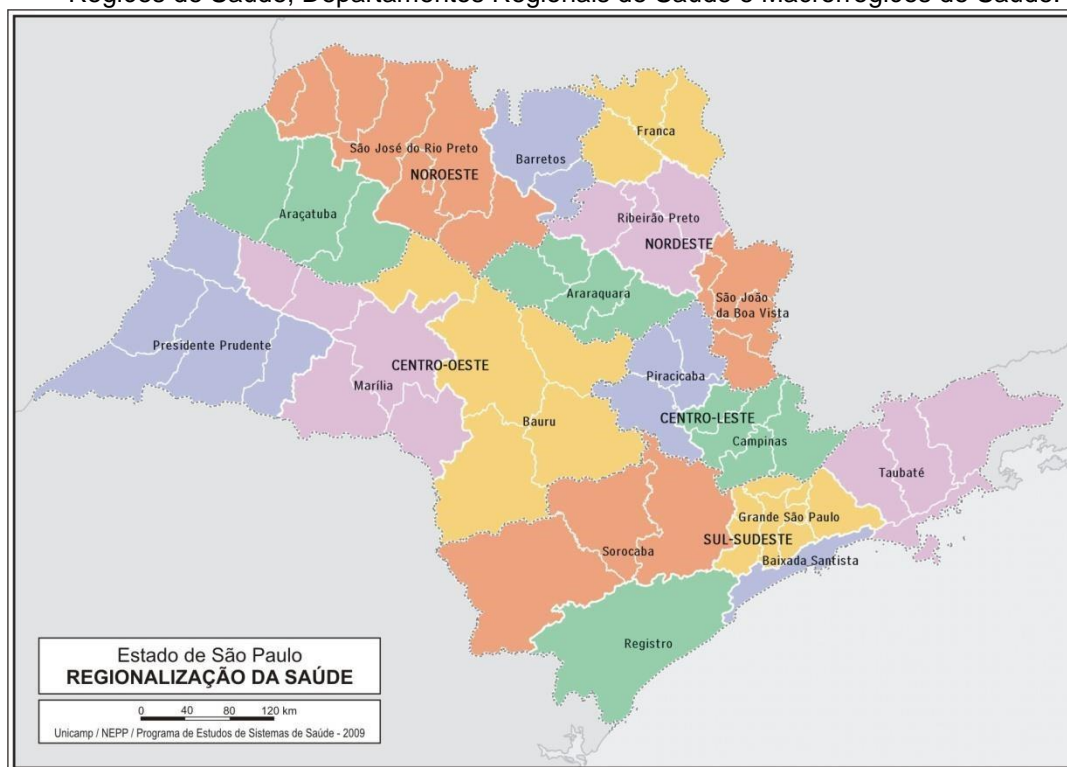
¹² A Lei Complementar 815/97 criou a RM da Baixada Santista, e a LC 871/00 a RM de Campinas.

pode ser chamado de regionalização *pontual* e, a regionalização *setorial*, empreendida por secretarias estaduais ou outros organismos, e adequada às especificidades de cada segmento.

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

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

Mapa3 - Estado de São Paulo: Regionalização da Saúde.
Regiões de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde e Macrorregiões de Saúde.



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

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

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

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



- - - Limites da Região Metropolitana de Campinas

Com um território alongado no sentido Norte-Sul, a Região do DRS São João da Boa Vista estende-se pela vertente da Mantiqueira, nas bacias do Mogi Guaçu e do Pardo, ocupando também porções da Depressão Periférica Paulista¹³. Faz parte do contexto macrorregional polarizado pela cidade de Campinas, localizando-se, também, nos limites da influência de Ribeirão Preto. Organiza-se numa trama de cidades médias e pequenas, onde desponta São João da Boa Vista como o polo

¹³ Faixa de terras mais baixas, situadas entre a Mantiqueira e a linha de serras geomorfologicamente chamadas *cuestas*.

da região. Como centro mais populoso, porém, pode ser considerada a *conurbação mogiana*, onde Mogi Guaçu e Mogi Mirim congregam mais de 200 mil habitantes.

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

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

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

A malha rodoviária do Estado de São Paulo é a mais densa de todo o país, seja em vias de pista simples, seja em autoestradas. Especialmente no complexo regional campineiro, essa densidade atinge níveis de excelência, em termos de Brasil. Dessa forma, a articulação entre as cidades da Região do DRS São João da Boa Vista se viabiliza em muitas direções, permitindo certa complexidade no aspecto funcional¹⁴ da rede urbana.

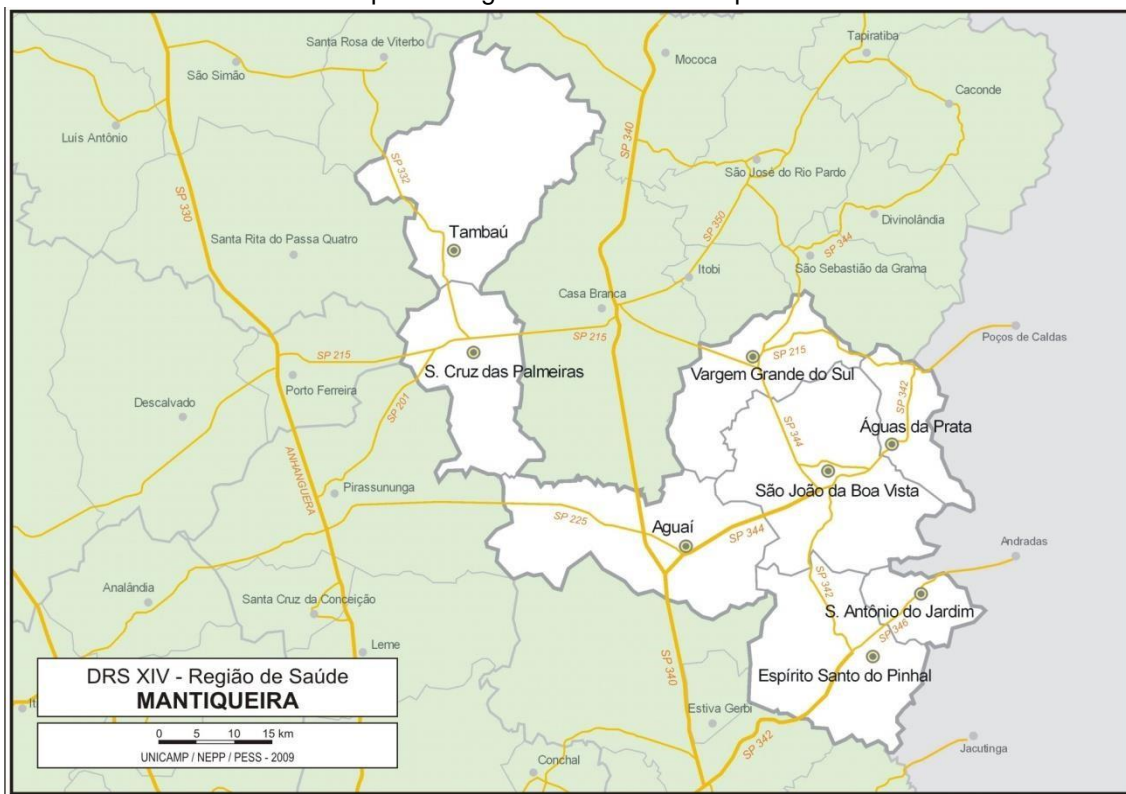
O principal polo regional é São João da Boa Vista, apesar de seu porte demográfico situar-se abaixo de 80 mil. Divide o atendimento aos demais municípios com São José do Rio Pardo e Mogi Guaçu/Mogi Mirim.

1.3. A Região de Saúde Mantiqueira

¹⁴ Diferentemente do tamanho, a funcionalidade urbana indica a atuação da cidade no seu entorno; ou a capacidade de atração exercida sobre outras cidades

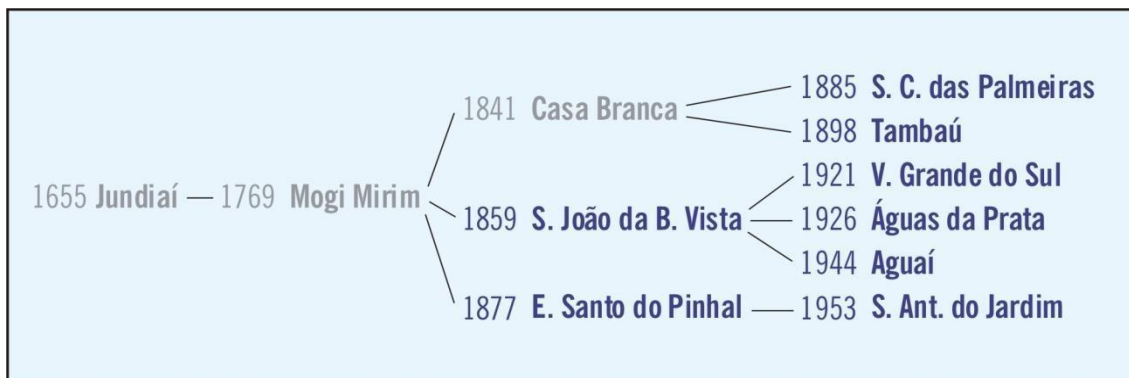
A Região de Saúde Mantiqueira é formada por 8 municípios: Aguai, Águas da Prata, Espírito Santo do Pinhal, Santa Cruz das Palmeiras, Santo Antônio do Jardim, São João da Boa Vista, Tambaú e Vargem Grande do Sul, como destacado no Mapa 5.

Mapa 5 - Região de Saúde Mantiqueira.



A formação territorial da RS Mantiqueira, conforme detalhado no Quadro 1, deu-se com as sucessivas emancipações que, desde meados do século XIX, fragmentaram o município de Mogi Mirim. Quatro municípios foram criados no século XIX, e os outros quatro na primeira metade do século XX.

Quadro 1 - Genealogia municipal naRS Mantiqueira.



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

Com formato territorial atípico, a RS Mantiqueira ocupa os domínios da vertente ocidental da Mantiqueira, estreitando-se pela Depressão Periférica Paulista até atingir as escarpas que a delimitam do lado Oeste. Drenada pelo Jaguari Mirim, afluente do Mogi Guaçu, apresenta diversidade topográfica e pedológica, que lhe propicia variada produção agrícola. Seus principais cultivos são a cana-de-açúcar e a laranja, havendo também grandes extensões de pastagens. Destacam-se também o milho, café, feijão e eucalipto, além da pecuária, onde ressaltam os bovinos e a avicultura de corte.

Se agropecuária é marcante nos municípios da RS Mantiqueira, dando tom à organização socioeconômica destas áreas, a indústria, articulada ao campo e a outros ramos de transformação, bem como os serviços, também estão presentes, especialmente no caso de São João da Boa Vista. Entre os mais de 760 estabelecimentos industriais instalados em 2007, estão presentes na região algumas das maiores empresas do País (Autocam, Deplastic, Pinhalense Maquinas Agrícolas, Cerâmica Atlas), além de uma usina de produção de açúcar e álcool (Dedini) e um Arranjo Produtivo Local – APL Cerâmico, em Tambaú, com 96 empresas de micro e pequeno porte e mais de 2 mil empregados (Cano et al., 2007). O setor de serviços, por sua vez, tem seu dinamismo vinculado à agroindustrial local e é bastante expressivo no comércio, com mais de 2500 estabelecimentos. (SEADE, 2009)

A principal referência urbana da Região é a cidade de São João da Boa Vista, onde se concentram as empresas de comércio e de serviços.

1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

Dois eixos rodoviários têm proeminência na trama viária da RS Mantiqueira. A SP 340, no sentido Norte-Sul, conecta a Região ao nódulo que se forma em Casa Branca, e no sentido oposto,

a Mogi Guaçu e Campinas. Em Aguaí começa a SP 344, que, no sentido Nordeste, somase à SP 342, em São João, para a conexão com Poços de Caldas.

Também de Aguaí parte a SP 225, que leva à Anhanguera (em Pirassununga) e à Washington Luís. Traçado semelhante é feito pela SP 215, que passa por Santa Cruz das Palmeiras. De Pinhal faz-se a ligação com Andradas, em Minas Gerais, e de Vargem Grande do Sul há duas opções: para Casa Branca ou para São Sebastião da Gramma e outras cidades da vizinha RS Rio Pardo.

A RS Mantiqueira, como se pôde ver no Mapa 5, é servida por suficiente malha rodoviária, que proporciona múltiplas conexões, intra e extra-regionais.

A rede urbana, no entanto, é formada por cidades pequenas e médias, com significativo percentual demográfico sobre o total municipal. Destaca-se São João, com população em torno de 75 mil, como se vê na Tabela 1.

A importância de São João da Boa Vista também é visível na funcionalidade urbana. No entanto, outros polos revesam-se no atendimento às demandas que partem dos municípios menos equipados da Região, como se confirmou no questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais. Uma das questões solicitava o elenco das "3 cidades mais procuradas para: Serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", e os nomes mais citados foram São João da Boa Vista (18 vezes), Campinas (15), Ribeirão Preto (7), São Paulo (6), Espírito Santo do Pinhal (5) e Divinolândia (4).

Essa complexidade funcional também desponta no estudo do IBGE *Regiões de Influência das Cidades 2007*¹⁵, que classifica São João da Boa Vista como *Centro sub-Regional A*, subordinado a Campinas (*Capital Regional A*), e Espírito Santo do Pinhal como *Centro de Zona B*, subordinado a São João da Boa Vista. Dois municípios, Santa Cruz das Palmeiras e Tambaú, são classificados na área de influência de Ribeirão Preto.

1.3.2. Demografia e Condições de Vida

A população total da RS Mantiqueira é de cerca de 260.000 habitantes e nenhum dos municípios da região possui população acima de 100 mil habitantes. A distribuição desse contingente e algumas das suas características estão na Tabela 1.

Tabela1 - Características do território e contingentes populacionais dos municípios da RS Mantiqueira.

¹⁵ Este estudo define 4 níveis hierárquicos a saber: Metrópole (subdividido em "Grande Metrópole Nacional", "Metrópole Nacional" e "Metrópole"), Capital Regional ("A", "B" e "C"), Centro sub-Regional ("A" e "B") e Centro de Zona ("A" e "B"). As cidades situadas em regiões metropolitanas ou em grandes aglomerados não foram consideradas neste estudo.

Municípios	Área (km ²)	Densidade demográfica (hab/km ²)	População 2007	Percentual População RS (%)	População urbana (%)
	2007	2007	2007	2007	2000
Aguai	473,4	66,7	31.569	12,0	87,6
Águas da Prata	142,6	51,9	7.406	2,8	85,2
Espírito Santo do Pinhal	390,4	109,3	42.682	16,2	85,9
Santa Cruz das Palmeiras	295,7	104,0	30.763	11,7	94,0
Santo Antonio do Jardim	109,5	53,8	5.891	2,2	53,2
São João da Boa Vista	516,2	159,0	82.058	31,2	92,7
Tambaú	561,6	41,7	23.423	8,9	85,6
Vargem Grande do Sul	266,5	148,4	39.561	15,0	92,9
RS Mantiqueira	2.755,8	95,6	263.353	100,0	89,4

Fontes: SEADE. Elaboração própria.

Os indicadores demográficos de natalidade, fecundidade e envelhecimento mostram que os municípios da RS Mantiqueira abrigam populações com necessidades e fases do ciclo de vida distintas (Tabela 2 e Mapa 6).

Verifica-se que todos os municípios possuem índices de envelhecimento acima da média do Estado de São Paulo, que é de 41,42, com especial destaque para o município de Águas da Prata com índice muito elevado.

Quanto à taxas de crescimento populacional observa-se uma grande heterogeneidade na região, com a maior parte dos município apresentando índices abaixo da média estadual, que é de 1,33, sendo que o município de Santo Antônio Jardim ostenta índice negativo de crescimento. No outro extremo destaca-se o município de Santa Cruz das Palmeiras com índice de crescimento bem acima da média estadual e, o município de Aguai também com crescimento pouco acima da média do Estado de São Paulo.

Tabela2 - Indicadores demográficos dos municípios da RS Mantiqueira.

Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Aguai	1,63	16,81	61,18	43,52
Águas da Prata	0,54	9,36	34,78	84,51
Espírito Santo do Pinhal	0,75	12,05	43,48	59,78
Santa Cruz das Palmeiras	2,67	15,71	56,76	41,95
Santo Antônio do Jardim	-0,60	11,14	42,77	65,38

São João da Boa Vista	0,85	12,26	43,70	64,23
Tambaú	0,73	13,67	50,41	52,48
Vargem Grande do Sul	1,24	15,49	55,74	50,26

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

** Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)

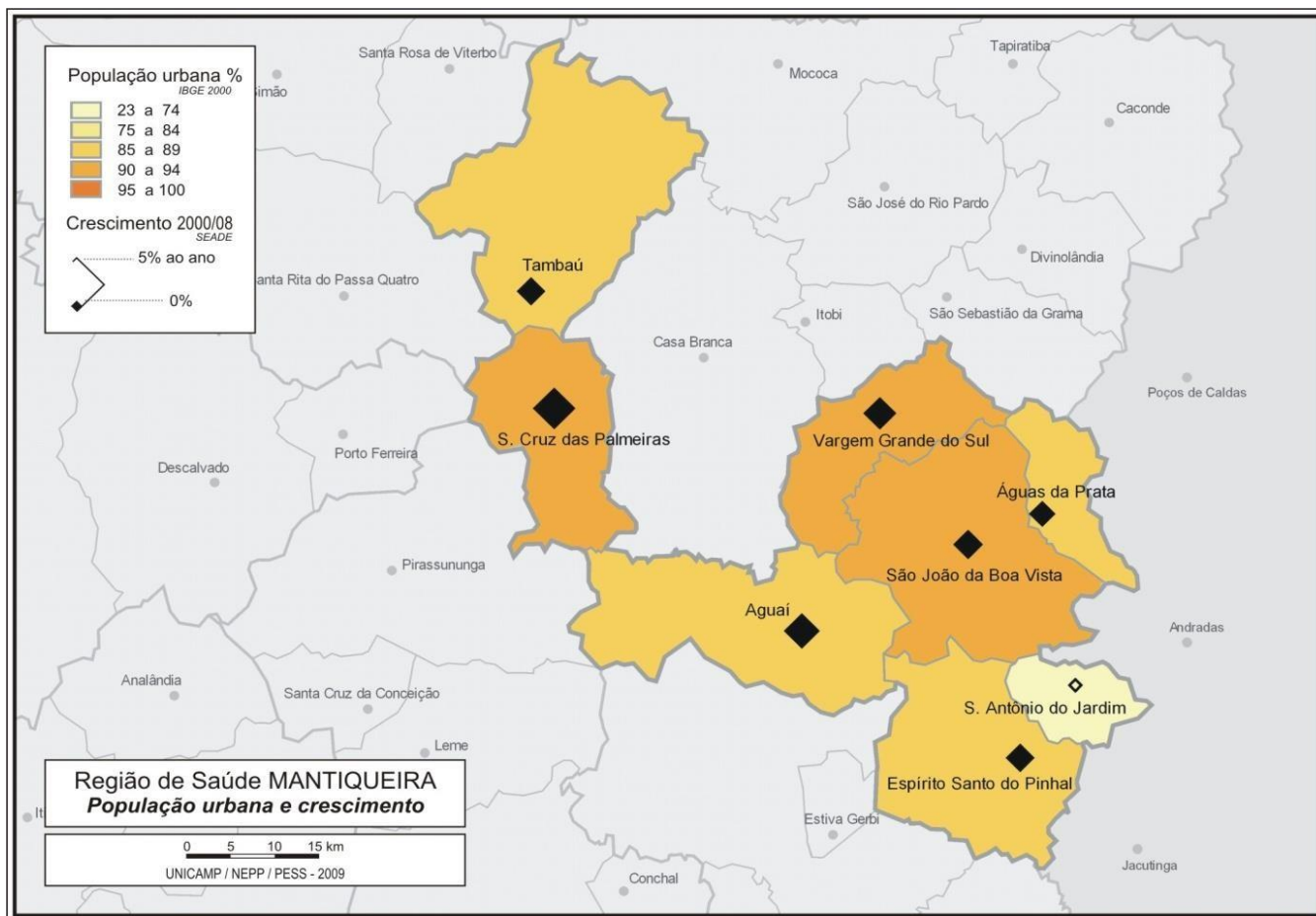
*** Taxa de Fecundidade (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)

**** Índice de Envelhecimento (Em %)

No que se refere à natalidade e fecundidade, somente três municípios apresentam índices acima da média estadual, que é respectivamente 52,65 e 15,03. Entre os cinco municípios que apresentam taxas abaixo da média estadual destaca-se, em particular, o município de águas da Prata que se encontra num estágio avançado de transição demográfica.

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

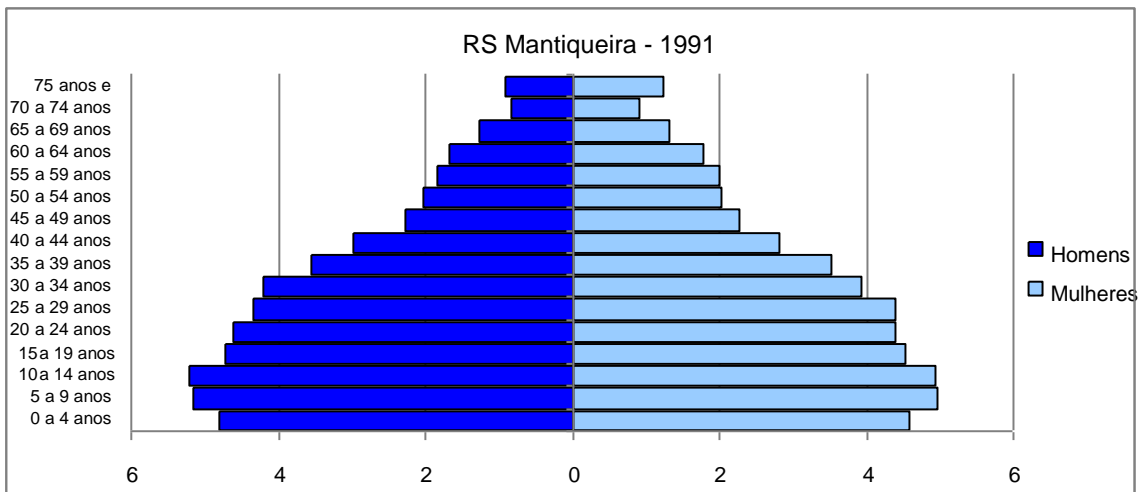
Mapa 6 - Percentual da população urbana no ano 2000 e taxa de crescimento 2000/2008 dos municípios da RS Mantiqueira.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

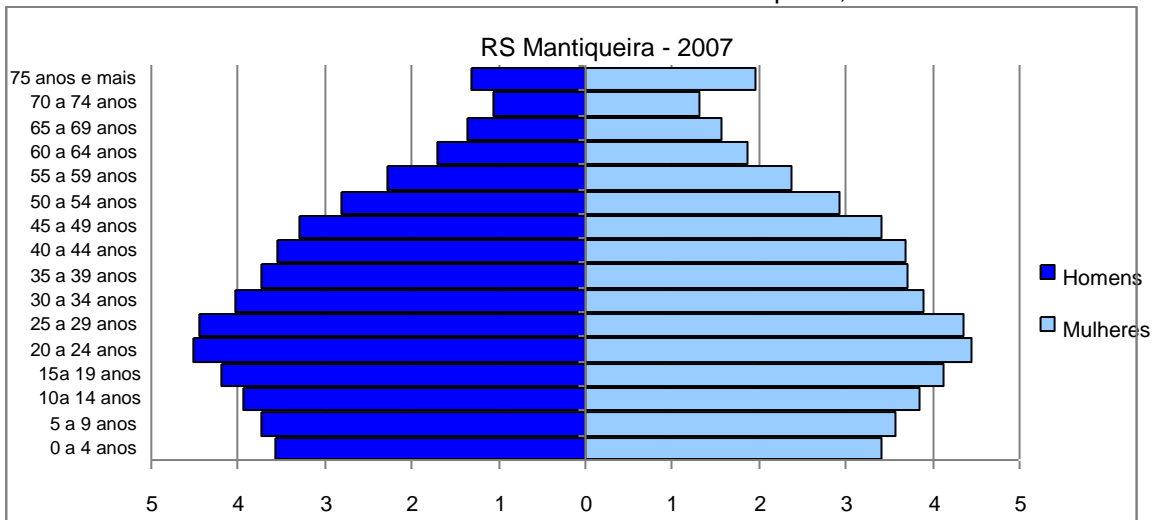
O envelhecimento da população, conforme observado acima se mostra claramente na configuração das pirâmides etárias. Os Gráficos 1 e 2 contêm, respectivamente, a situação da população da RS Mantiqueira em 1991 e em 2007, onde as faixas etárias diminuem entre os jovens e aumentam entre os mais idosos.

Gráfico 1 - Pirâmide etária. RS Mantiqueira, 1991.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

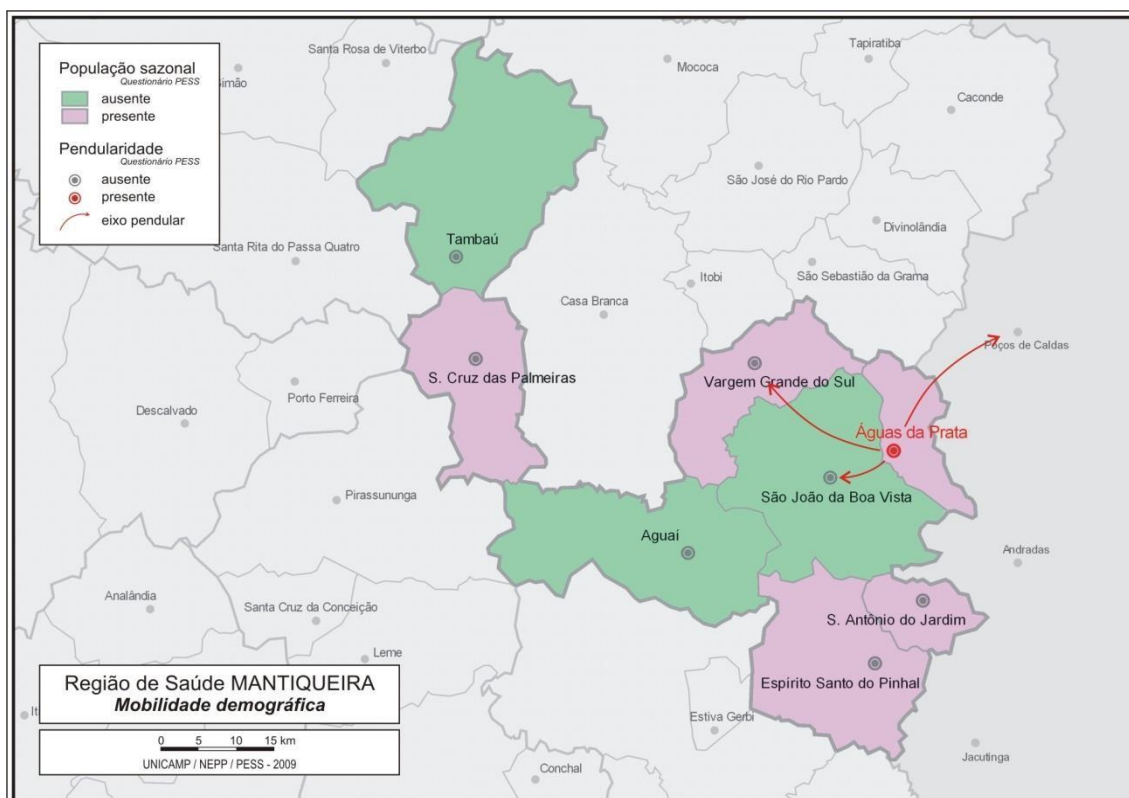
Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Mantiqueira, 2007.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

No tocante à mobilidade populacional, observa-se a presença, na região, de população sazonal e de pendularidade, conforme informado pelos gestores municipais no questionário eletrônico. Dos oito municípios cinco responderam positivamente quando questionados sobre a existência de população sazonal e, apontaram a colheita do café e da cana-de-açúcar como a ocupação principal dessa população. Quando questionados se o seu município poderia ser considerado uma cidade-dormitório, apenas Águas da Prata respondeu positivamente. O Mapa 7 indica a sazonalidade e os movimentos pendulares detectados.

Mapa 7 –Mobilidade populacional.RS Mantiqueira, 2008.



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

Para se traçar um quadro geral das condições de vida da RS Mantiqueira reuniu-se um conjunto de dados expostos nas tabelas a seguir. Os dados referentes a cobertura de água e de esgoto, importantes na composição da qualidade de vida, estão na Tabela 3, na qual observa-se um quadro positivo com todos os municípios da região apresentando índices próximos da cobertura total de água, variando entre 95,6 e 99,6. Quanto à cobertura de esgoto observa-se, entretanto, diferenças um pouco mais significativas, variando de 89,8 a 99,8 entre os municípios.

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

Municípios	Água* 2000	Esgoto** 2000
Aguai	99,2	98,6
Águas da Prata	95,6	89,8
Espírito Santo do Pinhal	99,3	98,6
Santa Cruz das Palmeiras	99,6	99,8
Santo Antônio do Jardim	97,1	95,2
São João da Boa Vista	98,5	97,3
Tambaú	98,9	97,4
Vargem Grande do Sul	99,2	98,8

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

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

Os dados de renda, incluindo PIB municipal e PIB municipal per capita, apresentados na Tabela 4 e no Mapa 8 mostram que há diferenças entre os municípios. Destaca-se o município de Aguai, com valor per capita superior a todos os outros e, no outro extremo localiza-se o município de Santa Cruz das Palmeiras com o valor mais baixo da região.

Tabela4 - PIB municipal e per capita dos municípios da RS Mantiqueira.

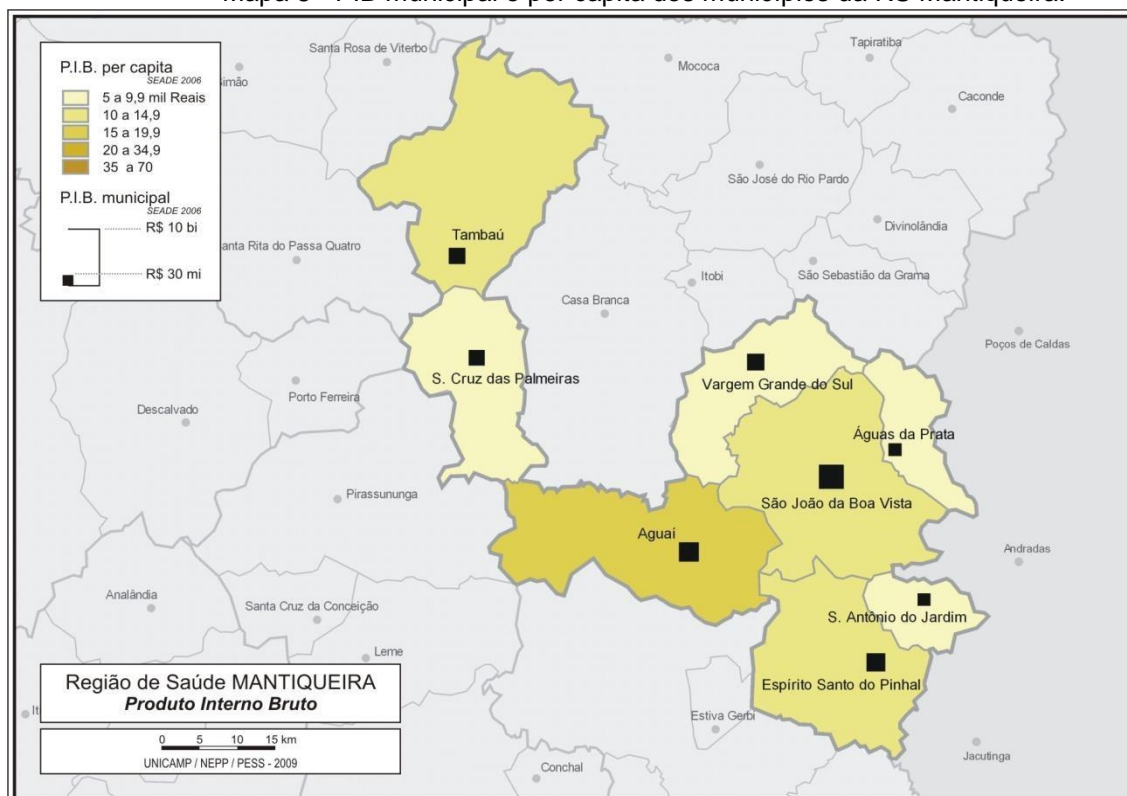
Municípios	PIB Municipal* 2006	PIB per Capita** 2006
Aguai	537,9	16,9
Águas da Prata	69,7	9,3
Espírito Santo do Pinhal	443,7	10,3
Santa Cruz das Palmeiras	217,1	7,7
Santo Antônio do Jardim	57,7	8,9
São João da Boa Vista	1.181,5	14,2
Tambaú	258,5	10,8
Vargem Grande do Sul	315,1	7,8

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

* em milhões de reais

** em mil reais

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Os indicadores mais específicos de padrões de desenvolvimento social estão expostos na Tabela 5. Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁶, a situação é bastante preocupante em praticamente todos os municípios, com significativas parcelas da população nas faixas 5 e 6 de vulnerabilidade. Esta situação de baixa performance é ratificada pelos dados do Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)¹⁷, que posicionam apenas dois municípios no grupo 3, ficando todos os demais nos grupos 4 e 5.

O IDHM, por sua vez, revela uma situação mais positiva, com quatro municípios em situação de alto desenvolvimento¹⁸, entre os quais São João da Boa Vista tem o maior índice. A espacialização dos valores de IDHM pode ser vista no Mapa 9.

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

Municípios	IDHM* 2000	IPVS** 2000	IPRS*** 2004
Aguai	0,786	78,2	5
Águas da Prata	0,810	73,4	4
Espírito Santo do Pinhal	0,808	47,3	3
Santa Cruz das Palmeiras	0,796	63,7	5
Santo Antônio do Jardim	0,766	83,9	3
São João da Boa Vista	0,843	34,1	4
Tambaú	0,792	61,5	5
Vargem Grande do Sul	0,802	66,0	5

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

*IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000

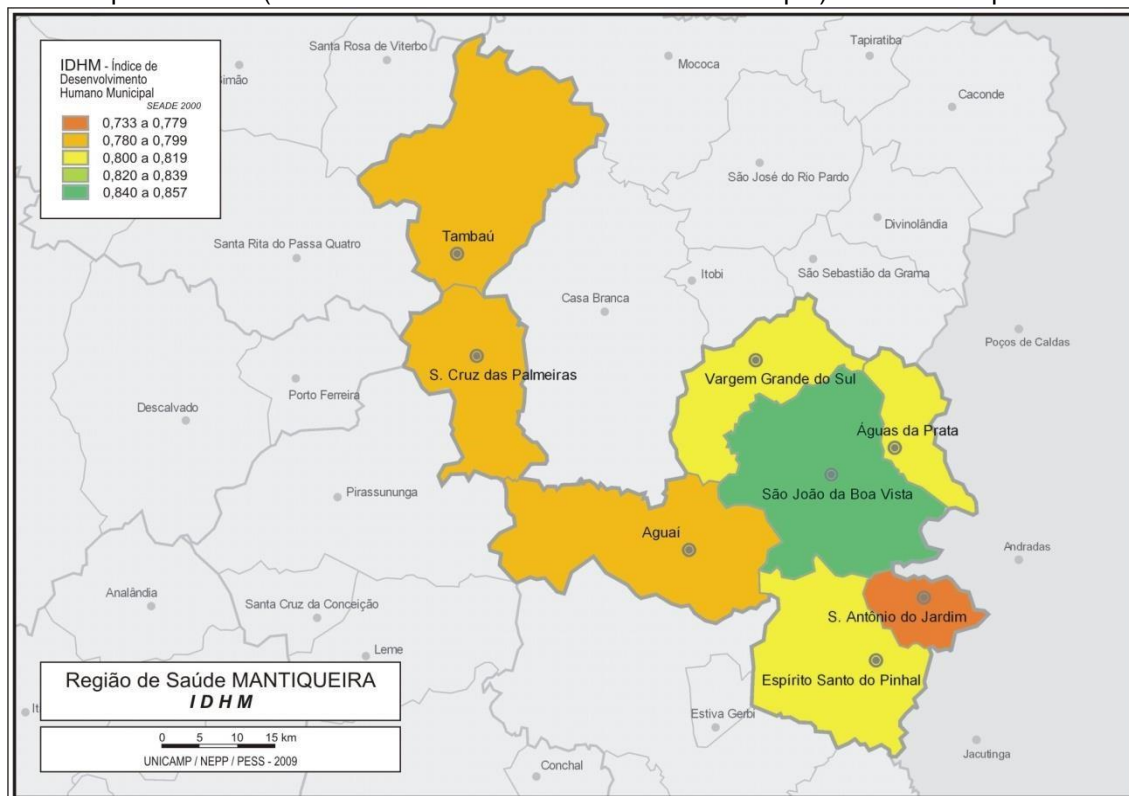
** IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (percentual da população nos grupos 5 e 6) *** IPRS - Índice Paulista de Responsabilidade Social (grupo)

¹⁶ O IPVS, da Fundação SEADE, classifica a população numa escala de vulnerabilidade de 6 grupos, variando da melhor situação no grupo 1 à pior no grupo 6. Utiliza uma composição de dados incluindo educação, anos médios de ensino, rendimento e faixa etária dos responsáveis pelos domicílios e percentual de crianças de 0 a 4 anos residentes.

¹⁷ 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.

¹⁸ Esta classificação segue os padrões internacionais, para os quais as localidades com um IDH de até 0,499 têm baixo desenvolvimento humano; entre 0,500 e 0,799 têm médio desenvolvimento humano; e os locais com IDH maior que 0,800 têm alto desenvolvimento humano. O IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) congrega, com pesos iguais, indicadores de longevidade, educação e renda, e é largamente utilizado na comparação entre os países. O IDHM segue a mesma metodologia, focando os municípios.

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Conclusões Parciais

A RS Mantiqueira apresenta menores densidades demográficas do que a média do Estado de São Paulo e também alguns indicadores menos favoráveis no que diz respeito ao desenvolvimento econômico e social.

Do ponto de vista territorial, chama à atenção a particularidade dos contornos da Região de Saúde Mantiqueira, que mantém Santa Cruz das Palmeiras e Tambaú praticamente isolados dos demais municípios. Essa particularidade pode dificultar o processo de regionalização se considerarmos os critérios estabelecidos pelo SUS, e explicitados no Pacto de Saúde, no que se refere à contiguidade territorial como condição para a constituição das regiões de saúde.

Finalmente pode-se concluir que a implementação de políticas públicas na RS Mantiqueira deve considerar o intenso processo de envelhecimento da população, bem como o baixo índice de crescimento populacional e as condições socioeconômicas.

2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE MANTIQUEIRA

Este capítulo apresenta uma análise descritiva de indicadores relacionados às condições de saúde da população dos municípios que compõem a RS Mantiqueira, 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 Paulistas¹⁹; outras fontes serão citadas, quando utilizadas. Todas as estimativas populacionais tiveram como fonte a Fundação SEADE. As informações refletem a situação das bases consultadas no momento da pesquisa, podendo existir diferenças com indicadores calculados pelos municípios e estado a partir das bases locais. A análise é apresentada a partir dos indicadores municipais, de forma a identificar os diferentes perfis de necessidades de saúde na região através da magnitude e tendências históricas dos riscos de adoecer e morrer das populações de cada município. Devido aos distintos portes populacionais, optou-se por trabalhar com indicadores municipais agregados em períodos trienais para obtenção das estimativas de riscos, de forma a estabilizar as taxas obtidas, reduzindo assim as flutuações aleatórias características das situações de pequenos números de eventos, cujo impacto é tanto maior quanto menor for a população. As tabelas e gráficos que contém dados individualizados por municípios são apresentados segundo o seu porte populacional, em ordem decrescente.

¹⁹ 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 10²⁰, 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 Mantiqueira, 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
S João B V	35,8	21,0	9,1	8,5	6,6	5,1	14,0
E S Pinhal	44,3	16,3	8,9	7,8	8,1	6,1	8,4
Vargem G Sul	35,9	19,1	11,4	9,9	6,8	4,6	12,4
Aguai	32,1	17,8	13,8	9,4	11,2	6,1	9,7
S C Palmeiras	33,0	21,5	10,3	10,5	7,6	7,1	10,1
Tambaú	37,7	20,7	10,6	10,3	5,9	3,9	10,9
A Prata	38,8	18,8	12,1	10,3	8,5	3,6	7,9
S A Jardim	36,7	21,1	7,3	11,0	5,5	2,8	15,6
RS Mantiqueira	37,0	19,4	10,2	9,1	7,5	5,3	11,4

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No sexo masculino, as causas externas foram o terceiro grupo mais frequente em praticamente todos os municípios (Tabela 2). Para as mulheres, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas têm maior expressão (Tabela 3).

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

Municípios	IX. Doenças	II. Neoplasias	XX. Causas externas de	X. Doenças	XI. Doenças	IV. Doenças endócrinas	Todas as outras
------------	----------------	-------------------	------------------------------	---------------	----------------	------------------------------	-----------------------

²⁰ 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/>

	do aparelho circulatório		morbidade e mortalidade	do aparelho respiratório	do aparelho digestivo	nutricionais e metabólicas	causas definidas
S João B V	34,3	20,9	11,1	8,8	7,9	4,1	12,8
E S Pinhal	42,1	15,6	11,1	9,2	9,9	4,3	7,8
Vargem G Sul	31,9	20,5	12,1	12,3	7,7	3,4	12,1
Aguai	34,0	16,6	12,6	12,9	12,0	3,7	8,3
S C Palmeiras	30,7	20,5	15,0	9,8	8,3	5,5	10,2
Tambaú	32,3	23,0	13,6	10,2	6,8	3,8	10,2
A Prata	36,0	16,3	16,3	10,5	9,3	2,3	9,3
S A Jardim	33,3	23,8	11,1	7,9	6,3	-	17,5
RS Mantiqueira	34,8	19,5	12,2	10,2	8,6	3,9	10,8

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

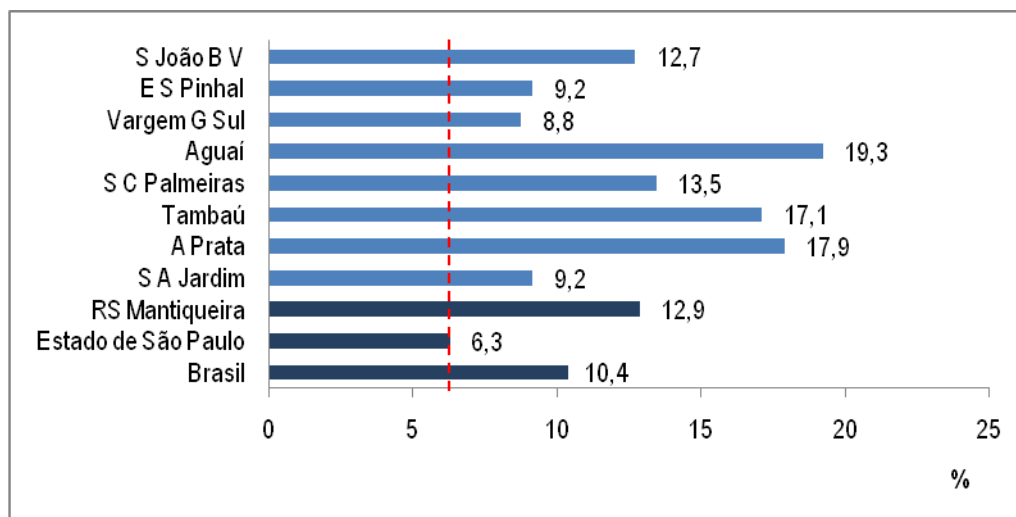
Municípios	Mantiqueira, triênio 2004-2006*						
	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XI. Doenças do aparelho digestivo	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	Todas as outras causas definidas
S João B V	37,8	21,0	9,4	6,5	4,9	5,0	15,4
E S Pinhal	47,0	17,2	8,5	8,2	6,1	3,9	9,2
Vargem G Sul	42,1	16,8	10,0	6,4	5,4	6,4	12,9
Aguai	29,2	19,6	15,1	9,6	10,0	4,6	11,9
S C Palmeiras	36,1	23,0	10,9	9,3	6,6	4,4	9,8
Tambaú	46,1	17,1	11,2	3,9	4,6	5,3	11,8
A Prata	41,8	21,5	13,9	5,1	7,6	3,8	6,3
S A Jardim	41,3	17,4	6,5	6,5	4,3	10,9	13,0
RS Mantiqueira	40,0	19,3	10,3	7,2	5,9	5,0	12,3

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A proporção de óbitos por causas mal definidas, analisados por local de residência, apresentou grande variação entre os municípios da RS Mantiqueira (Gráfico 1). Quatro deles apresentaram valores superiores à média da região no período 2004-2006 (12,9%), a qual já era superior à proporção estadual e à do Brasil em 2005 (6,3% e 10,4% respectivamente). Esta situação

é reflexo da qualidade dos dados registrados na Declaração de Óbito, a qual sinaliza desde a disponibilidade de infraestrutura assistencial e recursos para o diagnóstico das doenças, até a capacitação profissional para o preenchimento daquele documento²¹.

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



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

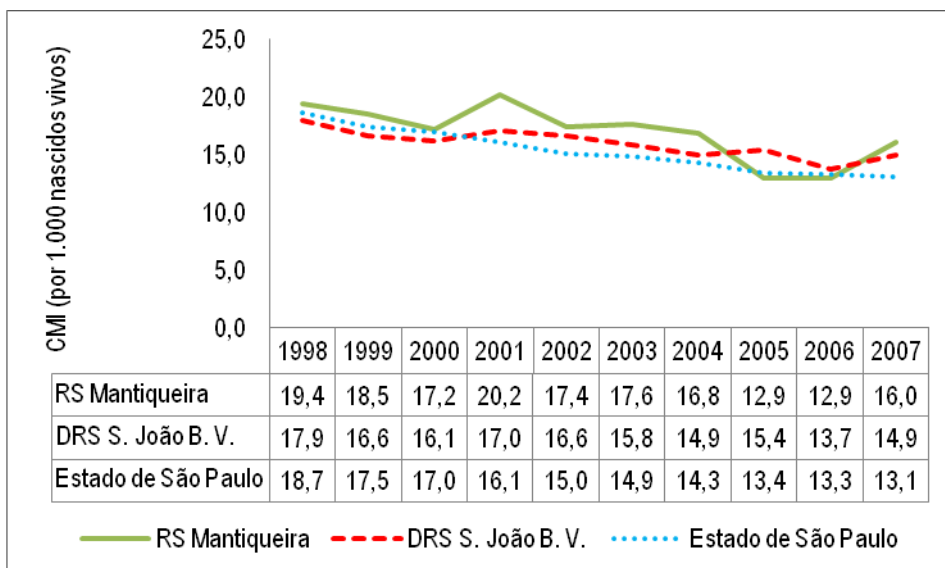
2.2. Mortalidade Infantil

A mortalidade dos menores de um ano constitui-se num importante sinalizador do cuidado em saúde e das condições socioeconômicas de uma localidade. Observa-se em anos mais recentes uma melhoria importante do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e seus componentes em todo o Brasil, resultado das mudanças demográficas, econômicas e sociais e de importantes intervenções do setor saúde. O Gráfico 2 mostra, para o período 1998-2007, a tendência de queda do CMI que vem ocorrendo no Estado de São Paulo, no DRS XIV – São João da Boa Vista e na RS Mantiqueira; nessa região as taxas apresentaram maior oscilação e quase sempre ficaram acima da média estadual.

Gráfico 2 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil.

RS Mantiqueira, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1998-2007.

²¹ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* – 2ª edição. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>.

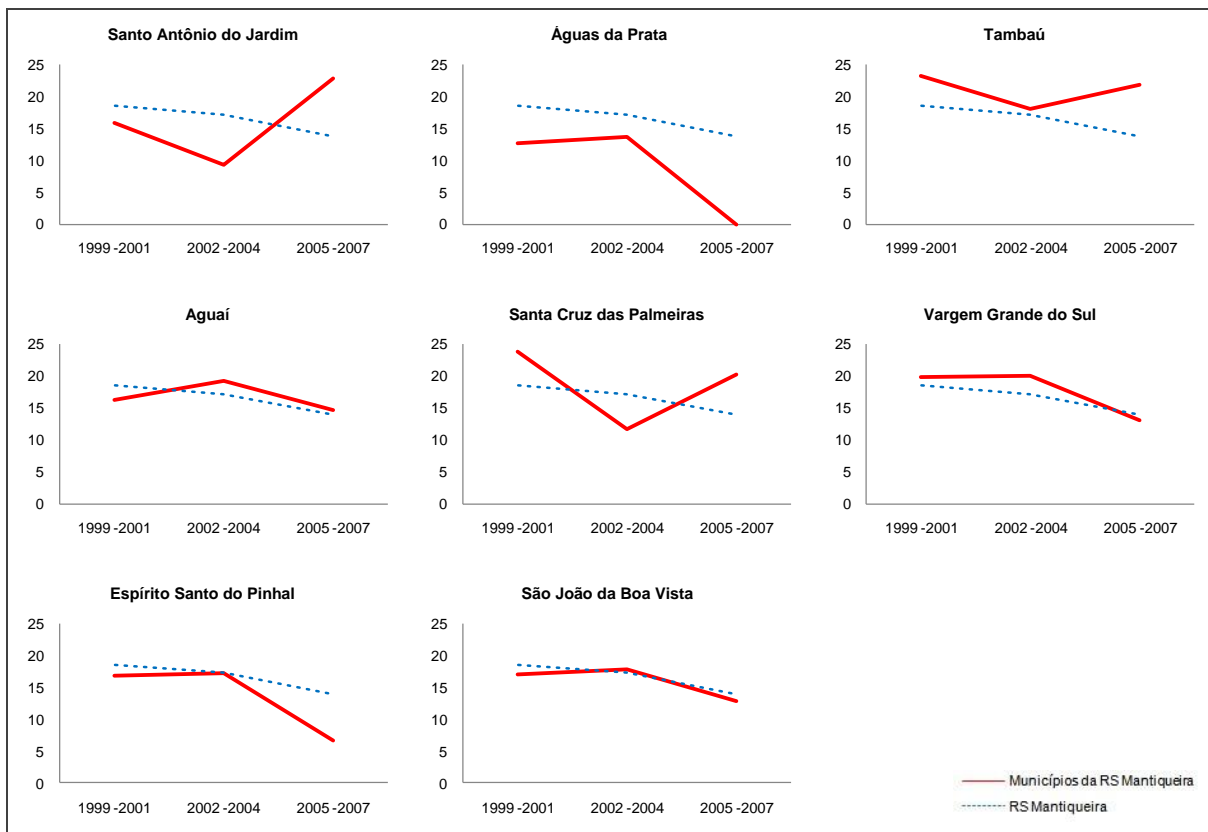


Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A redução do CMI também foi verificada nos seus componentes pós-neonatal e neonatal. Este último foi responsável por cerca de 80% das mortes no primeiro ano de vida 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. Santo Antonio do Jardim, Tambaú e Santa Cruz das Palmeiras, após declínio no primeiro período, tiveram suas taxas aumentadas no último triênio, enquanto os outros tiveram tendência de aumento no 1º triênio e redução no 2º. Ressalta-se, no entanto, que em municípios com menor população, o pequeno número de eventos (mortes e nascimentos) pode refletir em maior imprecisão no dado relativo.

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

Tabela4 - Número de óbitos no período 1998-2007 e coeficientes no triênio 2005-2007 dos componentes da mortalidade

infantil. RS Mantiqueira, 1998-2007.		
Municípios	Nº Óbitos	Taxas

S João B V	Neonatal											
	Pós-neonatal	7	5	6	3	1	3	3	2	4	1	2,3
Menores 1 ano		18	17	26	16	20	17	19	17	11	12,7	
			4	11	7	10	3	7	3	3		
E S Pinhal	Neonatal	8									4,6	
	Pós-neonatal	1	4	3	4	2	4	2	-	2	1	2,0
Menores 1 ano							7	9		5	4	6,6
Vargem G Sul	Neonatal	9	8	14	11	12	7	10	1	3	4	10,2
		10	10	7	8	7			11			
Pós-neonatal		6	6	4	4	4	5	2	2	1	2	2,8
	Menores 1 ano	16	16	11	12	11	12	12		4	6	13,1
			8	4	5	5	7	8				
Aguai	Neonatal	8							13	3	9	10,7
									4			
Pós-neonatal		2	4	2	3	3	2	3	2	3	1	4,0
	Menores 1 ano			6		8	9		6	6		14,7
S C Palmeiras	Neonatal	10	12	3	8	4	3	11	7	2	10	12,3
		9	5		14			5			8	
Pós-neonatal		7	3	4	4	1	2	1	5	3	3	8,0
	Menores 1 ano	16	8	7		5		6		5		20,3
Tambaú	Neonatal	5	12	5	18	3	5	3	12	5	11	18,6
					6		10		3		9	
Pós-neonatal		1	-	1	2	2	-	-	-	1	2	3,3
	Menores 1 ano	6		6	8	5		3	3	6		21,9
A Prata	Neonatal	-	12	-	-	1	10	-	-	-	11	0,0
			2				1				-	
Pós-neonatal		-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	0,0
	Menores 1 ano	0	2	0	1	2	1	0	0	0	0	0,0
S A Jardim	Neonatal	1	2	-	1	-	-	-	1	3	1	22,8
	Pós-neonatal	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	0,0
Menores 1 ano												22,8
RS Mantiqueira	Neonatal	2	3	0	1	1	1	0	3	1		10,6
		52	55	50	54	49	45	49	32	44		
Pós-neonatal		25	23	20	21	15	17	11	11	14	10	3,3
	Menores 1 ano	77	78	70	75	64	62	60	46	46	54	13,9
1999-1998	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2005-2007			
	12	11	20	13	19	14	16	8	13	10	10,4	

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 77 para 54 em toda a região, o que representou uma redução de 30% no período; esta foi mais intensa no período pós-neonatal (60%) do que no neonatal (15%). Entretanto, mesmo considerando a queda tanto em números relativos como absolutos da mortalidade infantil, qualquer óbito infantil é considerado um evento desnecessário e sua investigação e análise podem contribuir para elucidar nós críticos existentes na assistência e no funcionamento dos serviços.

Entre as mortes de crianças menores de 1 ano na RS Mantiqueira, o componente neonatal precoce (mortes até 7 dias de vida) respondeu por 64% 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 73% e 22% das mortes neonatais no triênio 2004-2006, respectivamente.

Dentre as afecções perinatais, as principais causas de morte foram nesta ordem: os transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (CID10 P20-P29); feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (CID10 P00-P04) e os transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08), respondendo por 70% de todas as causas perinatais.

Em relação à mortalidade pós-neonatal no triênio 2004-2006, o grupo das malformações congênitas e anomalias cromossômicas foi o de maior peso, com 20% das mortes, seguido pelas causas mal definidas (16%) e causas externas (16%).

A redução da mortalidade infantil ainda é um importante desafio a ser enfrentado pelos gestores e gerentes dos serviços de saúde: quase 70% das mortes de menores de 1 ano na RS Mantiqueira em 2006 ocorreram devido a causas evitáveis ou reduzíveis²², definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (Tabela 5). Destas, 84% 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 Mantiqueira, 1997-2006.

Grupos de causas

	2002	2003	2004	2005	2006
Reduzíveis por ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-

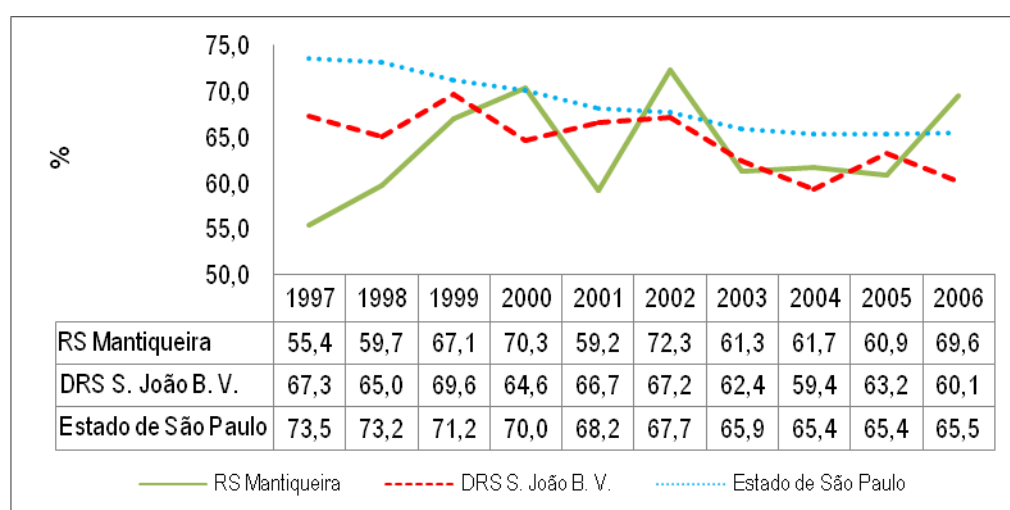
²² Malta DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, dez. 2007, vol.16, no.4, p.233-244. ISSN 1679-4974. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742007000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	78,3	73,9	83,0	81,3	84,4	83,0		89,5	91,9	75,0	84,4
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	8,7	10,9	7,5	7,8	11,1		2,1	-	2,7	14,3	6,3
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas à ações adequadas de atenção à saúde	13,0	15,2	9,4	10,9	4,4	14,9		10,5	5,4	10,7	9,4
Todas as causas evitáveis	55,4	59,7	67,1	70,3	59,2	72,3		61,3	61,7	60,9	69,6

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Entre 1997 e 2006, o peso da mortalidade por causas evitáveis nesse grupo etário apresentou um declínio contínuo em todo o ESP (Gráfico 4), enquanto que no conjunto de municípios que compõem o DRS XIV – São João da Boa Vista ocorreu maior variabilidade. Na RS Mantiqueira observou-se grandes oscilações no mesmo período.

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O óbito infantil é um “evento sentinela²³”, 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 desigualdades²⁴. 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 puerpério²⁵. 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 Mantiqueira, ocorridas entre 1998 e 2007.

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

Municípios	2003					2004					2005					2006					2007				
S João B V	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E S Pinhal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vargem G Sul	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aguai	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S C Palmeiras	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tambaú	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
A Prata	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S A Jardim	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS Mantiqueira	3	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

²³ 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

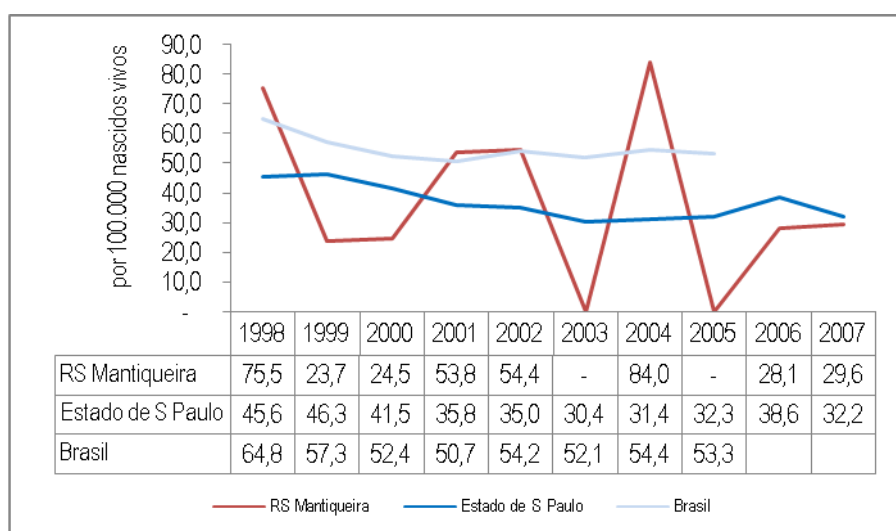
²⁴ Laurenti R et al. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1):23-30, jan-mar, 2000.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1561.pdf>.

²⁵ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>.

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

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



Fonte: SEADE e MS/SVS. Elaboração própria.

* Dado não disponível para 2006 e 2007.

A redução da morte materna e infantil é compromisso assumido pelas três esferas de gestão do SUS, inclusive em iniciativas internacionais²⁶. O *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*²⁷ propõe um conjunto de ações estratégicas envolvendo diferentes atores sociais para o enfrentamento do problema, como a qualificação e humanização da atenção ao parto,

²⁶ 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.

²⁷ 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.

nascimento e no abortamento; ampliação da cobertura do planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento pós-parto e puericultura através da expansão da rede básica; vigilância ao óbito materno e infantil; organização do acesso, adequação da oferta de serviços; qualificação das urgências/emergências; qualificação da assistência hospitalar incluindo unidades de referência regional para gravidez de risco e UTI neonatal entre outras.

2.4. Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)

Com o processo de envelhecimento populacional, o declínio das taxas de natalidade e da carga de morte das doenças infecciosas no Brasil, observa-se um quadro de saúde caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis. Estas, juntamente com as doenças transmissíveis que assumem caráter “crônico” (como HIV/Aids e tuberculose), as doenças 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”²⁸, 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

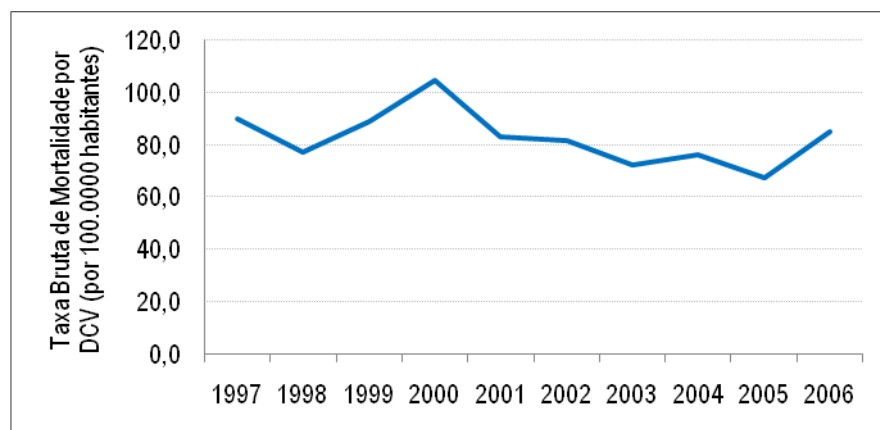
Na RS Mantiqueira, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 37% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as neoplasias responderam por 56% do total dos óbitos, acima do percentual encontrado no ESP (49%).

²⁸ 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.

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

No Estado de São Paulo, observou-se queda das taxas de mortalidade por DCV entre 1997 e 2006. Essa é a tendência esperada, o que também ocorreu na RS Mantiqueira, embora com algumas oscilações (Gráfico 6).

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



Fonte: MS/DATASUS.

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

A Tabela 7 mostra a evolução do número de óbitos anual e a taxa média bruta do coeficiente no triênio 2004-2006 para cada uma dos municípios que compõem a RS. As taxas de cada local não devem ser comparadas entre si, já que não foram padronizadas por idade e as diferenças encontradas podem estar relacionadas às diferentes estruturas etárias dos municípios²⁹.

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

Municípios	Nº Óbitos							2006				Taxa bruta 2004-2006			
S João B V								116	72	72	52	64	57	77	81,7
E S Pinhal	43	38	39	40	40	36					48	37	33	43	89,4
Vargem G Sul	30	31	39	28	27	26					32	28	24	37	76,8
Aguai	17	14	11	28	19	20					21	18	18	24	65,3

²⁹ 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

S C	21	18	22	12	27	20			10	21	20	11	59,2
Palmeiras													
Tambaú	13	9	21	19	9	14			10	18	10	12	57,7
A Prata	6	4	6	8	9	12			5	6	9	12	122,8
S A Jardim				4	2	3	4	3	3			6	67,1
RS				255	205	203	182	195	174			222	76,4
Mantiqueira													

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

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

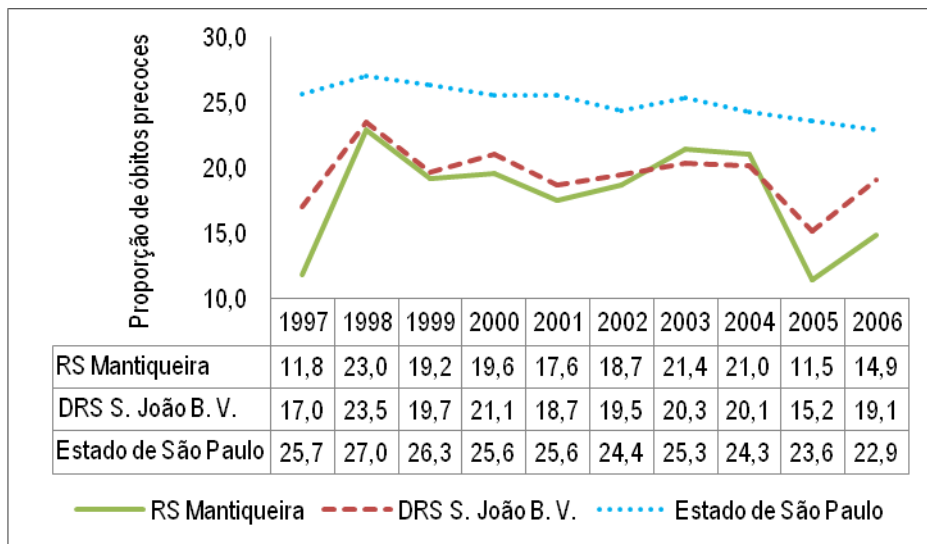
A ocorrência de HA e AVC na faixa etária produtiva, além do reflexo na qualidade de vida, têm um custo social elevado, como consequência do absenteísmo, queda da produtividade e retirada precoce da força de trabalho devido a seqüelas e morte de jovens e adultos.

No Estado de São Paulo, constatou-se uma redução da proporção de óbitos precoces por DCV no período compreendido entre 1997 e 2006, tendência essa também observada na região que guarda correspondência com o DRS XIV – São João da Boa Vista (Gráfico 7). Considerando o conjunto de municípios da RS Mantiqueira, os valores apresentaram maior variação, ainda que sempre menores do que os valores do Estado.

discriminam faixa etária devem ser padronizados em relação a uma população de referência. Consultar, entre outros: Medronho, R. A. et AL. Epidemiologia. SP: Atheneu, 2004.

Gráfico 7 - Evolução da proporção de óbitos precoces (em menores de 60 anos) por Doença Cerebrovascular*.

RS Mantiqueira, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1997-2006.



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

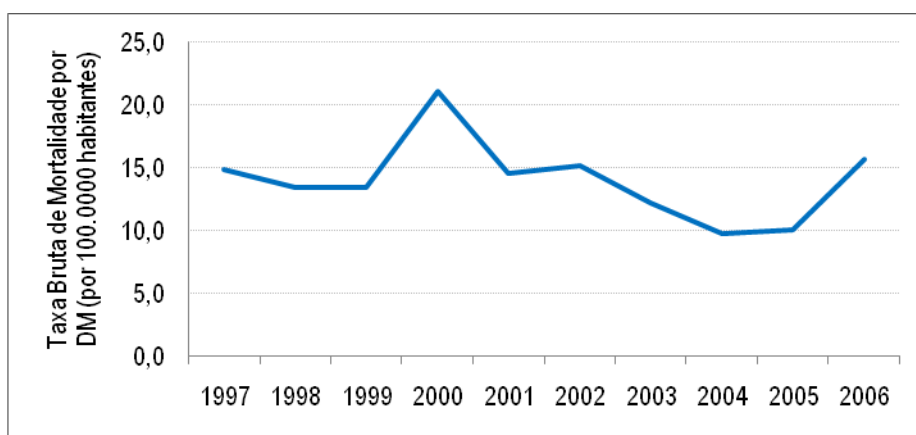
2.4.2. Diabetes Mellitus

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 tendência de declínio da mortalidade por DM na região de saúde com aumento em 2006, indicando potencialidade de redução com uma boa gestão do cuidado.

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



Fonte: MS/DATASUS.

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

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 Mantiqueira, 1997-2006.

Municípios	Nº Óbitos							2006				Taxa bruta 2004-2006			
S João B V								49	25	17	26	19	9	36	26,4
E S Pinhal	20	14	11	18	14	18					13	15	14	15	34,8
Vargem G Sul	5	2	5	10	11					5	7	4	7	10	18,1
Aguai	9	12	17	7	12	12					6	4	10	8	23,9
S C Palmeiras	3	6	5	8	3					8	6	5	5	4	15,9
Tambaú	6	1	4	6	5	6					1	1	3	8	17,3
A Prata	2	4	0	4	1					5	2	1	2	1	18,2
S A Jardim	2	0	1	1		5					1	1	2	0	16,8
RS	70	64	65	1					62	50	52	82	11,8		
Mantiqueira				103	72	76									

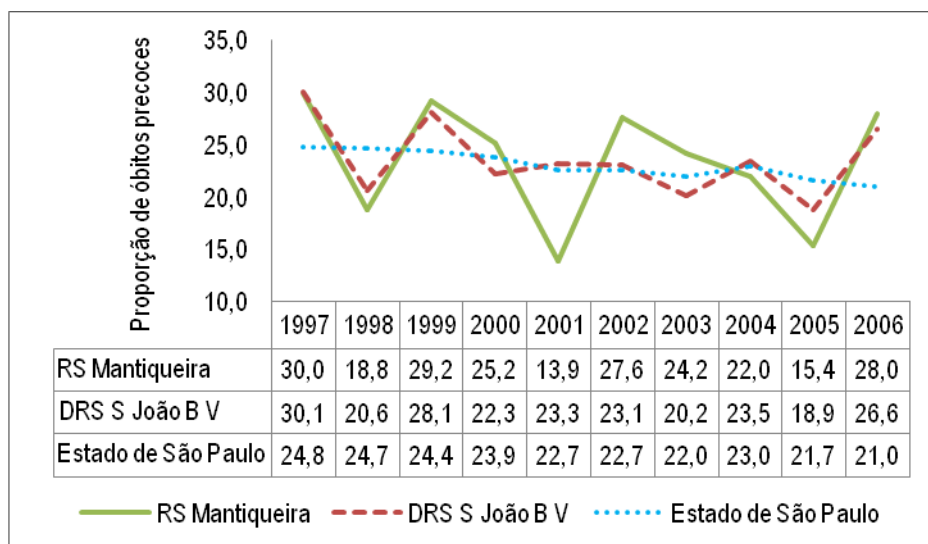
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

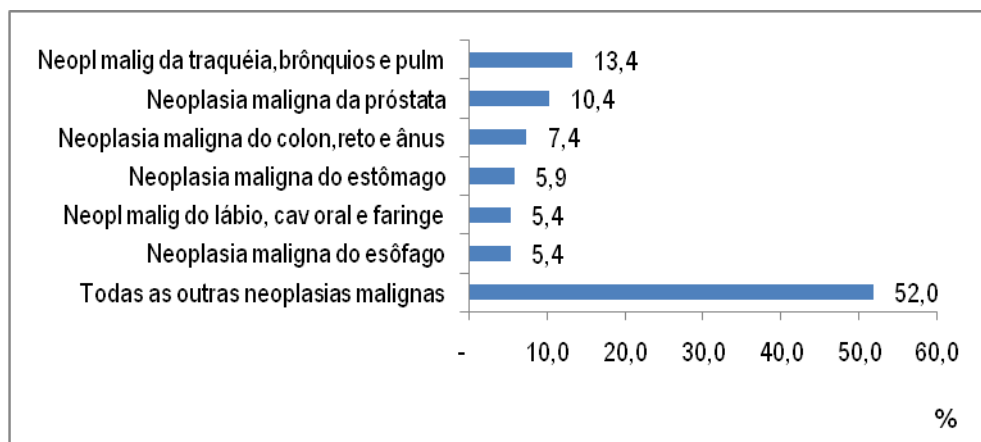
* Causa básica do óbito CID-10: E10 a E14

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

2.4.3. Neoplasias

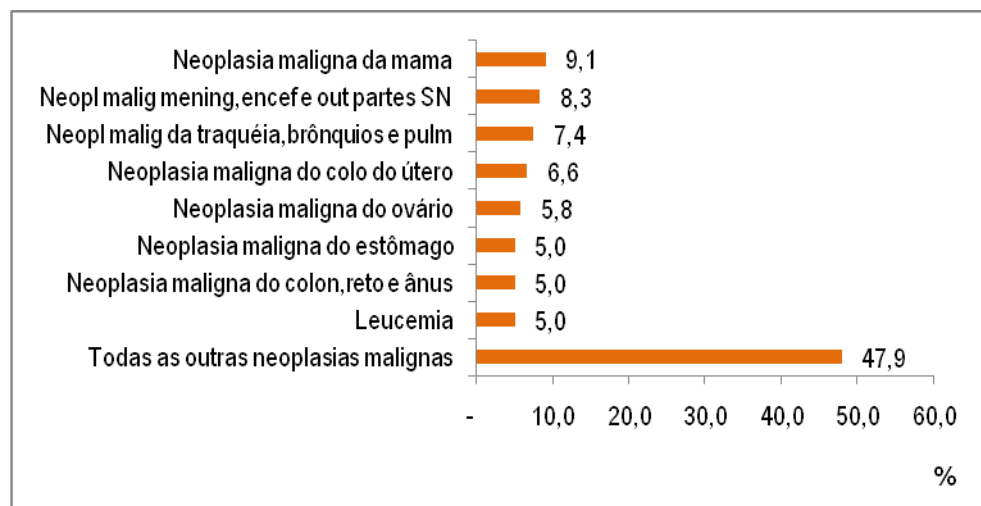
As neoplasias responderam por cerca de 19% das mortes na RS Mantiqueira no triênio 2004-2006. No sexo masculino, em 2006, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi o mais frequente, sendo responsável por 13,4% (Gráfico 10), seguido pelas neoplasias de próstata e, cólon, reto e ânus. Entre as mulheres, a maior expressão foi da neoplasia de mama (9,1%), seguida pela localização em meninge e encéfalo, traqueia, brônquios e pulmões e, colo de útero (Gráfico 11).

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



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

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

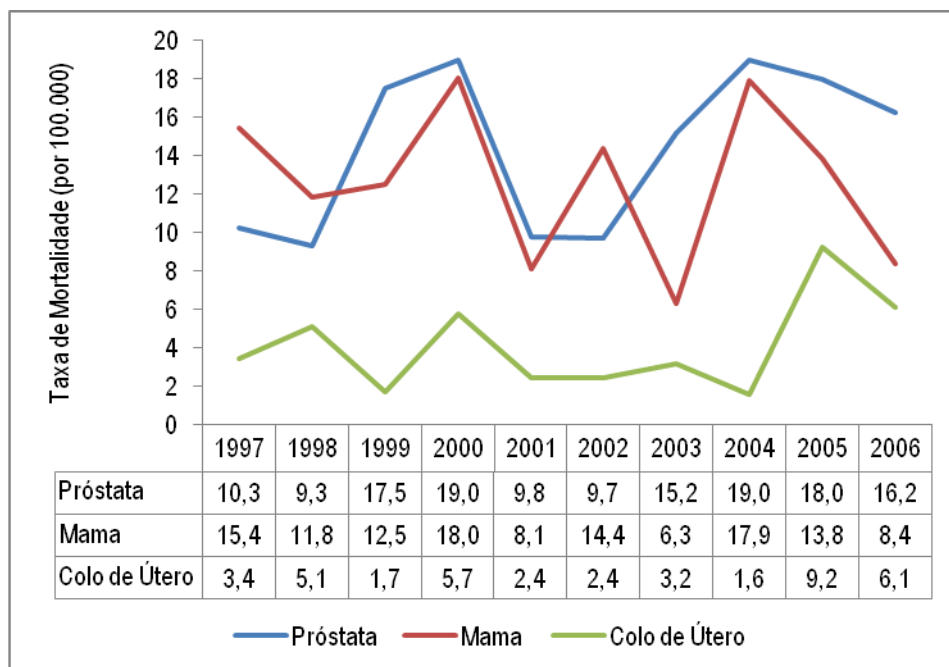


Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.
* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

No ESP tem-se observado tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas, o que também vem ocorrendo na RS Mantiqueira e na região compreendida pelo DRS XIV. Em 2006, as taxas desta região, do DRS XIV e ESP foram respectivamente: 61,0, 83,3 e 100,1 por 100.000 habitantes (valores sem ajuste por idade).

O risco de morte pelas neoplasias de próstata, mama e colo de útero está apresentado no Gráfico 12. Observou-se no período 1997-2006 grandes oscilações nas séries históricas; nas mulheres, a mortalidade é maior para o câncer de mama em relação ao de colo de útero.

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



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

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

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

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
S João B V	22,7	10,5	4,9	134,2
E S Pinhal	19,3	18,7	4,7	115,6
Vargem G Sul	8,7	15,4	3,4	118,2
Aguai	10,9	8,7	-	105,5
S C Palmeiras	15,8	6,9	18,3	105,8
Tambaú	22,9	26,1	2,9	113,9
A Prata	27,2	9,1	18,2	140,9
S A Jardim	10,8	11,6	-	123,1
RS Mantiqueira	17,7	13,3	5,6	120,2

* 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.

Ocorreram em toda a RS Mantiqueira, em 2006, 21 mortes por câncer de próstata, 11 por câncer de mama e 8 de colo de útero.

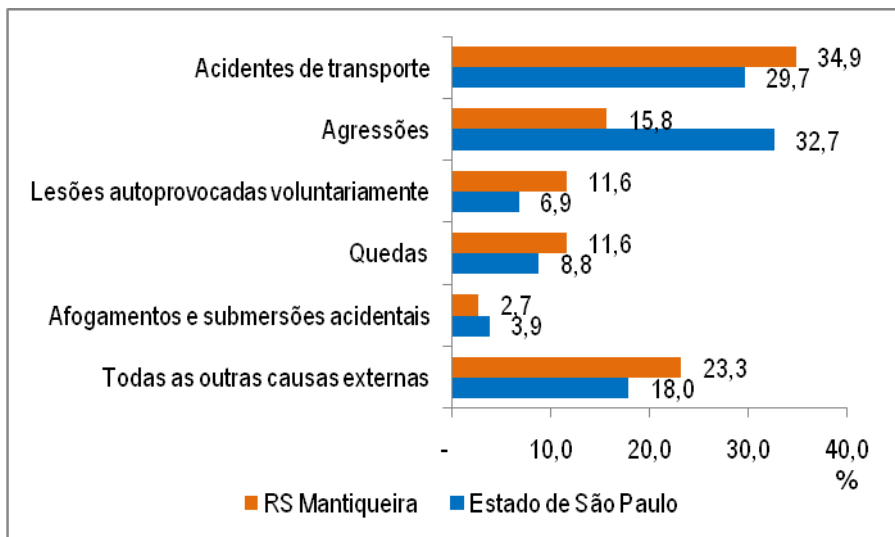
A redução da mortalidade por câncer, especialmente a causada pelos mais prevalentes, é objetivo prioritário estabelecido no Plano Estadual de Saúde. Muitas das mortes por câncer de próstata, mama e colo do útero poderiam ser evitadas com o diagnóstico e tratamento precoces. Os fatores de risco conhecidos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

2.4.4. Acidentes e Violências

Os acidentes e violências 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 Mantiqueira e no ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, os acidentes de transporte (AT), com 35%, foi o componente com maior participação relativa entre as causas externas na região. Já no ESP o maior peso foi das mortes conseqüentes a agressões (33%).

Gráfico 13 - Mortalidade proporcional por subgrupos de causas externas* em ambos os sexos. RS Mantiqueira e Estado de São Paulo, 2006.



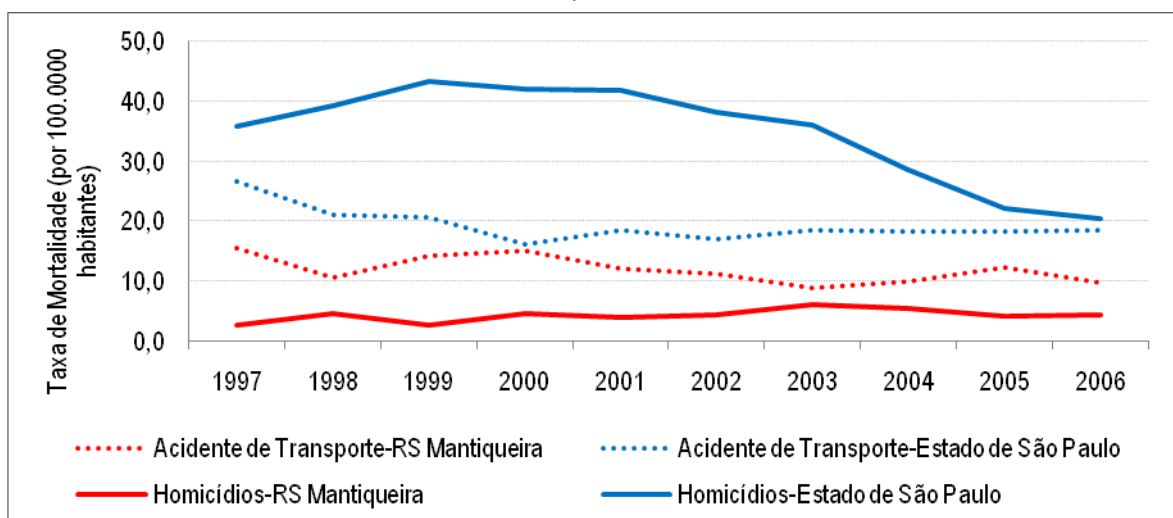
* Causa básica do óbito CID-10: V01-Y98 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

Mantiqueira manteve valores muito inferiores aos do Estado, em todo o período analisado. Nos anos 2000 e 2006 as taxas da RS foram 4,7 e 4,4 respectivamente, e 42,1 e 20,4 por 100 mil habitantes no ESP.

Em relação aos acidentes de transporte, as taxas de mortalidade sempre foram mais alta do que os homicídios na região, mas ainda assim menores que as do Estado.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte*. RS Mantiqueira 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 apenas em Santa Cruz das Palmeiras.

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

Municípios		Nº Óbitos									Taxas	
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
S João B V	Homicídios	3	3	2	8	7	7	4	5	3	5	5,4
	Ac. Transporte	18	11	20	38	20	22	16	17	21	14	21,5
		3	1	4	3	1	3	5	10	3		
E S Pinhal	Homicídios										3	12,7
	Ac. Transporte					6	8	6	6	9	6	16,6
		14	14	11	10							
Vargem G Sul	Homicídios	2	2	2	2	2	1	5	3	0	5	6,9
	Ac. Transporte		2	6			6	6	8	7	18	28,5
		13			12	10						
Aguai	Homicídios	1	3	1	4	3	4	6	4	4	2	10,9
	Ac. Transporte	10	15	8	4		6	5	8		3	19,6
						16				7		
S C Palmeiras	Homicídios	4	11	3	5	4	3	8	2	10	5	19,3
	Ac. Transporte	8	3		4	1	6	5	5	9	2	18,2
				13								
Tambaú	Homicídios	0	2	1	1	2	2	1	4	2	3	13,0
	Ac. Transporte	4	4	8	2	4	6	3	3	7	2	17,3
		0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	-
A Prata	Homicídios	3	1	1	4	2	1	3	4	1	4	40,9
	Ac. Transporte											
		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-
S A Jardim	Homicídios											
	Ac. Transporte											
		0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-

RS Mantiqueira Homicídios	3	1	2	0	1	1	1	0	3	2 23	4,7
	13	22	13	23	20	22	31	28	22		
Ac. Transporte	73	51	69	74	60	56	45	51	64	51	10,7

* 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

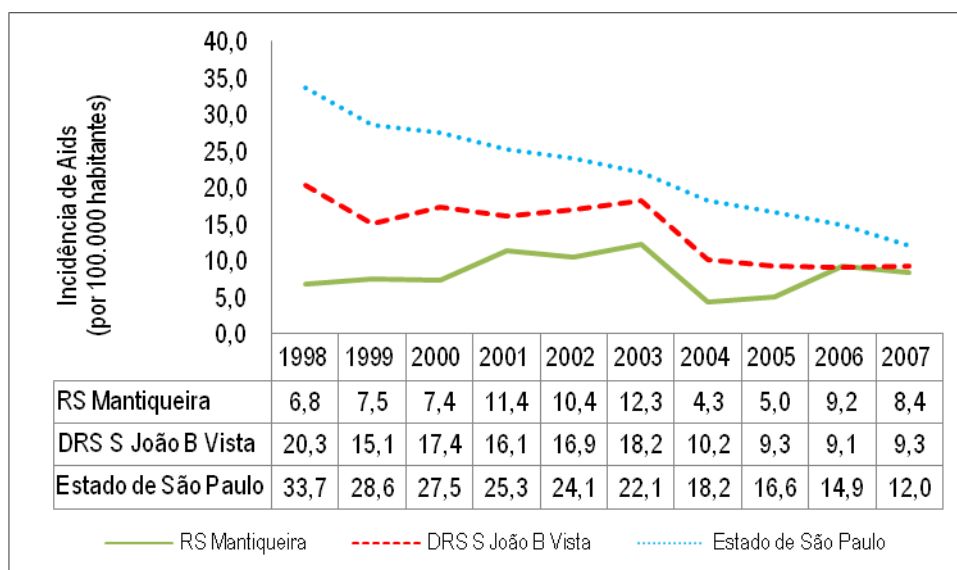
2.5.1. Aids

A Aids é considerada um grave problema de saúde pública, ainda que sua incidência e mortalidade tenham sofrido importante redução no país, ea 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 SINAN³⁰, observou-se no período de 1998 a 2007 redução persistente dos coeficientes de incidência da Aids no Estado de São Paulo (Gráfico 15). No conjunto dos municípios compreendidos no DRS XIV – São João da Boa Vista, verificouse queda em 1999, seguido por um período com certa estabilidade; a incidência sofre nova redução em 2004, com estabilidade até 2007. Na RS Mantiqueira a tendência é semelhante à do DRS XIV, mas com aumento dos valores em 2005 e 2006.

³⁰ Mais recentemente têm sido acrescentados aos casos de Aids notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) os registros do SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais)/SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e mortes por Aids declaradas no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), através de técnicas de relacionamento dos bancos de dados desses sistemas, possibilitando corrigir eventual subnotificação no SINAN.

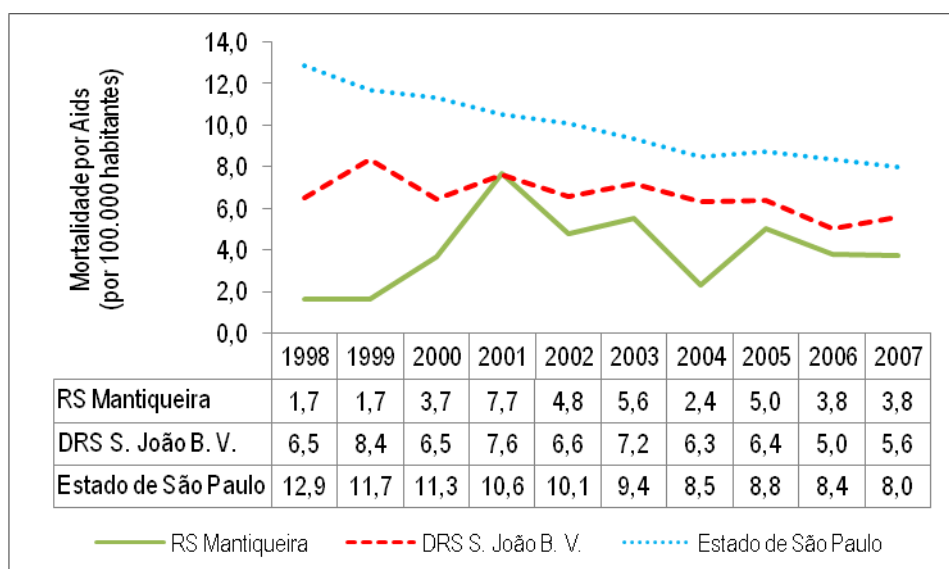
Gráfico 15 - Incidência da Aids. RS Mantiqueira, DRS S João B Vista e Estado de São Paulo, 1998-2007.



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 pela Aids também apresentaram redução no ESP, a qual foi menos acentuada no DRS XIV devido aos valores menos elevados observados nos anos iniciais da série; já na região de saúde Mantiqueira as taxas foram mais instáveis, conforme mostrado no Gráfico 16.

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



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

A Tabela 11 mostra o número de casos segundo os municípios da região de saúde entre 1998 e 2007. São João da Boa Vista concentrou 64% dos casos de Aids em 2007 e teve a maior incidência no triênio 2005-2007. Santo Antonio do Jardim não teve notificações no SINAN nos anos analisados.

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

Municípios	Casos										Incidência 2005- 2007			
						2002	2003	2004	2005	2006		2007		
S João B V	9	9	13	15	17	18				6	9	14	14	15,1
E S Pinhal	0	2	2	1	2	2				2	0	0	1	0,8
Vargem G Sul	1	2	1	8	2	4				2	1	2	4	6,0
Aguai	1	2	2	2	3	2				0	1	5	1	7,5
S C Palmeiras	1	1	0	2	1	2				1	1	0	1	2,2
Tambaú	2	2	0	0	1	1				0	0	2	0	2,9
A Prata	2	0	0	0	0	2				0	1	1	1	13,6
S A Jardim	0	0	0	0	0	0				0	0	0	0	-
RS Mantiqueira	16	18	18	28	26	31				11	13	24	22	7,5

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.

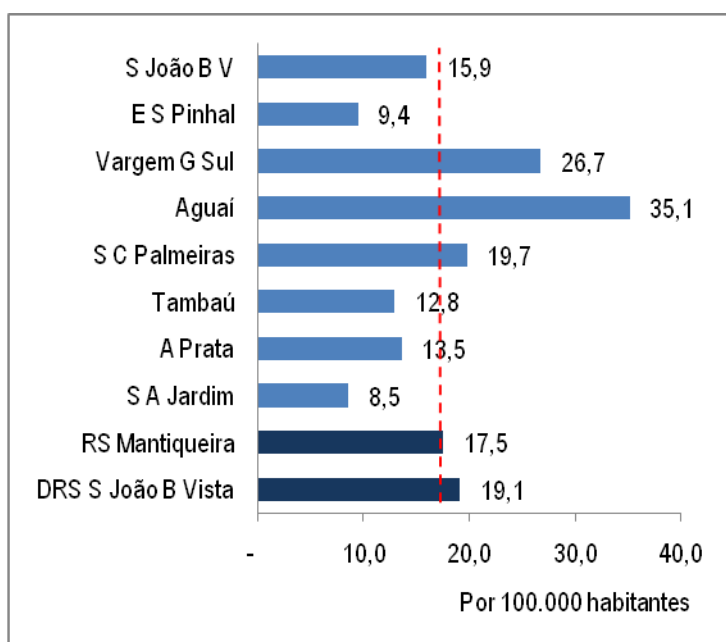
A estabilização e a redução da epidemia de HIV/Aids ainda não estão asseguradas. A ampliação de programas de promoção e prevenção, diagnóstico e acompanhamento laboratorial e clínico adequados são importantes para aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

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 Mantiqueira 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 SESSP. A região de saúde obteve uma incidência média no biênio 2006-2007 inferior à observada no conjunto dos municípios do DRS XIV - São João da Boa Vista. Aguai, Vargem Grande do Sul e Santa Cruz das Palmeiras tiveram as incidências mais elevadas e superiores à média da RS e do DRS XIV.

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



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

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

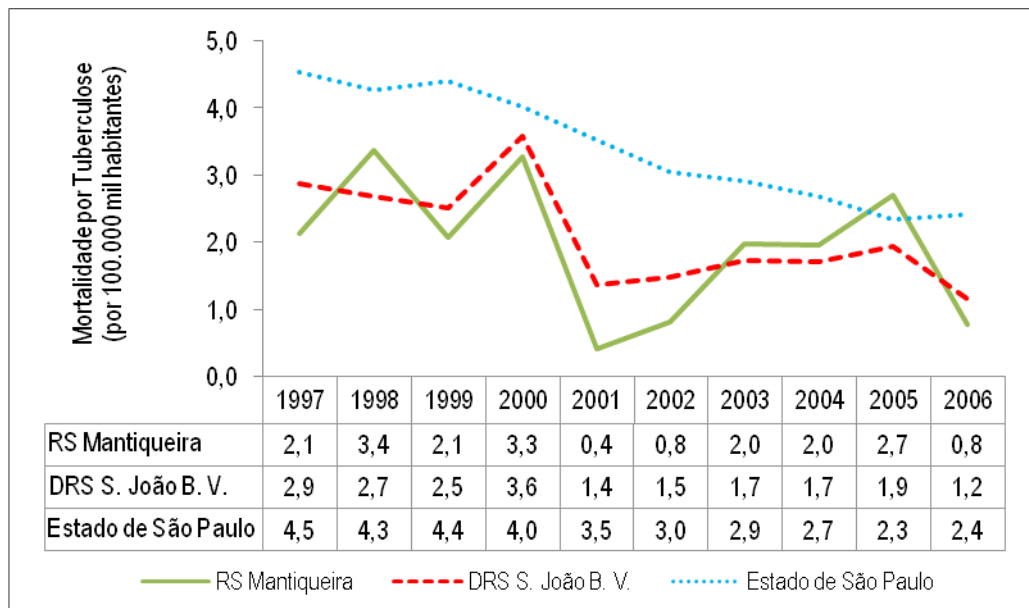
Tabela 12 - Casos novos de Tuberculose, segundo residência. RS Mantiqueira, 2006-2007.

Municípios	2006	2007
S João B V	12	14
E S Pinhal	5	3
Vargem G Sul	7	14
Aguaí	17	5
S C Palmeiras	7	5
Tambaú	3	3
A Prata	1	1
S A Jardim	0	1
RS Mantiqueira	52	46

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, considerando toda a série, também é de declínio, apesar da maior variabilidade observada na RS Mantiqueira e do aumento verificado entre 2002 e 2005 (Gráfico 18). A tendência desse indicador para o país também é de declínio; o valor da taxa de mortalidade no Brasil em 2006 foi de 2,6/100.000 habitantes.

Gráfico 18 - Taxa de mortalidade por Tuberculose*. RS Mantiqueira, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1997-2006.



* Causa básica do óbito CID-10: A15-

A19 Fonte: MS/DATASUS.

Elaboração própria.

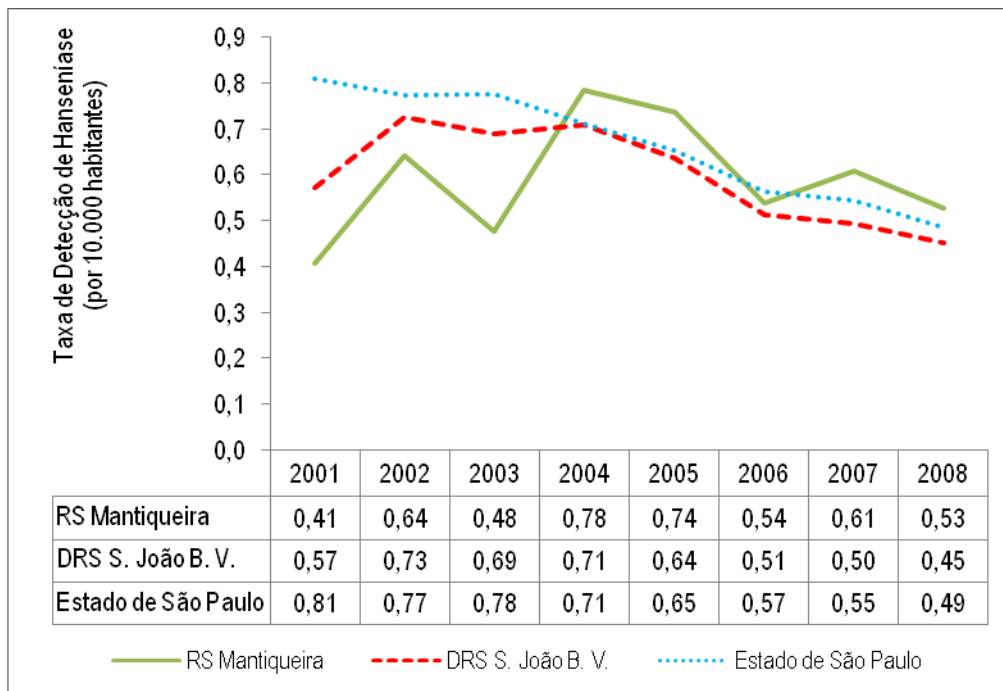
Frente a essa situação, recomenda-se investir na ampliação do acesso ao diagnóstico e da estratégia de tratamento supervisionado, nesse caso com o objetivo de aumentar a adesão dos doentes e ampliar as taxas de cura.

2.5.3. Hanseníase

Quanto à hanseníase, o ESP já atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS desde 2005³¹, meta também atingida no conjunto do DRS São João da Boa Vista. A magnitude e a carga de morbidade estão apresentadas no Gráfico 19, através da série histórica da taxa de detecção no período de 2001 a 2008. Observa-se redução consistente da taxa de detecção no ESP em todo o período e, no conjunto de municípios compreendidos no DRS XIV a partir de 2005; na RS Mantiqueira a tendência é de declínio desde 2005. Ainda assim, a RS Mantiqueira, o conjunto de municípios compreendidos na DRS XIV e o ESP estão classificados numa situação de média endemicidade (entre 0,2 e 0,9 casos por 10.000 habitantes).

Gráfico 19 - Taxa de detecção de Hanseníase*. RS Mantiqueira, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 2001-2008.

³¹ 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.



* Casos novos notificados, excluídos os encerrados com erro de diagnóstico. Dados de 2007 sujeitos à revisão. Dados preliminares de 2008. Fonte: MS/SVS-Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Elaboração própria.

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

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
S João B V	2	2	3	5	2	4	2	2
E S Pinhal	1	2	1	4	0	2	4	1
Vargem G Sul	2	5	2	2	2	3	0	3
Aguaí	4	2	1	2	7	4	3	1
S C Palmeiras	1	4	5	7	6	1	6	4
Tambaú	0	1	0	0	2	0	0	1
A Prata	0	0	0	0	0	0	1	1
S A Jardim	0	0	0	0	0	0	0	1
RS Mantiqueira	10	16	12	20	19	14	16	14

□ 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 necessário³².

2.5.4. Dengue

Em relação a 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 Mantiqueira, DRS XIV e Estado de São Paulo. O vetor *Aedes aegypti* é encontrado em todos os municípios da região e esta enfrentou, em 2007, epidemia importante em Aguaí, com nível de incidência considerado alto (320/100.000 habitantes). Os dados justificam a priorização da dengue na agenda da saúde, devido ao grande potencial de transmissão e transcendência.

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
S João B V	40	7	-	1	4	5	19	6
E S Pinhal	47	1	-	-	-	-	4	3
Vargem G Sul	-	2	2	1	-	2	2	-
Aguaí	-	-	1	-	6	1	101	-
S C Palmeiras	3	-	-	-	-	1	-	11
Tambaú	-	3	1	-	-	-	1	-
A Prata	-	2	1	-	-	-	1	-
S A Jardim	1	-	-	-	-	-	-	-
RS Mantiqueira	91	15	5	2	10	9	128	20
DRS S João B Vista	146	721	81	15	14	211		
Estado de São Paulo	51.472	42.368	20.245	3.049	5.433	50.021	92.345	7.187
	1.166							732

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

Fonte: SES-SP. SUCEN. CVE. DRS S.J.B.Vista. Sistema de Informação de Agravos de Notificação-Sinan Net. Elaboração própria.

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

³² Neste sentido, consultar a Portaria Conjunta (SVS e SAS) nº 125, de 26 de março de 2009, que define ações de controle da hanseníase.

2.6. Problemas de Saúde Segundo os Gestores Municipais

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

Mesmo considerando os diferentes enfoques, é possível observar que metade dos municípios indicou como problema as condições crônicas de saúde, principalmente as relacionadas à D. Cardiovasculares, Hipertensão Arterial, Diabetes e Neoplasias. Nesse sentido, os gestores acabam expressando o principal reflexo, na área da saúde, das características populacionais dos municípios da região. Observa-se ainda que foram indicadas as Causas Externas como problemas de dois municípios e as D. Ocupacionais, como preocupação de pelo menos dois gestores.

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

Municípios	Principais Problemas Apontados				
S João B V					
E S Pinhal	Conscientizar a população sobre a	Melhorar a resolutividade e das ações	Implementar as ações de promoção de saúde	Aumentar conhecimento dos sistemas de informação	Prevenir complicações

prevenção das
doenças

Vargem G Sul	Agrotóxico	Cana de açúcar			
Aguai	Hábitos saudáveis				
S C Palmeiras	Hipertensão e diabetes	Prevenção de câncer de colo e de mama	Doenças respiratórias - foco na infância	Assistência pré natal e parto - adolescência e RN de risco	Política de prevenção de acidentes
Tambaú	Intensificação aos cuidados da Hipertensão	Intensificação aos cuidados da Diabetes	Intensificação aos cuidados com as Doenças Renais	Intensificação aos cuidados com Doenças Cérebroespinhais	Intensificação aos cuidados das doenças cardíacas
A Prata	Tabagismo	Alcoolismo	Sedentarismo	Doenças do Trabalho	Doenças crônicas degenerativas
S A Jardim	Doenças Cardiovasculares	Diabetes Melitus	Doenças do Aparelho Respiratório	População idosa	Causas externas - acidentes em geral

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 Mantiqueira, 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 MANTIQUEIRA

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 Mantiqueira.

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, norteadas 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”.³³

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

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

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

³³ BRASIL. MS. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2006. p.10.

3.1.1. Modelo de Organização na Atenção Básica

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

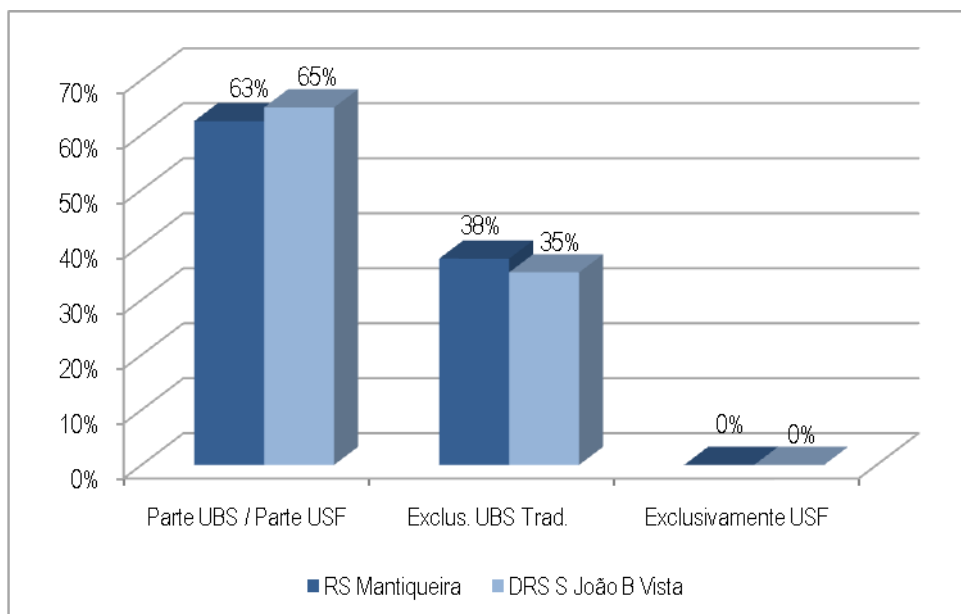
Tabela 1 - Modelo de organização na Atenção Básica, por município. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Exclusivamente UBS Trad.	USF	Parte UBS/USF
Aguai	x		
A Prata	x		
E S Pinhal			x
S C Palmeiras			x
S A Jardim	x		
S João B V			x
Tambaú			x
Vargem G Sul			x

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

Comparando-se os dados dessa Região com aqueles da área de abrangência do DRS XIV – São João da Boa Vista, verifica-se que o modelo híbrido está presente em 63% e 65% dos municípios, respectivamente; unidades básicas tradicionais, sem saúde da família, em 38% na RS e 35% no DRS XIV; já o modelo de saúde da família exclusivo, é inexistente em todo o DRS (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Modelo de organização da Atenção Básica. RS Mantiqueira e DRS S João B Vista, 2008.



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

Paulo

No tocante às modalidades de equipes de saúde da família³⁴, segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que um dos municípios têm equipe ampliada de saúde da família e equipe de saúde bucal tipo II; outros dois, equipes de saúde bucal tipo I e apenas um município equipe clássica de saúde da família.

Quando questionados em relação a projetos de expansão para a rede de Atenção Básica os gestores municipais de São João da Boa Vista e Tambaú responderam que pretendem ampliar as equipes de Saúde da Família e Águas da Prata pretende implantar. Espírito Santo do Pinhal e Santa Cruz das Palmeiras projetam a ampliação de unidades e de profissionais. Os cinco municípios citados esperam qualificar suas unidades.

Em relação à cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF), observa-se na Tabela 2 que os valores da RS Mantiqueira e da área do DRS XIV foram semelhantes (respectivamente 21 e 22%) e os valores dos municípios variaram entre 14 e 33% de cobertura.

³⁴ Para este estudo, consideraram-se as modalidades de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e equipes de agentes comunitários de saúde, conforme Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS. Além disso, optou-se pela inclusão da modalidade equipe de saúde da família ampliada com outros profissionais, dadas as características comumente encontradas nas regiões estudadas. No que se refere ao NASF (Portaria MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008), considerou-se apenas uma modalidade.

Tabela 2 - Cobertura populacional* por equipes de saúde da família.RS Mantiqueira e DRS S João B Vista, 2008.

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura Populacional
E S Pinhal	42.682	4	32,2%
S João B V	82.058	8	33,1%
Tambaú	23.423	1	14,4%
Vargem G Sul	39.561	3	25,7%
RS Mantiqueira	263.353	16	21,3%
DRS S João B Vista	786.883	50	22,2%

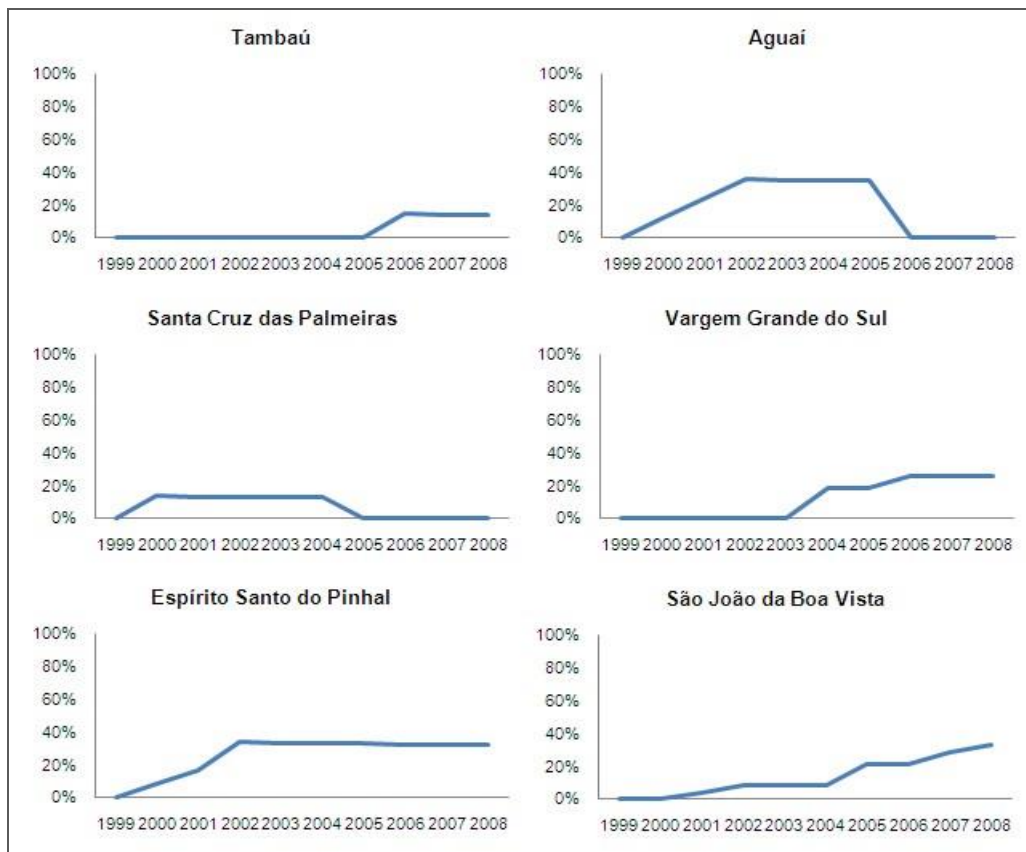
Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

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

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

Nos municípios da Região que adotam a ESF, pode-se observar, no Gráfico 2, a evolução da estimativa de cobertura populacional por equipes longo de uma década. Nota-se que os municípios de Aguai e Santa Cruz das Palmeiras implantaram o modelo, mas não o mantiveram. Espírito Santo do Pinhal, Vargem Grande do Sul e Tambaú vêm apresentando tendência estável na cobertura de SF, sendo que o primeiro tem o maior valor, 32%, e os outros 26 e 14% respectivamente. São João da Boa Vista tem tendência crescente desde a implantação da SF.

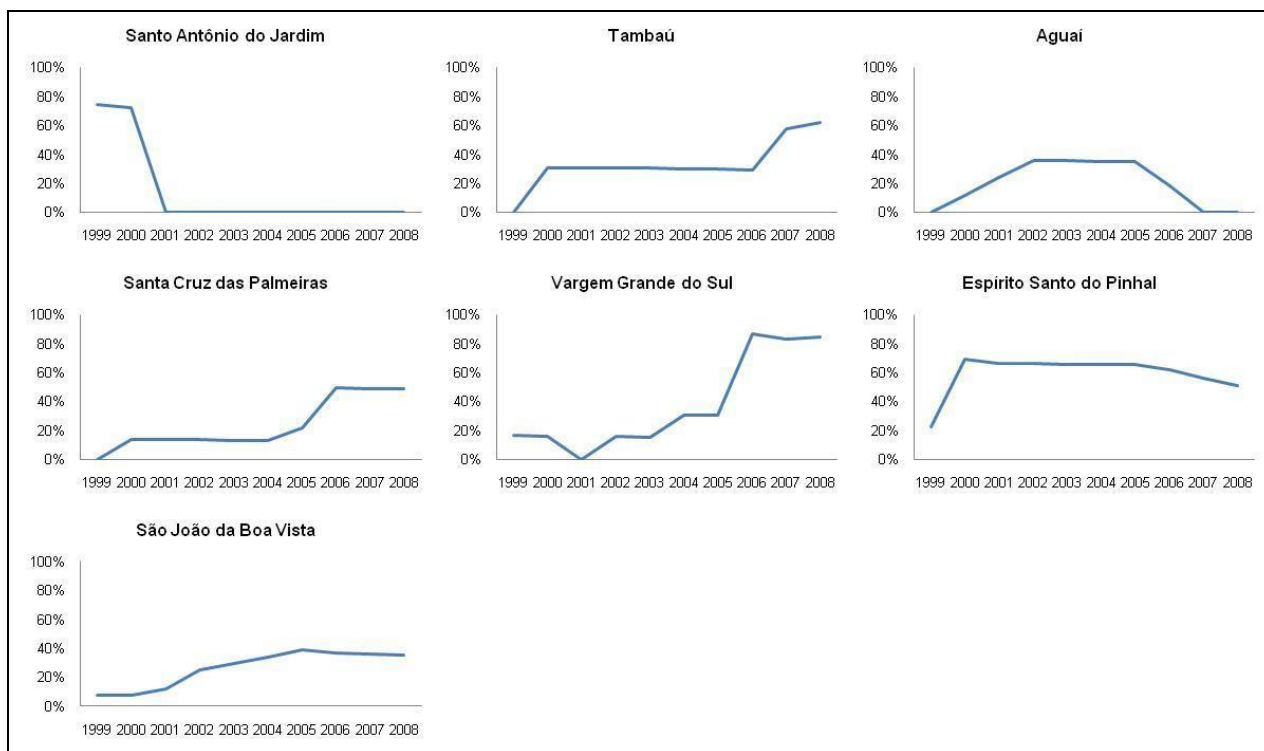
Gráfico2 - Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família, por município. RS Mantiqueira, 1999-2008.



Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

No que se refere à cobertura populacional por equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os dados apresentados no Gráfico 3 mostram que a tendência é diferente daquela observada por equipes de SF e que os valores tem sido maiores, com exceção de Aguai, que não tem equipe de ACS implantada desde 2006. Santa Cruz das Palmeiras mantém equipe de ACS implantada junto ao Ministério da Saúde, resultando em quase 50% de cobertura populacional. Vargem Grande do Sul e Tambaú alcançaram as maiores coberturas na RS em 2008: 84 e 62%, respectivamente. Valores expressivos também são observados em Espírito Santo do Pinhal (51%) e São João da Boa Vista (35%).

Gráfico 3 - Estimativa de cobertura populacional por ACS, por município. RS Mantiqueira, 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 desse diagnóstico.

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

2008.

Municípios	UBS
Aguai	4
A Prata	3
E S Pinhal	4
S C Palmeiras	3
S A Jardim	1
S João B V	6
Tambaú	5
Vargem G Sul	4

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

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

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiência	Suficiente	Insuficiência
Aguai				
A Prata		x		
E S Pinhal		x		x
S C Palmeiras		x		x
S A Jardim				
S João B V	x			x
Tambaú		x		x
Vargem G Sul	x			x

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

Dos oito municípios da Região, quatro afirmam que há insuficiência de unidades básicas tradicionais de saúde e dois avaliam o número existente satisfatório. Os cinco municípios com ESF consideram insuficientes suas equipes. Cabe novamente ressaltar que, no que se refere a projetos de expansão para a Atenção Básica, cinco municípios da Região apontaram para alguma necessidade de incremento.

Todos os gestores da RS avaliaram que as unidades básicas de saúde estão bem distribuídas no território (Tabela 5).

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

Municípios	Bem Distribuídas	Mal Distribuídas
Aguai	x	
A Prata	x	
E S Pinhal	x	

S C Palmeiras	x
S A Jardim	x
S João B V	x
Tambaú	x
Vargem G Sul	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 Mantiqueira, 2008.

Profissionais	Aguai	A Prata	E S Pinhal	S C Palmeiras	S A Jardim	S João B V	Tambaú	rgem Sul
Agente Comunitário de Saúde			x	x			x	x
Assistente Social		x	x	x			x	x
Atendente de Enfermagem								
Auxiliarde Consultório Dentário	x	x	x	x	x		x	
Auxiliar de Enfermagem	x	x	x	x	x		x	x
Cirurgião-Dentista	x	x	x	x	x		x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x		x	x
Médico Sanitarista								
Farmacêutico	x	x	x	x	x		x	x
Fisioterapeuta	x	x	x	x	x		x	x
Médico Acupunturista				x				
Médico Clínico	x	x	x	x	x		x	x
Médico de Saúde da Família			x				x	x
Médico Ginecologista	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico Homeopata								
Médico Pediatra	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico Psiquiatra		x	x	x	x	x		x
Nutricionista				x			x	
Profissional de Educação Física				x	x		x	
Psicólogo	x	x	x	x	x		x	x
Técnico de Enfermagem	x	x		x	x		x	x
Técnico em Higiene Dental	x				x			

Terapeuta Ocupacional	x		x		x				x
-----------------------	---	--	---	--	---	--	--	--	---

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

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

Profissionais	Aguai	A Prata	E S Pinhal	S C Palmeiras	S A Jardim	S João B V	Tambaú G	Vargem Sul
Agente Comunitário de Saúde			x					
Assistente Social		x	x					
Atendente de Enfermagem								
Auxiliar de Consultório Dentário								
Auxiliar de Enfermagem								
Cirurgião-Dentista	x							
Enfermeiro	x				x			
Médico Sanitarista								
Farmacêutico	x		x		x			
Fisioterapeuta			x		x			
Médico Acupunturista								
Médico Clínico	x	x			x			
Médico de Saúde da Família								
Médico Ginecologista	x				x			
Médico Homeopata								
Médico Pediatra	x							
Médico Psiquiatra			x			x		
Nutricionista				x				
Profissional de Educação Física				x				
Psicólogo	x				x			
Técnico de Enfermagem								
Técnico em Higiene Dental	x							
Terapeuta Ocupacional								

Os dados mostram que a equipe multiprofissional básica³⁵, 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 seis dos oito municípios da Região.

Chama atenção a resposta de São João da Boa Vista a essa questão, já que informou somente a presença de médicos ginecologista, pediatra e psiquiatra no quadro de profissionais da atenção básica, o que necessita ser melhor avaliado.

Há pouca referência quanto à insuficiência de carga horária dentre os profissionais que fazem parte do quadro de técnicos da atenção básica nos municípios. A carga horária de enfermeiros, médicos clínico, ginecologista e pediatra foram consideradas insuficientes em uma parte dos municípios da região e em Aguaí mais de 60% das cargas horárias foram consideradas insuficientes. Chama atenção ainda que somente três municípios tenham respondido ter médico de saúde da família, embora quatro municípios tenham equipes implantadas no MS. Apesar disso, nenhum deles considerou as horas desse profissional como insuficientes.

Em relação à equipe ampliada na Atenção Básica à Saúde, há na Região primazia dos seguintes profissionais: fisioterapeutas, psicólogos e farmacêuticos em sete municípios, médicos psiquiatras em seis e assistentes sociais em cinco.

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

3.1.3. Outros Aspectos da Atenção Básica

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

Em relação aos procedimentos de Atenção Básica por habitante, os dados secundários do DATASUS analisados sob os parâmetros da Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, evidenciam que, em relação às ações de enfermagem todos os municípios estão adequados aos parâmetros; já em relação às ações médicas, chama a atenção o fato de sete dos oito municípios apresentarem produção acima dos parâmetros estando apenas E S Pinhal adequado ao proposto. No caso das ações odontológicas quatro municípios apresentam produção acima, três estão adequados e apenas Aguaí abaixo. Quanto aos procedimentos realizados por outros profissionais de nível

³⁵ A esse respeito, ver Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS, capítulo I, item 3, inciso III.

superior há muita diversidade com relação aos parâmetros estando quatro municípios adequados, dois acima, um abaixo e um que não apresenta dados nesse aspecto (Tabela 8).

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

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Superior
Aguai	4,71	3,02	0,16	0,24
A Prata	5,58	3,37	1,04	0,69
E S Pinhal	4,76	1,25	1,00	0,24
S C Palmeiras	2,87	1,85	2,41	0,37
S A Jardim	4,51	4,45	2,50	0,00
S João B V	3,08	1,77	2,31	0,08
Tambaú	3,03	2,59	1,78	0,65
Vargem G Sul	3,92	2,04	0,51	0,28

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: 0,4 a 1,6

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 Mantiqueira produz 130% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população local.

Tabela 9 - Necessidades de consultas na Atenção Básica, por município. RS Mantiqueira, 2007.

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/déficit	% Produção/necessidades
Aguai	31.569	49.721	94.871	45.150	191%
A Prata	7.406	11.664	24.798	13.134	213%
E S Pinhal	42.682	67.224	51.165	-16.059	76%
S C Palmeiras	30.763	48.452	57.162	8.710	118%
S A Jardim	5.891	9.278	25.435	16.157	274%
S João B V	82.058	129.241	143.784	14.543	111%
Tambaú	23.423	36.891	59.924	23.033	162%
Vargem G Sul	39.561	62.309	80.832	18.523	130%
RS Mantiqueira	263.353	414.781	537.971	123.190	130%

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

Merece atenção novamente o fato de sete municípios da Região apresentarem superávit, e apenas Espírito Santo do Pinhal apresentar déficit de consultas básicas.

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 Mantiqueira, 2007.

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
Aguai	37.284	57.587
A Prata	24.487	311
E S Pinhal	47.543	3.622
S C Palmeiras	57.162	-
S A Jardim	25.320	115

S João B V	125.105	18.679
Tambaú	31.426	28.498
Vargem G Sul	48.056	32.776
RS Mantiqueira	396.383	141.588

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

Do total de 537.971 das consultas produzidas na Atenção Básica na Região, observa-se que aproximadamente 74% referem-se a consultas programadas e 26% a consultas de urgência. Os maiores percentuais de consultas de urgência ocorreram em Aguai (61%), Tambaú (48%) e Vargem Grande do Sul (41%)

No que se refere ao desenvolvimento de atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida, os resultados, conforme Tabela 11 indicam a presença dessas ações em sete dos oito municípios sendo que seis deles, exceto Vargem Grande do Sul, as desenvolvem estabelecendo parcerias com outros setores, como educação e assistência social. Apenas Aguai não respondeu sobre o desenvolvimento dessas ações.

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

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
Aguai						
A Prata	x	x				x
E S Pinhal	x	x		x	x	
S C Palmeiras	x	x		-	x	x
S A Jardim	x	x		x	x	
S João B V	x					
Tambaú	x	x	x		x	
Vargem G Sul	x				x	

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

Paulo.

A promoção de atividades físicas prevalece na maior parte dos municípios, sete, seguida da promoção de práticas alimentares saudáveis e da promoção de saúde sexual e reprodutiva presente em cinco deles, cuidados com o envelhecimento em três, preservação do meio-ambiente em dois e controle de tabagismo em um.

No entanto, mesmo entre os municípios que realizam atividades de promoção à saúde, nota-se que essas ações não ocorrem em todas as unidades de Atenção Básica na Região. Apenas os municípios de Espírito Santo do Pinhal, São João da Boa Vista e Tambaú realizam tais ações numa porcentagem que varia de 75% a 100% de suas unidades.

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

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

- Frágil atuação em equipe (6 municípios);
- Processo de avaliação pouco sistematizado e pontual (6 municípios);
- Assistência fragmentada (6 municípios);
- Número insuficiente de profissionais de saúde (5 municípios);
- Alta rotatividade de médicos (4 municípios);
- Falta de capacitação de gestores;
- Controle social pouco fortalecido; e
- Procura da população por pronto-atendimento.

Nota-se que muito dos problemas da rede básica apontados pelos gestores concentram-se no campo dos recursos humanos e apontam dificuldades da assistência e qualidade do cuidado. São ainda importantes as referências feitas em relação a fragilidades de alguns processos de natureza gerencial e de gestão. Os gestores também apontaram filas de espera para outros níveis. Não se obteve referências de necessidades relacionadas à infraestrutura física e tecnológica das unidades de atenção básica.

Deve-se ressaltar que sete municípios, exceto Aguaí que não respondeu à questão, apresentam alguma iniciativa em andamento com vistas a superar suas fragilidades, desenvolvendo ações de capacitação dos profissionais para a atenção à saúde, concursos e projetos para contratação de RH, bem como projetos para qualificação do cuidado.

Em relação a projetos desenvolvidos e não implementados os municípios indicam poucas iniciativas relacionadas à melhoria dos recursos humanos e a mudanças na organização dos processos de trabalho.

Conclusões Parciais

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

- Há predominância do modelo híbrido composto de unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família na maior parte dos municípios que compõem a Região;
- O percentual de cobertura populacional de Saúde da Família (21%) é pouco inferior ao do Estado de São Paulo, que é de 25% (MS/DAB, 2008);

- A metade dos gestores municipais considera o número de unidades básicas insuficientes e os gestores dos municípios com unidades de saúde da família também consideram- nas insuficientes;
- Todos os gestores consideram as unidades básicas bem localizadas;
- Há profissionais diversificados nas equipes de atenção básica, principalmente aqueles que compõem a equipe multiprofissional básica; mas algumas cargas horárias são insuficientes;
- A produção de procedimentos de atenção básica apresenta-se deficitária em um município, e nos outros sete, superavitária;
- A maior parte dos municípios desenvolve algumas atividades de promoção à saúde estabelecendo parcerias com outros setores;
- Os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores na Atenção Básica dos municípios da RS Mantiqueira visando à sua qualificação, estão relacionados: 1) à ampliação e capacitação dos profissionais para atuar na atenção básica; 2) à fixação de médicos; 3) à qualificação do cuidado; 4) ao gerenciamento das unidades básicas e 5) à organização dos processos de trabalho.

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

3.2. Ações de Saúde Pública

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

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

Desde então, diversas normatizações editadas por meio das Normas Operacionais Básicas e diversas portarias, definiram mais claramente as atribuições e os recursos a serem disponibilizados

aos Estados e Municípios, especialmente a Portaria GM/MS nº 1.172/04 onde estão definidas as responsabilidades de cada uma das esferas de governo. Nessa portaria, são definidas como atribuições dos municípios: a gestão de sistemas de informação epidemiológica no âmbito municipal, e a coordenação, supervisão e execução de ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Estabelece ainda o papel complementar e suplementar dos níveis estaduais e federal do sistema.

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

3.2.1. Aspectos relacionados à organização das ações de Saúde Pública

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

Tabela 12 - Existência de setor ou profissional responsável, por município.RS Mantiqueira, 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.
Aguai	x		x							
A Prata	x		x			x				x
E S Pinhal	x		x		x					
S C Palmeiras		x	x			x	x			x

S A Jardim	x	x		x		x
S João B V	x	x	x		x	x
Tambaú	x	x	x		x	x
Vargem G Sul	x	x		x		x

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

Observa-se que todos os municípios possuem setor responsável pela vigilância epidemiológica e sanitária, com exceção de Santa Cruz das Palmeiras, que conta com profissional responsável na VE. Em relação ao controle de zoonoses, três municípios têm setor específico e quatro contam com profissional responsável. Quanto às áreas de saúde ambiental e saúde do trabalhador, três e dois municípios, respectivamente possuem setor.

A existência de Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) foi referido por dois gestores (Espírito Santo do Pinhal e São João da Boa Vista).

3.2.2. Vigilância Epidemiológica

As ações de Vigilância Epidemiológica (notificação de agravos, profilaxia de agravos específicos, investigação de surtos e busca ativa) são totalmente descentralizadas para as unidades básicas de saúde (UBS) em seis municípios e parcialmente em um (Tabela 13). Vargem Grande do Sul referiu que aquelas ações não são descentralizadas para as UBS.

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

Municípios	Ações de VE: descentralização para UBS	
	Totalmente	Parcialmente
Aguai		x
A Prata	x	
E S Pinhal	x	
S C Palmeiras	x	
S A Jardim	x	
S João B V	x	

Tambaú	x
Vargem G Sul	

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

Através das informações contidas na Tabela 14, pode-se notar que em relação às várias categorias profissionais que tradicionalmente compõem as equipes de VE, os municípios da região contam com a presença de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos em quase todos eles. Foi feita pouca referência à insuficiência de técnicos para o desenvolvimento das atividades de VE.

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

Municípios	Médico	Insuficiência	Enfermeiro	Insuficiência	Téc.Enf.	Insuficiência	Aux. Enf	Insuficiência
Aguai	x						x	
A Prata			x	x	x		x	
E S Pinhal	x		x				x	
S C Palmeiras	x	x	x			x	x	
S A Jardim	x	x	x	x	x	x	x	x
S João B V			x	x			x	
Tambaú	x		x				x	
Vargem G Sul	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

As ações de VS são realizadas plenamente por cinco municípios e parcialmente por três (Tabela 15). A análise das respostas ao questionário permitiu verificar que o Estado apoia ou desenvolve ações em VS na RS Mantiqueira em situações de maior complexidade, como inspeções em hospitais, registros de produtos e controle sanitário da produção de alimentos.

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

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
Aguai		x
A Prata	x	
E S Pinhal	x	
S C Palmeiras		x
S A Jardim	x	
S João B V		x
Tambaú	x	
Vargem G Sul	x	

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

As Tabelas 16 e 17 mostram os profissionais, por categoria, que atuam na VS; chama a atenção que em geral as equipes municipais são pouco diversificadas; o farmacêutico é o profissional mais presente nos municípios (em cinco), seguido pelo médico veterinário, engenheiro e fiscal de saúde pública, presentes em quatro. À semelhança do que ocorre na VE, há pouca referência à insuficiência de técnicos para o desenvolvimento das atividades.

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

Municípios	Biólogo Insuf.	Enferm. Insuf.	Engenh. Insuf.	Farm. Insuf.	Médico Insuf.	Med. Vet.	Insuf. Tecnol.	Insuf.
Aguai		x	x					
A Prata				x	x			x
E S Pinhal				x	x			
S C Palmeiras			x					x
S A Jardim				x	x			
S João B V	x		x	x				
Tambaú	x		x	x		x		x
Vargem G Sul			x	x				x

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

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

Municípios	Tec. Enf.	Insuf.	Aux. Enf.	Insuf.	Fiscal SP	Insuf.
Aguai						
A Prata					x	
E S Pinhal						
S C Palmeiras						
S A Jardim						
S João B V					x	
Tambaú			x		x	
Vargem G Sul					x	

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

3.2.4. Controle de Zoonoses

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

Todos os municípios da RS Mantiqueira realizam as ações voltadas ao controle da dengue detalhadas na Tabela 18.

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

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
Aguai	x	x	x	x	x	x
A Prata	x	x	x	x	x	x
E S Pinhal	x	x	x	x	x	x
S C Palmeiras	x	x		x	x	x
S A Jardim	x	x	x	x	x	x
S João B V	x	x	x	x	x	x

Tambaú	x	x	x	x	x	x
Vargem G Sul	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

Em relação a outras ações coordenadas pelo controle de zoonoses elencadas na Tabela 19, observa-se que todos os municípios desenvolvem atividades para o controle da raiva animal, como vacinação antirrábica animal, realizada por todos; a observação de animal agressor (6 municípios) e a pesquisa do vírus rábico (7). 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 pela maioria. A posse responsável de animais domésticos é trabalhada em mais de 60% dos municípios e a apreensão e guarda de animal de grande porte somente é feita por três municípios.

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

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos	Roedores	AE Lepto	C. Leish
Aguai	x							x		x
A Prata	x		x				x	x	x	x
E S Pinhal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
S C Palmeiras	x	x	x			x	x	x	x	x
S A Jardim	x	x	x			x	x			
S João B V	x	x	x	x	x	x	x			x
Tambaú	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Vargem G Sul	x	x	x							x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo. VAR – Vacinação antirrábica animal

OAA – Observação do animal agressor

PVR – Pesquisa de vírus rábico

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

AEPR - Ações educativas em posse responsável

AE Lepto – Ações educativas em

leptospirose C. Leish – Controle da leishmaniose

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

3.2.5. Vigilância Ambiental

As atividades e os serviços existentes na RS Mantiqueira relacionados à saúde ambiental são apresentados na Tabela 20.

A presença de aterro sanitário foi referida por dois gestores; a maioria realiza coleta seletiva e a coleta de resíduos de serviços de saúde. Observa-se ainda que poucos municípios realizam ações ambientais, como controle de áreas contaminadas e degradadas (37%) e controle da poluição ambiental (25%). Já em relação às ações de educação ambiental, deve-se destacar que 75% dos municípios que compõem a Região as desenvolvem, iniciativas que devem ser ampliadas e fortalecidas.

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

Municípios	Aterro Sanitário	Coleta Seletiva	Coleta de Resíduos Sanitários	Controle de Áreas Contaminadas e Degradadas	Controle de Poluição Ambiental	Educação Ambiental
Aguai	x		x			
A Prata		x	x			x
E S Pinhal	x	x	x			x
S C Palmeiras	x	x	x	x	x	x
S A Jardim	x	x	x	x		x
S João B V	x	x	x			
Tambaú	x	x	x	x	x	x
Vargem G Sul						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 do trabalhador existentes nos municípios da região são apresentados na Tabela 21.

Serviço de saúde do trabalhador foi referido por três gestores. Mesmo assim, poucas atividades de vigilância nessa área são realizadas na RS Mantiqueira.

Tabela 21 - Atividades e serviços voltados à saúde do trabalhador, por município. RS Mantiqueira, 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
Aguai						
A Prata	x	x			x	
E S Pinhal						
S C Palmeiras						x
S A Jardim						
S João B V	x	x				
Tambaú	x					x
Vargem G Sul						

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo * Serviço de saúde específico para os trabalhadores.

3.2.7. Avanços e Desafios Apontados pelos Gestores Municipais

No questionário foi solicitado ao gestor que apontasse os avanços e as dificuldades existentes em relação à saúde pública em seu município. As questões elencadas foram muito diversas e alguns municípios se referiram a questões de estrutura e organização geral da rede de serviços de saúde dos municípios.

Os seguintes avanços foram relatados em relação à saúde pública: implantação do gerenciamento de resíduos de saúde, diminuição do índice de Bretau e fortalecimento das ações de VE e VISA.

No entanto, foram destacadas várias dificuldades específicas à área de saúde pública como: imunização centralizada, baixa adesão de adultos em campanhas de vacinação; dificuldade em cumprir metas de cobertura vacinal; abandono de animais nas ruas; esgoto não tratado; falta de incentivo para a plantação de árvores; falta e dificuldade de capacitação de profissionais.

Conclusões Parciais

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

- Existe setor específico ou profissional responsável voltado ao desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária em todos os municípios, o que contribui para a consolidação do processo de municipalização dessas atividades;
- A maioria das unidades básicas de saúde dos municípios desenvolvem ações de VE ;
- As ações de VS são realizadas totalmente pela maior parte dos municípios da região, que contam com o apoio e a complementaridade do Estado;
- Há pouca referência à insuficiência de carga horária de profissionais na VE e VS;
- As ações de controle de zoonoses são bastante desenvolvidas na maioria dos municípios, incluídas as de controle da dengue;
- São poucas as atividades de vigilância na área de saúde ambiental e saúde do trabalhador.

3.3. Atenção Especializada

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

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

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

Levou-se em conta ainda a caracterização das Regiões de Saúde de cada mesorregião, correspondente ao território do DRS em termos de população e capacidade instalada, de forma a avaliar a possibilidade de autonomia do conjunto dessas ações de saúde na oferta de

procedimentos especializados de média complexidade (ambulatorial ou hospitalar) em volume suficiente para atendimento das necessidades da população dessas regiões. Quanto à oferta de procedimentos de alta complexidade, apesar de se apresentar análise realizada com enfoque no território correspondente ao DRS, deve-se considerar a autonomia em termos estaduais.

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

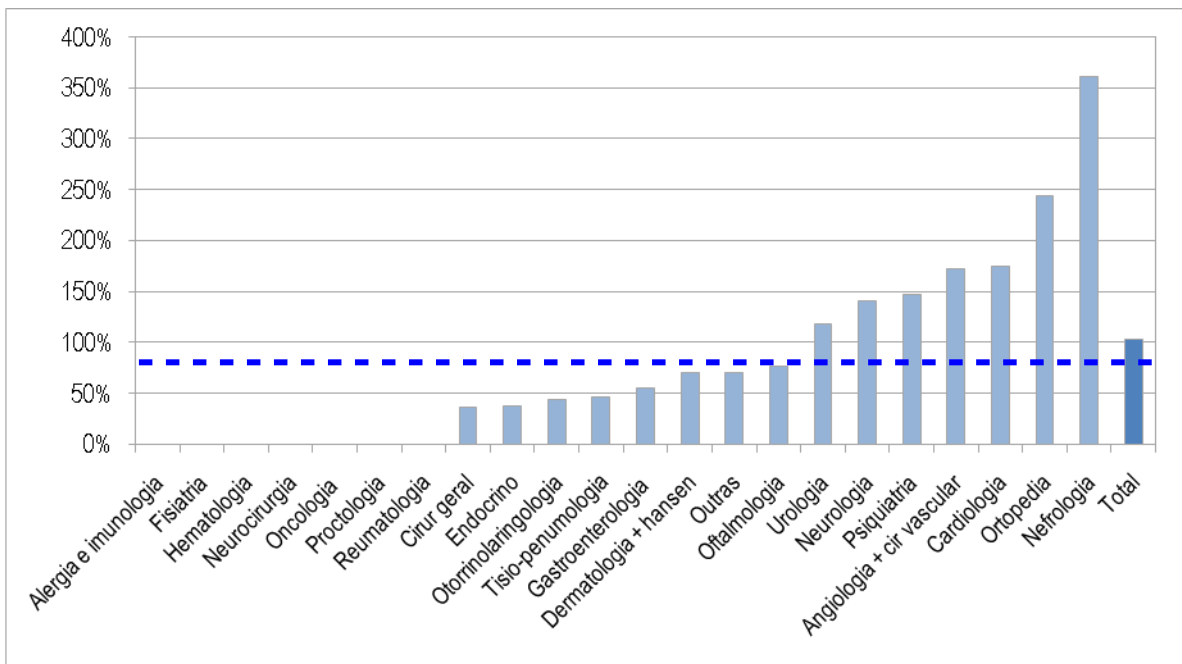
A análise realizada é apresentada nessa seção, obedecendo à seguinte categorização: atenção especializada ambulatorial; atenção hospitalar; atenção de urgência e emergência; atenção ambulatorial e hospitalar de alta complexidade no DRS; atenção ambulatorial e hospitalar na Região de Saúde; e, finalmente,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

3.3.1. Atenção Ambulatorial

No caso da Atenção Especializada Ambulatorial, considerando 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 Mantiqueira, segundo os parâmetros da Portaria MS 1.101, e a produção apresentada ao SUS em 2007, constata-se que das 22 especialidades avaliadas (Gráfico 4 e Tabela 22) cerca de 67% possuem produção abaixo das necessidades da Região e 32% com produção acima dessas necessidades. No total, a produção de consultas especializadas da Região responde por 103% das necessidades.

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



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

Observa-se também que essas especialidades concentram-se principalmente no município de São João da Boa Vista e, em segundo lugar em Santa Cruz das Palmeiras. Nota-se ainda que um conjunto grande de especializadas estão esparsas pelos municípios, indicando a fragmentação da assistência e ausência de enfoque regional (Tabela 22).

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

Municípios	Alergia e imunologia	Fisiatria	Hematologia	Neurocirurgia	Oncologia	Proctologia	Reumatologia	Cirurgia geral	Endócrino	Otorrinolaringologia	Pneumologia
Necessidade											
Aguai	110	663	55	55	166	110	221	1.271	221	829	552
A Prata	26	156	13	13	39	26	52	298	52	194	130
E S Pinhal	149	896	75	75	224	149	299	1.718	299	1.120	747
S C Palmeiras	108	646	54	54	162	108	215	1.238	215	808	538
S A Jardim	21	124	10	10	31	21	41	237	41	155	103
S João B V	287	1.723	144	144	431	287	574	3.303	574	2.154	1.436
Tambaú	82	492	41	41	123	82	164	943	164	615	410
<u>Vargem G Sul</u>	<u>138</u>	<u>831</u>	69	69	208	138	277	1.592	277	1.038	692
<u>Subtotal</u>	<u>922</u>	<u>5.530</u>	461	461	1.383	922	1.843	10.600	1.843	6.913	4.609
Produção											
Aguai								1.562		674	
A Prata											
E S Pinhal									177	4	
S C Palmeiras								798		1.340	1.292
S A Jardim											
S João B V								1.539	522	1.025	848
Tambaú											
<u>Vargem G Sul</u>											
<u>Subtotal</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	0	0	0	0	0	3.899	699	3.043	2.140

Prod / Necess	<u>0,00%</u>	<u>0,00%</u>	<u>0,00%</u>	<u>0,00%</u>	<u>0,00%</u>	<u>0,00%</u>	<u>0,00%</u>	<u>36,78%</u>	<u>37,92%</u>	<u>44,02%</u>		<u>46,43%</u>
--------------------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	---------------	---------------	--	---------------

Tabela 22 – (Continuação)

Municípios	Gastroenterologia	Dermatologia + hansen	Outras	Oftalmologia	Urologia	Neurologia	Psiquiatria + cir	Angiologia + vascular	Cardiologia	Ortopedia	Nefrologia	Total
Necessidade												
Aguai	387	608	276	1.547	497	663	1.215	110	1.105	1.602	55	12.320
A Prata	91	143	65	363	117	156	285	26	259	376	13	2.890
E S Pinhal	523	822	373	2.091	672	896	1.643	149	1.494	2.166	75	16.657
S C Palmeiras	377	592	269	1.507	485	646	1.184	108	1.077	1.561	54	12.005
S A Jardim	72	113	52	289	93	124	227	21	206	299	10	2.299
S João B V	1.005	1.580	718	4.021	1.292	1.723	3.159	287	2.872	4.164	144	32.023
Tambaú	287	451	205	1.148	369	492	902	82	820	1.189	41	9.141
<u>Vargem G Sul</u>	<u>485</u>	<u>762</u>	<u>346</u>	<u>1.938</u>	<u>623</u>	<u>831</u>	<u>1.523</u>	<u>138</u>	<u>1.385</u>	<u>2.008</u>	<u>69</u>	<u>15.439</u>
Subtotal	<u>3.226</u>	5.070	2.304	12.904	4.148	5.530	10.139	922	9.217	13.365	461	102.774
Produção												

Aguai		498	181	1.937	1.296	552	1.711		1.198	4.485		14.094
A Prata		464	221			599	684		784			2.752
E S Pinhal		170		1.528	153		1.745		287	5.206		9.270
S C Palmeiras	539			1.778		198	1.683		4.803	3.301		15.732
S A Jardim							1.594		1.949	1.906		5.449
S João B V	1.261	2.360	1.111	3.576	926	2.099	3.984	1.589	4.114	9.562	1.662	36.178
Tambaú			100		1.460	1.850	515		457	4.862		9.244
Vargem G Sul		55		1.154	1.070	2.465	3.047		2.487	3.259		13.537
Subtotal	1.800	3.547	1.613	9.973	4.905	7.763	14.963	1.589	16.079	32.581	1.662	106.256
Prod / Necess	55,80%	69,97%	70,00%	77,28%	118,26%	140,37%	147,58%	172,39%	174,44%	243,78%	360,62%	103,39%

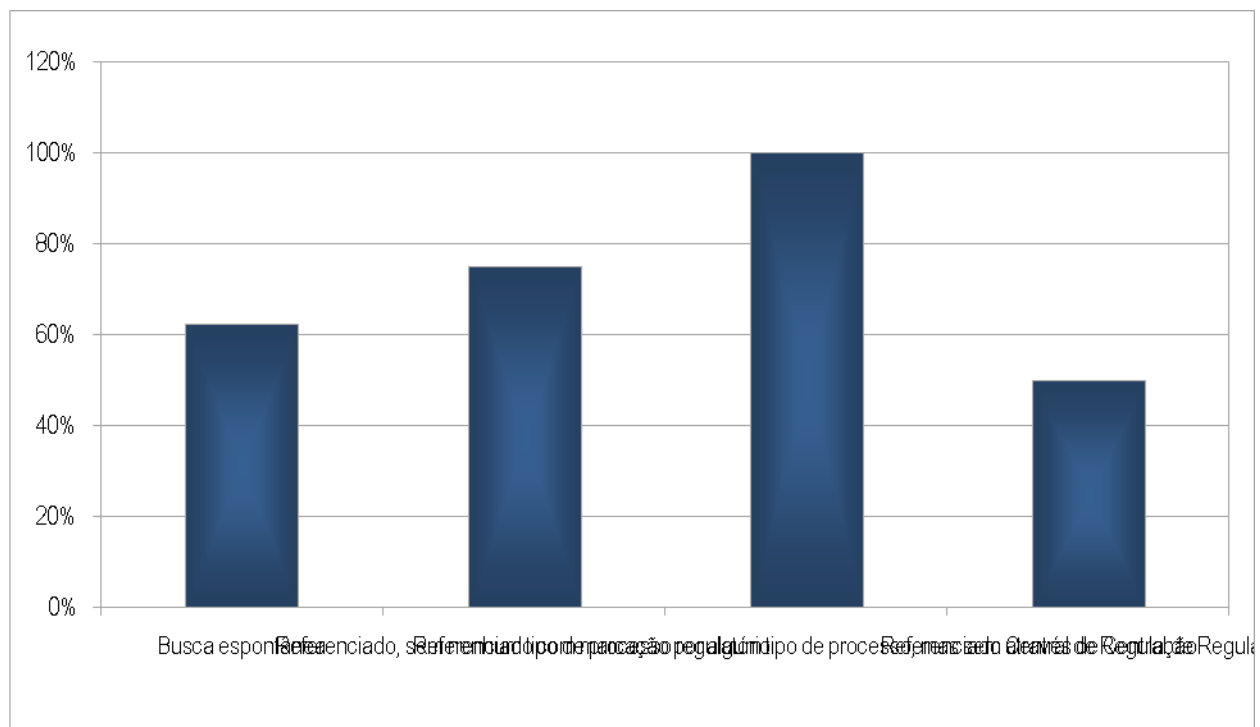
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

No que se refere às trocas inter-regionais, as informações levantadas do questionário respondido pelos gestores mostram que cerca de 38% dos municípios oferecem consultas especializadas para outros municípios e que 75% dos municípios da Região buscam outros municípios para prover suas demandas.

Quanto ao acesso à atenção especializada, cerca de 60% dos municípios indicam que essa demanda tem acesso espontâneo e 100% referem algum tipo de processo regulatório sem utilização de central de regulação. Cerca de 45% dos municípios referem a utilização de uma Central de Regulação (Gráfico 5).

Gráfico 5– Formas de acesso a atenção especializada. RS Mantiqueira, 2008.

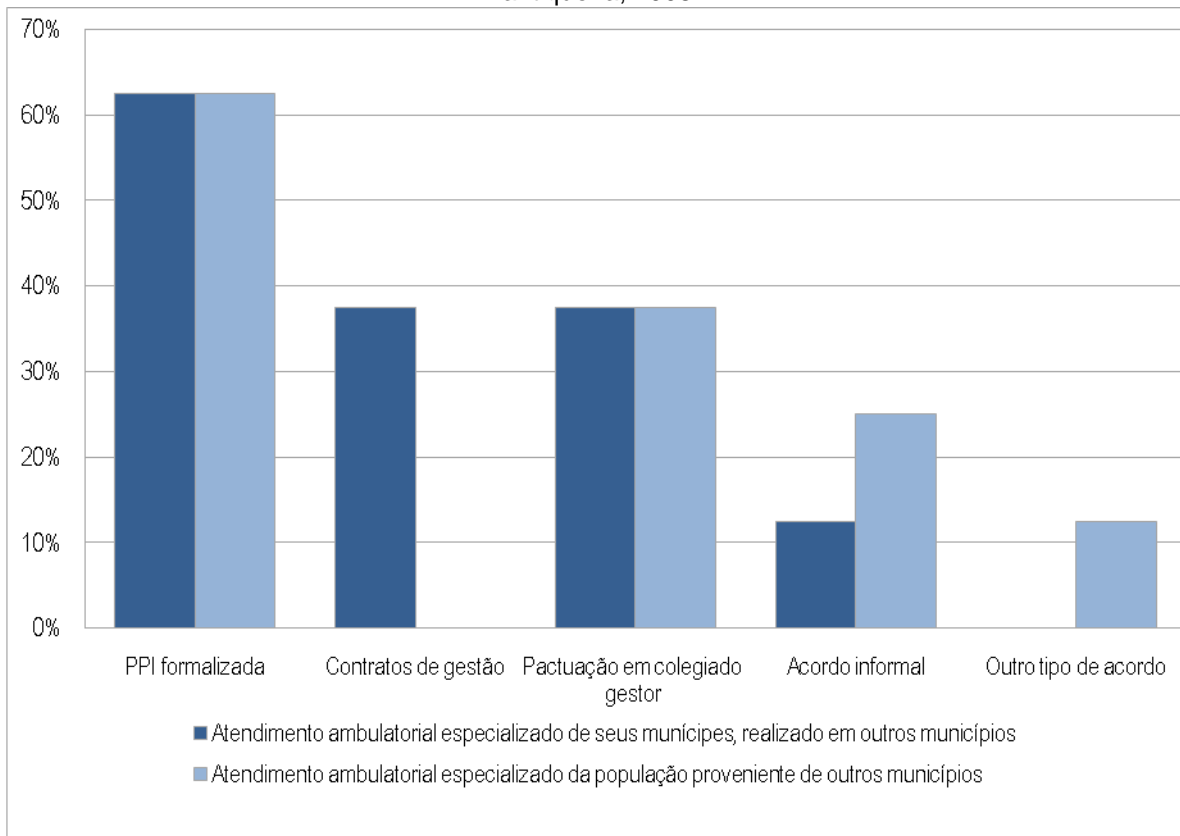


Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Apesar disso, mais de 60% dos municípios indicam que observam a PPI formalizada e mais de 35% referem a pactuação em colegiado gestor e os contratos de gestão como as principais formas para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da Região (Gráfico 6).

Apenas 12% dos municípios indicam que cumprem os acordos na maioria dos procedimentos acordados; 37% indicam que cumpre na maioria dos procedimentos acordados e, 12% em todos os procedimentos. Cerca de 37% dos municípios referem que não possuem dados sobre o cumprimento dos acordos.

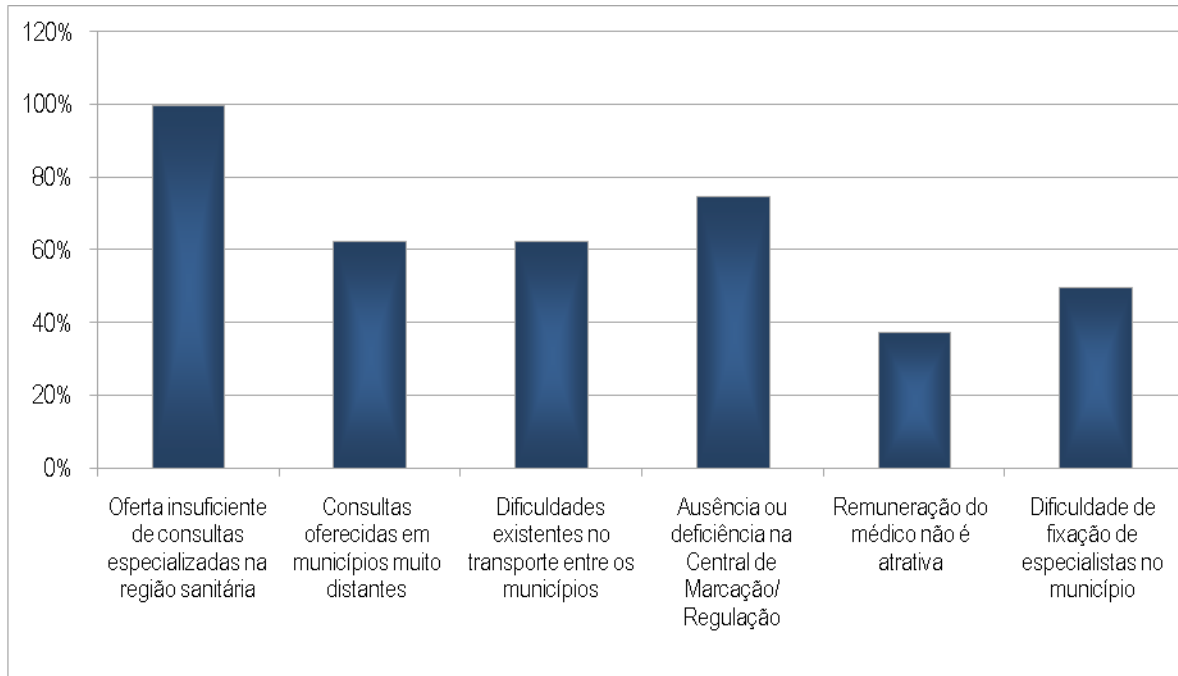
Gráfico 6– Acordos estabelecidos entre os municípios para consultas especializadas. RS Mantiqueira, 2008.



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

Quanto às dificuldades apontadas na atenção ambulatorial especializada na Região, 100% dos municípios referem a oferta insuficiente de consultas, 75% indicam ausência ou deficiência da Central de Vagas, 63% o transporte entre os municípios e, 50% dificuldades de fixação de especialistas (Gráfico 7). Observa-se que a remuneração do médico é indicada como problema apenas por 38% dos municípios.

Gráfico 7– Dificuldades apontadas pelos gestores quanto à atenção ambulatorial especializada. RS Mantiqueira, 2008.



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

Quanto à existência de projetos e ações para suplantar os problemas detectados, dois municípios indicam a implantação do AME como proposta para resolução dos mesmos e, mais dois municípios indicam a contratação de especialistas.

A RS Mantiqueira caracteriza-se, portanto, pela diversidade de especialidades existentes na região com sobre oferta em várias e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização e, falando a favor da fragmentação 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 Mantiqueira indica que apenas 68% dos leitos existentes estão integrados ao SUS dos quais 94% filantrópicos e 06% privados. Observa-se ainda na Tabela 23 a concentração de leitos SUS no município de Espírito Santo do Pinhal (63%) e, em segundo lugar, em São João da Boa Vista (14%). Pelos dados é possível inferir ainda, a presença de hospitais de pequeno porte, com menos de 100 leitos em três municípios, que sabidamente possuem problemas de sustentabilidade, por não respeitarem os princípios de economia de escala, o que leva a déficits constantes. Nesse sentido, observam-se hospitais filantrópicos de pequeno porte, participantes do SUS.

Tabela 23– Leitos hospitalares existentes. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Leitos Existentes			Leitos SUS			Percentual SUS		
	Filantró- Público	Pri- vado	Total	Público	Filantrópico Pri- vado	Total	Público	Filantrópico Pri- vado	Total
Aguai	76	0	76	49		49	64,5%		64,5%
Águas da Prata	0	0	0						
Espírito Santo do Pinhal	474	99	573	379	50	429	80,0%	50,5%	74,9%
Santa Cruz das Palmeiras	37	11	48	26		26	70,3%	0,0%	54,2%
Santo Antônio do Jardim	149	8	157	90		90	60,4%	0,0%	57,3%
São João da Boa Vista									
Tambaú	36		36	23		23	63,9%		63,9%
Vargem Grande do Sul	124		124	75		75	60,5%		60,5%
Total	896	118	1.014	642	50	692	71,7%	42,4%	68,2%

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 essa última responde por 120% das necessidades da Região (Tabela 24).

Tabela 24– Comparação entre a necessidade e produção de internações. RS Mantiqueira, 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	º de produção em relação a necessidade de 70% da pop.
Aguai	31.569	2.526	1.768	2182	414	123,43%
Águas da Prata	7.406	592	415		-415	0,00%
Espírito Santo do Pinhal	42.682	3.415	2.390	3.861	1.471	161,54%
Santa Cruz das Palmeiras	30.763	2.461	1.723	1.471	-252	85,39%
Santo Antônio do Jardim	5.891	471	330		-330	0,00%
São João da Boa Vista	82.058	6.565	4.595	6.161	1.566	134,07%
Tambaú	23.423	1.874	1.312	1.314	2	100,18%
Vargem Grande do Sul	39.561	3.165	2.215	2.855	640	128,87%
RS Mantiqueira	263.353	21.068	14.748	17.844	3.096	120,99%
DRS S. João B. V.	786.883	62.951	44.065	57.321	13.256	130,08%

Fonte: MS/ DATASUS/MS. Elaboração própria.

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

No entanto, se considerarmos o potencial de internações³⁶ que podem ser realizadas pelos leitos SUS existentes, observa-se que seria possível atender cerca de duas vezes as internações necessárias (Tabela 25), indicando que a Região possui excesso de leitos.

Tabela 25– Necessidades, produção e potencial de produção de internações RS Mantiqueira, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Internações 70% da Pop.	Produção Internações 2007	Potencial Produção leitos(1)		Potencial / Produção necessidade - /potencial - SUS 70% da população	Produção 70% da população
				Potencial Leitos SUS	Potencial Leitos Totais		
Aguai	31.569	1.768	2.182	2.548	3.952	144%	86%
Águas da Prata	7.406	415		0	0	0%	
Espírito Santo do Pinhal	42.682	2.390	3.861	22.308	29.796	933%	17%
Santa Cruz das Palmeiras	30.763	1.723	1.471	1.352	2.496	78%	109%
Santo Antônio do Jardim	5.891	330		0	0	0%	
São João da Boa Vista	82.058	4.595	6.161	4.680	8.164	102%	132%
Tambaú	23.423	1.312	1.314	1.196	1.872	91%	110%
Vargem Grande do Sul	39.561	2.215	2.855	3.900	6.448	176%	73%
RS Mantiqueira	263.353	14.748	17.844	35.984	52.728	244%	50%
DRS S. João B. V.	786.883	44.065	57.321	151.112	217.048	343%	38%

Fonte: DATASUS/MS. Elaboração própria.

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

A avaliação mais detalhada dos leitos por especialidades indica que do total de leitos existentes, proporcionalmente estão mais disponíveis ao SUS os leitos de outras especialidades (77%), seguidos por leitos de pediatria (68%) e clínicos (62%).

³⁶ Para cálculo do potencial de internações por leito foram considerados os seguintes parâmetros: 85% de ocupação média e 6 dias de permanência, em média.

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

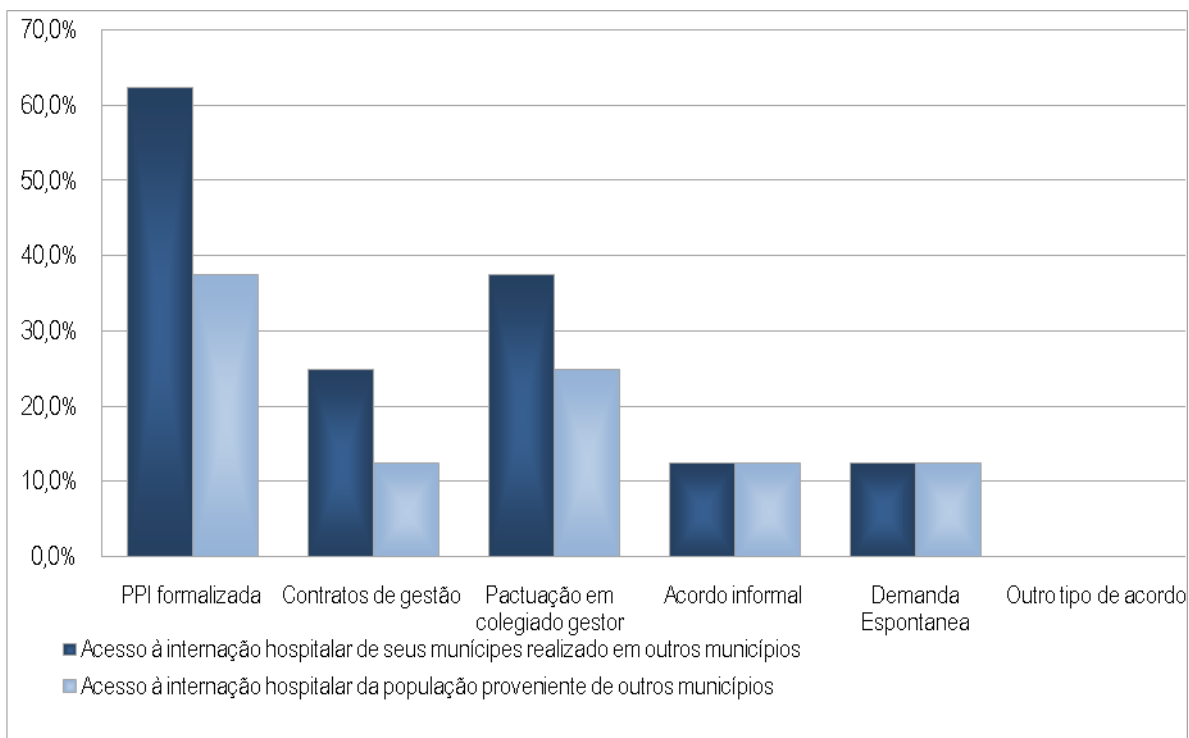
Quando solicitados a informarem as cinco primeiras áreas com demandas reprimidas, 50% dos gestores indicaram a especialidade de neurologia. Em segundo lugar, cerca de 37% dos gestores indicaram ainda UTI neonatal e ortopedia como áreas com repressão de demanda.

No que se refere ao acesso à internação, observa-se ainda que 50% buscam internações em outros municípios e cerca de 25% oferecem leitos de internações para demais municípios.

Ainda no que se refere ao acesso, 87% dos gestores indicam que não há qualquer tipo de encaminhamento para internações, 87% referem que existe encaminhamento, mas sem processo de regulação e, 75% referem que há encaminhamentos realizados através de central de regulação. Deste quadro presume-se que convivem diferentes formas de acesso da demanda chamando atenção o elevado percentual de indicações para demanda espontânea.

Quanto ao fluxo intrarregional observa-se que os acordos mais utilizados para atendimento das internações são a PPI formalizada (62% dos gestores) e as pactuações realizadas no Colegiado Gestor da Região (38% dos gestores). No entanto, as respostas dos gestores indicam que essas pactuações são obedecidas com maior frequência quando são feitos encaminhamentos do seu município para os demais municípios, em comparação ao atendimento de demanda externas proveniente de outros municípios (Gráfico 8).

Gráfico 8– Acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às internações. RS Mantiqueira, 2008.



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

Sobressai, entretanto, o baixo percentual de pactuações relacionado ao contrato de gestão (12% dos gestores) o que pode indicar que os acordos intermunicipais não se traduzem em normas contratuais com as entidades hospitalares. Considerando que a maioria dos leitos da Região está localizada em entidades filantrópicas, contratos de gestão que consigam refletir os acordos regionais tornam-se estratégicos para um adequado atendimento da demanda intermunicipal.

As principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais, quanto às internações hospitalares, referem-se na maioria (63% dos gestores) à falta de leitos e vagas, bem como de cotas insuficientes para internação. Em seguida, (38% dos gestores) apontam a falta de processos regulatórios.

Como já indicado, 100% dos leitos SUS na região são de entidades privadas, principalmente filantrópicas, disponibilizados através de convênios com os setores públicos. Nesse aspecto 33% dos gestores, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para acompanhamento de contratos / convênios, as indicações foram pontuais e isoladas, mesmo nos municípios que detêm o maior número de leitos, demonstrando pouca atuação na regulação da contratualização.

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

- Central de regulação deficiente ou inexistente (63% dos gestores);
- Gestão hospitalar verticalizada, insumos insuficientes, não implementação de linhas de cuidado, não utilização de protocolos clínicos e número insuficiente de profissionais (50% dos gestores); e,
- Área física inadequada, inexistência de programa de capacitação de recursos humanos e não operacionalização das comissões (CCIH, Óbito, Ética, Prontuário) (38% dos gestores).

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da atenção hospitalar nos municípios, 62% dos 8 municípios que se manifestaram a respeito indicam que não possuem qualquer projeto. O município de S. João da Boa Vista indica a solicitação de credenciamento em algumas áreas de Alta complexidade e, Águas da Prata refere a necessidades de regionalização da Santa Casa de S. João da Boa Vista.

3.3.3. Atenção à 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 Mantiqueira não existe SAMU (Tabela 26). O equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção presente em 88% das cidades, num total de 40 unidades. Observam-se ainda 09 Prontos Atendimentos distribuídos em cinco municípios e, 06 Prontos Socorros localizados em igual número de municípios.

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

Tabela 26 – Número e distribuição das unidades de urgência e emergência. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	SAMU		Remoção ambulância	Pronto Atendimento		Pronto Socorro	
	Suporte Básico	Suporte Avançado		Acoplado à unidade isolado		Em unidade hospitalar	
Aguai			15			1	
Águas da Prata			3	2	1		
Espírito Santo do Pinhal			3	1		1	1
Santa Cruz das Palmeiras					3		
Santo Antonio do Jardim					1		
São João da Boa Vista			2			1	
Tambaú			5			1	
Vargem Grande do Sul			10	1			1
Total	0	0	40	4	5	4	2

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

Por outro lado, ao analisarmos a produção de consultas de urgência e emergência realizadas na Região (Tabela 27) observa-se uma elevada produção, quando comparada com as necessidades da população. Nesse aspecto ressalta o excesso de consultas realizadas, especialmente nos municípios de Vargem Grande do Sul, São João da Boa Vista, Tambaú e Aguai que apresentam produção acima de 300% com relação às necessidades.

Tabela 27– Necessidade e produção de consultas de urgência e emergência. RS Mantiqueira, 2007.

Municípios	População Seade 2007	Necessidade de consultas urgência 100% da pop	Consultas Urgência/Emergência 2007			Superávit/déficit (Totalnecessidades)	Balanço %
			Urgências básicas	Urgência acidentado emergência trabalho	Total		
Santo Antônio do Jardim	5.891	2.209	115		115	-2.094	5%
Águas da Prata	7.406	2.777	311		311	-2.466	11%
Santa Cruz das Palmeiras	30.763	11.536		3.499	3.499	-8.037	30%
Espírito Santo do Pinhal	42.682	16.006	3.622	27.739	31.361	15.355	196%
Vargem Grande do Sul	39.561	14.835	32.776	11.062	43.838	29.003	295%
São João da Boa Vista	82.058	30.772	18.679	87.148	2.170 107.997	77.225	351%
Tambaú	23.423	8.784	28.498	3.620	32.118	23.334	366%
Aguaí	31.569	11.838	57.587	8.648	66.235	54.397	559%
RS Mantiqueira	263.353	98.757	141.588	141.716	2.170 285.474	186.717	289%
DRS S. João B. V.	786.883	295.081	554.913	408.521	5.443 968.877	673.796	328%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

A análise da demandas intrarregional, conforme indicação dos gestores mostra a centralidade da cidade de São João da Boa Vista com relação ao resgate e ao Pronto Socorro, que atendem a cerca de três municípios da Região. Este fato, junto com a grande produção de consultas, indicadas anteriormente, aponta para a necessidade de melhor detalhar essas demandas que, a princípio, indicam uma grave distorção no atendimento.

O detalhamento dos encaminhamentos que necessitam de internação, por áreas de especialidades, aponta também para a importância do Município de São João da Boa Vista e, em segundo lugar, para a cidade de Espírito Santo do Pinhal. Além disso, ressalta Mogi Guaçu,

cidade que pertence à outra Região de Saúde, e os municípios de Campinas e Ribeirão Preto, pertencentes a outras DRS, como retaguardas muito utilizadas (Tabela 28).

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

Tabela 28 – Especialidades e locais de encaminhamento para internação de Urgência e Emergência. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios de destino		N.º de municípios que indicaram encaminhamento para internação nas especialidades				
		Pediatria	GO	Politraum.	Cl. Med.	Psiquiatria
RS Mantiqueira	Aguai					
	Águas da Prata					
	Espírito Santo do Pinhal	1	1	1	1	6
	Santa Cruz das Palmeiras					
	Santo Antonio do Jardim		3	2	3	
	São João da Boa Vista	2				
	Tambaú					
	Vargem Grande do Sul					
Outras RS do DRS S J Boa Vista	São José do Rio Pardo			2	1	
	Mococa				1	
	Itapira					7
	Casa Branca					3
	Mogi Guaçu					
Outras RS	Mogi Mirim	2	2	2	1	
	Botucatu	1		1		
	Campinas	3				

Ribeirão Preto	2	6	2	2
São Paulo		1	3	2
		1		1

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

Na assistência à Urgência e Emergência, a RS Mantiqueira caracteriza-se pela ausência do SAMU, por unidades de Pronto Atendimento em 63% das cidades e Prontos Socorros em 75% dos municípios. Entretanto, deve ser aprofundado o estudo sobre a caracterização dessas unidades assistenciais, de acordo com os parâmetros instituídos pela Política Nacional de Atenção às Urgências (MS, 2006), tanto no que se refere às unidades não-hospitalares quanto às unidades hospitalares de atenção às urgências.

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

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

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

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

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

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

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

- Unidades de Assistência em Alta Complexidade são unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada, na respectiva área;
- Os Centros de Referência em Alta Complexidade são Unidades de Assistência de Alta Complexidade que exercem o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor nas políticas de atenção às patologias específicas que atende e que possua os seguintes atributos:
 - I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004;
 - II. Definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 4 milhões de habitantes;
 - III. Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;
 - IV. Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
 - V. Ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
 - VI. Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
 - VII. Participar como pólo 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 estes serviços no DRS de São João da Boa Vista estão concentrados em alguns municípios das Regiões de Saúde, no qual se destacam os Municípios

de Mogi Guaçu, São João da Boa Vista e Itapira, não só pela concentração de serviços, mas também pela variabilidade de serviços aí localizados.

Na área de Saúde Mental, observa-se na Tabela 29 a distribuição de CAPS pelas Regiões de Saúde do DRS de São João da Boa Vista, exceto na RS Mantiqueira. Os serviços de internação estão presentes nas três Regiões de Saúde.

Os serviços de alta complexidade em cardiologia não estão presentes no DRS de São João da Boa Vista. (Tabela 30).

Os serviços de traumatologia encontram-se fortemente concentrados em São João da Boa Vista e Mogi Guaçu em duas Unidades de Alta Complexidade que abrangem todo o espectro de especialidades (Tabela 31).

Quanto aos serviços habilitados em oncologia, observa-se a sua presença em duas regiões, mas concentrados nos municípios polos de cada Região. Não foram detectados Centros observando-se a presença de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviço de radioterapia, em São João da Boa Vista e um Serviço Isolado de Quimioterapia em Mogi Guaçu (Tabela 32).

Na área de UTI, observa-se apenas a presença de serviços de nível II em todas as Regiões de Saúde e nas áreas adulto e neonatal. Não foram detectados serviços de UTI nível III e UTI pediátrica (Tabela 33).

Finalmente, os serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise encontram-se concentrados em dois municípios das regiões de saúde do DRS São João da Boa Vista, observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em ambas regiões (Tabela 34).

Tabela 29– Distribuição dos serviços habilitados em Saúde Mental. DRS São João da Boa Vista, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 30 – Distribuição dos serviços habilitados em alta complexidade em Cardiologia. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana		RS Mantiqueira			RS Rio Pardo				
		M Itapira	M Guaçu Mirim	E Aguai	S Pinhal	S João B V	Vargem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa

0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular	0			
0802-Centro ref alta complex cardiovascular	0			
0803-Cir cardiov, proccardiolog intervencionista	0			
0804-Cirurgia cardiovascular pediatrica	0			
0805-Cirurgia vascular	0			
0806-Cirur vascular, procendovasc extracardiacos	0			
0807-Lab eletrof, circardio, proccardiointerv	0			
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares	0			

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana		RS Mantiqueira			RS Rio Pardo					
		M Itapira	M Guaçu Mirim	E Aguaí	S Pinhal	S João B V	Vargem G Sul	Casa Caconde	Divinolândia	Mococa	S J R Pardo	S S Grama
2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	2	1				1						
2511-Ortopedia - coluna	1	1										
2512-Ortopedia - ombro	2	1				1						
2513-Ortopedia - mão	0											
2514-Ortopedia - quadril	2	1				1						
2515-Ortopedia - joelho	2	1				1						

2516-Ortopedia - tumor ósseo	2	1	1	
2517-Outros segmentos ossos	2	1	1	

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 32 – Distribuição dos serviços habilitados em Oncologia. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana		RS Mantiqueira			RS Rio Pardo				
		M Itapira	M Guaçu Mirim	E S Aguai	S S Pinhal	S João B V	Vargem G Sul	Casa Caconde	Divinolândia	S J R Pardo	S S Gramma
1712-Cacon	0										
1706-Unacon	0										
1707-Unacon com Serviço de radioterapia	1					1					
1708-Unacon com Serviço de hematologia	0										
1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica	0										
1710-Unacon exclusiva de hematologia	0										
1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	0										
1705-Serviço isolado quimioterapia	1		1								

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 33 – Distribuição dos serviços habilitados em UTI adulto e pediátrico. DRS São João da Boa Vista, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

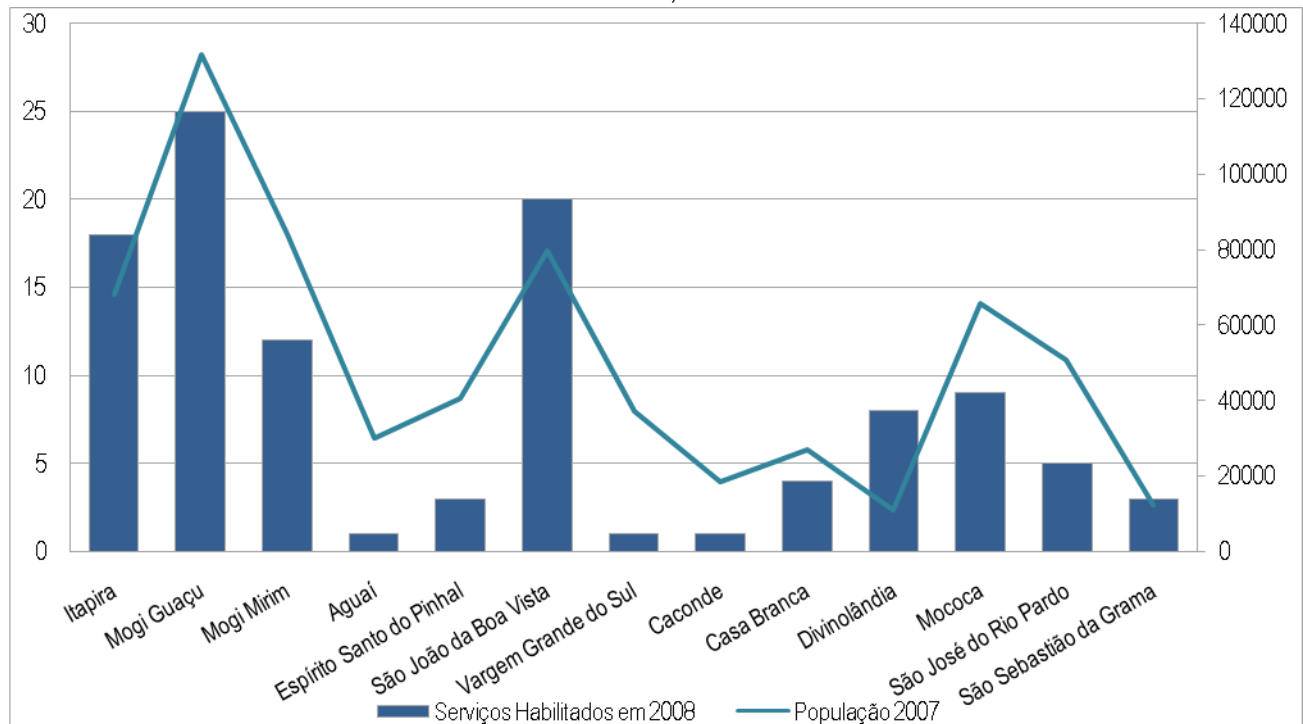
Tabela 34 – Distribuição dos serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise. DRS São João da Boa Vista, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009.
Elaboração própria.

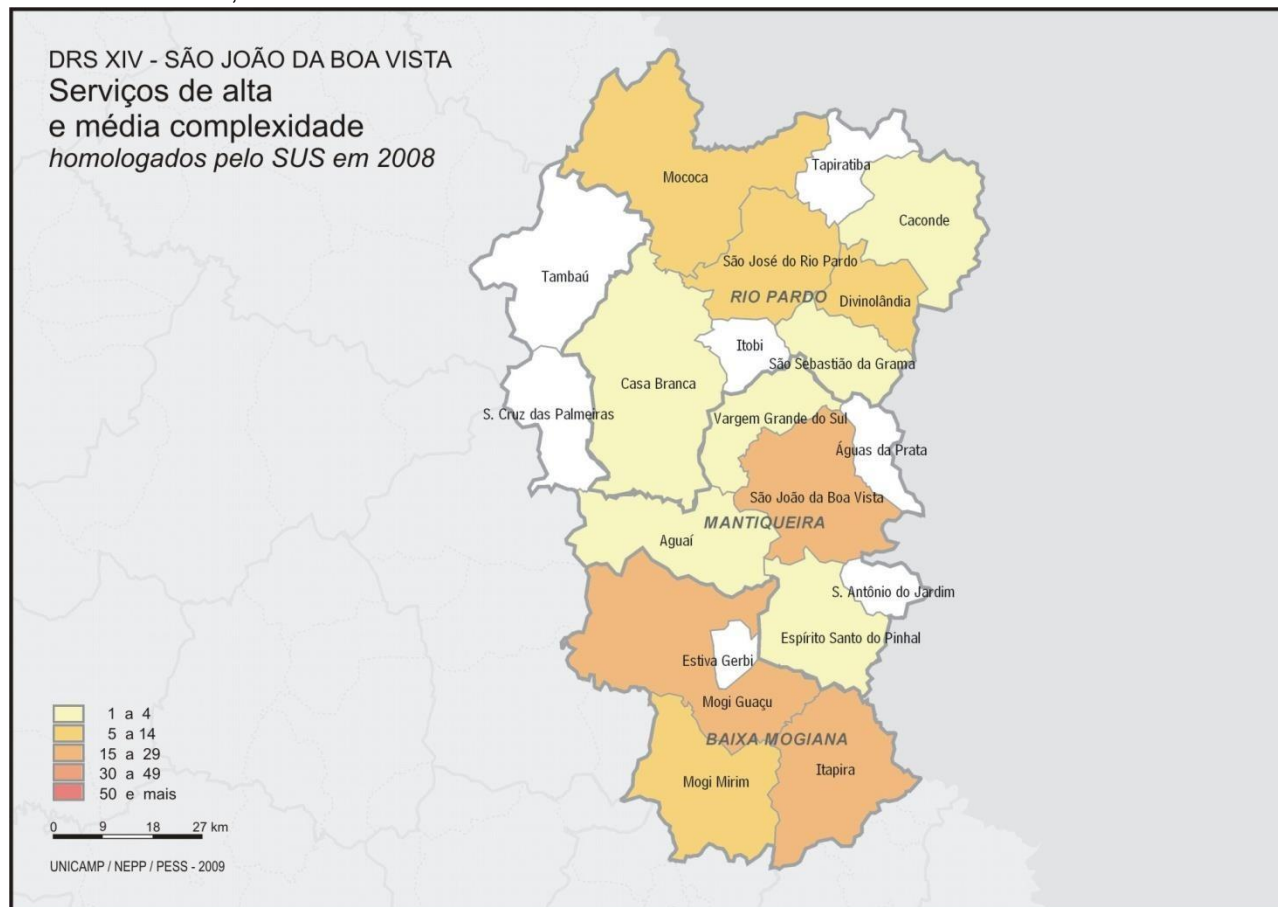
Considerando o conjunto de serviços habilitados (110) no DRS de São João da Boa Vista, observa-se no Gráfico 9 e no Mapa 1 que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de dois municípios polos regionais (Mogi Guaçu e São João da Boa Vista) e dois polos secundários (Mogi Mirim e Itapira).

Gráfico 9 – Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade. DRS São João da Boa Vista, 2009.



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Considerando os dados expostos, é possível concluir que a Região correspondente ao DRS São João da Boa Vista abriga uma pequena variedade e volume de serviços habilitados, não possuindo total autonomia com relação aos serviços de Alta Complexidade. Suas diferentes regiões de saúde não possuem a maioria dos serviços considerados, o que evidencia a necessidade de se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção.

3.3.5. Atenção de Alta Complexidade na RS

Além da análise da distribuição e concentração desses serviços no DRS de São João da Boa Vista dados sobre a produção de procedimentos em áreas selecionadas (hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva) da RS Mantiqueira mostram que ocorrem situações variadas quanto a produção de procedimentos, quando comparados com a necessidade de consultas especializadas para 70% da população e, utilizando os parâmetros da Portaria MS 1.101 (Tabela 35).

Nesse aspecto, observa-se que, há carência de procedimento de hemoterapia e radioterapia tanto na RS quanto no DRS de São João da Boa Vista. Em quimioterapia não há produção na RS, mas ocorre excesso de produção no DRS. Quanto à Terapia Renal Substitutiva, observa-se importante superprodução na Região e no DRS.

Na RS Mantiqueira, 87% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que utilizam esses serviços em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas. Quanto à TRS, há posições contraditórias, na medida em que 75% dos gestores indicam que oferecem o procedimento para seus municípios e consideram a oferta suficiente.

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado em parte com algum processo de referência por 50% (04) dos municípios e através de Central de Regulação por apenas 13% (01) dos municípios.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada e a pactuação no colegiado gestor. Entretanto, na avaliação dos gestores, a PPI é atendida com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Observa-se ainda, um percentual significativo de gestores indicando que o acesso a esses procedimentos ocorre através de demanda espontânea (25% dos gestores). Ainda no que se refere a esses acordos, apenas um município avalia que os acordos são obedecidos na maioria dos procedimentos pactuados.

Tabela 35 – Produção e necessidade de procedimentos de alta complexidade em áreas selecionadas. RS Mantiqueira, 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
S João B V	82.058	143.602	5.744	310	5%	2.872	33.792	1177%
E S Pinhal	42.682	74.694	2.988	40	1%	1.494		0%
Vargem G Sul	39.561	69.232	2.769		0%	1.385		0%
Aguai	31.569	55.246	2.210		0%	1.105		0%
S C Palmeiras	30.763	53.835	2.153		0%	1.077		0%
Tambaú	23.423	40.990	1.640		0%	820		0%
Águas da Prata	7.406	12.961	518		0%	259		0%
S A Jardim	5.891	10.309	412		0%	206		0%
RS Mantiqueira	263.353	460.868	18.435	350	2%	9.217	33.792	367%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	55.082	37.726	68%	27.541	52.324	190%

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
S João B V	82.058	143.602	258		0%	1.752		0%
E S Pinhal	42.682	74.694	134		0%	911		0%
Vargem G Sul	39.561	69.232	125		0%	845		0%
Aguai	31.569	55.246	99		0%	674		0%
S C Palmeiras	30.763	53.835	97		0%	657		0%
Tambaú	23.423	40.990	74		0%	500		0%

Águas da Prata	7.406	12.961	23		0%	158		0%
S A Jardim	5.891	10.309	19		0%	126		0%
RS Mantiqueira	263.353	460.868	830	0	0%	5.623	0	0%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	2.479	3.178	128%	16.800	0	0%

Fonte: MS/SE/DATASUS. Parâmetros: PT GM 1102/2002. Produção SIA 2007. Elaboração própria.

No que se refere às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 25% (02) dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses serviços; 25% referem problemas de falta de regulação; e outros 25% reclamam pois não possuem os serviços nos respectivos municípios. Por outro lado, 75% dos municípios não referem possuir qualquer projeto pra enfrentamento dos problemas apontados. Apenas um município refere o início de novo serviço de oncologia.

Finalizando esse tópico, julga-se necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detectam divergências entre a oferta e produção de procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para esses serviços.

Conclusões Parciais

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

1. A RS Mantiqueira caracteriza-se, pela diversidade de especialidades existentes na região com sobreoferta em algumas delas e déficit na maioria, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização, o que contribui com a fragmentação dessa assistência. Além disso, torna-se evidente a fragilidade dos processos de regulação na assistência ambulatorial especializada, favorecendo o desequilíbrio na oferta e na alocação das especialidades, o que certamente se reflete em dificuldades de acesso para a população.
2. Na Atenção Especializada Hospitalar, detectou-se excesso de produção de internações, quando comparadas produção e necessidades, embora o número de leitos SUS existentes podem potencialmente cobrir o dobro da totalidade das necessidades. Nesse sentido foi observado ainda que 100% dos leitos da Região são privados, filantrópicos ou não, o que requer a instituição de adequados processos de contratualização e regulação, de modo que estes leitos possam atender às necessidades da Região;
3. Na Atenção à Urgência e Emergência, é possível observar que a Região possui todos os tipos de equipamento, exceto SAMU, sendo o mais frequente a ambulância para remoção e, em segundo lugar, as Unidades de Pronto Atendimento, isoladas ou acopladas a outras unidades. Chama a atenção, entretanto, o grande volume de consultas nessa área, chegando-se a produzir 3 vezes mais do que as necessidades preconizadas pelo MS. Observando os municípios da Região, essa produção é várias vezes maior em cerca de 63% 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 São João da Boa Vista não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços pouco diversificados. Isso evidencia a necessidade de desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS e do Estado, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção. Quanto a Atenção de Alta Complexidade, observam-se também superproduções em TRS, bem como informações conflitantes quanto à oferta de procedimentos de alto custo pelos municípios da Região, o que devem ser melhor investigado, considerando-se o número de consultas e internações especializadas e o excesso de consultas de urgência / emergência;
5. Em termos de polarização, o município de São João da Boa Vista configura-se como o polo dessa Região, embora os municípios busquem com frequência atendimento nos municípios polos das outras regiões de saúde do próprio DRS e de outros DRS, como Campinas e Ribeirão Preto;
6. O relacionamento intermunicipal ocorre principalmente com base na PPI formalizada e nas pactuações ocorridas no CGR da Região, havendo pouca informação se esses acordos são cumpridos;
7. No que se refere ao acesso da população, chama a atenção o elevado percentual de busca, sem qualquer forma de referenciamento para as consultas especializadas e para as internações, o que deve ser melhor investigado;
8. Finalmente, caberia assinalar que grande parte dos municípios indica soluções locais, e não regionais, para enfrentamento das dificuldades e limites detectados na Atenção Especializada.

3.4. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

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

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

3.4.1. Média e Alta Complexidade

A avaliação da produção de exames de Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Radiológicos e Ultrassonográficos (Tabela 36 e Gráfico 10) indicam elevada superprodução desses exames. Essa superprodução é observada tanto no âmbito da maioria dos municípios, quanto no da Região e no do DRS São João da Boa Vista, e, na maioria dos casos, essa produção é mais que o dobro das necessidades calculadas.

Tabela 36– Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Mantiqueira, 2007.

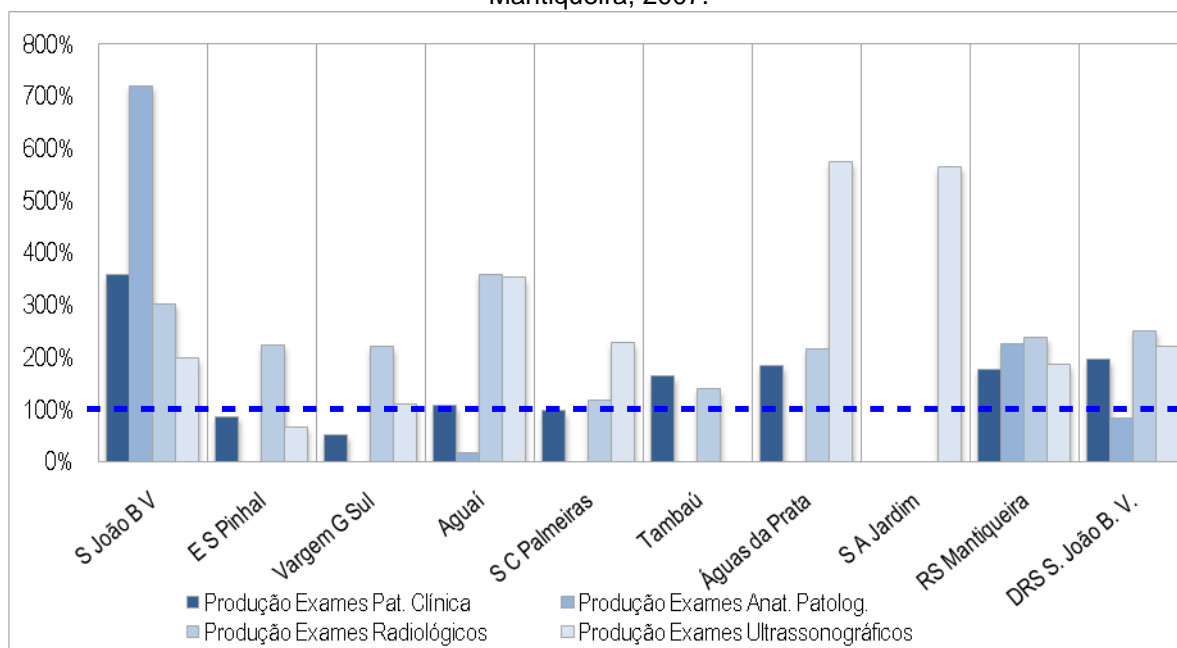
Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% População	Necessidade de Exames Pat. Clínica (50%)	Produção Exames Pat. Clínica	% Produção em relação à Necessidade	Necessidade Anátomo Patológico e Citopatologia (2,36%)	Produção Exames Anat. Patolog.	% Produção em relação à Necessidade
S João B V	82.058	143.602	71.801	257.346	358%	3.389	24.442	721%
E S Pinhal	42.682	74.694	37.347	32.642	87%	1.763		0%
Vargem G Sul	39.561	69.232	34.616	18.209	53%	1.634		0%
Aguai	31.569	55.246	27.623	30.058	109%	1.304	251	19%
S C Palmeiras	30.763	53.835	26.918	26.404	98%	1.271		0%
Tambaú	23.423	40.990	20.495	33.699	164%	967		0%
Águas da Prata	7.406	12.961	6.480	12.021	186%	306		0%
S A Jardim	5.891	10.309	5.155		0%	243		0%
RS Mantiqueira	345.411	604.469	302.235	667.725	221%	14.265	49.135	344%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	688.523	1.353.056	197%	32.498	27.624	85%

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
S João B V	82.058	143.602	11.488	34.932	304%	2.154	4.290	199%
E S Pinhal	42.682	74.694	5.975	13.387	224%	1.120	758	68%
Vargem G Sul	39.561	69.232	5.539	12.223	221%	1.038	1.147	110%
Aguai	31.569	55.246	4.420	15.934	361%	829	2.930	354%
S C Palmeiras	30.763	53.835	4.307	5.123	119%	808	1.853	229%
Tambaú	23.423	40.990	3.279	4.582	140%	615		0%
Águas da Prata	7.406	12.961	1.037	2.260	218%	194	1.119	576%

S A Jardim	5.891	10.309	825		0%	155	876	566%
RS Mantiqueira	345.411	604.469	48.358	123.373	255%	9.067	17.263	190%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	110.164	277.335	252%	20.656	45.993	223%

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

Gráfico 10– Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Mantiqueira, 2007.



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

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

Tabela 37– Opinião dos gestores acerca da suficiência de oferta de procedimentos diagnósticos e compra de exames

por iniciativa dos municípios, em percentuais. RS Mantiqueira, 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
Coloscopia	0,00%	12,50%	12,50%	62,50%	12,50%
Endoscopia (colonoscopia, EDA, retossig, e outros)	12,50%	37,50%	62,50%	12,50%	0,00%
Ultrassonografia	12,50%	50,00%	37,50%	37,50%	12,50%
Ecocardiografia	12,50%	0,00%	100,00%	12,50%	0,00%
EEG	12,50%	25,00%	50,00%	25,00%	0,00%
Mamografia	12,50%	37,50%	37,50%	12,50%	25,00%
RX-simples	25,00%	0,00%	12,50%	87,50%	0,00%
RX-contrastado	25,00%	37,50%	50,00%	25,00%	12,50%
ECG	25,00%	0,00%	12,50%	100,00%	0,00%
Patologia e Análise Clínicas	50,00%	37,50%	25,00%	37,50%	12,50%

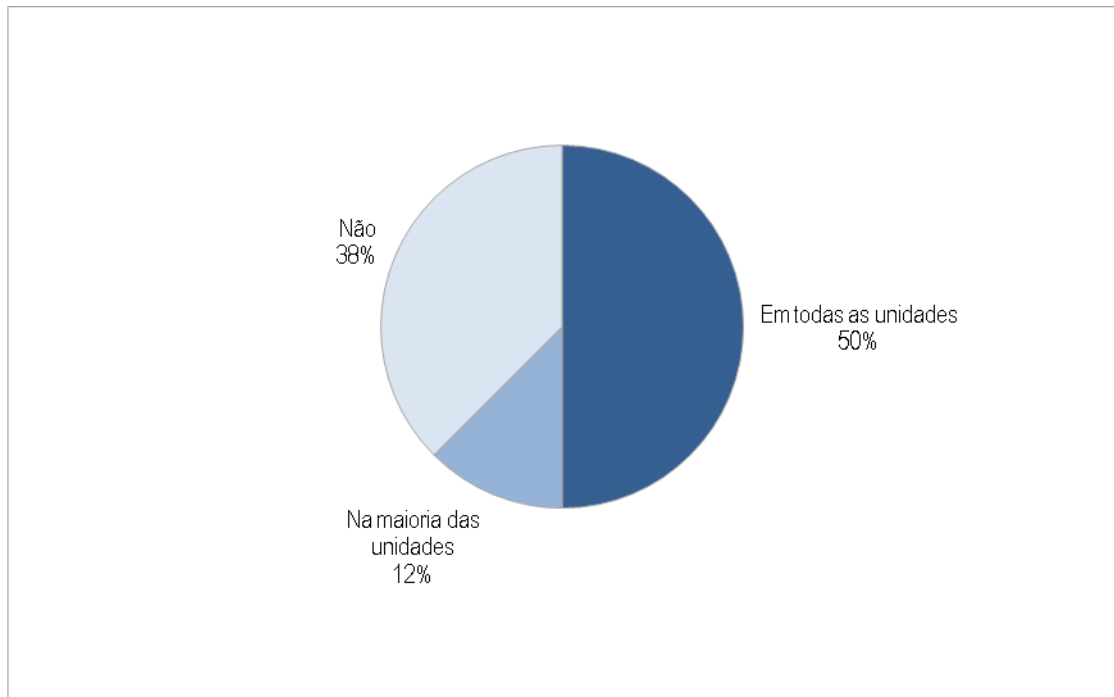
Fonte:

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

Diante da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os municípios da RS Mantiqueira referem que financiam a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI, especialmente em RX-simples, RX-contrastado, ECG, Patologia e Análise Clínicas (Tabela 37).

No que se refere ao acesso aos exames, dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que apenas em 50% dos municípios existe coleta descentralizada em todos os pontos de atenção da Rede Básica e, em 38% dos municípios essa coleta é inexistente (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Presença de coleta descentralizada nos pontos de atenção da rede básica. RS Mantiqueira, 2008.



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

Quanto ao envio dos resultados dos exames, os gestores consideram adequado o processo de envio dos seguintes exames: a) Colposcopia, Ultrassonografia, RX-simples, ECG, EEG e Mamografia (mais de 88% dos gestores); Endoscopia, Ecocardiografia e RXcontrastado (cerca de 75% dos gestores); e, Patologia e Análises Clínicas (cerca de 63% dos gestores).

No que se refere ao acesso aos exames, mais de 88% dos gestores consideram que não há dificuldades no acesso a exames de Colposcopia, Ultrassonografia, RX-simples e ECG; 75% indicam que não há problemas de acesso para Endoscopia e 63% referem que não possuem problemas para acesso a exames de EEG e Mamografia. Entretanto, são apontadas dificuldades de acesso para os exames de: Endoscopia (por 75% dos municípios); Ecocardiografia (por 87% dos Gestores); e, RX-contrastado (por 50% dos municípios).

Por outro lado, mais de 75% destes gestores indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta e de cotas para estes exames. Para 50% dos municípios a resolução será oferecida pela implantação de AME na Região.

A avaliação desse conjunto de dados aponta para a necessidade de aprofundar a análise, na medida em que se detecta uma profunda inadequação entre necessidades, demandas e produção de exames, especialmente porque já é de conhecimento geral a distorção existente no SUS, expressa na elevada solicitação de exames que, na sua maioria, possuem resultados normais, situação que ocorre devido à inadequada abordagem clínica pelos profissionais de saúde.

A análise da produção dos exames de alta complexidade, incluindo tomografia, ressonância, radiologia intervencionista, medicina nuclear e hemodinâmica, no DRS São João da Boa Vista, mostra ausência de produção em medicina nuclear e hemodinâmica; baixa produção em radiologia intervencionista; e superprodução em tomografia e ressonância, quando comparados com o cálculo de necessidades para 70% da população (Tabela 38). Dentre esses exames, a produção de tomografia é a que revela maior distorção. Nota-se também que a produção de exames está fortemente concentrada em São João da Boa Vista.

Entretanto, no questionário respondido, os municípios indicam situações contraditórias com os dados de produção, na medida em que muitos referem ofertar os exames de Hemodinâmica (38% dos municípios) e Radiologia Intervencionista (50% dos municípios). Por outro lado, os que buscam estes exames em outros municípios referem que a oferta é insuficiente.

Tabela 38– Produção e necessidade de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade. RS Mantiqueira, 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
S João B V	82.058	143.602	287	1.364	475%	57	282	491%
E S Pinhal	42.682	74.694	149	235	157%	30		0%
Vargem G Sul	39.561	69.232	138		0%	28		0%
Aguai	31.569	55.246	110		0%	22		0%
S C Palmeiras	30.763	53.835	108		0%	22		0%
Tambaú	23.423	40.990	82		0%	16		0%

Águas da Prata	7.406	12.961	26		0%	5		0%
S A Jardim	5.891	10.309	21		0%	4		0%
RS Mantiqueira	263.353	460.868	922	1.599	173%	184	282	153%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	2.754	5.916	215%	551	282	51%

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
S João B V	82.058	143.602	14	39	272%	201		0%
E S Pinhal	42.682	74.694	7		0%	105		0%
Vargem G Sul	39.561	69.232	7		0%	97		0%
Aguai	31.569	55.246	6		0%	77		0%
S C Palmeiras	30.763	53.835	5		0%	75		0%
Tambaú	23.423	40.990	4		0%	57		0%
Águas da Prata	7.406	12.961	1		0%	18		0%
S A Jardim	5.891	10.309	1		0%	14		0%
RS Mantiqueira	263.353	460.868	46	39	85%	645	0	0%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	138	39	28%	1.928	0	0%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames Hemodinâmica (0,03%)	Produção Exames Hemodinâmica	% Produção em relação à Necessidade
S João B V	82.058	143.602	43		0%
E S Pinhal	42.682	74.694	22		0%
Vargem G Sul	39.561	69.232	21		0%
Aguai	31.569	55.246	17		0%
S C Palmeiras	30.763	53.835	16		0%
Tambaú	23.423	40.990	12		0%
Águas da Prata	7.406	12.961	4		0%
S A Jardim	5.891	10.309	3		0%
RS Mantiqueira	263.353	460.868	138	0	0%

DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	413	0	0%
----------------------	---------	-----------	-----	---	----

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

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado em parte com algum processo de referência por 50% (4) dos municípios e através de Central de Regulação por apenas 13% (1) dos municípios.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada e a pactuação no colegiado gestor. Entretanto, na avaliação dos gestores a PPI é atendida com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Observa-se ainda, um percentual significativo de gestores indicando que o acesso a esses procedimentos ocorre através de demanda espontânea (25% dos gestores). Ainda no que se refere a esses acordos, apenas um município avalia que os acordos são obedecidos na maioria dos procedimentos pactuados.

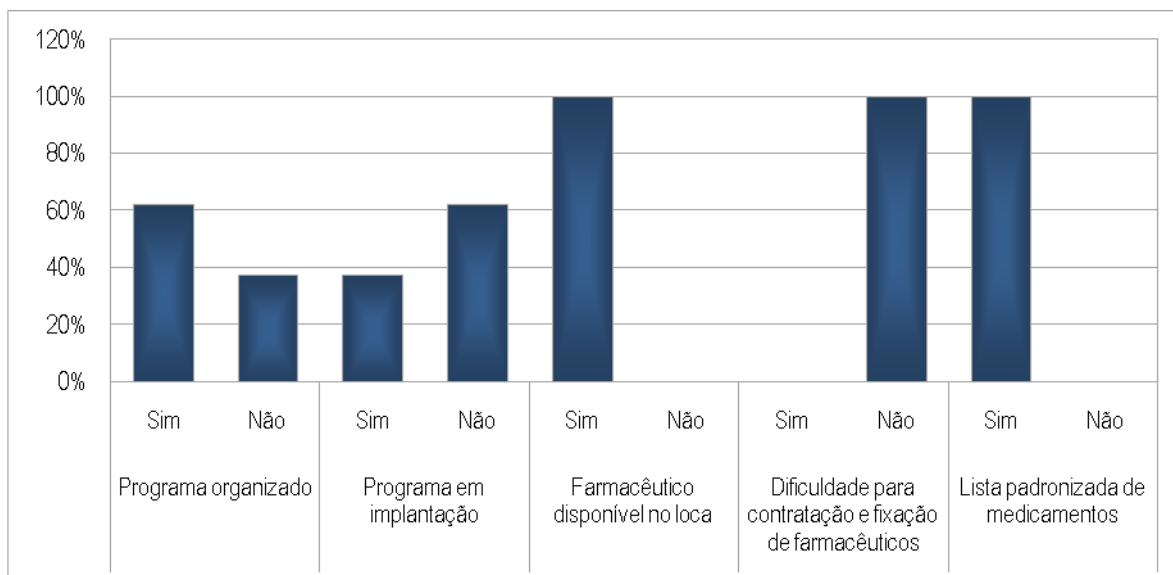
Na citação das dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 25% (02) dos municípios indicam insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses serviços; 25% referem problemas de falta de regulação; e outros 25% reclamam, pois não possuem os serviços nos respectivos municípios. Por outro lado, 75% dos municípios não referem possuir qualquer projeto pra enfrentamento dos problemas apontados.

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

3.4.2. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica essa organizada como programa em 63% dos municípios da RS Mantiqueira (Gráfico 12), estando em implantação apenas em 38% deles. Todos possuem farmacêutico disponível, sem dificuldades para contratação e fixação desse profissional. Todos os municípios referem possuir lista padronizada de medicamentos.

Gráfico 12– Caracterização do programa de assistência farmacêutica. RS Mantiqueira, 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 abaixo que além da Assistência Farmacêutica Básica, os municípios da Região assumem diferentes responsabilidades, o que deve ser melhor estudado face ao quadro de morbidade local.

Quadro 1– Responsabilidades assumidas na Assistência Farmacêutica, segundo gestores municipais. RS Mantiqueira, 2008.

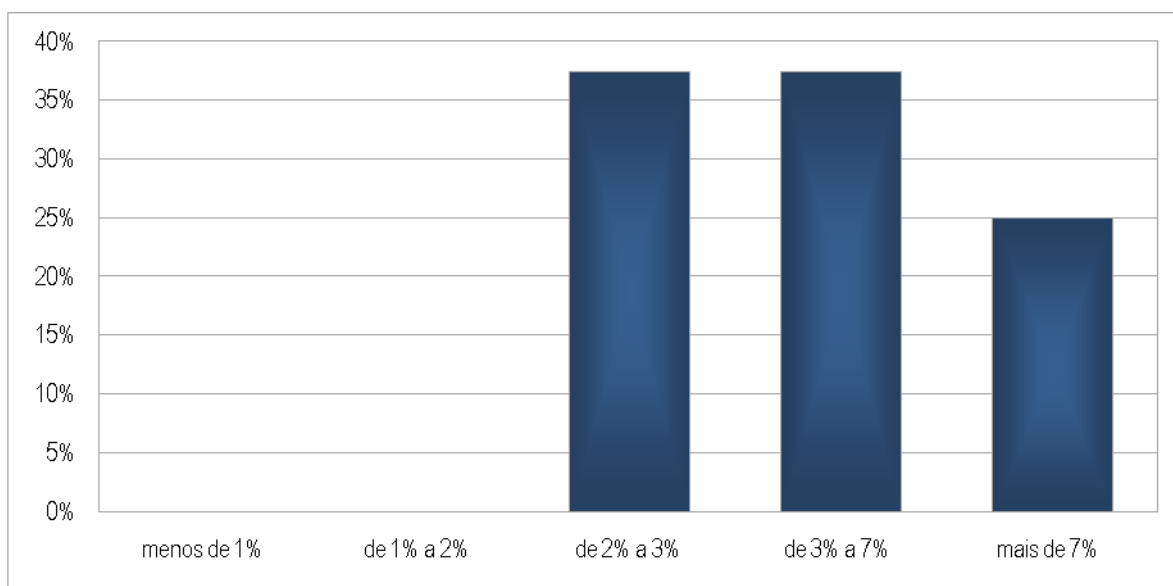
Municípios	Responsabilidades assumidas
Aguai	Gerenciamento e dispensação dos medicamentos; aplicação de recursos próprios.
Águas da Prata	Assistência farmacêutica básica, saúde mental e alto custo.
E S Pinhal	Cessa básica; programa de hipertensão e diabetes.
S C Palmeiras	Dispensação, contrapartida no programa de hiperdia (30%), assistência básica (dose certa e saúde mental).
S A Jardim	O município trabalha com vários programas do Ministério da Saúde, entre eles, dose certa, saúde mental, alto custo, insumos para diabetes, programa do sulfato ferroso e ácido fólico, em alguns casos, complementa com recursos próprios parte destes programas.
S João B V	Aquisição de alguns medicamentos de atenção básica, mandado judicial e alguns através de triagem social; distribuição de medicamentos em todas as Unidades de Saúde e os medicamentos de saúde mental centralizado.

Tambaú	Programa Alto custo, Dose Certa, asma e rinite, hiperdia, tuberculose, hanseníase, suplementação de ferro, violência sexual e a saúde mulher, acidente de trabalho biológico, glaucoma e pacientes em tratamento de diversos tipos de CA.
Vargem G Sul	Básica.

Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP – Banco de Dados do Questionário do Projeto de Apoio a SES-SP.

Os gastos com a Assistência Farmacêutica indicados pelos gestores municipais, localizam-se em três faixas: 38% referem gastar de 2% a 3% do orçamento em saúde, outros 38% gastam de 3% a 7% e 25% gastam mais de 7% (Gráfico 13).

Gráfico 13– Percentual de gastos municipais com assistência farmacêutica. RS Mantiqueira, 2008.



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

Quanto às dificuldades apontadas para a Assistência Farmacêutica, 50% dos municípios indicam o não seguimento da padronização pelos médicos e 38% referem as demandas judiciais para medicamentos e a falta de informatização. Além disso, a maioria dos gestores refere problemas diversificados, incluindo a pouca disponibilidade de medicamentos e a precária organização dos processos de trabalho e administrativos de suporte.

Com relação às propostas elaboradas para enfrentamento dessas dificuldades, 50% dos municípios não possuem propostas, outros 50% indicam proposta de organização de processos de trabalho para adequar a prescrição e uso de medicamentos.

Conclusões Parciais

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

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

3.5. Apoio Logístico

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

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

3.5.1. Transporte Sanitário de Pacientes

Observou-se que todos os municípios da RS Mantiqueira possuem transporte sanitário de pacientes, notando-se uma diversificação nos meios de locomoção utilizados: ambulâncias, ônibus e microônibus. A responsabilidade por esse sistema de transporte nessa Região sanitária é preponderantemente da Secretaria Municipal de Saúde. Não há pactuação ou outra forma de acordo entre os municípios. A situação do transporte sanitário é descrita como carente de manutenção e renovação da frota, segundo entrevista com o CGR Mantiqueira.

O número de pacientes transportados por dia é variável na Região, segundo a Tabela 39:

Tabela 39 - Transporte de pacientes por dia, por município. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	5 a 10	11 a 20	21 a 50	51 a 100	mais de 100
Aguai				x	
Águas da Prata		x			
Espírito Santo do Pinhal			x		
Santa Cruz das Palmeiras			x		
Santo Antonio do Jardim			x		
São João da Boa Vista					x
Tambaú				x	
Vargem Grande do Sul				x	

Número

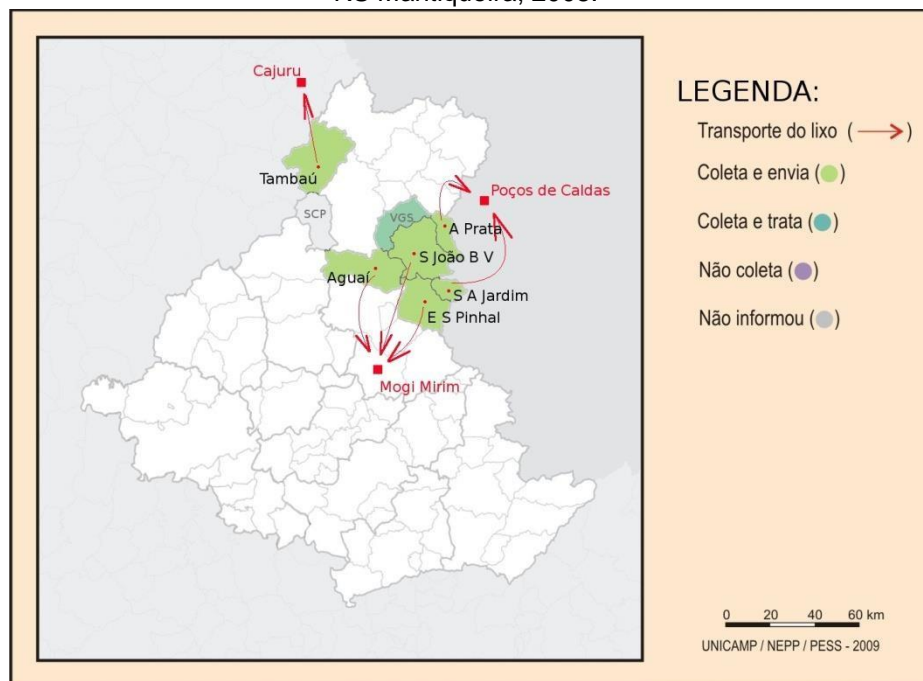
de pacientes transportados por dia

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, em seis municípios, é realizada por empresa contratada, e em dois, pela própria Prefeitura. Esses resíduos são normalmente encaminhados para outros municípios do Estado, conforme o Mapa 2.

Mapa 2 – Destino do transporte de resíduos hospitalares dos municípios.
RS Mantiqueira, 2008.



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

3.5.3 Processos de Gestão de Insumos Farmacêuticos

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

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

Processos de gestão de insumos farmacêuticos	Nº de municípios
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	8
Dispensação de medicamentos	8
Planejamento de compras de médio prazo	7
Padronização de lista de medicamentos além da RENAME	6
Planejamento de compras de curto prazo	5
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	5
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos	5
Realização de processos de licitação e compra	3

Pode-se observar que os processos de armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos foram informados por todos os municípios dessa Região. A realização do processo de licitação e compra foi informado apenas por três municípios dessa Região.

Analisando-se os processos de informatização relacionados à Assistência Farmacêutica, verifica-se que, na RS Mantiqueira, três municípios contam com sistemas informatizados para o controle de estoque com estoque mínimo e controle da distribuição de medicamentos; dois municípios afirmaram possuir identificação de medicamentos sem código de barras, conforme Tabela 41.

Tabela 41 – Informatização de processos da Assistência Farmacêutica, por número de municípios.

RS Mantiqueira, 2008.

Processos informatizados				
Controle de estoque com estoque mínimo	Controle de estoque sem estoque mínimo	Identificação dos medicamentos com código de barras	Identificação dos medicamentos sem código de barras	Controle da distribuição de medicamentos
3	0	0	2	3

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

3.5.4. Processos de Gestão de Materiais e Insumos

Com relação à estrutura e processos referentes à gestão de materiais e insumos na RS Mantiqueira, verifica-se que todas secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por esse processo, como mostra a Tabela 42.

Tabela 42 – Existência de estrutura e processos de gestão de materiais e insumos nas SMS. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Sim	Não
São João da Boa Vista	x	
Espírito Santo do Pinhal	x	
Vargem Grande do Sul	x	
Santa Cruz das Palmeiras	x	
Aguai	x	
Tambaú	x	
Águas da Prata	x	
Santo Antônio do Jardim	x	
Total	8	0

Quanto à adequação e constituição da equipe profissional para a gestão de materiais e insumos, três gestores de saúde da Região afirmam que tal composição está adequada, e quatro a avaliaram como não adequada. O processo mais desenvolvido está relacionado ao processo de controle de estoque, seguido pelos processos de levantamento de necessidades, padronização da descrição de materiais e distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço. Outros processos como realização de processos de licitação e compra, controle de qualidade do produto recebido e acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura também foram citados. Os processos menos desenvolvidos são planejamento de compras de curto prazo e acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços, conforme Tabela 43.

Tabela 43 - Quantidade de municípios que realizam processo de gestão. RS Mantiqueira, 2008.

Processos de gestão de materiais	Nº de municípios
Controle de estoques	8
Levantamento de necessidades	6
Padronização da descrição de materiais	6
Distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço	6
Realização de processos de licitação e compra	5
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	5
Controle de qualidade do produto recebido	5
Planejamento de compras de curto prazo	4
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços	4

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

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

3.5.5. Central de Marcação

Em relação às Centrais de Marcação, a RS Mantiqueira apresenta como característica predominante a comunicação por telefone. Em apenas um município da Região ocorre a integração das unidades de saúde por meio de sistema on-line, conforme a Tabela 44.

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

Municípios	Integradas por telefonia às unidades de saúde	Integrada on-line às unidades de saúde	sistema informatizado para marcação	Equipe suficiente e qualificada	Integrada à central regional
S J Boa Vista	x				
E S Pinhal	x		x		x
Vargem G Sul					x
S C Palmeiras					
Aguai					
Tambaú	x	x	x		
Águas da Prata	x				
S A do Jardim	x		-	x	x
Total	5	1	2	1	3

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

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

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

	Consultas de especialidades	Exames de laboratório clínico	Exames gráficos	Exames de imagem	Exames de patologia	Internações
Nº de municípios	6	3	3	6	3	4

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

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

3.5.6. Informatização

Os dados deste estudo mostram que, na RS Mantiqueira, três municípios contam com sistemas de saúde informatizados, conforme as respostas dos gestores municipais ao questionário da pesquisa (Tabela 46).

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

Municípios	Sim	Não
São João da Boa Vista	x	

Espírito Santo do Pinhal	x	
Vargem Grande do Sul		x
Santa Cruz das Palmeiras		x
Aguai		x
Tambaú	x	
Águas da Prata		x
Santo Antônio do Jardim		x
Total	3	5

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

Nos municípios que possuem processos informatizados, tal sistema está dividido nas redes de atenção básica e ambulatorial. Entretanto, os equipamentos do sistema não estão integrados em rede. Dentre os cinco municípios que afirmam não possuir sistema informatizado, um vem desenvolvendo pesquisa de mercado e/ou negociação com empresa do setor, um município tem realizado levantamento e visitas a outras Secretarias para conhecer a experiência os outros três não realizaram nenhuma ação específica nesse sentido, embora considerem sua implantação muito importante.

● Capacidade Instalada

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

Três municípios referem possuir até 25% de seus computadores em rede e cinco referem possuir de 76% a 100% de seus computadores em rede, conforme Tabela 47.

Tabela 47 – Quantidade de equipamentos e percentual de computadores em rede por número de municípios.

RS Mantiqueira, 2008.

Número de municípios	Quantidade de computadores existentes				Percentual de computadores em rede			
	até 10	11 a 50	51 a 200	acima de 200	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
	2	4	2	0	3	0	0	5

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

● Integração do Sistema Informatizado

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

Tabela 48 – Características dos sistemas utilizados por número de municípios. RS Mantiqueira, 2008.

N° de municípios	Sistema Operacional	Banco de dados utilizado			Forma de acesso	
	Windows	SQL Server	Firebird	Outro	via web	via rede interna
	3	1	1	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 todos os municípios referem utilizar software desenvolvido por iniciativa da própria Secretaria Municipal de Saúde. Os usuários do sistema são identificados por um cartão com número e nome do usuário por um município e dois não realizam identificação de usuário com cartão.

Sobre os processos de atendimento informatizados, o agendamento local é o de maior frequência, conforme Tabela 49.

Tabela 49 – Processos de atendimento informatizados por número de municípios. RS Mantiqueira, 2008.

Processos	N° de municípios
Agendamento local	2
Exames e/ou procedimentos realizados	1
Prescrição médica	1
Dispensação de medicamentos	1
Encaminhamentos	1
Rf4	1

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

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

afirmam possuir sistema informatizado, os três contam com relatórios de natureza mais complexa, que podem subsidiar a gestão.

Tabela 50 – Consultas e Relatórios informatizados por município. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Por tipo de serviço	Por processos de atendimento	Por tipo de diagnóstico	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários
Espírito Santo do Pinhal	x	x		x	x
São João da Boa Vista	x	x	x	x	x
Tambaú	x	x	x	x	x
Total	3	3	2	3	3

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

Dados obtidos neste estudo mostram que a maioria dos oito municípios da Região apresenta prontuários em papel. Apenas um dos municípios da RS Mantiqueira (Espírito Santo do Pinhal) afirma utilizar prontuário eletrônico.

● Grau de Informatização

Na RS Mantiqueira existe oito hospitais vinculados ao SUS localizados nos seguintes municípios: Aguai (um), Espírito Santo do Pinhal (três), Santa Cruz das Palmeiras (um), São João da Boa Vista (dois), Tambaú (um) e Vargem Grande do Sul (um). Analisando o percentual de informatização hospitalar, observou-se a concentração do percentual de informatização entre 0% a 25%, cujos dados são apresentados na Tabela 51.

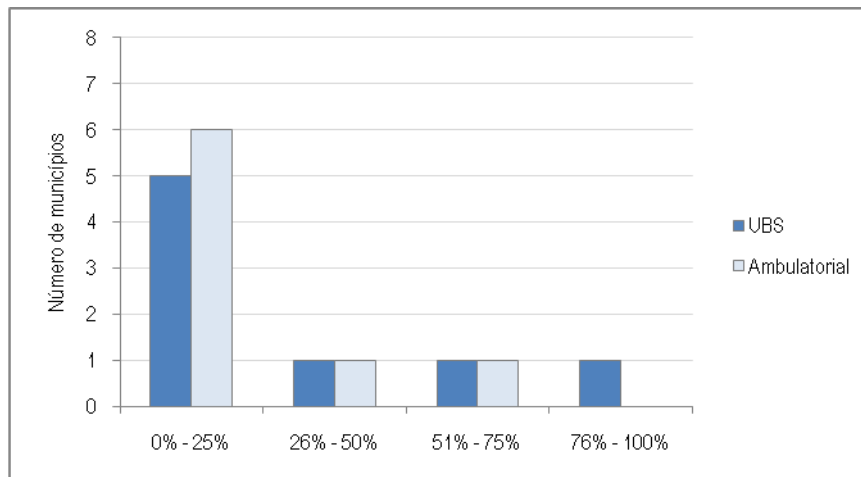
Tabela 51 - Percentual de informatização das unidades hospitalares conveniadas ao SUS, por municípios. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	1% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
São João da Boa Vista				
Espírito Santo do Pinhal	x			
Vargem Grande do Sul		x		
Santa Cruz das Palmeiras			x	
Aguai	x			
Tambaú	x			

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

O Gráfico 14 apresenta o nível de informatização das unidades básicas de saúde e ambulatoriais, que se concentra na faixa de 0 % a 25% na RS Mantiqueira.

Gráfico 14 – Comparação do percentual de informatização das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Ambulatoriais. RS Mantiqueira, 2008.



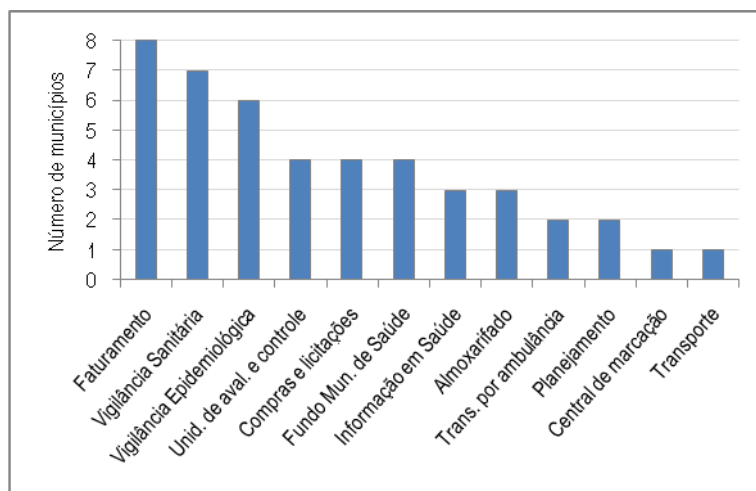
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São

Paulo.

● Outros Sistemas Informatizados

Sobre os outros setores informatizados (Gráfico 15), é possível inferir que, na Região, o setor de faturamento é o mais informatizado (presente em todos os municípios), reproduzindo a tendência nacional. O segundo setor mais informatizado é o das vigilâncias. Como se sabe, a informatização da vigilância epidemiológica traz benefícios, tanto para a notificação de casos, como para a criação de um ambiente colaborativo para a definição de ações e condutas em saúde.

Gráfico 15 - Setores informatizados por número de municípios. RS Mantiqueira, 2008.



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

Paulo.

Conclusões Parciais

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

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

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

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

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

3.6. Gestão do SUS

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

Através desse 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 investimento³⁷.

O Colegiado de Gestão Regional da RS Mantiqueira 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 sobre o processo de regionalização, bem como a sua análise sobre suas atribuições e dinâmica de trabalho.

No que diz respeito ao entendimento sobre o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo, a maior parte dos gestores municipais do CGR Mantiqueira entrevistados acredita que a regionalização é positiva para o sistema de saúde, possibilitando a melhoria da qualidade dos serviços. Segundo os gestores municipais:

- “Os resultados desse processo são bons, pois uniu os municípios e propiciou uma articulação entre os sistemas de saúde”;
- “O processo obriga ao aprendizado de um novo modelo de ação, aliando a função de ser gestor com a de ser parceiro”;
- “Apresenta dois desafios para os gestores: compreender o funcionamento da

³⁷ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 – Pacto de Gestão

Câmara Técnica e trabalhar na perspectiva de consenso geral”.

Quanto à configuração das regiões de saúde, a maior parte dos membros do CGR acredita que o desenho regional definido está adequado, considerando que o critério adotado foi a proximidade entre os municípios. Os gestores referem que processo de configuração regional foi bem conduzido pelo DRS, com a participação ativa dos municípios na definição da Região.

Quanto às pautas das reuniões do colegiado, os gestores avaliam que as pautas são adequadas. A pauta é formulada em reunião anterior, votada pelo Colegiado e organizada segundo assuntos prioritários. A inclusão de novos temas passa pela avaliação do DRS e por aprovação dos gestores.

Já no que diz respeito à periodicidade das reuniões do CGR, a maior parte dos membros do colegiado a avalia como satisfatória. Ressaltam, entretanto, que na maior parte das vezes o representante do município não é o gestor municipal. Referem ainda as frequentes ausências de gestores e técnicos de dois municípios (Tambaú e Santa Cruz das Palmeiras). Cabe ressaltar, novamente, que os Colegiados de Gestão Regional são instâncias gestoras criadas recentemente e se encontram em fase de apropriação do seu papel, bem como em processo de ajustes da sua dinâmica de trabalho.

No que diz respeito à atuação da SES-SP no processo de regionalização do SUS, os gestores referem que a SES constantemente encaminha demandas com tempo muito reduzido para a discussão.

Especificamente quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação dos gestores é positiva. Consideram o Departamento como um parceiro que vem facilitando a implementação da nova dinâmica de trabalho do CGR, apoiando o colegiado no processo de apropriação de suas competências. Além disso, segundo os gestores municipais, o Departamento Regional de Saúde “*não duplica ou disputa ações com o CGR*”.

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

- A proposta preliminar da SES enviado ao CGR, já chegou com as diretrizes e ações bastante definidas, com pouca margem para alterações;
- O prazo para a discussão foi muito curto havendo a “sensação de atropelo”.

Os gestores questionaram ainda a pertinência de uma discussão dessa importância no final da gestão dos municípios, bem como se de fato havia a possibilidade de alterar e acrescentar ações ao Plano.

No que se refere à Programação Pactuada Integrada, os gestores da RS Mantiqueira avaliaram que as reuniões preparatórias ajudaram a aproximar os municípios e que o processo de formulação facilitou a negociação e a pactuação, com o estabelecimento de consensos inéditos entre os municípios da Região.

Quanto ao processo de planejamento regional, ressalta-se mais uma vez que é uma das principais atribuições dos CGRs. Segundo o *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*:

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

3.6.2. Gestão do SUS nos Municípios da Região de Saúde de Mantiqueira

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 e à gestão; os processos e instrumentos de planejamento e gestão; a 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 o que exige dos gestores uma preparação para atender aos desafios cotidianamente colocados.

No que se refere à formação dos secretários municipais de saúde da RS Mantiqueira, observou-se que 5 gestores (63%) têm formação na área da saúde e 3 deles (37%) têm formação em outras áreas do conhecimento, como educação, administração, direito, entre

outras. Dentre os profissionais com graduação em cursos da área da saúde, todos têm formação específica em Saúde Pública.

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

As estruturas organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde são avaliadas por oito gestores municipais (63%) como parcialmente inadequadas. Somente dois municípios (25%) as avaliam como totalmente adequadas e um as avalia (12%) como totalmente inadequada. Alguns municípios dessa Região relatam que as estruturas precisam ser reformuladas para responderem à complexidade do SUS.

Segundo informações obtidas por meio de questionário, todos os municípios da RS Mantiqueira fazem parte de consórcio municipal de saúde, organizados em função da oferta de procedimentos de Atenção Especializada e de Apoio Diagnóstico Terapêutico.

Além dos Consórcios, quatro municípios (50%) utilizam outros tipos de organizações, como ONGs (Espírito Santo do Pinhal e São João da Boa Vista), OSCIP (Santa Cruz das Palmeiras), Universidades (Espírito Santo do Pinhal e Vargem Grande do Sul), com o propósito de apoiar as Secretarias no desenvolvimento de suas atividades. Este estudo não pretendeu aprofundar a especificidade da participação dos consórcios e de outros tipos de organização no apoio à gestão municipal, todavia se supõe existir alguma contribuição nos processos de gestão.

□ **Gerenciamento das Unidades de Saúde**

Um fator que contribui para a organização das atividades realizadas nos serviços de saúde é a existência de cargos de gerentes nas unidades. Apenas quatro municípios (50%) afirmam possuir gerência nas unidades de saúde. Desse total, apenas dois municípios relatam a existência de gerentes em todas as unidades de saúde.

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

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

Municípios	Carga horária profissional	Profissional de nível superior	Profissional concursado
Aguai			
Águas da Prata		x	x
Espírito Santo do Pinhal		x	x
Santa Cruz das Palmeiras			
Santo Antonio do Jardim			
São João da Boa Vista		x	
Tambaú	x	x	x
Vargem Grande do Sul			x

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

Dentre os quatro municípios que apresentam gerentes em unidades de saúde, três municípios (60%) apontam a existência de remuneração diferenciada para essa função.

□ **Processos e Instrumentos de Planejamento e Gestão**

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

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)³⁸ propõe uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de governo na planificação da saúde. O SUS pressupõe que cada esfera realize o seu planejamento, buscando articular entre si os respectivos planos de saúde, a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do Sistema e, ao mesmo tempo, contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais. São instrumentos do PlanejaSUS os Planos de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão.

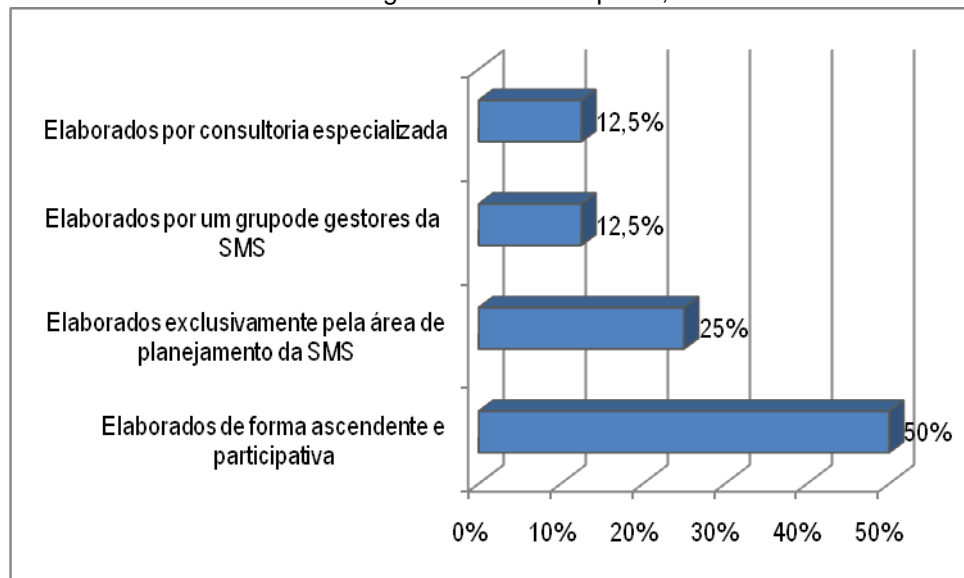
Embora sua criação seja recente e os processos de trabalho ainda estejam se delineando, os CGR devem instituir processos de planejamento regional, que definam: as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

Nessa Região, quatro municípios (50%) elaboram os seus instrumentos de planejamento de forma ascendente e participativa, de acordo com o que preconiza o PlanejaSUS, dois

³⁸ 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.*

municípios (25%) elaboram seus instrumentos exclusivamente pela área de planejamento das Secretarias Municipais de Saúde, em um município (12,5%) os instrumentos são elaborados por um grupo da SMS constituído pelos gestores e um município (12,5%) dessa Região contrata consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão. Isso pode ser visualizado no Gráfico 16, a seguir apresentado.

Gráfico 16 - Percentual de elaboração de planos municipais de saúde e relatórios de gestão. RS Mantiqueira, 2008.



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

Quanto à utilização dos Planos Municipais de Saúde, como instrumentos no processo de gestão do SUS municipal, cinco gestores municipais (63%) indicam que o plano é parcialmente utilizado e três gestores (37%) referem utilizá-lo totalmente. No que diz respeito à utilização do Relatório de Gestão como instrumento no processo de gestão do SUS municipal, cinco municípios (63%) apontam utilizá-los sistematicamente, e três gestores (37%) informam utilizá-lo parcialmente.

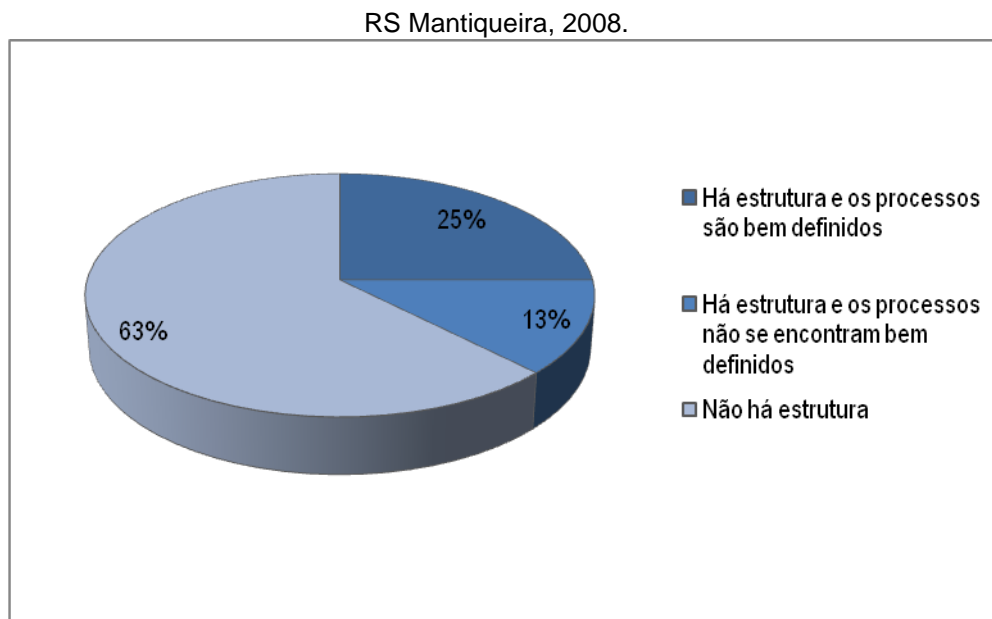
□ **Avaliação e Controle do SUS**

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS, dois municípios (25%) da RS Mantiqueira relatam possuir estruturas e processos bem definidos, um município (13%) aponta a existência de estruturas e processos, porém mal definidos, e oito municípios (63%) informam a inexistência de tais estruturas e processos, como se pode constatar no Gráfico 17. Apesar de alguns municípios relatarem que estão buscando estruturar e qualificar esse processo, a atual

situação tende a demonstrar que há dificuldades, na maior parte deles, com os aspectos relacionados à regulação do sistema.

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

Gráfico 17 - Percentual dos municípios com processos de acompanhamento, avaliação e auditoria do SUS municipal.



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

□ **Financiamento**

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

Dentre os municípios que compõem a RS Mantiqueira, seis municípios (75%) possuem o fundo estruturado e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, entretanto em dois municípios, (25%), o fundo municipal, está 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 cinco municípios da Região (63%) alocam todos os recursos no Fundo,

inclusive os municipais; e três municípios (37%) alocam apenas os recursos municipais e os estaduais.

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

A Tabela 53 evidencia a variação, entre os municípios da Região, no tocante ao total de gastos per capita em saúde, que oscila entre R\$ 174,71 (Vargem Grande do Sul) e R\$ 313,02 (Águas da Prata). 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 a média regional está bem próxima da média estadual.

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

RS Mantiqueira, 2008.						
Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aguai	110,22	127,42	145,46	169,54	198,18	224,01
A Prata	218,95	252,29	231,57	230,34	252,00	313,02
E S Pinhal	132,14	142,28	152,68	186,62	204,16	254,93
S C Palmeiras	89,23	117,13	115,14	154,34	179,37	186,56
S A Jardim	166,26	162,67	181,48	191,74	257,42	301,13
S João B V	149,70	179,15	198,26	221,30	246,54	275,40
Tambaú	94,70	136,71	132,16	152,78	174,93	225,25
Vargem G Sul	73,61	94,41	106,81	118,66	138,62	174,71
RS Mantiqueira	129,35	151,51	157,95	178,17	206,40	244,38

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Todos os municípios da RS Mantiqueira gastam menos de 8% do total de recursos da saúde em medicamentos, conforme mostra a Tabela 66. Segundo informações obtidas junto ao SIOPS, o município de Santo Antônio do Jardim destinou 0% do seu orçamento para a despesa com medicamentos em 2007. Todavia, no questionário da pesquisa, especificamente no item que trata da assistência farmacêutica, esse município informa que destina mais de 7% dos seus recursos destinados a saúde para a aquisição de medicamentos.

Por outro lado, segundo dados do SIOPS (Tabela 54), Aguai é o município com maior gasto percentual da Região com medicamentos (7,31%). Esses dados não permitem detectar nenhuma tendência regional, tendo em vista que há bastante variação entre os anos e entre os municípios. O percentual de recursos destinados a medicamentos, no ano de 2007, no Estado

de São Paulo foi de 13,60%. A média da Região no que diz respeito à destinação desses recursos, está bem abaixo da média estadual.

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

Municípios	2002	2003	2004		2006	2007
Aguai	0,92	3,15	2,58		3,21	7,31
A Prata	0,00	4,05	8,30	3,59	6,43	4,80
E S Pinhal	5,97	1,26	0,99	1,60	2,96	3,70
S C Palmeiras	6,73	10,19	9,61	2,90	3,05	1,51
S A Jardim	6,89	7,86	7,79	8,97	4,98	0,00
S João B V	1,50	2,07	2,16	2,18	4,83	3,23
Tambaú	3,67	0,00	5,90	2,45	0,00	2,22
Vargem G Sul	9,85	4,77	5,87	5,53	4,22	4,02
RS Mantiqueira	4,44	4,17	5,40	3,86	3,71	3,35

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

As despesas com terceiros abrangem os gastos com prestadores de serviços contratados e conveniados pelo SUS municipal. Incluem-se aqui os organismos de apoio à gestão, tais como OS, OSCIP, Universidades e outros. No âmbito desse tipo de gasto (Tabela 55), destaca-se na RS Mantiqueira, com valor bem acima da média regional, os municípios de Santa Cruz das Palmeiras e Espírito Santo do Pinhal, com 59,82% e 45,30%, respectivamente, do seu orçamento destinado a essa modalidade de despesa. A média estadual do percentual de recursos destinados a serviços de terceiros, em 2007, foi de 19,9%, ficando abaixo da média da Região.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aguai	4,96	4,56	7,08	5,37	4,24	3,89
A Prata	11,23	7,70	8,80	8,72	11,34	12,70
E S Pinhal	48,49	43,87	43,40	39,49	44,60	45,30
S C Palmeiras	13,40	45,40	11,89	36,56	43,19	59,82
S A Jardim	17,33	13,68	11,65	8,15	8,98	12,13
S João B V	35,48	34,82	33,96	33,36	32,75	37,93
Tambaú	15,37	8,62	8,83	10,35	9,05	9,52

Vargem G Sul	30,75	33,52	30,90	31,63	31,24	29,25
RS Mantiqueira	22,13	24,02	19,56	21,70	23,17	26,32

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A despesa com investimento abrange os recursos financeiros destinados a reforma, construção e ampliação de serviços de saúde, bem como os equipamentos e mobiliários. Destacam-se nessa Região os municípios de Tambaú, Vargem Grande do Sul e Aguai, que estão com percentual acima da média regional. Por outro lado, a média estadual em 2007 foi de 5,26%, bem maior que a média regional (Tabela 56).

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Aguai	4,48	1,81	5,18	1,66	4,79	1,97
A Prata	4,72	5,47	0,27	1,28	3,07	0,79
E S Pinhal	0,08	1,69	3,13	2,01	1,94	0,76
S C Palmeiras	2,70	6,74	0,43	0,33	1,26	0,84
S A Jardim	6,10	1,38	0,38	0,74	9,95	0,83
S João B V	3,11	3,34	2,76	0,82	2,19	0,08
Tambaú	0,00	1,62	0,24	1,95	7,88	3,30
Vargem G Sul	0,45	2,20	1,40	1,26	0,58	3,18
RS Mantiqueira	2,71	3,03	1,72	1,26	3,96	1,47

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Os dados da Tabela 57 mostram que todos os municípios da RS Mantiqueira vêm aplicando, desde 2002, mais de 15% do seu orçamento próprio em saúde, atendendo aos preceitos constitucionais da Emenda 29.

Tabela 57 Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000 em %. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	2005				
	2003	2004	2005	2006	2007
Aguai	22,62	22,33	22,36	24,19	23,47
A Prata	30,67	34,13	29,03	24,65	24,04
E S Pinhal	18,43	18,81	18,26	19,54	20,32
S C Palmeiras	17,48	20,90	21,61	23,41	25,51

S A Jardim	25,95	26,36	27,44	21,97	24,66	22,96
S João B V	18,04	22,18	22,15	21,26	23,13	21,62
Tambaú	16,06	21,58	20,11	20,33	16,79	18,78
Vargem G Sul	15,58	19,43	20,45	19,03	18,39	20,78
RS Mantiqueira	20,44	23,25	22,67	21,57	22,13	22,40

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Sabe-se que a força de trabalho é imprescindível tanto no processo de gestão quanto no da atenção a Saúde. Além disso, a natureza do processo de trabalho em saúde se caracteriza por requerer profissionais especializados. Isso acaba por gerar um alto impacto dos gastos com pessoal nos recursos destinados à saúde. Os dados referentes à RS Mantiqueira (Tabela 58) 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. A exceção fica por conta dos municípios de Santa Cruz das Palmeiras e Espírito Santo do Pinhal, que apresentam recursos destinados a serviços técnicos de terceiros- pessoa jurídica, bem acima do percentual destinado aos gastos com recursos humanos (Tabela 58).

Tabela 58 - Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde em %. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	2002					
			2005		2006	2007
Aguai	65,83		62,90	63,92	60,50	
A Prata	62,96	60,09	65,59	69,24		65,58 65,01
E S Pinhal	29,64	35,25	34,88	32,06		33,41 30,76
S C Palmeiras	44,02	31,95	53,34	29,55		29,09 27,47
S A Jardim	58,58	62,40	65,10	70,35		59,28 64,53
S João B V	50,00	50,05	51,72	53,67		51,91 52,78
Tambaú	54,73	47,05	55,63	50,86		42,09 45,57
Vargem G Sul	45,24		39,98	45,71	45,90	49,58 48,25
RS Mantiqueira	51,38		49,48	54,90	51,82	49,36 49,36

Fonte: MS/SIOPS, 2008.

Elaboração própria.

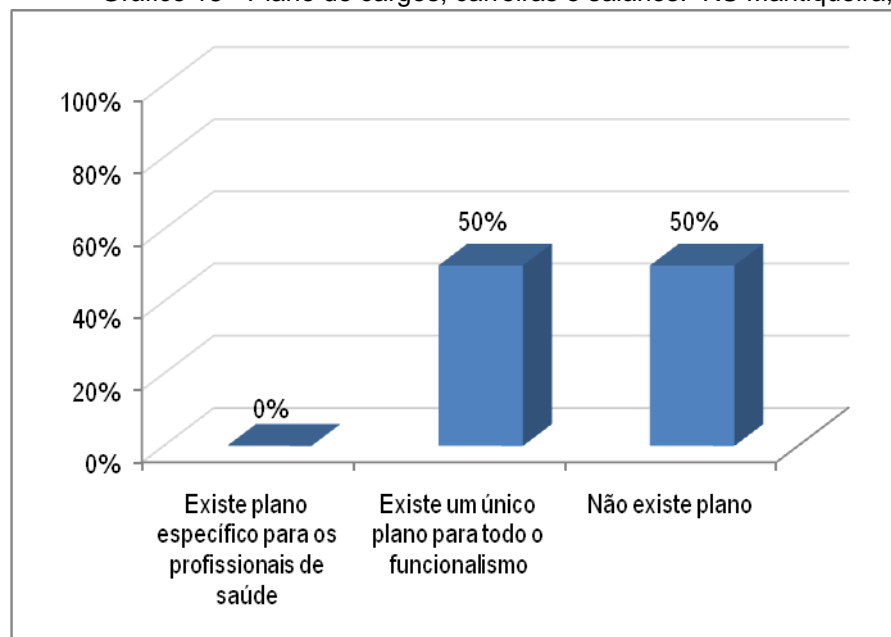
● Gestão dos Recursos Humanos em Saúde

Os recursos humanos em Saúde são os protagonistas do desenvolvimento e qualificação dos sistemas de saúde. Em vários momentos desse estudo, as questões relacionadas à força de trabalho em saúde aparecem como uma das grandes fragilidades do SUS quer pela insuficiência desses profissionais, quer pela qualificação inadequada dos trabalhadores.

Quanto aos mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos na RS Mantiqueira, sete gestores (88%) avaliam tais mecanismos como adequados, e apenas um município (13%) os avalia como parcialmente adequados.

Os Planos de Cargos, Carreiras e Salários consistem em importante instrumento para a gestão dos recursos humanos, bem como uma diretriz do Ministério da Saúde. Na RS Mantiqueira (Gráfico 18), quatro municípios (50%) afirmam não possuir plano; e os outros quatro dos municípios (50%) possuem plano geral para a administração municipal como um todo. Nenhum município apresenta um plano específico para os profissionais de saúde, visando atender às características específicas desses trabalhadores.

Gráfico 18 - Plano de cargos, carreiras e salários. RS Mantiqueira, 2008.



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

Quanto às formas de contratação dos recursos humanos em saúde, pode-se observar a existência de várias modalidades adotadas na RS Mantiqueira, seja através da contratação direta ou indireta. Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos utilizados nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador. Além disso, esta situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento desses dispositivos legais. Apesar dos preceitos legais existentes, muitas dessas formas são utilizadas como forma de transpor os entraves burocráticos que não atendem às necessidades de agilidade na alocação e reposição de pessoal no setor saúde.

Na Tabela 59 são apontadas as formas pelas quais os municípios da Região vêm realizando a contratação de profissionais. Todos os municípios contratam seus trabalhadores por meio de concurso público, em que pese alguns municípios também utilizarem outros mecanismos de contratação.

Tabela 59 - Formas de contratação de Recursos Humanos em Saúde, por município. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Concurso Público	Contratação Temporária	Contratação por meio de organizações	Outras
Aguai	x	x		
Águas da Prata	x			
Espírito Santo do Pinhal	x	x	x	
Santa Cruz das Palmeiras	x		x	
Santo Antonio do Jardim	x			
São João da Boa Vista	x	x	x	
Tambaú	x			
Vargem Grande do Sul	x			x

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

Um dos grandes entraves da gestão dos recursos humanos em Saúde refere-se à dificuldade para contratação e fixação de profissionais de saúde, especialmente o profissional médico. Em que pese o grande número de profissionais formados todos os anos no país, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, a maior parte dos municípios refere uma insuficiência desses profissionais no sistema. Na Tabela 60, pode-se verificar a existência de várias causas ligadas à dificuldade de contratação e fixação de médicos.

Cabe destacar aqui que, dos nove municípios que compõem a Região, três (33%) não apontam dificuldades para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde. Por outro lado, três municípios indicam a ausência ou inadequação de PCCS como um entrave à contratação e fixação desses profissionais. O município de Santa Cruz da Palmeiras relata dificuldades na contratação de alguns especialistas, tais como dermatologistas e neurologistas.

Tabela 60 - Principais dificuldades encontradas para a contratação e fixação de médicos, por município. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Nenhuma	Baixos Salários	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios	Retaguarda técnica insuficiente	Outros
------------	---------	-----------------	---------------------------------	---	---------------------------------	--------

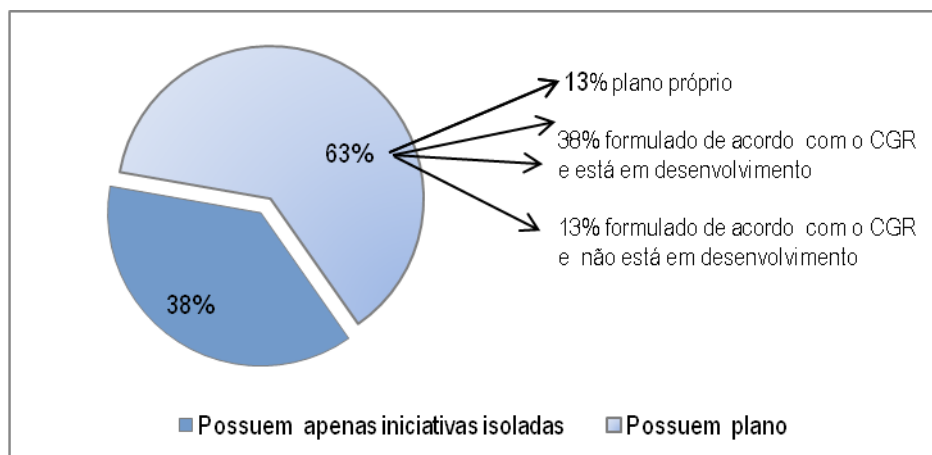
Aguai		x	x	
Águas da Prata	x	x		x
E S Pinhal	x	x		x
S C Palmeiras				x
S A Jardim				x
S João Boa Vista	x			
Tambaú	x			
Vargem G do Sul	x			

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

Outro aspecto considerado neste estudo diz respeito aos processos de educação permanente em saúde. A *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS* é considerada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para Formação e Desenvolvimento de trabalhadores do setor. A publicação da Portaria MS/GM nº 1.996/2007 reitera que a responsabilidade em efetivar as diretrizes da Educação Permanente em Saúde nos Estados deve ser compartilhada entre os gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das Instituições de Ensino, das Escolas Técnicas do SUS, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. A necessária conjugação de esforços nessa área reforça o papel dos 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 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, através do questionário da pesquisa, que somente um município da RS Mantiqueira possui um plano organizado direcionado às iniciativas de educação permanente. Quanto à formulação do plano de educação permanente da Região, dos quatro municípios, três reconhecem que o plano foi formulado de acordo com as prioridades definidas no CGR e está em desenvolvimento, e um município afirma que o plano, apesar de formulado respeitando as prioridades definidas, ainda não está em desenvolvimento (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Existência de Plano de Capacitação para os profissionais de saúde. RS Mantiqueira, 2008.



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

A existência de uma estrutura de gestão 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 que a maior parte das secretarias municipais de saúde da RS Mantiqueira, 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 a Tabela 61, sete municípios (88%) da Região, não apresentam estruturas próprias voltadas à gestão dos Recursos Humanos em Saúde, o que demonstra uma clara necessidade de uma melhor estruturação dessas Secretarias para contribuir com a qualificação do processo de gestão das relações de trabalho.

Tabela 61 - Existência de setor próprio voltado à gestão de recursos humanos, por município. RS Mantiqueira, 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
Aguai	x			
Águas da Prata	x			
E S Pinhal		x		
S C Palmeiras	x			
S A Jardim	x			
S João B V	x			

Tambaú		x	x
Vargem G Sul	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 e contribuem para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho. 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. 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 RS Mantiqueira, apenas três municípios (38%) informaram possuir sistema de informação específico para Recursos Humanos.

Quanto aos canais de negociação coletiva, sabe-se que se constituem em mecanismos necessários para o enfrentamento adequado dos conflitos resultantes das relações entre gestores e trabalhadores. O estabelecimento de acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho. Todavia, essa não é a realidade na maioria dos municípios da Região, já que apenas três gestores municipais (38%) referem 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 que vem colaborando para a fixação ou não dos profissionais. Na RS Mantiqueira, cinco gestores municipais (63%) relatam a adequação dos salários de seus profissionais, e apenas três municípios (37%) consideram que os salários se encontram inadequados 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 Mantiqueira 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, 88% dos gestores municipais afirmaram que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida; e 12% 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 100% dos municípios da RS Mantiqueira realizam as Conferências Municipais de Saúde com a periodicidade mínima exigida.

Conclusões Parciais

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

Quanto às formas de organização e gestão regional na RS Mantiqueira, 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 instituem o processo de planejamento regional, definam as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a PPI da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento regional.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e no do Estado.

No que diz respeito ao fortalecimento da capacidade gestora dos municípios, algumas considerações merecem destaque. Quanto às estruturas organizacionais das secretarias municipais, ressalta-se a necessidade de se buscar adequá-las para o cumprimento das funções gestoras do SUS. Ainda nesse sentido, sugere-se também implantar a gerência em todos os serviços de saúde existentes nos municípios da Região, com critérios de escolha bem definidos e remuneração 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.

Já no tocante a avaliação e controle do SUS, uma série de fragilidades se evidenciou 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 à avaliação e controle; a ausência de protocolos de encaminhamento regionais bem como a programação definida em função da oferta de serviços e não da demanda existente.

No que se refere ao financiamento em saúde, verificou-se a necessidade de cumprimento da legislação do SUS quanto ao funcionamento dos fundos municipais de saúde, já que alguns municípios não os têm sob responsabilidade das secretarias municipais de saúde. Por outro lado, merece destaque que todos os municípios da RS Mantiqueira vêm cumprindo os preceitos constitucionais, no que se refere a destinação de recursos municipais a saúde.

A gestão dos recursos humanos em Saúde é um dos maiores desafios a ser superado na gestão do SUS na RS Mantiqueira. Grande parte dos municípios investigados apontou dificuldades para contratação e fixação de médicos. Nesse sentido, há a necessidade de uma revisão das estratégias até aqui adotadas, assim como investimento na constituição de planos de cargos, carreiras e salários nos municípios, que atendam às especificidades do setor saúde. Trata-se, entretanto, de uma questão bastante complexa, que envolve um conjunto de fatores e que, portanto merece um maior aprofundamento para sua análise. A maior parte dos municípios da Região não possui estruturas e processos voltados ao planejamento e gestão de recursos humanos nas secretarias, o que acaba por dificultar a implementação da política voltada ao setor. Outra fragilidade detectada diz respeito à ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho e a outros dados necessários à gestão dessa área. Observou-se ainda que os municípios têm tido dificuldades em elaborar e implantar os Planos de Educação Permanente, apresentando iniciativas isoladas, sem articulação com as outras prioridades definidas para a gestão municipal.

Entende-se que o enfrentamento desses desafios no âmbito dos sistemas de gestão municipal e regional é essencial para a qualificação do processo de estruturação da regionalização, já em curso nessa Região de Saúde.

3.7. Gestão do Cuidado

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

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

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

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

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

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

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

Na adesão ao *Pacto pela Vida*³⁹ foram definidas patologias e agravos a serem prioritariamente enfrentados no país. No Estado de São Paulo, durante o processo de formulação do *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*, outras patologias e agravos foram incorporados nessa priorização⁴⁰.

Assim é que hoje no SUS em São Paulo busca-se enfrentar os seguintes agravos e/ou patologias: hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças isquêmicas do coração e doenças cérebro vasculares; câncer de colo uterino; câncer de mama; câncer de cólon e reto; câncer da cavidade oral; tumor de próstata e agravos relacionados à violência e acidentes; agravos relacionados ao período pré e neonatal; doenças agudas transmissíveis e doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses (dengue; leishmaniose visceral americana; raiva; febre maculosa e infecções hospitalares; poliomielite; sarampo; rubéola; vírus influenza; e, meningites bacterianas); tuberculose; hanseníase; HIV/Aids e hepatites B e C.

A análise sobre o cuidado em saúde na RS Mantiqueira 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 sete (7) dos oito (8) municípios que compõem a RS Mantiqueira.

No entanto, as informações mais pormenorizadas referentes a essa utilização por nível de atenção e agravo e/ou patologia indicam grande diversidade conforme pode ser observado nas tabelas a seguir apresentadas.

A Tabela 62 apresenta os dados referentes à utilização de protocolos clínicos para Hipertensão Arterial.

Tabela 62 – Utilização de protocolos clínicos para hipertensão. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Aguai				
Águas da Prata	x	x		
Espírito Santo do Pinhal	x	x		
Santa Cruz das Palmeiras	x	x	x	x

³⁹ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

⁴⁰ Além da dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza priorizadas no Pacto pela Vida o Plano Estadual de São Paulo ampliou o número de doenças emergentes a serem enfrentadas. Ver página 85 do Plano.

Santo Antônio do Jardim	x	
São João da Boa Vista	x	x
Tambaú	x	x
Vargem Grande do Sul	x	

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

Na Região, sete municípios declaram utilizar protocolos clínicos para Hipertensão Arterial na atenção básica, cinco na atenção ambulatorial especializada e um na atenção especializada hospitalar e de urgência e emergência.

A Tabela 63 apresenta a utilização de protocolos clínicos para Diabetes Mellitus.

Tabela 63 – Utilização de protocolos clínicos para diabetes. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Aguai				
Águas da Prata	x	x		
Espírito Santo do Pinhal	x	x		
Santa Cruz das Palmeiras	x			
Santo Antônio do Jardim	x			
São João da Boa Vista	x	x		
Tambaú	x	x		x
Vargem Grande do Sul	x			

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

Observa-se que todos os oito municípios informam utilizar protocolos clínicos para Diabetes Mellitus na atenção básica, quatro na atenção ambulatorial especializada e apenas um na atenção de urgência e emergência.

No que diz respeito a protocolos referentes ao câncer de colo uterino e de mama, notase que sete municípios declaram utilizá-los na atenção básica sendo que destes, três (3) também os utilizam na atenção ambulatorial especializada (Tabela 64). Assim mesmo, não se pode inferir nada a respeito da articulação desses protocolos.

Tabela 64 – Utilização de protocolos clínicos para câncer de colo uterino e mama.
RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Aguai				
Águas da Prata	x		x	
Espírito Santo do Pinhal	x		x	
Santa Cruz das Palmeiras	x			
Santo Antônio do Jardim	x			
São João da Boa Vista	x		x	
Tambaú	x			
Vargem Grande do Sul	x			

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

Já no que diz respeito à atenção pré e neonatal, nota-se que sete municípios da Região referem utilizar-se de protocolos na atenção básica, apenas três na atenção ambulatorial especializada e um na urgência e emergência (Tabela 65).

Tabela 65 – Utilização de protocolos clínicos para pré-natal e atenção neonatal. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Aguai				
Águas da Prata	x		x	
Espírito Santo do Pinhal	x		x	
Santa Cruz das Palmeiras	x			
Santo Antônio do Jardim	x			
São João da Boa Vista	x		x	
Tambaú	x			x
Vargem Grande do Sul	x			

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

A Tabela 66 apresenta a utilização de protocolos para tumor de próstata, onde se pode observar que dois municípios referem utilizá-lo na atenção básica e outros dois na atenção especializada.

Tabela 66 – Utilização de protocolos clínicos para tumor de próstata. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Aguai				
Águas da Prata		x		
Espírito Santo do Pinhal				
Santa Cruz das Palmeiras				
Santo Antônio do Jardim	x			
São João da Boa Vista				
Tambaú	x			
Vargem Grande do Sul			x	

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

No caso do enfrentamento de violências e acidentes 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 cinco municípios na atenção básica (Tabela 67). Dentre esses, São João da Boa Vista refere utilizar esse protocolo em todos os outros segmentos da atenção especializada; Espírito Santo do Pinhal refere utilizar também na atenção ambulatorial especializada; Tambaú também na urgência e emergência.

Águas da Prata refere utilizar esse protocolo apenas na atenção de urgência e emergência.

Tabela 67 – Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Aguai				
Águas da Prata				x
Espírito Santo do Pinhal	x	x		
Santa Cruz das Palmeiras				

Santo Antônio do Jardim	x			
São João da Boa Vista	x	x	x	x
Tambaú	x			x
Vargem Grande do Sul	x			

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

Em relação à utilização de protocolos na Atenção Básica, pode-se afirmar que apenas o município de Aguai refere não utilizar protocolo para nenhum dos agravos priorizados. Entre os demais municípios todos referem utilizá-los para hipertensão arterial; diabetes, câncer de colo uterino e mama e no atendimento pré-natal e neonatal. Apenas para violência e acidentes e tumor de próstata que essa utilização na atenção básica é menos significativa.

Já em relação à utilização de protocolos na atenção especializada é bem menos expressivo o número de municípios que referem utilizá-los para alguma das patologias ou agravos priorizados. Cabe ainda ressaltar que não se pode inferir nada sobre a articulação desses protocolos quando utilizados na atenção básica e especializada, mesmo que prestada em serviços localizados em outros municípios.

Considerando que nessa Região, todos os municípios dispõem de serviços ambulatoriais e de algum tipo de serviço de urgência e emergência e, apenas um município não dispõe de leitos hospitalares contratados pelo SUS, pode-se afirmar que a utilização de protocolos clínicos na atenção básica é mais significativa que em qualquer componente da atenção 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. Mesmo considerando que alguns avanços foram relatados quanto ao uso de protocolos, foram as seguintes as principais dificuldades apontadas:

- Falta de processos de capacitação voltados a essa finalidade;
- Alta rotatividade de profissionais;
- Baixa adesão dos profissionais aos protocolos instituídos;
- Indisponibilidade de alguns exames preconizados nos protocolos existentes;

Isso 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/Clinica

Quanto à existência de iniciativas de Supervisão Técnica/Clinica voltadas à qualificação do cuidado, observou-se nos municípios da RS Mantiqueira a presença dessas atividades em relação à atenção básica em sete dos oito municípios da Região. Já em relação à algum dos componentes de atenção especializada, essa atividade é referida apenas pelos municípios de Águas da Prata, Tambaú, Vargem Grande Paulista e Santo Antonio do Jardim (Tabela 68), mesmo considerando que todos os outros municípios desenvolvem algum serviço considerado de atenção especializada.

Tabela 68 – Utilização de iniciativas de supervisão técnica/clínica. RS Mantiqueira, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Aguai				
Águas da Prata	x	x		x
Espírito Santo do Pinhal	x			
Santa Cruz das Palmeiras	x			
Santo Antônio do Jardim	x			x
São João da Boa Vista	x			
Tambaú	x	x	x	x
Vargem Grande do Sul	x		x	

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

Quanto às características dessas atividades de supervisão clínica, observa-se que elas são apontadas como processos pontuais por quatro municípios, ocorrendo sob demanda das equipes em três deles. São desenvolvidas por técnicos das próprias secretarias municipais de saúde em sete municípios.

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

- Dificuldades de aceitação por parte dos profissionais;
- Falta de recursos humanos para implantar esse processo;
- Ausência de processos de capacitação de profissionais voltados ao exercício dessa atividade.

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

3.7.3. Processos de Capacitação

O Tabela 69 apresenta os processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões sanitárias que guardam correspondência com o DRS de São João da Boa Vista.

Tabela 69 - Número de municípios que desenvolveram processos de capacitação no último ano nas regiões que compõem a Região do DRS São João da Boa Vista, 2008.

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

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

Em relação a esses processos de capacitação voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, pode-se observar que nessa Região, apenas para o enfrentamento de violências e acidentes, não foi desenvolvida nenhuma iniciativa durante o último ano.

Dos municípios da Região, cinco afirmam realizar processos de capacitação por iniciativa própria.

Através das entrevistas realizadas, foi possível identificar um conjunto de avanços existentes e também um conjunto de dificuldades apontadas pelos gestores dessa Região, no que diz respeito aos processos de capacitação. São aqui apresentadas as principais dificuldades citadas:

- Baixa disponibilidade e falta de interesse dos profissionais;
- Grande rotatividade de profissionais na rede;
- Falta de estrutura adequada a essa finalidade no município.

Conclusões Parciais

As ações elencadas a respeito do cuidado em saúde nessa RS Mantiqueira permitem indicar a necessidade premente de se implantar um conjunto de medidas voltadas à ampliação, integração e qualificação das iniciativas existentes.

Recomenda-se aos gestores do SUS na Região, a definição de medidas conjuntas que considerem a definição de protocolos clínicos e a estruturação de linhas de cuidado; a formulação e a implementação de um Plano de Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde; e, a adequação dos processos de trabalho que incluam o desenvolvimento de atividades de supervisão técnica/clínica aos profissionais dos vários serviços públicos de saúde.

O maior desafio será, com certeza, implementar um novo processo de gestão do cuidado, de caráter regional, que consiga congregiar esforços e aproveitar capacidades institucionais e profissionais existentes na Região na definição e implementação de protocolos clínicos, programação em saúde e estruturação de linhas de cuidado para toda a rede de atenção à saúde da Região.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do desenvolvimento do presente estudo foi possível levantar um conjunto de observações referentes às características dessa Região e às condições de vida e saúde de sua população, bem como detectar fortalezas e fragilidades presentes no SUS regional. É a partir da análise realizada e exposta nos capítulos anteriores, que se apresenta essa síntese a título de considerações finais, visando contribuir com a definição de medidas que venham a qualificar o Sistema Único de Saúde na Região.

A Região de Saúde Mantiqueira 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 à qualificação do cuidado em saúde.

Reconhece-se, por outro lado, que houve significativos avanços durante a última década na organização do sistema público de saúde, especificamente no que se refere ao aumento da cobertura populacional, à ampliação da capacidade instalada dos serviços de saúde e ao aprimoramento dos mecanismos de gestão desse sistema.

Entretanto, apesar desses avanços, várias fragilidades foram observadas no SUS da Região. Pode-se afirmar que parte significativa dessas fragilidades relaciona-se diretamente a limites apresentados pelo sistema em âmbito nacional. Sem dúvida, percebe-se o impacto do crônico subfinanciamento a que está submetido o sistema, bem como do modelo fragmentado de atenção hoje predominante. Por outro lado, foi possível perceber que essa situação também

é decorrente de dificuldades de natureza organizacional das redes de serviços de saúde existentes.

Pode-se destacar, como as principais fragilidades detectadas na RS Mantiqueira, inadequações diversas na Atenção Básica; o déficit de oferta de algumas especialidades médicas, coexistindo com o superávit de outras; a insuficiência e inadequação dos processos de regulação; a existência de deficiências relacionadas aos vários componentes do sistema logístico, a ausência de estratégias adequadas voltadas ao enfrentamento das questões relacionadas à gestão do trabalho em saúde; a inadequação das estruturas organizacionais para atender às exigências do SUS e a incipiência dos processos relacionados à gestão do cuidado.

Para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde, é imprescindível que as ações e atividades de Atenção Básica sejam resolutivas, visando a assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade. Tais ações e atividades que, no SUS, são de competência dos municípios devem considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independente do modelo escolhido, pelas seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento ao usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; e, análise de risco. Para que a atenção básica nessa Região possa ser organizadora do sistema de saúde, seu modelo necessita ser aprimorado. Recomenda-se, assim, o desenvolvimento e implantação de um Programa de Qualificação da Atenção Básica, sob a responsabilidade de cada município, que inclua: a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a construção de algumas novas unidades onde se mostrar necessário; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; a implantação de gerências nas unidades básicas de saúde; a implantação de protocolos clínicos consensuados e a organização de equipes de apoio técnico e referência clínica.

No que se refere às ações de Saúde Pública, os avanços na definição de competências dos diferentes entes federativos e na implementação de instrumentos de planejamento e pactuação das ações se refletiram positivamente na Região, na medida em que as áreas de Vigilância Epidemiológica e Sanitária apresentam estruturas em todos os municípios, contando com equipes multiprofissionais em número adequado na maior parte deles.

Além disso, o desenvolvimento das ações na área de VE encontra-se em estágio mais avançado, uma vez que todas as suas ações foram assumidas pelos municípios e muitas vezes descentralizadas para as unidades de saúde. Por outro lado, as ações de VS são parcialmente desenvolvidas por apenas alguns municípios e complementadas pelo Estado.

Quanto ao desenvolvimento de ações voltadas a saúde ambiental e do trabalhador, é possível detectar fragilidades, tendo em vista que somente parte dos municípios realiza algumas ações nessas áreas, indicando a necessidade de melhor organização e qualificação dos processos de trabalho na Região.

Já no tocante às atividades relacionadas à Atenção Especializada de média complexidade, sejam elas ambulatoriais ou hospitalares, bem como às relacionadas ao apoio diagnóstico que se mostram sensíveis à lógica de produção em escala, deve-se proceder a um planejamento de caráter regional, no sentido de ampliar o aproveitamento dos recursos existentes e garantir a qualidade da atenção ofertada em função das necessidades de saúde da população da Região.

Como possíveis alternativas para que se viabilizem essas questões, destacam-se: otimização da utilização dos leitos existentes; a organização de centros de apoio diagnóstico regionais, que respeitem as características da oferta de serviços da Região e que promovam o melhor aproveitamento de suas capacidades institucionais e a complementaridade entre elas; e, a adequação dos processos de contratualização e regulação existentes.

Cabe, no entanto, ressaltar que, no que se refere à atenção de alta complexidade, o processo de planejamento mesmo que considerando as especificidades da Região, deve ser definido em âmbito estadual.

Nessa perspectiva, o Colegiado de Gestão Regional deve responsabilizar-se pela construção de novos consensos que, respeitando a vocação de cada unidade assistencial, imprimam nova lógica na oferta de ações e serviços especializados e de apoio diagnóstico e que contribuam com a qualificação da atenção especializada a saúde na Região.

Já no que diz respeito à área de Urgência e Emergência, ressalta-se em primeiro lugar o grande volume de consultas aí produzidas que atinge até quatro vezes mais do que o preconizado pelo MS, apontando a necessidade de avaliar o grau de resolutividade dos diferentes níveis de atenção. Faz-se necessário também, caracterizar com maior precisão o perfil das unidades existentes na Região, de modo a adequá-las à política nacional e às reais necessidades de saúde da Região. Ressalta-se a importância de que adequação e/ou reorganização de seus componentes fixos e móveis deva ser feita na lógica regional.

Em relação ao Sistema Logístico, há que se estimular a integração entre os municípios, sempre que possível. O compartilhamento do sistema de transporte sanitário de pacientes, bem como um novo fluxo regional para a coleta e o transporte de resíduos de serviços de saúde na Região, poderá imprimir maior racionalização nesse sistema, uma vez que propiciam a otimização de recursos e a redução de riscos. Ressalta-se ainda a necessidade de todos os

municípios 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. Essa iniciativa, aliada à informatização do processo de agendamento e a reorganização das Centrais de Regulação de Acesso, com certeza propiciará maior integração do sistema regional favorecendo o acesso ao usuário a todas as unidades do sistema.

No que se refere à Gestão do Sistema, deve-se buscar a melhor estruturação das Secretarias Municipais de Saúde para qualificar seu desempenho.

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde é um dos grandes desafios a 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 Mantiqueira venham cumprindo os preceitos constitucionais relativos à destinação de recursos municipais à saúde deve-se buscar a vinculação imediata dos Fundos Municipais de Saúde a todas as SMS.

Já no tocante à Avaliação e Controle do SUS, há necessidade de se ampliar e/ou melhor adequar as estruturas, bem como definir processos e instrumentos voltados à avaliação e controle visando aumentar a governabilidade sobre prestadores e, melhor definindo a programação em função das necessidades em saúde da Região.

Considerando a importância estratégica dos atuais processos de regionalização do SUS em curso no país orientados pelo *Pacto de Gestão*, deve-se ressaltar a possibilidade de estabelecimento de processos de pactuação mais flexíveis e adequados à realidade sanitária de cada Região. Os processos e os instrumentos decorrentes do Pacto por outro lado, exigem uma maior capacidade de articulação dos gestores e dos organismos do SUS favorecendo a integração e a implementação de uma nova lógica de gestão regional.

No caso do Estado de São Paulo, esse processo está em perfeita consonância com a Política Estadual de Saúde que, nesse momento, vem desenvolvendo um conjunto de iniciativas visando ao fortalecimento da regionalização em todo o estado.

Nessa perspectiva, deve-se ressaltar que é essencial que se busque o aprimoramento dos processos de planejamento e gestão regional no âmbito do Colegiado de Gestão Regional. Cabe assim assinalar a necessidade de definição e encaminhamento de um conjunto de medidas estratégicas que devem ser objeto da agenda do CGR nessa direção.

No que diz respeito à qualificação do cuidado em saúde nessa Região conforme já referido neste estudo, deve-se perseguir a implementação de um novo processo de gestão do cuidado de caráter regional que consiga congregar esforços e aproveitar as capacidades institucionais e profissionais existentes para: definição e implementação de protocolos clínicos e de programação em saúde; estruturação de linhas de cuidado para toda a rede de atenção; formulação e implementação de um plano de desenvolvimento dos profissionais de saúde; e, adequação dos processos de trabalho que incluam o desenvolvimento de atividades de supervisão técnica/clínica aos profissionais dos vários serviços.

O grande desafio parece, pois, estar na construção de um sistema integrado que, respeitando a autonomia de gestão de cada município consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando a garantir o acesso, uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas.

A análise diagnóstica realizada evidencia a necessidade de uma abordagem regional na gestão dos problemas e das soluções, apontando a possibilidade de estruturação da rede regional de atenção à saúde. A estruturação dessa rede exige, além de investimentos na qualificação de cada um de seus componentes (unidades de atenção à saúde, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema logístico e sistema de gestão), a cooperação solidária dos municípios da Região sanitária.

Reconhecendo esses como os principais encaminhamentos necessários à consolidação do SUS na RS Mantiqueira, desenvolveu-se o presente estudo buscando subsidiar a elaboração do Plano Regional de Saúde, entendendo-o como um potente instrumento de articulação e gestão, cuja formulação e implementação devem dar-se por meio do esforço compartilhado dos gestores de saúde da Região, no âmbito do CGR. Certamente, o conjunto de medidas daí decorrentes irá refletir positivamente na qualidade da atenção à saúde ofertada na Região, cumprindo assim os preceitos do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2008. (Col. Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8.). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2009. Acesso em: 18 fev. 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: 18 fev. 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: 18 fev. 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: 18 fev. 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: 18 fev. 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: 18 fev. 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: 18 fev. 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: 18 fev. 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 fev. 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 fev. 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 fev. 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: 16 maio 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: 16 maio 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: 16 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 16 maio 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: 16 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *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: 16 maio 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: 14 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *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: 14 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Coordenação de Integração Programática. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: MS, 2006. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf>
Acesso em: 14 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistemas de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. 3. ed. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 14 mar. 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: 14 mar. 2009.

BRASIL. Presidência da República. *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento*. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2007. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 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: 14 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: 14 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=S167949742007000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 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: 14 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: 14 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2009.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Maria Glória. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*, n. 5, 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: 14 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: 14 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 14 mar. 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: anos 2008-2009.

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: 14 fev. 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: <

tp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DLCIB-153_2007.pdf>. Acesso em: 14 fev. 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: 14 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: 14 fev. 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 : ano 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: 14 fev. 2009.

SÃO PAULO. *Lei Complementar Estadual nº 870, de 19 de junho de 2000*. Cria a Região Metropolitana de Campinas. Diário Oficial do Estado, p. 2, 20 de jun. 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: 14 fev. 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: 14 fev. 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: 14 fev. 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 10 fev. 2009.

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

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



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS **N**

EP P

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

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

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br

