

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE PIRACICABA



CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE

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

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

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

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

COORDENAÇÃO
CARMEM CECÍLIA DE CAMPOS LAVRAS

COORDENADOR ASSOCIADO
CARLOS RAUL ETULAIN

Universidade Estadual de Campinas



Reitoria

Prof. Dr José Tadeu Jorge

Pró-reitorias

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

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

Luís Alberto Magna
Pró-Reitor de Graduação - PRG

Gláucia Pastore
Pró-Reitor de Pesquisa - PRP

Rachel Meneguello
Pró-Reitor de Pós-Graduação - PRPG

Centros e Núcleos

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

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

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

Produção Editorial: NEPP-Publicações

CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE / Núcleo de Estudos de Políticas Públicas / UNICAMP. - nº. 08, 2014 - Campinas, SP.: PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

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

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

Considerações Éticas:

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



DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE PIRACICABA

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

AGOSTO/2009

Pesquisadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pesquisadores de campo

Carla Priscila Linarelli
Psicóloga

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

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

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

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

Rafaela Rodrigues Cheche
Psicóloga

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

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

Consultoras

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

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

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL	16
2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE PIRACICABA	35
3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE PIRACICABA	66
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	163
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE PIRACICABA

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

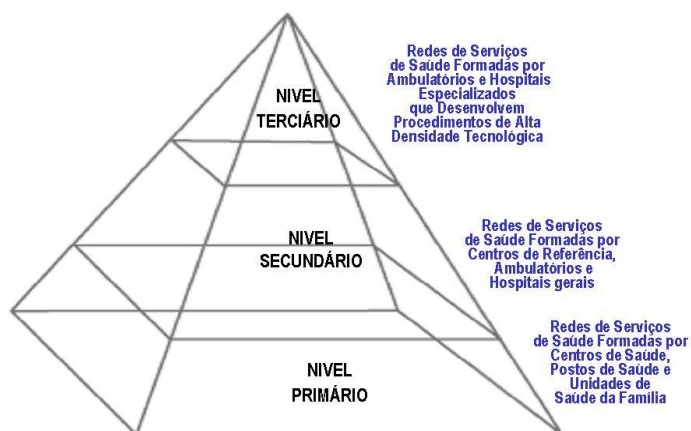
Entende-se por **sistema de saúde** um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar uma resposta aos problemas de saúde de uma determinada população. Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado recentemente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

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

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

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

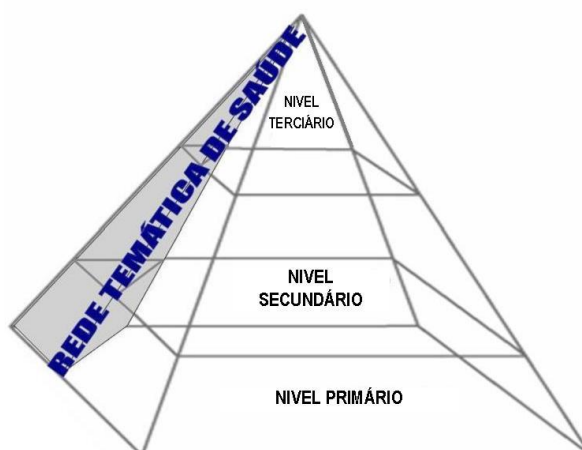
Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados



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

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

Figura 2 - Representação de Rede Temática de Saúde



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

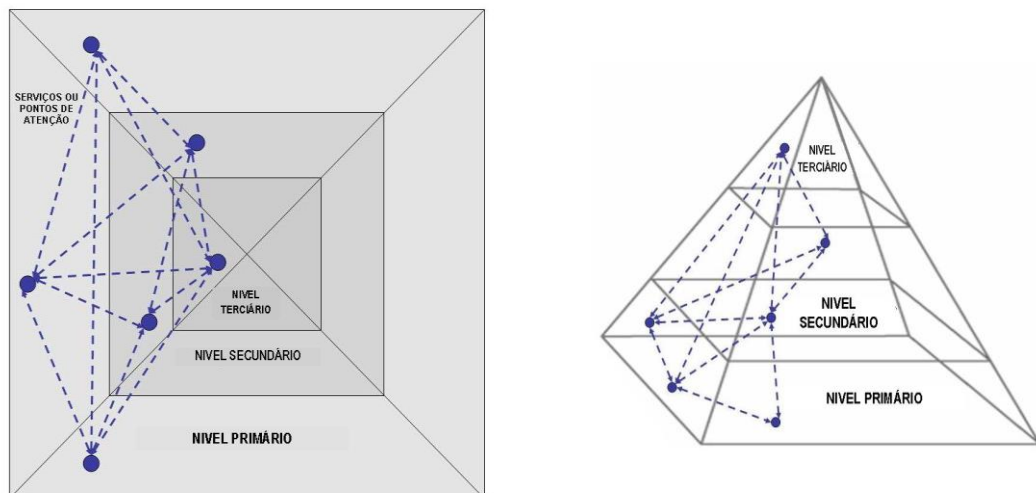
Em processos de planejamento e/ou de reorganização de sistemas de saúde, a identificação das redes de serviços de saúde por nível hierárquico do sistema e de redes temáticas mostra-se necessária, por possibilitar uma melhor avaliação da oferta em função

das necessidades de saúde existentes. No entanto, a percepção de sistemas de saúde apenas por níveis hierárquicos e/ou por redes temáticas não contribui para que se supere a fragmentação desses sistemas, em que a falta de articulação entre os níveis compromete a qualidade e a resolutividade da assistência prestada aos usuários. O desafio, nesse caso, encontra-se então na organização de sistemas integrados de saúde, em que essas modelagens sejam acrescidas de outra que possibilite maior integração das ações e serviços de saúde ofertados.

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

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

Figura 3 - Representação de Rede de Atenção à Saúde



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

O desenho das redes de atenção à saúde deve ser realizado através de uma relação dialética dos princípios de economia de escala, de escopo e de qualidade no acesso aos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

vantagens que podem ser destacadas nessa acepção de governança contemplam duas dimensões: o processo (envolvendo conflitos, negociações, coordenação) e os resultados (os programas e as políticas públicas).

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

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

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

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

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

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

culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

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

1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

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

1.1. O Estado de São Paulo

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

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



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

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

Utilizando-se a terminologia de Milton Santos (2002), poder-se-ia classificar o Estado de São Paulo, hoje, como um espaço *luminoso* no contexto brasileiro e continental, em que pese a também inegável parcela de porções espaciais *opacas*, marcadas pela precariedade sanitária, pela insuficiência educacional e ambiente social de violência e exclusão. Permanecem as favelas e outras mazelas urbanas, enquanto a expansão imobiliária agrega notáveis recortes de zona rural para a implantação de condomínios residenciais de alto padrão. De todo modo, apresenta um dinamismo econômico que se manifesta na participação aproximada de 1/4 da produção agrícola nacional, 1/3 das exportações e 2/5 da produção industrial; na manutenção da infraestrutura viária e consolidação do transporte público, na urbanização de pequenas cidades do interior, na implantação de novas unidades industriais, com destaque para a produção de álcool combustível e para os setores de informática e eletrônica, na expansão do consumo e na crescente contribuição dos centros de pesquisa para o desenvolvimento de produtos e tecnologias (CANO, 2007).

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

Em função desse quadro, o executivo paulista tem utilizado, principalmente nas últimas décadas, o instrumento da regionalização. Em 1967, foi instituído um recorte territorial em conformidade com a clássica visão geográfica do conceito *região*, ou seja, reconhecendo os principais polos e subpolos urbanos que balizam os fluxos geoeconômicos e compartimentando o território do Estado por inteiro. Três anos depois, alguns ajustes foram incorporados (Decreto nº. 52576/70), e o governo do Estado passou a operar com base em 11 Regiões Administrativas (RA)⁸. Nos anos 80, essas regiões foram subdivididas em 43

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

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

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



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

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

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

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

as Regiões Metropolitanas têm uma estrutura jurídica que lhes garante certa autonomia, através do Conselho de Desenvolvimento.

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

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

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

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



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

1.2. O Território Correspondente ao Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba

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

Mapa 4 - Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba.



----- Limites da Região Metropolitana de Campinas

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

Pode-se usar a palavra diversificação para caracterizar a economia dessa grande área. Ao lado da indústria, que tem presença marcante nas regiões de Piracicaba (nos ramos metal-

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

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

mecânico, de máquinas e equipamentos, de implementos agrícolas, de papel e celulose, biocombustíveis e alimentos), de Limeira (metal-mecânica, autopeças, máquinas e ferramentas, papel e celulose, joias e vestuário), de Rio Claro (indústria mecânica, elétrica e de alimentos) e de Araras (especialmente o ramo metal-mecânico), observa-se uma agricultura bem estruturada no agronegócio vinculado, sobretudo, à produção do álcool, açúcar e da citricultura, e um segmento de serviços em processo de expansão e diferenciação.

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

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

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

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

1.3. A Região de Saúde Piracicaba

A Região de Saúde Piracicaba é composta por 11 municípios: Águas de São Pedro, Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Mombuca, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Maria da Serra e São Pedro, como destacado no Mapa 5.

Mapa 5 - Região de Saúde Piracicaba



- - - Limites da Região Metropolitana de Campinas

A formação territorial da RS Piracicaba deu-se a partir da fragmentação do município de Itu. Esse processo, iniciado no século XIX, permanece por cerca de dois séculos, se for considerada a recente emancipação de Saltinho. A partir de Itu, três linhagens deram origem aos atuais municípios da Região: Porto Feliz, Piracicaba e Monte Mor, como explicitado no Quadro 1.

Quadro 1 - Genealogia Municipal na RS Piracicaba.



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

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

Localizada inteiramente nos domínios da Depressão Periférica Paulista, nas bacias do Piracicaba e Capivari, e junto à calha do Tietê, a Região de Saúde Piracicaba apresenta topografia e solos bastante apropriados para o cultivo, que tem na cana-de-açúcar seu produto hegemônico. Além dessa cultura, as áreas destinadas às pastagens e ao cultivo do eucalipto e da laranja detêm a maior parte das terras, destacando-se ainda a pecuária (bovina e avicultura de corte) como uma das atividades mais fortes encontradas nos municípios da Região.

Se a agropecuária é marcante nos municípios da RS Piracicaba, dando tom à organização socioeconômica dessas áreas, a indústria, articulada a agricultura e a outros ramos de transformação, e os serviços também estão muito presentes, especialmente no caso de Piracicaba, Capivari e Rio das Pedras. Entre os mais de 1660 estabelecimentos industriais instalados em 2006, estão presentes na região algumas das maiores empresas do País (Dedini, GM, Caterpillar, Klabin, Fleischmann), além das diversas usinas de produção do açúcar e do álcool que propiciaram, inclusive, a formação do Arranjo Produtivo Local do Álcool (APLA) e a implantação do Polo Nacional de Biocombustível. O setor de serviços, por sua vez, tem vinculado o seu dinamismo ao atendimento desse mesmo setor industrial, dedicando-se também de forma expressiva ao comércio.

O grande polo urbano da região é a cidade de Piracicaba, onde se concentram as atividades industriais, de comércio e de serviços, especialmente de educação, que muito contribuem para o desenvolvimento local. Ressalta-se, nesse sentido, a presença de importantes centros de pesquisa e universidades, tais como a ESALQ, FATEC, CATI, UNICAMP (Odontologia) e o SENAC (hotelaria), na vizinha Águas de São Pedro.

1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

A trama rodoviária, conforme já indicado no Mapa 5, define para a RS Piracicaba duas porções, que se unem em Piracicaba como numa ampulheta. Ao Norte, Santa Maria da Serra, São Pedro, Águas de São Pedro e Charqueada ligam-se a Piracicaba pela SP 304, e também se conectam à SP 310 (Washington Luís) e à SP 330 (Anhanguera) pela SP 191. Ao Sul, Saltinho é servido pela SP 127, que vem de Rio Claro e conecta Piracicaba a Tatuí (SP 280 - Castelo Branco), e os demais municípios estão no eixo da SP 308 (Rodovia do Açúcar), que, vindo de Charqueada, liga Piracicaba a Salto e Sorocaba. Em sentido transversal, passa por Capivari e Rafard a SP 101, que liga Tietê a Campinas.

A cidade de Piracicaba conecta-se diretamente ao sistema Anhanguera/Bandeirantes pela SP 304, rodovia de pista dupla. Outras duas rodovias duplicadas levam a Limeira (SP 147) e Rio Claro (SP 127). Para o Sul, serve-se da mesma SP 127 e da SP 308.

A rede urbana é bastante singela, como demonstram os dados da Tabela 1, adiante. Constitui-se de um grande centro e demais sedes municipais com pequena expressão demográfica. Em termos de urbanização, a RS Piracicaba apresenta altas taxas; o menor percentual está em Mombuca - 73,1%, e a média da região indica 92,6% de população urbana.

Quanto à funcionalidade urbana, o grande polo da RS é Piracicaba, embora os municípios também se reportem a centros fora da região, conforme as respostas do questionário eletrônico aplicado aos gestores municipais. À questão "indique quais são as 3 cidades mais procuradas para: serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", as cidades mais citadas foram Piracicaba (23 vezes), Campinas (10), São Paulo (7) e Capivari (5). No estudo do IBGE *Regiões de Influência das Cidades 2007*¹³, Piracicaba é classificada como *Capital Regional C*, subordinada a Campinas (*Capital Regional A*), e Capivari como *Centros de Zona B*.

1.3.2. Demografia e Condições de Vida

A população total da RS Piracicaba ultrapassa a marca de 500 mil habitantes, sendo que 69,4% dessa população vive no município de Piracicaba. A distribuição desse contingente é detalhada na Tabela 1.

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

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

Municípios	Área	Densidade demográfica	População	Percentual População RS	População urbana
	(km ²)	(hab/km ²)		(%)	(%)
	2007	2007	2007	2007	2000
Águas de São Pedro	3,6	637,9	2.322	0,4	100,0
Capivari	323,2	142,0	45.882	8,8	80,8
Charqueada	176,0	81,8	14.393	2,7	89,9
Elias Fausto	201,5	76,0	15.314	2,9	73,9
Mombuca	133,2	26,1	3.472	0,7	73,1
Piracicaba	1369,5	265,5	363.607	69,4	96,4
Rafard	132,5	63,9	8.460	1,6	85,8
Rio das Pedras	226,9	116,0	26.317	5,0	93,5
Saltinho	101,4	65,0	6.586	1,3	83,0
Santa Maria da Serra	256,5	21,0	5.387	1,0	84,5
São Pedro	618,2	51,7	31.950	6,1	80,4
RS Piracicaba	3542,5	147,8	523.690	100,0	92,5

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

Verifica-se assim que o município de Águas de São Pedro possui um elevadíssimo índice de envelhecimento ao mesmo tempo em que 5 municípios da região possuem índice de envelhecimento abaixo da média do Estado de São Paulo que é de 41,42.

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

No que se refere a natalidade e a fecundidade, o município de Santa Maria da Serra apresenta níveis bem elevados. Os municípios de Rio da Pedras, Rafard, Mombuca e Capivari também apresentam essas taxas acima da média do Estado de São Paulo que é de 52,65 para a fecundidade e 15,03 para a natalidade.

Tabela 2 - Indicadores demográficos dos municípios da RS Piracicaba.

Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Águas de São Pedro	3,05	13,74	50,65	122,80
Capivari	1,46	16,23	57,72	40,41
Charqueada	1,43	14,43	51,85	44,85
Elias Fausto	1,41	14,28	50,79	36,96
Mombuca	1,60	16,37	59,45	40,50
Piracicaba	1,43	13,93	49,26	49,72
Rafard	0,20	14,84	53,56	49,6
Rio das Pedras	1,65	16,51	58,46	38,25
Saltinho	1,87	12,54	43,88	66,15
Santa Maria da Serra	2,07	18,39	69,58	39,57
São Pedro	1,97	12,81	46,21	57,29

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

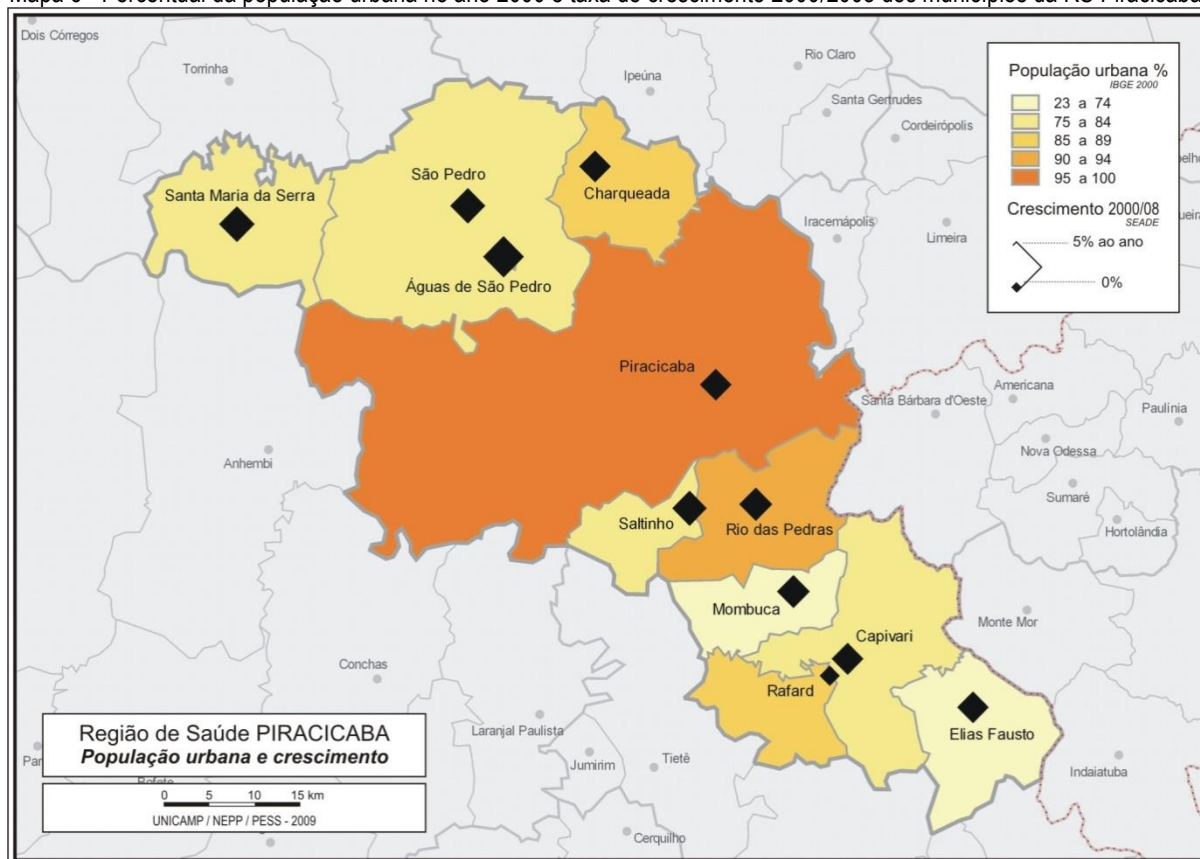
** Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)

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

**** Índice de Envelhecimento (Em %)

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

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



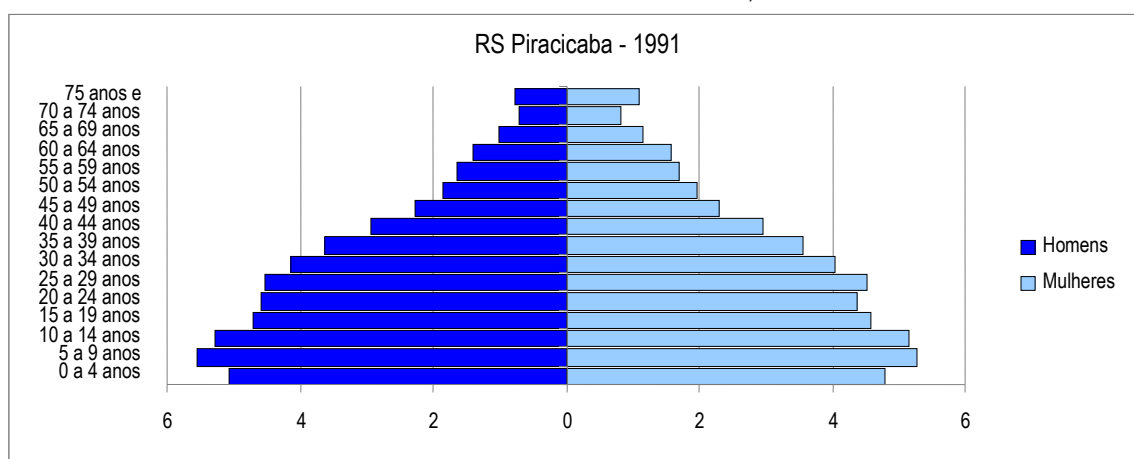
Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

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

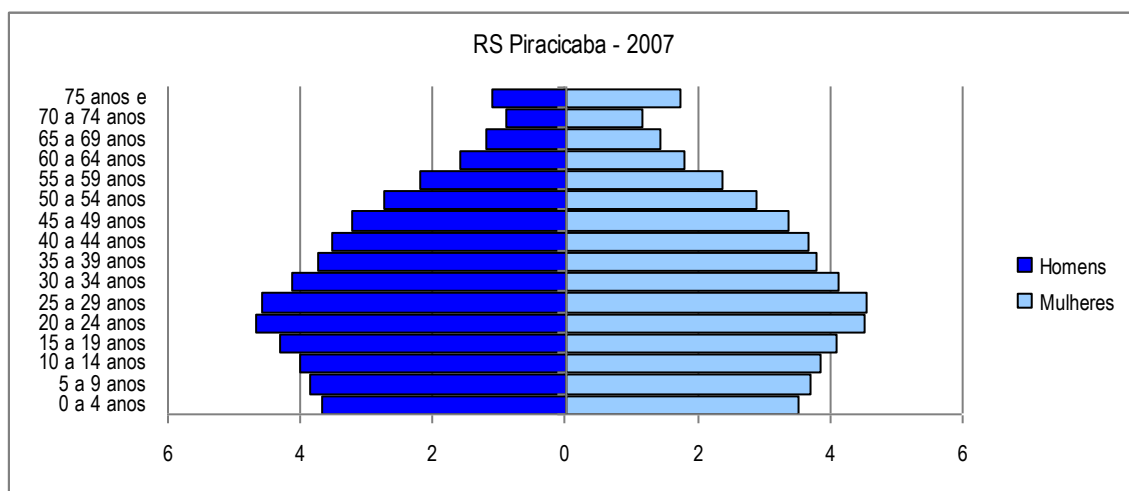
Entre a situação de 1991 e de 2007 representada nos Gráficos 1 e 2 respectivamente, observa-se a diminuição proporcional das faixas etárias abaixo de 19 anos e o aumento das faixas acima de 60 anos.

Gráfico 1 - Pirâmide etária. RS Piracicaba, 1991.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Piracicaba, 2007.

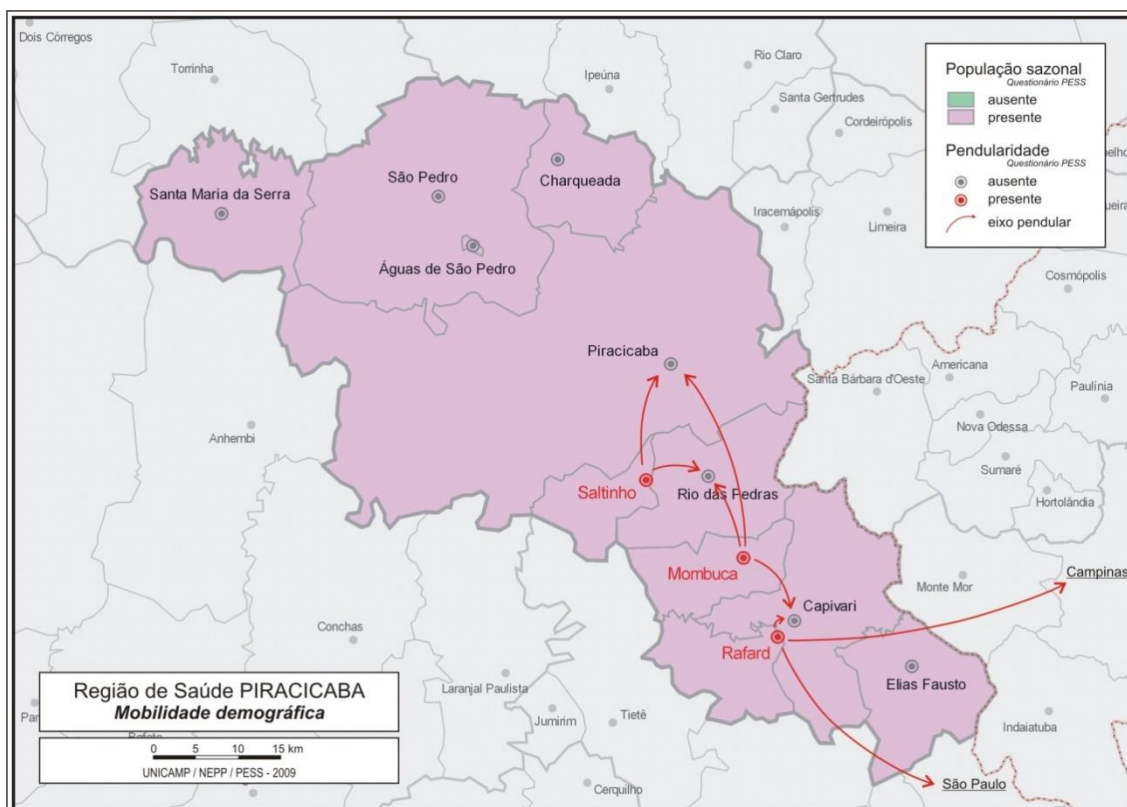


Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Em termos de mobilidade, deve-se considerar a presença, na região, de população sazonal, atraída principalmente pela atividade sucro-alcooleira, que ainda inclui o corte de cana manual. No questionário eletrônico aplicado, os gestores de todos os municípios da RS Piracicaba responderam que existe população sazonal em seu município. E, dentre os 11 municípios, 10 responderam que a ocupação principal dessa população sazonal é o corte de cana.

Também se detectou a presença de pendularidade. À pergunta "seu município pode ser considerado uma cidade-dormitório?", três dos onze municípios responderam positivamente: Saltinho, Mombuca e Rafard. Os eixos dessa pendularidade, assim como a presença de população sazonal nos municípios, estão indicados no Mapa 7.

Mapa 7 - Mobilidade populacional. RS Piracicaba, 2008.



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

Para um delineamento das condições gerais de vida na RS Piracicaba, foram reunidos alguns indicadores. Os primeiros, constantes na Tabela 3, referem-se ao fornecimento de água e à coleta de esgoto, duas das condições primordiais à qualidade de vida da população. O abastecimento de água apresenta um perfil positivo (cobertura variando entre 96,3% e 100%) e semelhante para todas as cidades. O grau de cobertura dos serviços de esgotos, no entanto, mostra diferenças significativas e um atendimento percentualmente inferior (de 86,4% a 99,2% no melhor dos casos).

Tabela 3 - Percentual de cobertura de água e esgoto por município da RS Piracicaba.

Municípios	Água* 2000	Esgoto** 2000
Águas de São Pedro	100,0	98,2
Capivari	98,5	94,4
Charqueada	98,7	92,0
Elias Fausto	96,3	90,4
Mombuca	96,9	86,4
Piracicaba	99,4	96,9
Rafard	97,9	96,4
Rio das Pedras	99,0	98,0
Saltinho	97,3	96,5
Santa Maria da Serra	99,5	99,2
São Pedro	99,0	97,0

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

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

Os indicadores de renda, expostos na Tabela 4 e no Mapa 8 (PIB municipal e PIB municipal per capita), reforçam a posição de liderança de Piracicaba na região, e uma enorme variação no Produto Interno Bruto e na renda per capita nos demais municípios.

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

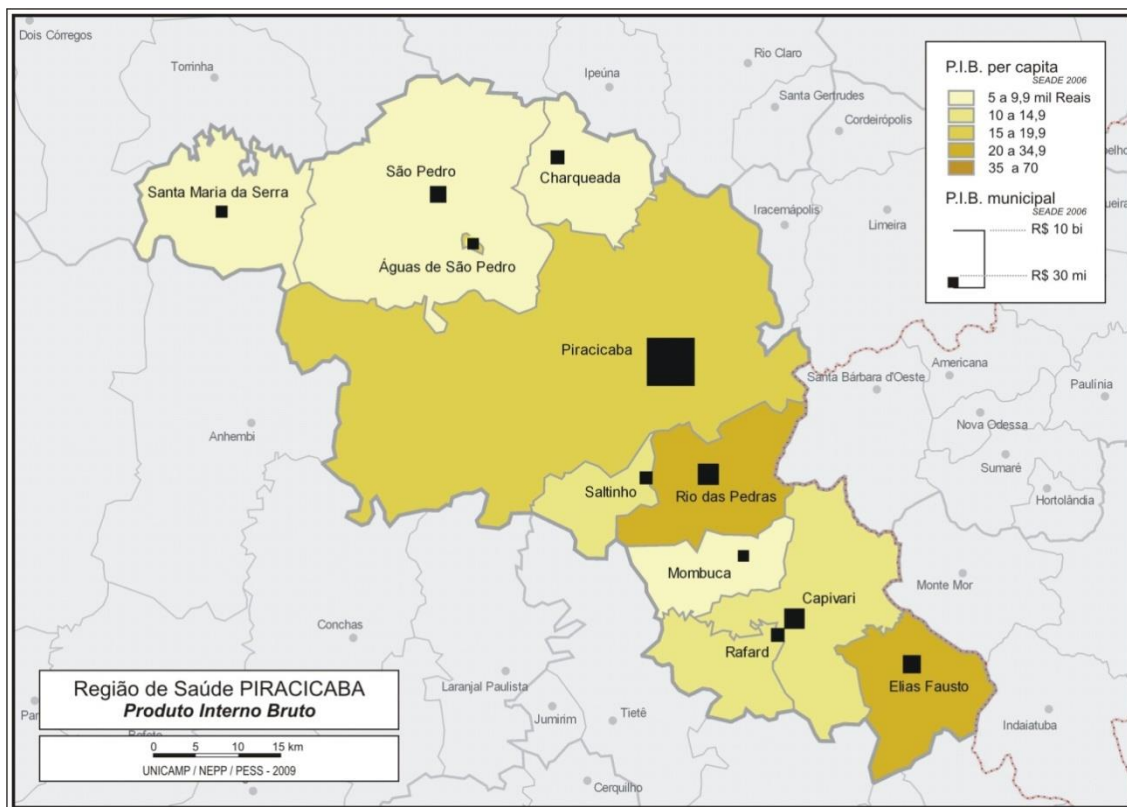
Municípios	PIB Municipal 2006	PIB per Capita 2006
Águas de São Pedro	37,4	18,5
Capivari	673,7	14,4
Charqueada	115,0	7,8
Elias Fausto	413,5	26,6
Mombuca	32,6	9,3
Piracicaba	6.834,1	18,6
Rafard	103,9	12,7
Rio das Pedras	750,1	28,1
Saltinho	77,4	12,2
Santa Maria da Serra	47,5	9,6
São Pedro	286,0	8,5

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

* em milhões de reais

** em mil reais

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A Tabela 5 apresenta um conjunto de indicadores de desenvolvimento social para a RS Piracicaba. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁴ revela uma situação bastante preocupante no caso de três municípios (Mombuca, Santa Maria da Serra e Elias Fausto) e excelente em apenas um (Águas de São Pedro), ao passo que os demais ficam em posições intermediárias.

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

Tabela 5 - Indicadores de condições de vida por município da RS Piracicaba.

Municípios	IDHM * 2000	IPVS** 2000	IPRS*** 2004
Águas de São Pedro	0,908	00,0%	2
Capivari	0,803	36,5%	2
Charqueada	0,782	56,7%	3
Elias Fausto	0,768	73,3%	4
Mombuca	0,750	83,2%	4
Piracicaba	0,836	22,2%	2
Rafard	0,803	24,5%	4
Rio das Pedras	0,791	49,3%	2
Saltinho	0,851	29,6%	1
Santa Maria da Serra	0,780	85,1%	3
São Pedro	0,785	37,5%	4

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

*IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000

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

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

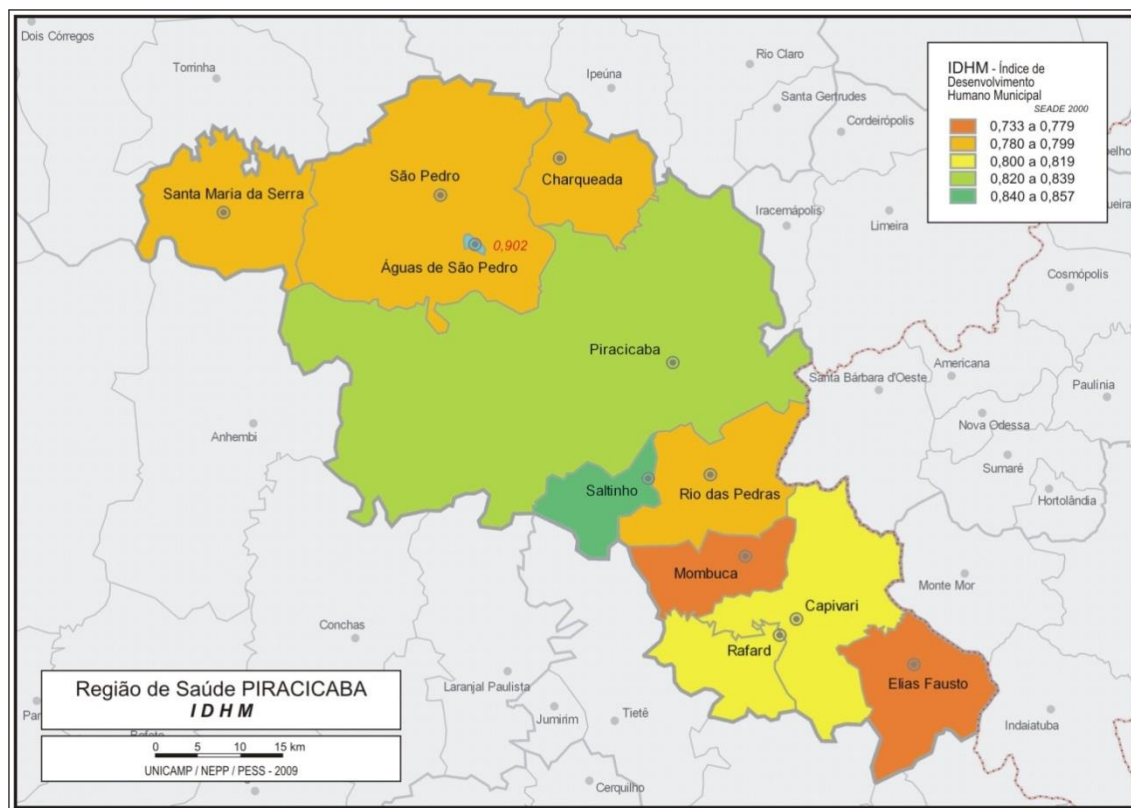
Já segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)¹⁵, que varia entre 1 (bons indicadores sociais e de riqueza) e 5 (baixos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade), cerca de metade dos municípios da Região, incluindo Piracicaba, se caracteriza por bons indicadores (entre 1 e 2). Outros municípios da região apresentam baixa riqueza e níveis intermediários de longevidade e/ou escolaridade (entre 3 e 4): Mombuca, Elias Fausto, Rafard e São Pedro.

Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), também contemplado na Tabela 5 e no Mapa 9, os municípios da região configuram dois grupos: um de desenvolvimento intermediário, composto em ordem crescente por Mombuca, Elias Fausto, Santa Maria da Serra, Charqueada, São Pedro e Rio das Pedras; e outro, de alto desenvolvimento, formado em ordem decrescente por Águas de São Pedro, Saltinho, Piracicaba, Capivari e Rafard¹⁶.

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

¹⁶ O IDH focaliza o município como unidade de análise, a partir dos indicadores de longevidade, educação e renda, que participam com pesos iguais na sua determinação. Essa 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.

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Conclusões Parciais

Pode-se concluir que o processo de implementação das políticas públicas na RS Piracicaba deve considerar as grandes diferenças existentes entre os municípios, em termos urbanos, demográficos e de desenvolvimento sócio econômico. Isso requer uma atuação diferenciada do Colegiado de Gestão Regional, responsável pelo direcionamento do desenvolvimento do SUS na região.

2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE PIRACICABA

Este capítulo apresenta uma análise descritiva de indicadores relacionados às condições de saúde da população dos municípios que compõem a RS Piracicaba, 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. Esta análise pretende apoiar os processos de definição de necessidades, prioridades e políticas de saúde no contexto da formulação dos planos regionais.

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

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

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

2.1. Mortalidade por Grupo de Causa

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

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	XX. Causas externas	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Piracicaba	26,0	19,9	13,9	12,9	6,8	5,7	14,8
Capivari	32,7	17,0	12,5	11,8	6,4	4,6	15,0
S Pedro	29,7	21,5	14,2	12,6	7,1	4,2	10,7
R Pedras	32,2	17,5	10,9	15,5	5,7	4,6	13,5
E Fausto	40,6	16,8	10,9	10,9	4,0	3,0	13,9
Charqueada	33,5	17,7	11,4	10,6	9,1	4,7	13,0
Rafard	34,1	14,6	11,0	9,8	5,5	6,7	18,3
Saltinho	33,0	20,6	9,3	9,3	8,2	3,1	16,5
S M Serra	26,1	12,5	14,8	27,3	1,1	2,3	15,9
Mombuca	38,9	16,7	11,1	14,8	1,9	3,7	13,0
A S Pedro	27,4	27,4	16,1	8,1	6,5	4,8	9,7
RS Piracicaba	28,1	19,3	13,4	12,8	6,6	5,3	14,4

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No sexo masculino, as causas externas foram o segundo grupo mais frequente nos municípios de Capivari, Rio das Pedras, Rafard, Santa Maria da Serra e Mombuca (Tabela 2).

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

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	XX. Causas externas	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Piracicaba	23,2	19,3	17,8	13,8	7,5	6,3	12,0
Capivari	27,3	17,2	17,8	12,3	6,8	5,1	13,4
S Pedro	27,4	21,1	16,4	13,2	7,9	4,7	9,1
R Pedras	32,0	15,5	20,5	7,8	6,8	4,1	13,2
E Fausto	39,0	15,4	13,0	13,8	4,1	3,3	11,4
Charqueada	33,3	17,7	11,6	9,5	10,2	6,1	11,6
Rafard	31,5	12,0	15,2	10,9	8,7	5,4	16,3
Saltinho	36,4	23,6	9,1	9,1	5,5	1,8	14,5
S M Serra	22,0	14,0	34,0	14,0	2,0	4,0	10,0
Mombuca	34,4	12,5	25,0	12,5	-	3,1	12,5
A S Pedro	37,1	25,7	5,7	11,4	8,6	5,7	5,7
RS Piracicaba	25,5	18,8	17,5	13,1	7,3	5,7	12,0

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Para as mulheres, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas apareceram entre os principais grupos de causas, superando ou igualando-se às causas externas em Piracicaba, Capivari, Rafard, Saltinho e Santa Maria da Serra (Tabela 3).

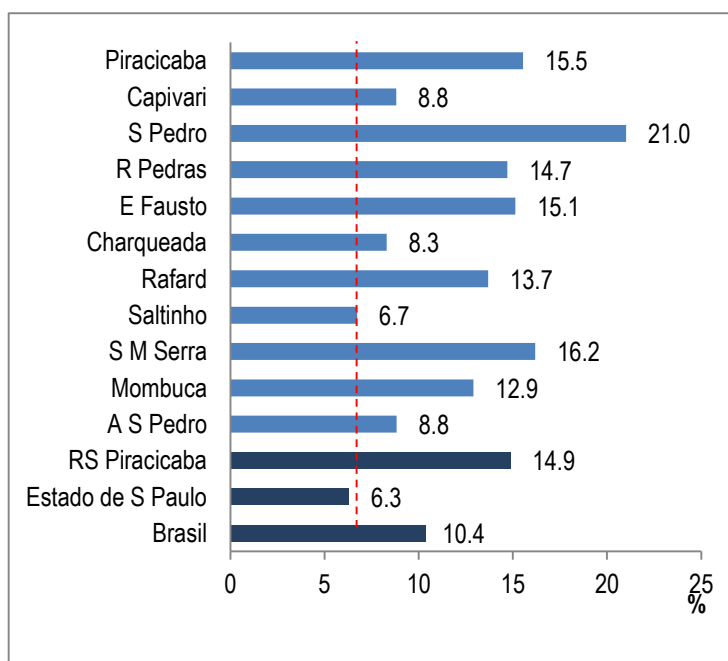
Tabela 3 - Mortalidade proporcional por causas definidas, segundo municípios, para o sexo feminino. RS Piracicaba, triênio 2004-2006.

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XX. Causas externas	XI. Doenças do aparelho digestivo	Todas as outras causas definidas
Piracicaba	29,8	20,6	14,1	6,8	6,4	5,8	16,5
Capivari	39,2	16,8	12,8	8,0	4,5	5,9	12,8
S Pedro	32,8	22,0	15,5	4,3	7,3	6,0	12,1
R Pedras	32,6	20,9	16,3	4,7	7,0	3,9	14,7
E Fausto	43,0	19,0	6,3	6,3	7,6	3,8	13,9
Charqueada	33,6	17,8	14,0	4,7	9,3	7,5	13,1
Rafard	37,5	18,1	11,1	11,1	2,8	1,4	18,1
Saltinho	28,6	16,7	9,5	9,5	9,5	11,9	14,3
S M Serra	31,6	10,5	15,8	18,4	18,4	-	5,3
Mombuca	45,5	22,7	9,1	-	-	4,5	18,2
A S Pedro	14,8	29,6	22,2	3,7	11,1	3,7	14,8
RS Piracicaba	31,6	20,1	13,9	6,8	6,5	5,7	15,5

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 Piracicaba (Gráfico1). Quatro deles apresentaram valores superiores à média da região no período 2004-2006 (14,9%), a qual já era superior à proporção estadual e à do Brasil em 2005 (6,3% e 10,4% respectivamente). Essa situação é reflexo da qualidade dos dados registrados na Declaração de Óbito, a qual sinaliza desde a disponibilidade de infra-estrutura assistencial e recursos para o diagnóstico das doenças, até a capacitação profissional para o preenchimento daquele documento¹⁹.

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



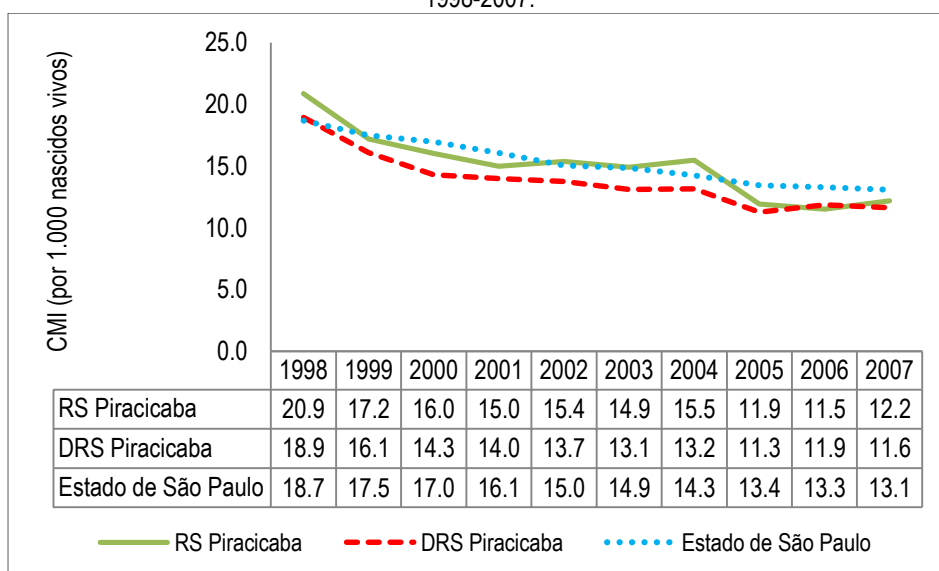
Fonte: MS/DATASUS (municípios e RS). MS/SVS (Brasil e São Paulo). Elaboração própria.

¹⁹ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* – 2ª edição. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>.

2.2. Mortalidade Infantil

A mortalidade dos menores de um ano constitui-se num importante sinalizador do cuidado em saúde e das condições socioeconômicas de uma localidade. Observa-se em anos mais recentes uma melhoria importante do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e seus componentes em todo o Brasil, resultado das mudanças demográficas, econômicas e sociais e de importantes intervenções do setor saúde. O Gráfico 2 mostra a evolução histórica de queda do CMI na RS Piracicaba e que esta acompanha o ocorrido em todo o Estado de São Paulo (ESP), com uma tendência de estabilização nos últimos anos. Ainda assim, em 2007 obteve-se um valor médio de 12,2/1.000 nascidos vivos, inferior ao do conjunto do Estado no mesmo ano (13,1) e do país em 2005 (21,2)²⁰.

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

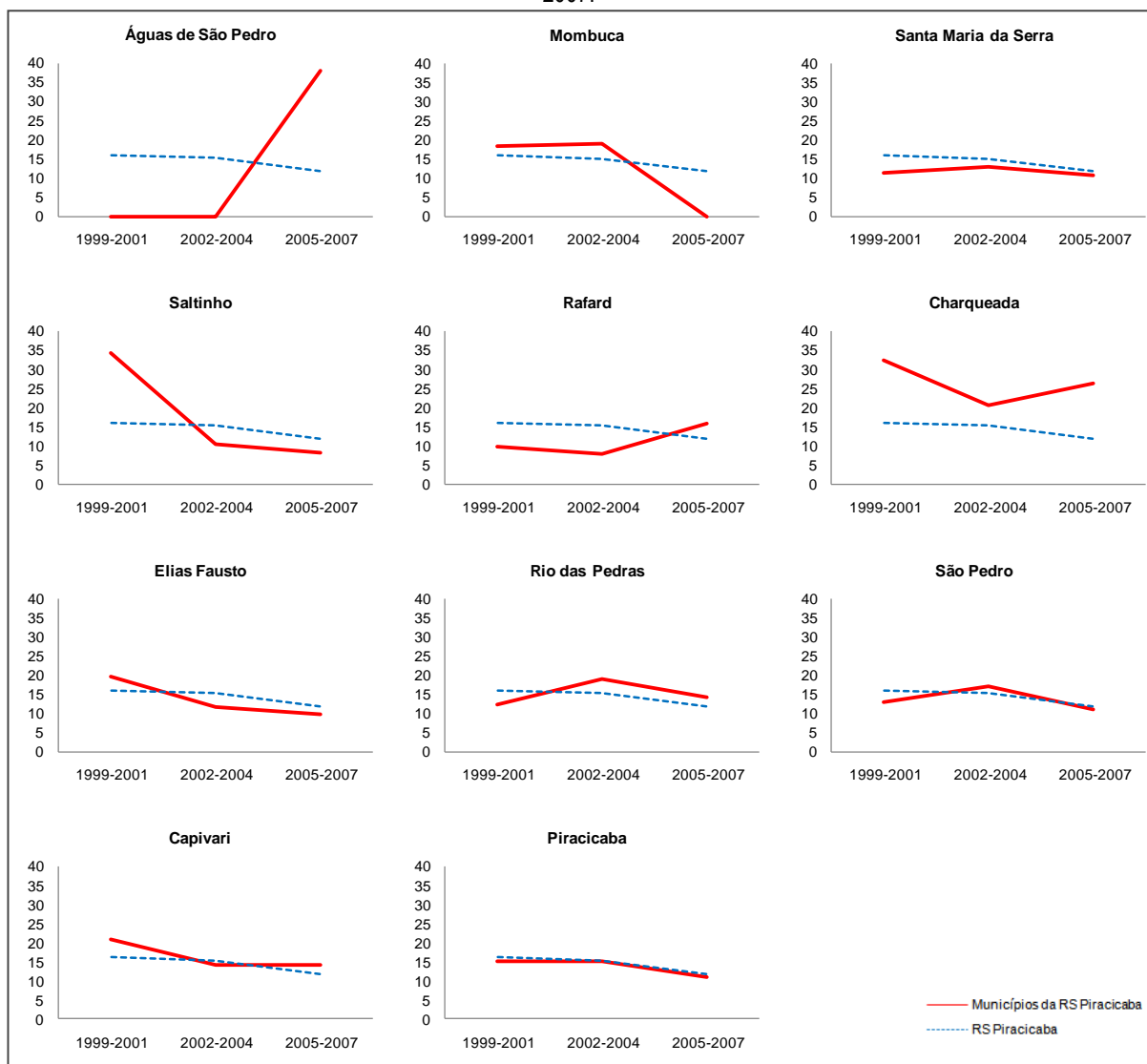
A redução do CMI também foi verificada nos seus componentes pós-neonatal e neonatal. Este último foi responsável por cerca de 70% das mortes no primeiro ano de vida e reflete, em linhas gerais, a organização das ações relacionadas ao pré-natal, parto e cuidados do recém-nascido.

As diferenças da mortalidade infantil entre os municípios da RS podem ser observadas no Gráfico 3. É constatada queda no decorrer do período analisado, nem sempre observada

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

naqueles municípios com menor população, o que pode ser explicado pelo pequeno número de eventos (mortes e nascimentos) refletindo numa maior imprecisão do dado relativo.

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

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas 2005-2007
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Piracicaba	Neonatal	78	68	56	55	49	57	56	42	35	37	7,7
	Pós-neonatal	34	30	23	19	26	21	25	18	12	17	3,2
	Menores 1 ano	112	98	79	74	75	78	81	60	47	54	10,8
Capivari	Neonatal	5	10	12	10	8	6	8	5	6	9	9,1
	Pós-neonatal	9	5	9	2	4	4	2	5	4	2	5,0
	Menores 1 ano	14	15	21	12	12	10	10	10	10	11	14,1
São Pedro	Neonatal	7	6	4	6	3	4	5	3	5	3	9,4
	Pós-neonatal	1	0	1	1	3	3	2	0	2	0	1,7
	Menores 1 ano	8	6	5	7	6	7	7	3	7	3	11,1
R Pedras	Neonatal	10	3	3	3	6	3	5	4	5	4	9,7
	Pós-neonatal	4	4	1	1	4	3	2	3	2	1	4,5
	Menores 1 ano	14	7	4	4	10	6	7	7	7	5	14,1
E Fausto	Neonatal	9	1	2	2	1	0	3	1	3	1	8,2
	Pós-neonatal	1	4	2	3	3	1	0	0	0	1	1,6
	Menores 1 ano	10	5	4	5	4	1	3	1	3	2	9,8
Charqueada	Neonatal	6	5	7	5	5	4	2	2	4	6	19,7
	Pós-neonatal	1	1	3	1	1	0	0	1	2	1	6,6
	Menores 1 ano	7	6	10	6	6	4	2	3	6	7	26,3
Rafard	Neonatal	2	0	2	1	0	0	3	1	1	2	10,5
	Pós-neonatal	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	5,2
	Menores 1 ano	3	0	2	2	0	0	3	2	2	2	15,7
Saltinho	Neonatal	0	2	1	1	0	0	1	0	1	0	4,2
	Pós-neonatal	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	4,2
	Menores 1 ano	0	3	1	2	1	0	1	0	1	1	8,4
S M Serra	Neonatal	1	2	0	1	0	0	1	0	0	2	7,3
	Pós-neonatal	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	3,6
	Menores 1 ano	2	2	0	1	0	2	1	0	1	2	10,9
Mombuca	Neonatal	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0,0
	Pós-neonatal	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0,0
	Menores 1 ano	1	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0,0
A S Pedro	Neonatal	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	25,3
	Pós-neonatal	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	12,7
	Menores 1 ano	2	0	0	0	0	0	0	2	1	0	38,0
RS Piracicaba	Neonatal	118	97	87	85	72	74	85	60	60	64	8,4
	Pós-neonatal	55	47	39	29	43	35	31	28	25	23	3,5
	Menores 1 ano	173	144	126	114	115	109	116	88	85	87	11,9

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 173 para 87 em toda a região, o que representou uma redução de 50% no período; esta foi mais intensa no período pós-neonatal (58%) do que no neonatal (46%). 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 Piracicaba, o componente neonatal precoce (mortes até 7 dias de vida) respondeu por mais da metade da taxa da mortalidade infantil observada no ano de 2007.

Considerando o conjunto dos municípios da região, as afecções originadas no período perinatal e as malformações congênitas foram responsáveis por 75% 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 (CID 10-P00-P04) e os transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08), respondendo por 80% de todas as causas perinatais.

Em relação à mortalidade proporcional pós-neonatal no triênio 2004-2006, o grupo das doenças do aparelho respiratório foi o de maior peso, com 17% das mortes, seguido pelas malformações congênitas, causas externas, mal definidas e infecciosas e parasitárias.

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 Piracicaba em 2006 ocorreram devido a causas evitáveis ou reduzíveis²¹, definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (Tabela 5). Destas, 82% são causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e, ao recém-nascido.

²¹ Malta DC et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, dez. 2007, vol.16, no.4, p.233-244. ISSN 1679-4974. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

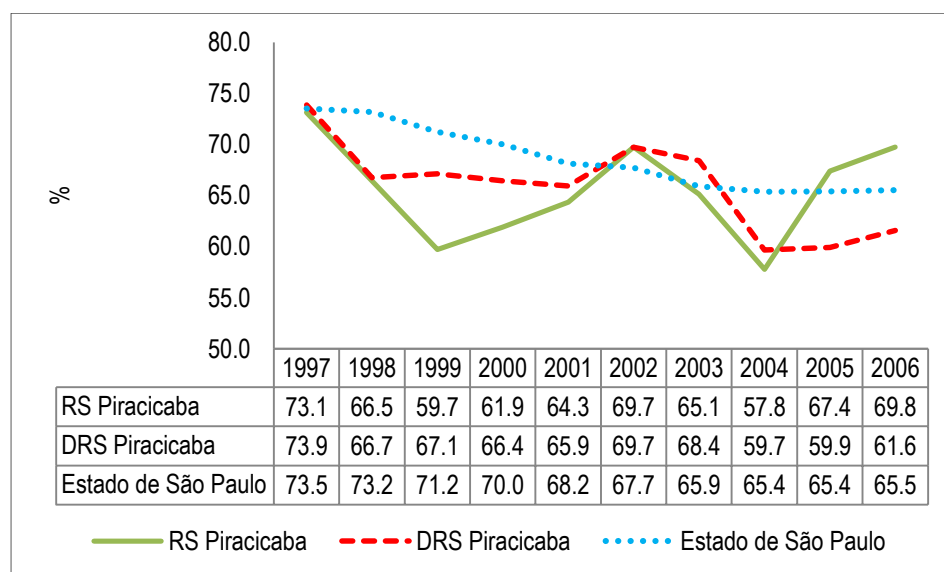
Tabela 5 - Distribuição percentual das causas de morte evitáveis em menores de 1 ano, segundo grupos. RS Piracicaba, 1997-2006.

Grupos de causas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reduzíveis por ações de imunoprevenção	0,8	-	-	1,3	-	-	-	1,5	-	-
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	82,0	78,3	81,4	84,6	89,2	72,3	77,5	85,1	76,7	83,3
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	8,6	13,0	9,3	10,3	6,8	16,9	11,3	9,0	10,0	8,3
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas à ações adequadas de atenção à saúde	8,6	8,7	9,3	3,8	4,1	10,8	11,3	4,5	13,3	8,3
Todas as causas evitáveis	73,1	66,5	59,7	61,9	64,3	69,7	65,1	57,8	67,4	69,8

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, enquanto que na RS Piracicaba essa queda se dá com maior variabilidade, assim como ocorrido no conjunto de municípios que compõem o DRS X - Piracicaba (Gráfico 4).

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

²² O evento sentinela se refere à ocorrência de uma doença, invalidez ou morte indesejada, que poderia ter sido evitada e serve como um sinal de alerta. Os eventos sentinela devem ser objetos de análise para que a partir da compreensão de como e por que ocorreram,

2.3. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é considerada um bom indicador de saúde da mulher, refletindo as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades²³. Valores elevados estão associados à insatisfatória prestação de serviços de saúde a esse grupo populacional, incluindo o planejamento familiar e assistência pré-natal, ao parto e puerpério²⁴. A razão ou taxa de mortalidade materna é calculada pela relação entre o número de mortes de mulheres por causas ligadas à gravidez, e ao parto e o número de nascidos vivos. Sua mensuração nem sempre traduz a realidade de sua magnitude, em função da imprecisão da causa de morte declarada no atestado de óbito; o correto registro demanda conhecimento das definições de morte materna e das circunstâncias em que ocorreram os óbitos. O sub-registro também é outro fator importante a ser considerado, frequente em determinadas regiões do país.

A tabela 6 mostra o número de óbitos maternos por municípios de residência da RS Piracicaba, ocorridos entre 1998 e 2007.

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

Municípios	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Piracicaba	1	1	1	0	2	1	0	1	0	1
Capivari	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
S Pedro	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
R Pedras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E Fausto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Charqueada	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0
Rafard	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Saltinho	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S M Serra	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Mombuca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A S Pedro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS Piracicaba	3	2	1	1	2	3	1	4	3	1

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

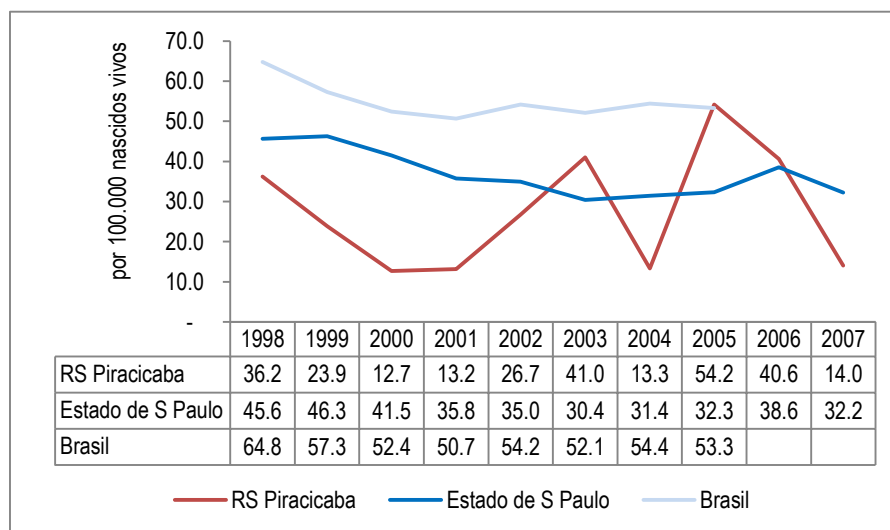
eventos semelhantes possam ser evitados no futuro. Para um maior detalhamento desta técnica, ver Penna, MLF em http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf

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

²⁴ RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. – 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>.

relacionada aos pequenos números de óbitos envolvidos. Entretanto, cada morte em si, já representa um grave problema de saúde pública e, assim como nas mortes infantis, as maternas também constituem em bom evento sentinela. É necessário ainda avaliar a situação da vigilância do óbito da mulher em idade fértil na região; a intensificação das ações de vigilância poderia identificar mortes maternas não declaradas.

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



* Dado não disponível para 2006 e 2007.

Fonte: SEADE e MS/SVS. Elaboração própria.

A redução da morte materna e infantil é compromisso assumido pelas três esferas de gestão do SUS, inclusive em iniciativas internacionais²⁵. O *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*²⁶ propõe um conjunto de ações estratégicas envolvendo diferentes atores sociais para o enfrentamento do problema, como a qualificação e humanização da atenção ao parto, ao nascimento e no abortamento, ampliação da cobertura do planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento pós-parto e puericultura através da 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.

²⁵ Uma delas foi formulada na ONU e denominada Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), um conjunto de 8 macro-objetivos, a serem atingidos pelos países signatários até o ano de 2015, por meio de ações concretas dos governos e da sociedade, priorizando o desenvolvimento sustentável e a eliminação da pobreza. Entre os oito ODM, três estão diretamente relacionados à saúde: 4-reduzir a mortalidade na infância, 5-melhorar a saúde materna e 6-combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças.

²⁶ MS/SAS. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_reducao_mortalidade_mat_neonatal.pdf.

2.4. Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)

Com o processo de envelhecimento populacional, o declínio das taxas de natalidade e da carga de morte das doenças infecciosas no Brasil, observa-se um quadro de saúde caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis. Estas, juntamente com as doenças transmissíveis que assumem caráter “crônico” (como HIV/Aids e tuberculose), as doenças genéticas, os transtornos mentais incluindo o uso do álcool e outras drogas, as deficiências físicas e agravos causados pelos acidentes e violências, formam um grupo heterogêneo de doenças denominadas “condições crônicas”²⁷, cujo enfrentamento é um importante desafio do sistema de saúde.

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

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

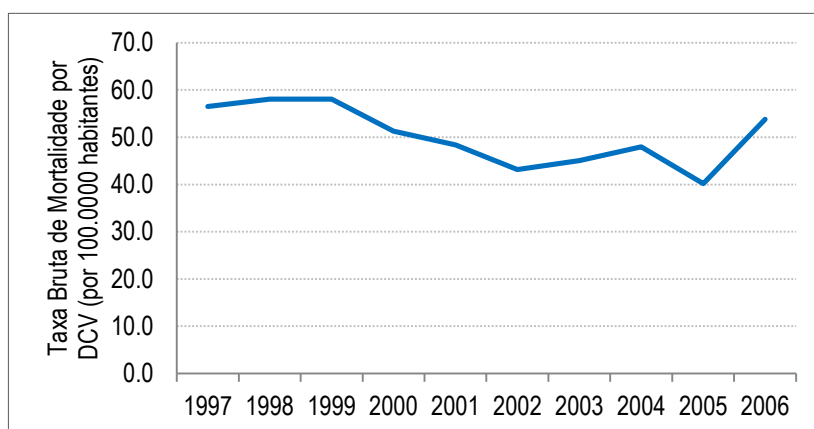
2.4.1. Doenças Cardiovasculares

Na RS Piracicaba, as doenças cardiovasculares e as neoplasias foram responsáveis por 28% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as neoplasias, responderam por 47% do total dos óbitos, semelhante ao encontrado no ESP (49%).

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

²⁷ Para um maior aprofundamento, consultar a publicação OMS. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003. Disponível em http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf.

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



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

A Tabela 7 mostra o número de óbitos anual e a taxa média bruta do coeficiente no triênio 2004-2006 para cada um dos municípios que compõem a Região. As taxas de cada local não devem ser comparadas entre si, já que não foram padronizadas por idade e as diferenças encontradas podem estar relacionadas às diferentes estruturas etárias dos municípios²⁸.

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

Municípios	Nº Óbitos										Taxas brutas 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Piracicaba	150	172	176	163	154	138	150	150	130	171	42,4
Capivari	37	16	18	22	24	25	20	25	17	41	61,9
S Pedro	30	31	31	25	14	20	25	26	15	22	68,2
R Pedras	11	15	13	12	10	9	7	8	10	11	37,9
E Fausto	10	4	6	2	8	4	7	8	10	8	58,0
Charqueada	9	10	10	10	10	6	7	12	6	6	57,1
Rafard	2	4	5	4	5	4	3	5	6	12	91,3
Saltinho	0	6	4	1	2	1	0	0	1	2	15,8
S M Serra	0	1	1	2	3	2	2	3	4	2	58,1
Mombuca	2	4	2	0	2	1	1	2	4	1	69,3
A S Pedro	1	1	3	1	0	0	1	2	2	2	91,3
RS Piracicaba	252	264	269	242	232	210	223	241	205	278	47,3

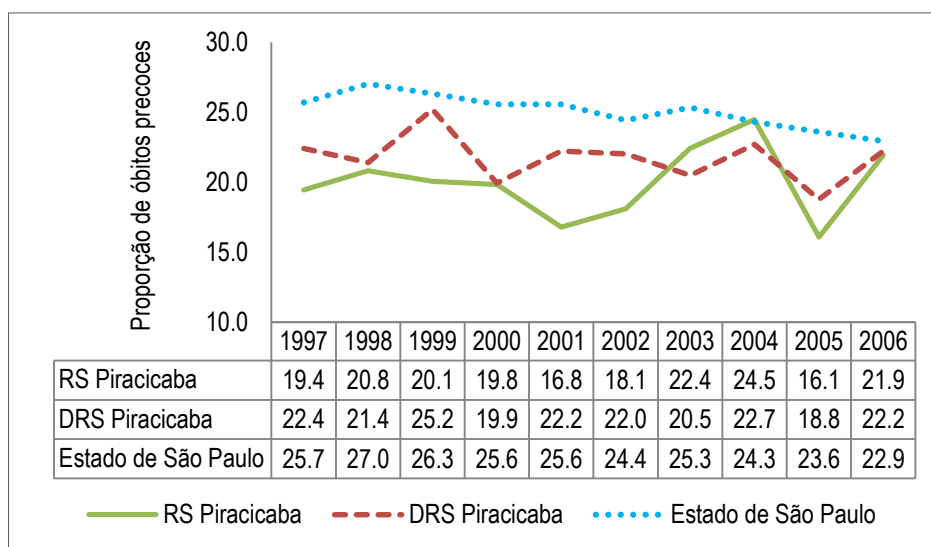
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

²⁸ As taxas calculadas para diferentes municípios podem ser influenciadas pela composição da população por idade, sexo e outros parâmetros e não apenas pelas variações do número de eventos. Para que sejam comparáveis entre si, os coeficientes que não discriminam faixa etária devem ser padronizados em relação a uma população de referência. Consultar, entre outros: Medronho, R. A. et AL. *Epidemiologia*. SP: Atheneu, 2004.

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

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

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



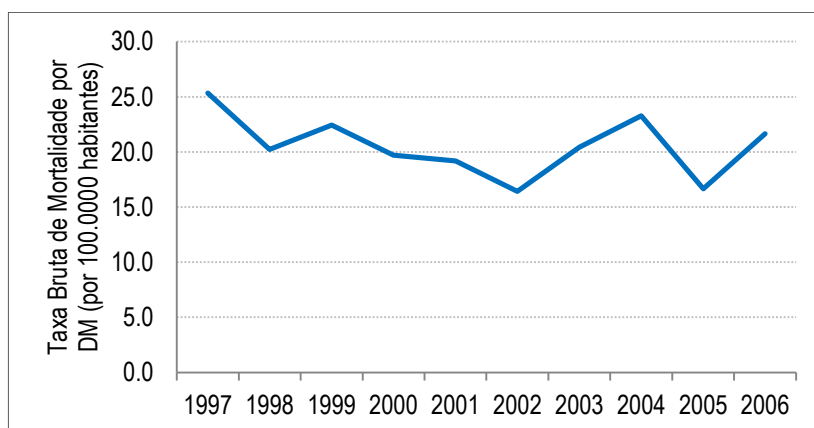
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

2.4.2 Diabetes Mellitus

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

A taxa de mortalidade por DM estima o risco de morte da população em geral por essa doença; expressa também as condições do cuidado em saúde. A tendência temporal esperada para esse indicador é de queda, relacionada à priorização de ações na atenção básica. O Gráfico 8 mostra o declínio da mortalidade por DM na região de saúde ocorrido entre 1997 e 2002 e instabilidade até 2006, último ano disponível para análise, indicando potencialidade de redução com uma boa gestão do cuidado.

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



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

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

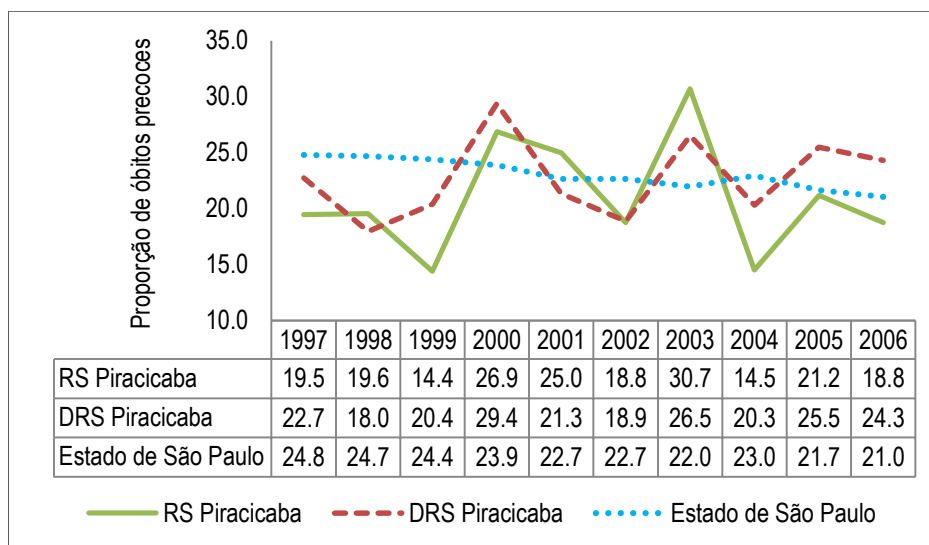
Tabela 8 - Número de óbitos por Diabetes Mellitus* no período 1997-2006 e taxa bruta de mortalidade no triênio 2004-2006. RS Piracicaba, 1997-2006.

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Piracicaba	84	64	80	63	62	56	70	78	52	80	19,7
Capivari	9	7	9	14	13	7	8	14	12	6	23,9
S Pedro	10	10	6	3	2	4	7	6	4	7	18,4
R Pedras	2	4	1	5	4	3	4	4	2	4	13,1
E Fausto	1	1	2	2	1	5	2	3	1	3	15,6
Charqueada	1	2	2	2	1	1	2	2	5	4	26,2
Rafard	6	4	2	3	2	0	3	3	6	3	47,6
Saltinho	0	0	2	1	1	2	3	4	1	1	31,6
S M Serra	0	0	0	0	2	1	0	2	1	3	38,7
Mombuca	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	9,9
A S Pedro	0	0	0	0	2	0	2	0	1	1	30,4
RS Piracicaba	113	92	104	93	92	80	101	117	85	112	20,5

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

A proporção de mortes precoces (em menores de 60 anos) por DM foi bastante flutuante em todo o período analisado (Gráfico 9), tanto na região de saúde como na região que guarda correspondência com o DRS X - Piracicaba; já para o Estado de São Paulo, ocorreu um declínio progressivo.

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



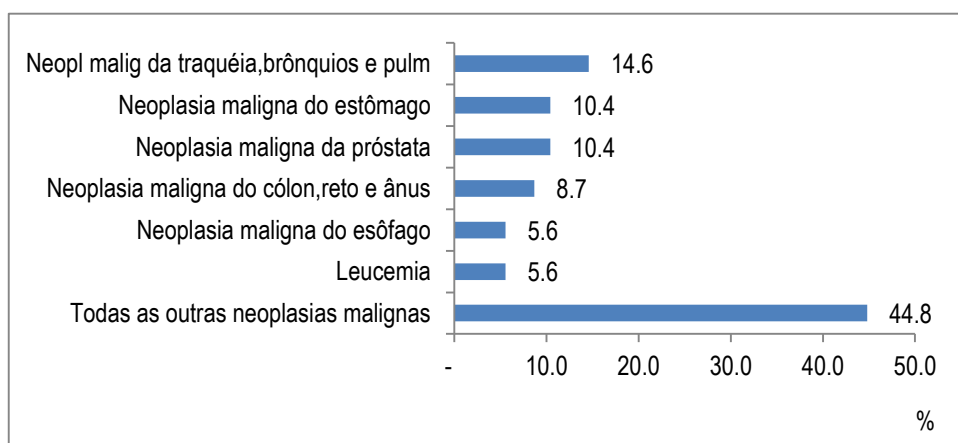
* Causa básica do óbito CID-10: E10 a E14
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

2.4.3. Neoplasias

As neoplasias responderam por cerca de 19% das mortes na RS Piracicaba no triênio 2004-2006, com valores apenas pouco maiores para as mulheres (20%). No sexo masculino, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões foi o mais frequente, sendo responsável por 14,6% dos óbitos em 2006 (Gráfico 10), seguido pelas neoplasias de próstata e estômago. Entre as mulheres, a maior expressão foi da neoplasia de mama (15%), seguida pela localização em traqueia, brônquios e pulmões e cólon, reto e ânus (Gráfico 11). Ocorreram em toda a RS Piracicaba, em 2006, 30 mortes por câncer de próstata, 33 por câncer de mama e 15 de colo de útero.

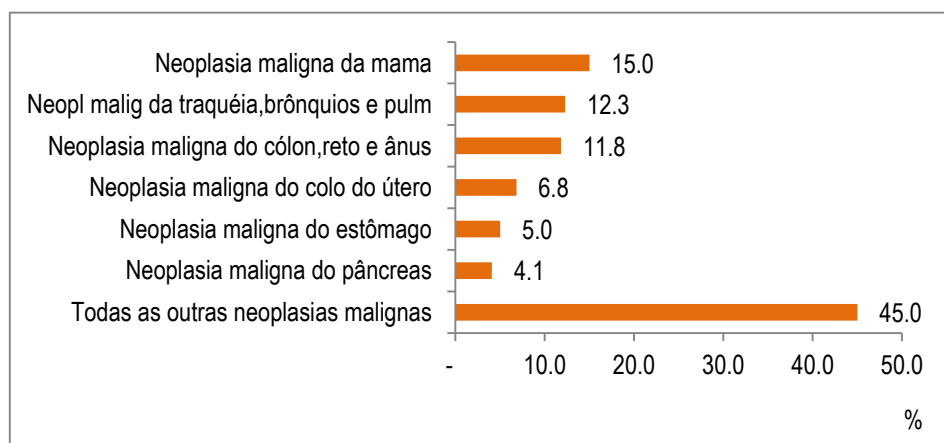
Gráfico 10 - Mortalidade proporcional por neoplasias malignas no sexo masculino*. RS Piracicaba, 2006.



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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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



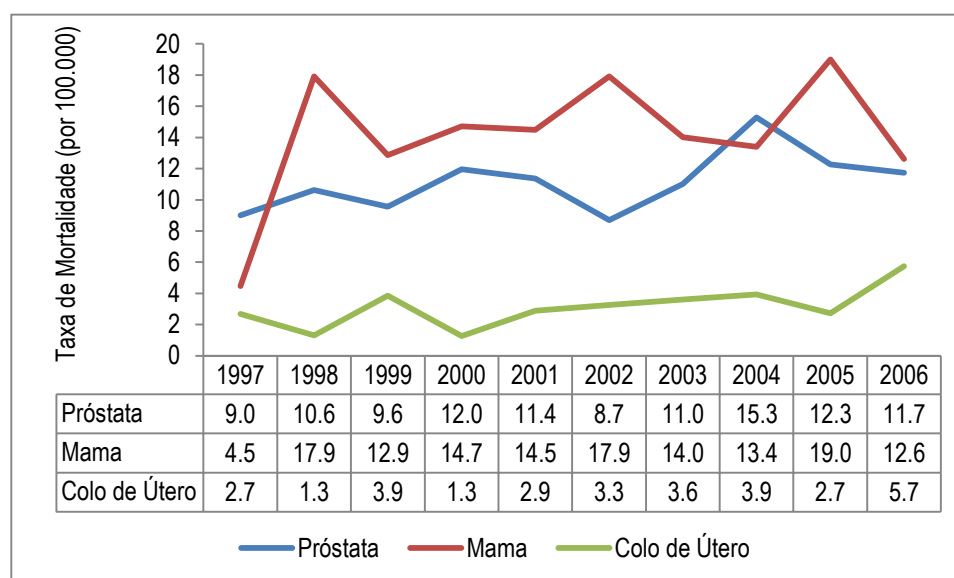
* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No ESP tem-se observado tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas, também verificada nos últimos anos na RS Piracicaba. Em 2006, as taxas da RS Piracicaba, DRS X e ESP foram respectivamente: 102,0; 97,2 e 100,1 por 100.000 habitantes (valores sem ajuste por idade).

O risco de morte pelas neoplasias de próstata, mama e colo de útero está apresentado no Gráfico 12. Observou-se no período 1997-2006 uma tendência ascendente para o câncer de colo e de próstata. Já a mortalidade pelo câncer de mama teve valores oscilantes na série histórica.

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



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

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
Piracicaba	12,8	15,9	4,4	105,3
Capivari	21,0	13,3	-	104,4
S Pedro	-	2,1	-	126,6
R Pedras	2,6	-	-	77,1
E Fausto	21,8	18,3	-	73,7
Charqueada	9,5	19,0	14,3	97,5
Rafard	8,0	39,5	23,7	95,2
Saltinho	73,3	52,8	21,1	99,9
S M Serra	12,5	13,4	-	71,0
Mombuca	19,4	20,2	-	79,1
A S Pedro	-	-	-	258,7
RS Piracicaba	13,1	15,0	4,1	103,9

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

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

A redução da mortalidade por câncer, especialmente a causada pelos mais prevalentes, é objetivo prioritário estabelecido no Plano Estadual de Saúde. Muitas das mortes por câncer

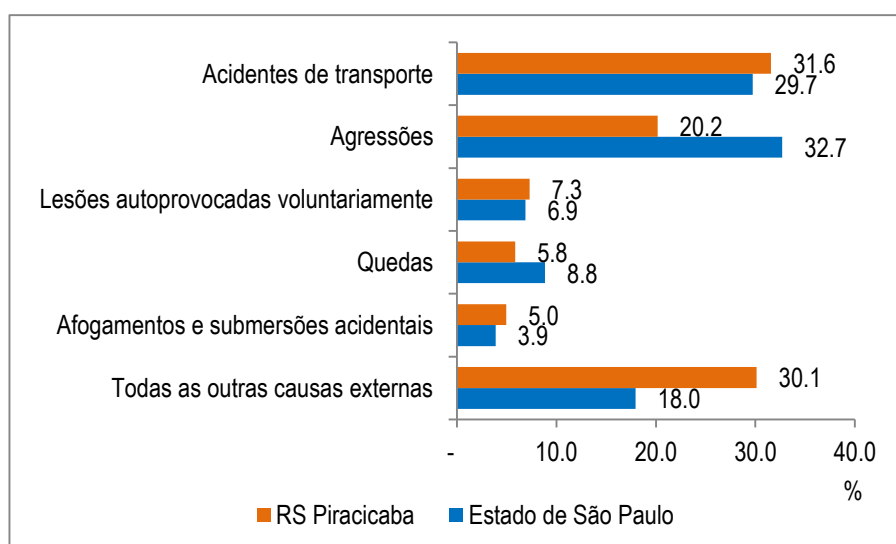
de próstata, mama e colo do útero poderiam ser evitadas com o diagnóstico e tratamento precoces. Os fatores de risco conhecidos para essas e outras neoplasias, em especial o uso do tabaco e álcool, devem ser objeto de programas amplos de promoção em saúde.

2.4.4. Acidentes e Violências

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

A participação relativa de cada um dos subgrupos das causas externas no perfil de mortalidade por esse grupo na RS Piracicaba e ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, o principal componente na região foram os acidentes de transporte (AT), com 32%, enquanto que, no ESP, 33% das mortes foram conseqüentes a agressões.

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



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

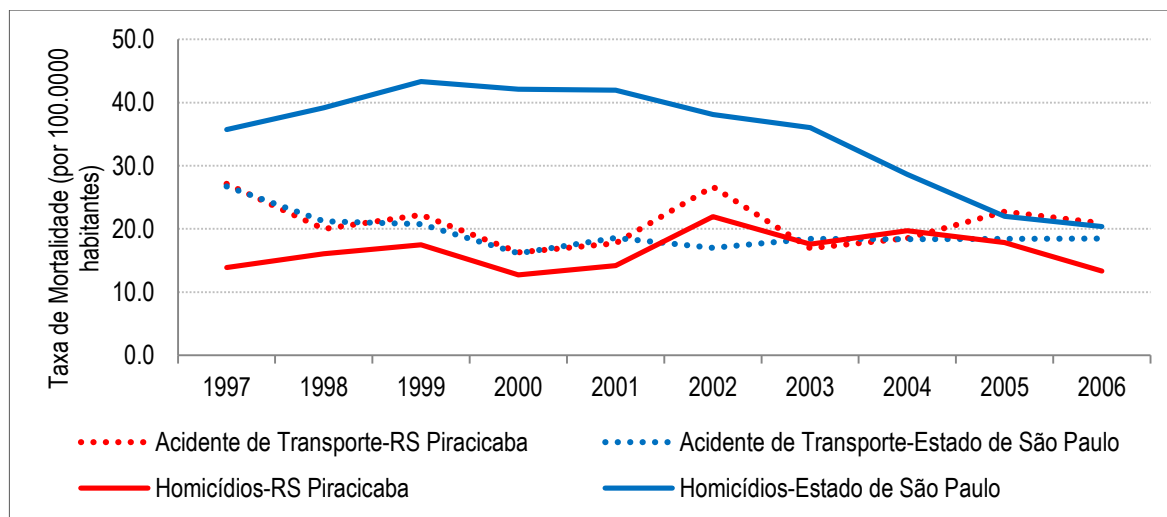
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

sempre inferiores aos do ESP em relação aos homicídios, com tendência de aumento da mortalidade até 2002 e declínio desde então. Nos anos 2000 e 2006 as taxas da RS foram 12,7 e 13,3 respectivamente, e 42,1 e 20,4 por 100 mil habitantes no ESP.

Em relação aos acidentes de transporte, os valores da região e do Estado foram próximos na série analisada, com a RS Piracicaba tendo superado as taxas do ESP a partir de 2004.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte*. RS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1997-2006.



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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas 2004-2006
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Piracicaba	Homicídios	55	63	75	45	55	76	71	73	64	51	17,7
	Ac. Transporte	76	57	67	53	55	86	41	51	80	61	18,1
Capivari	Homicídios	1	1	0	2	4	9	3	3	7	4	10,4
	Ac. Transporte	12	7	8	7	11	10	6	14	14	12	29,8
S Pedro	Homicídios	1	2	4	5	3	9	2	5	6	3	15,1
	Ac. Transporte	11	10	13	1	8	7	6	9	5	9	24,9
R Pedras	Homicídios	3	2	1	4	1	9	5	11	8	5	31,4
	Ac. Transporte	6	7	5	8	3	11	6	6	3	5	18,3
E Fausto	Homicídios	1	1	0	1	0	1	3	3	3	2	17,9
	Ac. Transporte	5	1	5	3	4	4	7	4	1	2	15,6
Charqueada	Homicídios	0	2	1	0	2	0	0	2	1	1	9,5
	Ac. Transporte	0	4	3	2	1	6	7	1	2	6	21,4
Rafard	Homicídios	0	2	0	1	0	1	0	0	2	1	11,9
	Ac. Transporte	4	2	1	1	0	0	3	2	4	4	39,7
Saltinho	Homicídios	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	-
	Ac. Transporte	2	3	0	1	1	2	4	3	1	1	26,3
S M Serra	Homicídios	1	0	0	2	3	0	1	1	0	1	12,9
	Ac. Transporte	4	0	1	0	1	1	1	3	5	3	71,0
Mombuca	Homicídios	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	19,8
	Ac. Transporte	1	0	0	1	1	0	3	0	1	3	39,6
A S Pedro	Homicídios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
	Ac. Transporte	0	0	0	0	0	3	0	0	0	2	30,4
RS Piracicaba	Homicídios	62	73	81	60	68	107	87	99	91	69	16,9
	Ac. Transporte	121	91	103	77	85	130	84	93	116	108	20,7

* 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 a morte ou a internações hospitalares e aprimorar a atenção à saúde das vítimas.

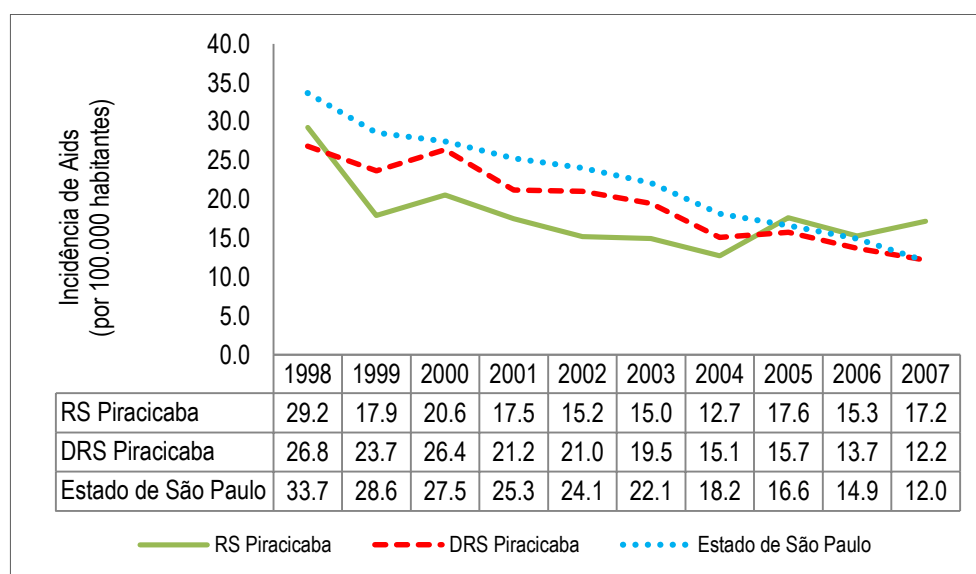
2.5. Doenças Transmissíveis

2.5.1. Aids

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

Considerando apenas os casos notificados no SINAN²⁹, observou-se no período de 1998 a 2007 redução persistente dos coeficientes de incidência da Aids no Estado de São Paulo e no conjunto dos municípios compreendidos no DRS X , diferente do ocorrido na RS Piracicaba, onde após um período de queda, o risco de adquirir a doença apresentou aumento a partir de 2004, superando os valores do estado em 2005 (Gráfico 15).

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



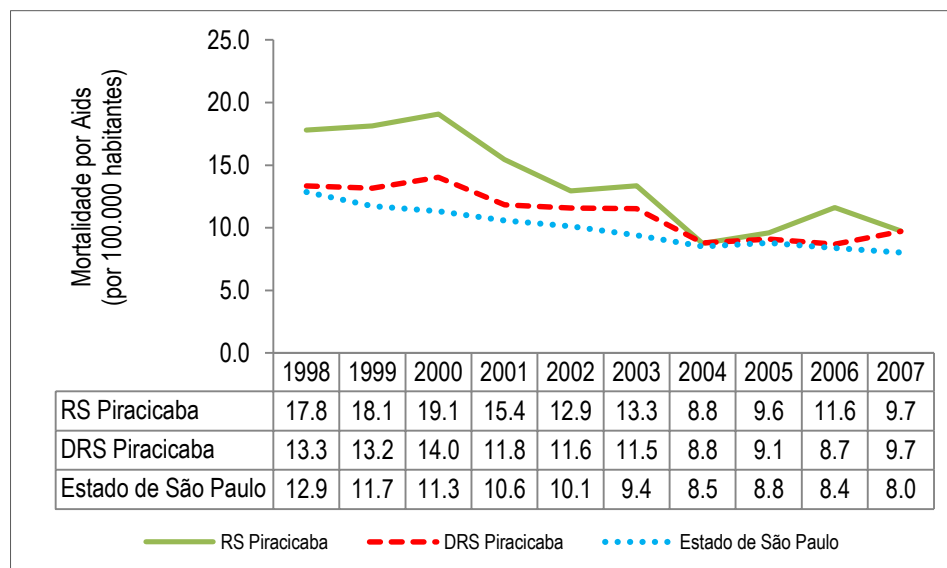
Obs.: Dados até 30/06/08, sujeitos à revisão.

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

²⁹ Mais recentemente têm sido acrescentados aos casos de Aids notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) os registros do SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais)/SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e mortes por Aids declaradas no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), através de técnicas de relacionamento dos bancos de dados desses sistemas, possibilitando corrigir eventual subnotificação no SINAN.

Nesse mesmo período, os coeficientes brutos de mortalidade por Aids também apresentaram redução, mais acentuada na RS devido aos valores mais elevados observados nos anos iniciais da série, conforme mostrado no Gráfico 16.

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



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

Entre os municípios da região de saúde, Piracicaba concentrou 77% dos casos de Aids em 2007, como seria de se esperar devido ao tamanho de sua população frente aos outros municípios (Tabela 11). As maiores incidências no triênio 2005-2007 foram encontradas em Piracicaba e Capivari, municípios prioritários para controle da Aids no Estado. São Pedro, Santa Maria da Serra e Mombuca não tiveram nenhum caso em residentes notificados no SINAN nos anos analisados.

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

Municípios	Casos										Incidência 2005-2007
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Piracicaba	109	66	83	66	54	50	49	66	66	69	18,7
Capivari	13	5	11	10	12	12	5	10	6	9	18,4
S Pedro	2	5	1	2	5	3	5	6	5	5	17,0
R Pedras	0	3	1	1	0	1	3	4	1	2	9,0
E Fausto	4	2	1	1	1	2	0	0	0	1	2,2
Charqueada	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	11,7
Rafard	3	2	0	1	1	0	2	1	0	1	7,9
Saltinho	1	0	0	1	1	5	0	1	1	0	10,3
S M Serra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Mombuca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
A S Pedro	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	-
RS Piracicaba	133	83	97	84	74	74	64	90	79	90	16,7

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

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

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

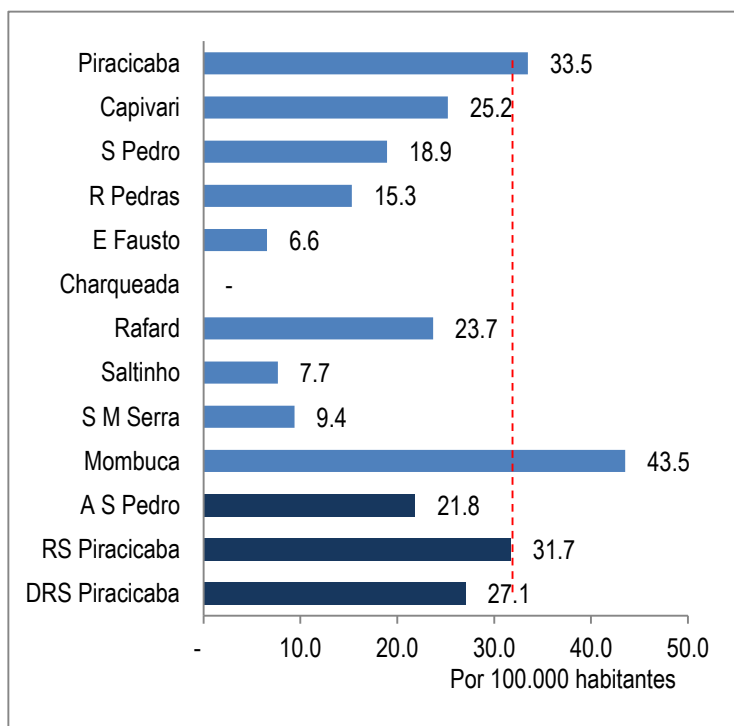
A estabilização e a redução da epidemia de HIV/Aids ainda não estão asseguradas. A ampliação de programas de promoção e prevenção, diagnóstico e acompanhamento laboratorial e clínico adequados são importantes para aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

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 da tuberculose e o número de casos nos anos de 2006 e 2007 na RS Piracicaba são apresentados no Gráfico 17 e Tabela 12 respectivamente, elaborados através de consulta aos dados do sistema TabWeb disponibilizados no site da Divisão de Controle da Tuberculose da SES-SP. Piracicaba e Capivari respondem por cerca de 90% dos casos da região, e o primeiro é um dos 73 municípios paulistas prioritários para o controle da doença no Estado.

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



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

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

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

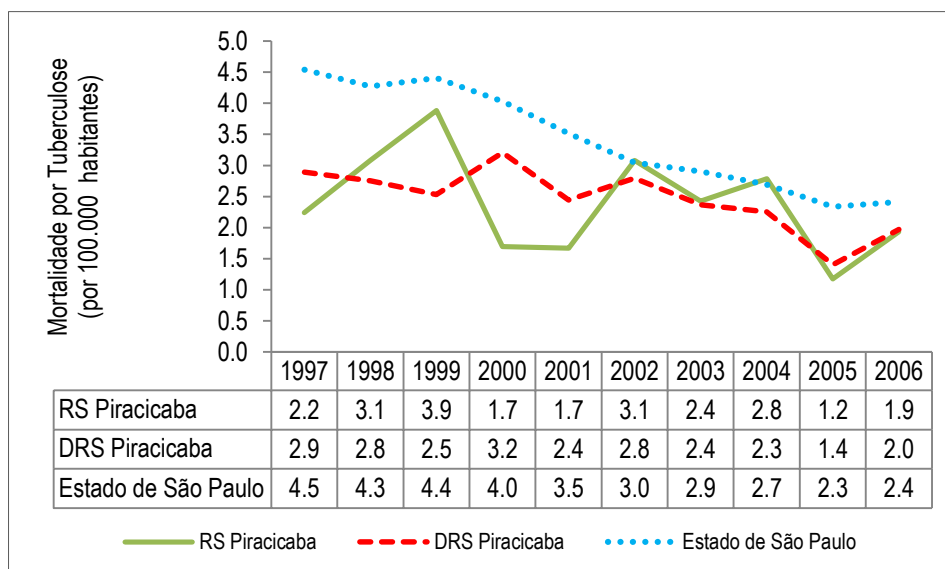
Municípios	2006	2007
Piracicaba	107	135
Capivari	11	12
S Pedro	7	5
R Pedras	1	7
E Fausto	0	2
Charqueada	0	0
Rafard	3	1
Saltinho	0	1
S M Serra	0	1
Mombuca	1	2
A S Pedro	1	0
RS Piracicaba	131	166

Obs.: Excluídos casos encerrados com mudança de diagnóstico.

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

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

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



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

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

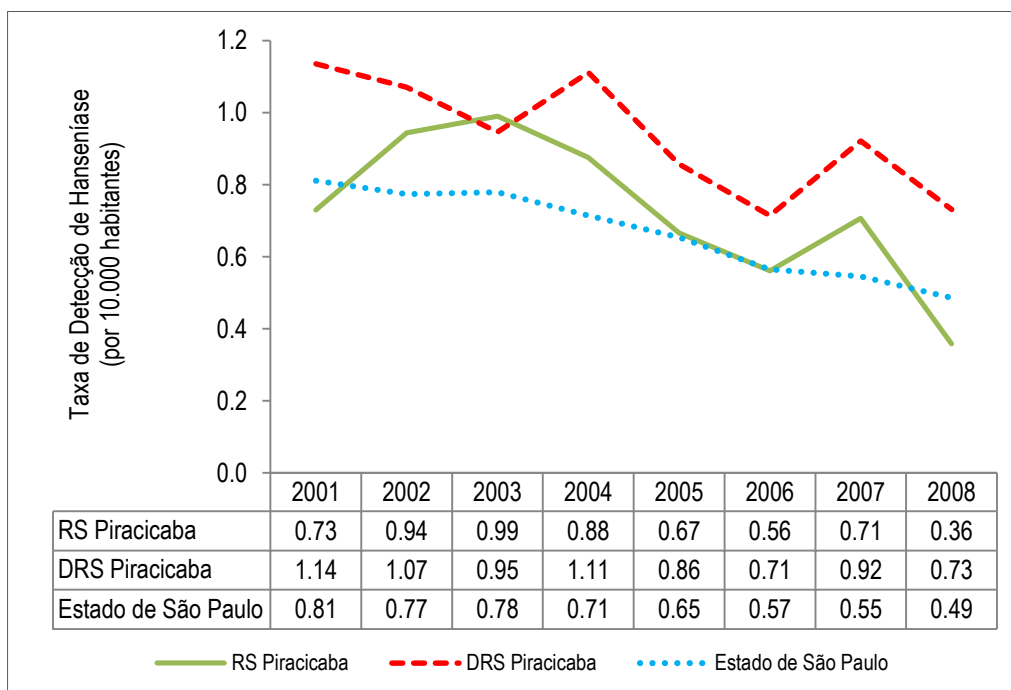
2.5.3. Hanseníase

Quanto à hanseníase, o ESP já atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS desde 2005³⁰, meta também atingida no conjunto do DRS X. A magnitude e a carga de morbidade estão apresentadas no Gráfico 19, através da série histórica da taxa de detecção no período de 2001 a 2008. Apesar da redução ocorrida desde 2001, na RS Piracicaba, o conjunto de municípios compreendidos no DRS X e o ESP estão classificados numa situação de média endemicidade (entre 0,2 e 0,9 casos por 10.000 habitantes). Essa realidade indica a necessidade de implementação de ações na rede básica voltadas ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes, além de garantia de atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário³¹.

³⁰ A meta proposta pela OMS em relação à eliminação da hanseníase é de menos de 1 caso por 10.000 habitantes, considerando a taxa de prevalência.

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

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



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

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

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

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piracicaba	17	25	31	29	18	24	25	13
Capivari	4	8	2	3	5	0	2	0
S Pedro	2	2	6	0	1	0	2	0
R Pedras	3	3	2	5	4	3	5	5
E Fausto	6	2	1	0	2	1	2	0
Charqueada	1	2	0	1	0	0	0	0
Rafard	0	1	1	1	1	0	0	0
Saltinho	2	2	4	1	0	0	0	0
S M Serra	0	1	1	3	2	1	1	0
Mombuca	0	0	1	0	0	0	0	0
A S Pedro	0	0	0	1	1	0	0	1
RS Piracicaba	35	46	49	44	34	29	37	19

* 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.

2.5.4. Dengue

Em relação á dengue, a Tabela 14 apresenta o número de casos notificados no SINAN entre os anos de 2001 e 2008 nos municípios da região de saúde, assim como os casos totalizados para a RS Piracicaba, DRS X e Estado de São Paulo. Os dados justificam a priorização da dengue na agenda da saúde, devido à quantidade de casos, além do grande potencial de transmissão e transcendência. Piracicaba teve transmissão autóctone em todo o período analisado e é município prioritário para o combate à epidemia de dengue. Em 2007 a região de saúde foi atingida de forma intensa; apenas Rafard, Santa Maria da Serra e Mombuca não tiveram registro de casos e os municípios de Piracicaba, São Pedro, Charqueada e Saltinho tiveram incidência acima de 400 casos/100 mil habitantes, considerada de nível alto.

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piracicaba	424	231	137	10	20	96	5.665	54
Capivari	-	3	5	1	3	1	2	-
S Pedro	5	6	1	-	5	2	196	1
R Pedras	5	3	1	-	-	3	43	2
E Fausto	1	-	-	-	-	-	2	-
Charqueada	3	-	2	-	-	2	134	-
Rafard	-	1	-	-	4	-	-	-
Saltinho	-	-	-	-	-	2	28	1
S M Serra	3	13	-	-	-	-	-	-
Mombuca	-	1	-	-	-	-	-	1
A S Pedro	-	-	-	-	-	-	4	-
RS Piracicaba	441	258	146	11	32	106	6.074	59
DRS Piracicaba	1.581	1.168	303	33	46	619	9.269	534
Estado de São Paulo	51.472	42.368	20.245	3.049	5.433	50.021	92.345	7.187

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

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

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

2.6. Problemas de Saúde Segundo os Gestores Municipais

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

Mesmo considerando os diferentes enfoques, é possível observar que grande parte dos municípios indicou como problema as condições crônicas de saúde, principalmente as relacionadas à saúde do idoso, hipertensão arterial e diabetes. Nesse sentido, os gestores acabam expressando o principal reflexo, na área da saúde, das características populacionais dos municípios da região. Observa-se ainda que, em segundo lugar, foi indicada a Atenção Básica como uma preocupação dos gestores.

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

Municípios	Principais Problemas Apontados				
Piracicaba	Saúde da Mulher	Saúde do Idoso	Hipertensão	Diabetes	Cirurgias Eletivas
Capivari	Atividade Física	Poluição (queimada)			
S Pedro	Ações da Atenção Básica				
R Pedras	Atenção Básica	Programas Educativos	Programa de Diabéticos	Programas de Pressão Arterial	Programa da Saúde do Idoso
E Fausto	Melhoria da Atenção Básica				
Charqueada	Cardiovasculares	Respiratórios	Metabólicos	Acidentes / violência	Infecciosas
Rafard	Capacitação em DCNTs	Programa de saúde do idoso	Saúde do trabalhador		
Saltinho	Não temos				
S M Serra					
Mombuca	Falta de oferta de emprego	Baixo nível social			
A S Pedro	Alto índice de idosos	Hipertensão	AVC	Diabetes	

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 Piracicaba, 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 PIRACICABA

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 Piracicaba.

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.”³²

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

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

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

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

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

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

³² 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 de unidades básicas tradicionais, presentes em seis dos onze municípios, e a presença do modelo híbrido, composto concomitantemente de unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família, encontrado em cinco municípios. Não há na Região nenhum município onde exista somente Unidades de Saúde da Família.

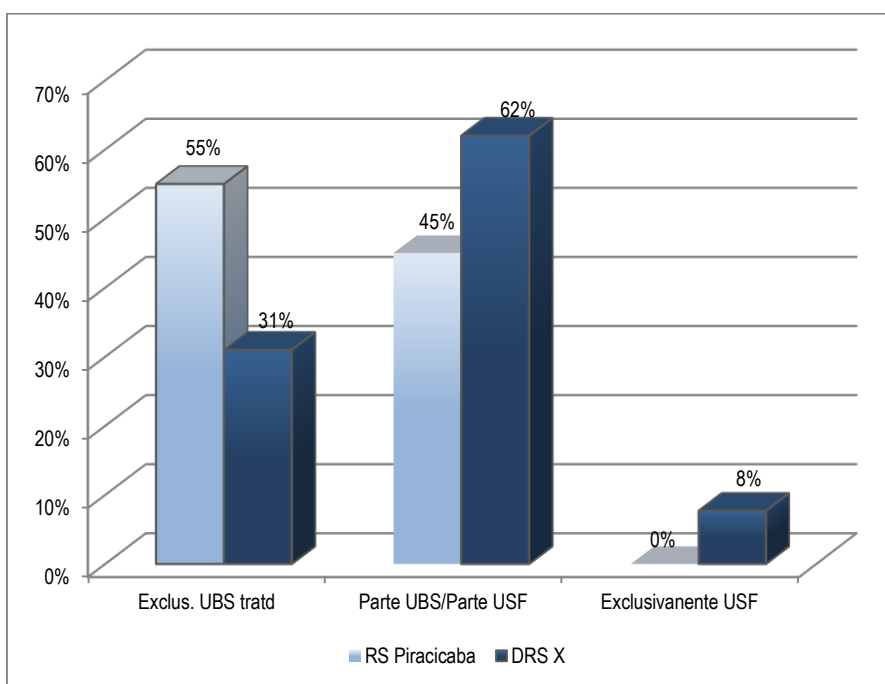
Tabela 1 - Modelo de organização na Atenção Básica por município. RS Piracicaba, 2008.

Municípios	Exclusivamente UBS Trad.	USF	Parte UBS/USF
A S Pedro	x		
Capivari			x
Charqueada	x		
Elias Fausto			x
Mombuca			x
Piracicaba			x
Rafard	x		
R Pedras	x		
Saltinho	x		
S M Serra	x		
S Pedro			x

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

Quando se comparam os resultados da RS Piracicaba com as regiões que guardam correspondência com o DRS X, verifica-se que, nessa Região, há predominância do modelo de unidades básicas tradicionais, presente em 55% dos municípios, diferindo da tendência presente na área do DRS X, onde esse modelo é adotado em apenas 31% dos municípios. Já a adoção do modelo híbrido prepondera em 45% dos municípios da RS Piracicaba, em comparação aos resultados do DRS X, que é de 62%. O modelo de saúde da família exclusivo, inexistente na RS, é adotado em 8% dos municípios do DRS (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Modelo de organização da Atenção Básica no DRS X e na RS Piracicaba, 2008.



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

No tocante às modalidades de equipes de saúde da família³³, segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que os cinco municípios que adotam parcialmente esse modelo têm equipes de saúde bucal tipo I (Capivari, Elias Fausto, Mombuca, Piracicaba e São Pedro). Apenas Elias Fausto refere ter Equipe de Saúde da Família ampliada com outros profissionais.

Quando questionados em relação a projetos de expansão para a rede de Atenção Básica, os gestores municipais de Piracicaba e São Pedro responderam que pretendem ampliar as Equipes de Saúde da Família. Piracicaba afirma que pretende implantar também um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Já o município de Rio das Pedras pretende implantar Equipes de Saúde da Família; os municípios de Rafard e Capivari projetam a ampliação da cobertura populacional e a qualificação da rede.

Em relação à cobertura populacional das equipes de saúde da família, observa-se que é de 25,4% na Região, pouco inferior a da área do DRS X, que é de 28,71%, (Tabela 2).

³³ Para este estudo, consideraram-se as modalidades de equipes de saúde da família, equipes de saúde bucal e equipes de agentes comunitários de saúde, conforme Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS. Além disso, optou-se pela inclusão da modalidade equipe de saúde da família ampliada com outros profissionais, dadas as características comumente encontradas nas regiões estudadas. No que se refere ao NASF (Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, MS), considerou-se para este estudo apenas uma modalidade.

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

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura Populacional (%)
Capivari	45.882	3	22,10
Elias Fausto	15.314	3	66,54
Mombuca	3.472	1	99,02
Piracicaba	363.607	30	28,24
S Pedro	31.950	1	10,27
RS Piracicaba	523.690	38	25,40
DRS X - Piracicaba	1.389.553	114	28,71

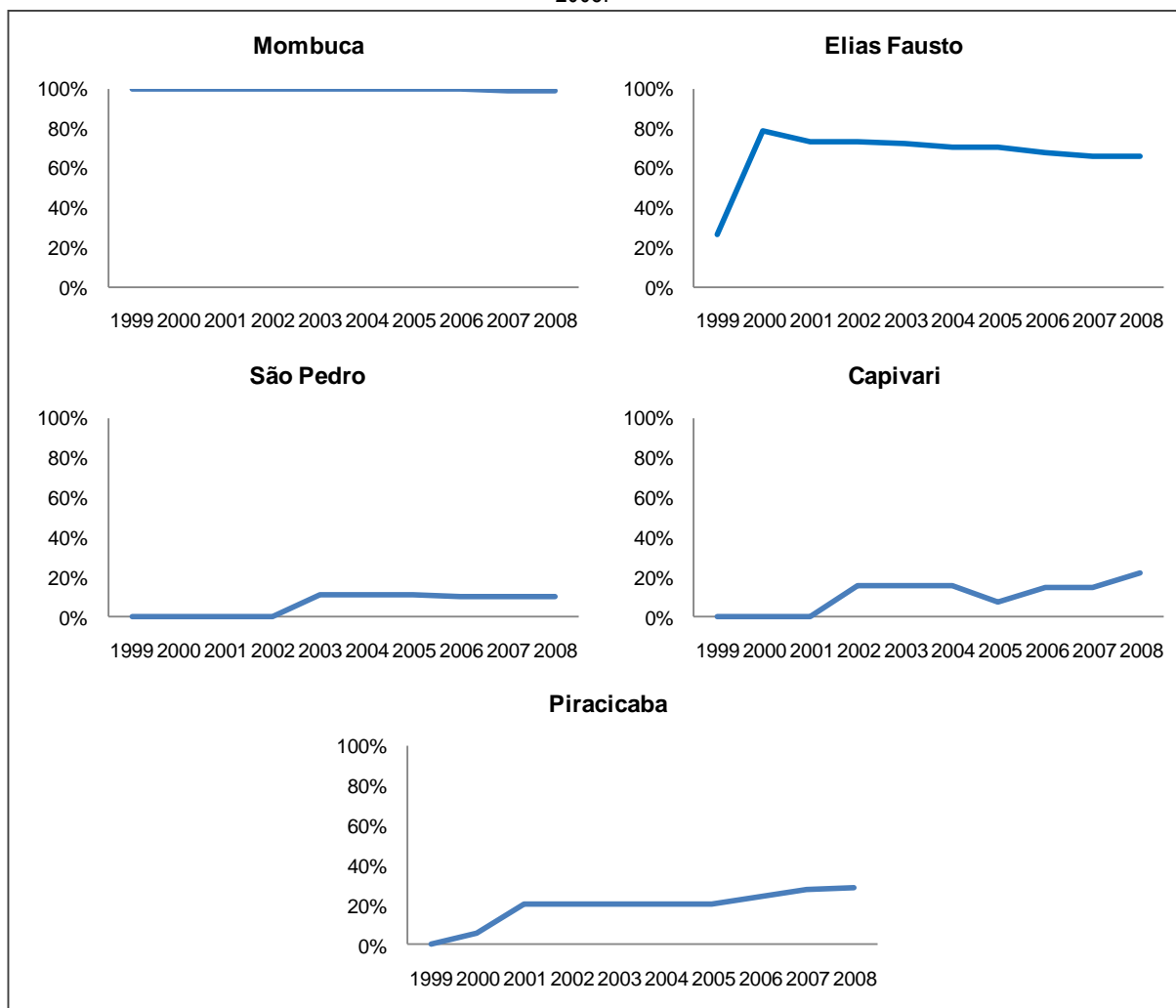
Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

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

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

Nos municípios da região que adotam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode-se observar, no Gráfico 2, a evolução da estimativa de cobertura populacional por equipe de saúde da família ao longo de uma década. Nota-se que Mombuca já atingiu 100% de cobertura desde o início da série. O município de Elias Fausto apresenta cobertura significativa, da ordem de mais de 60%. Piracicaba, o maior e mais populoso da região, mostra cobertura populacional em torno de 20% entre 2001 e 2005 e elevação dos valores desde então, chegando a 28% em 2008. Capivari tem coberturas pouco menores que Piracicaba e também apresenta tendência de aumento a partir de 2006. São Pedro desde a implantação da ESF em 2003 vem cobrindo cerca de 10% de sua população, considerando as equipes de saúde da família implantadas.

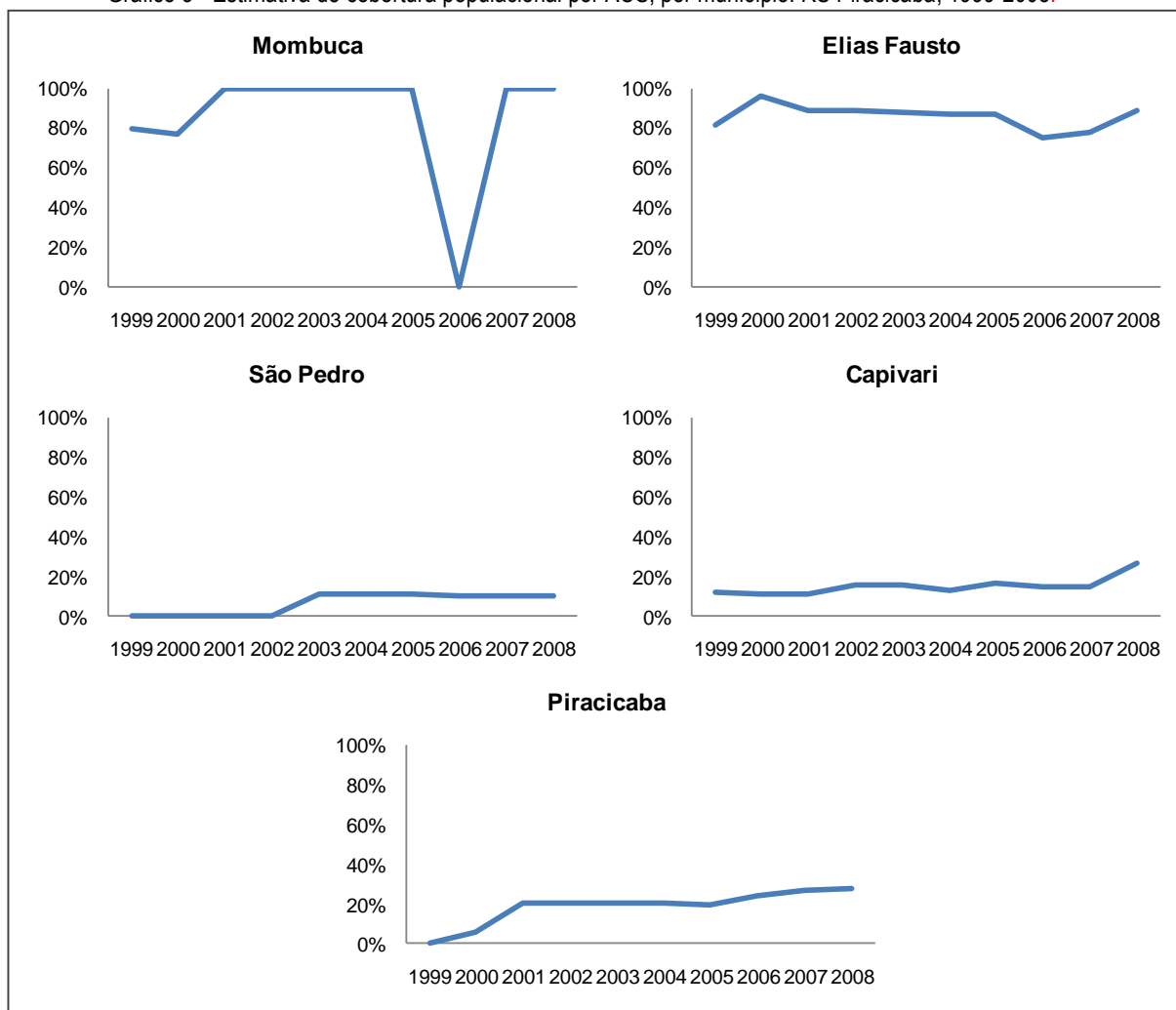
Gráfico 2 – Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família, por município. RS Piracicaba, 1999-2008.



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

Os dados apresentados no Gráfico 3 mostram que a tendência da estimativa de cobertura populacional por agentes comunitários de saúde (ACS) é semelhante à de equipes de saúde da família, exceto no município de Elias Fausto onde a cobertura de ACS é maior.

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



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

3.1.2. Capacidade Instalada na Atenção Básica

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

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

Municípios	UBS
Águas de São Pedro	1
Capivari	1
Charqueada	5
Elias Fausto	1
Mombuca	1
Piracicaba	53
Rafard	1
Rio das Pedras	5
Saltinho	1
Santa Maria da Serra	2
São Pedro	2

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

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

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

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
Águas de São Pedro	x			
Capivari		x		x
Charqueada	x			
Elias Fausto	x			x
Mombuca	x		x	
Piracicaba	x			x
Rafard	x			
Rio das Pedras	x			
Saltinho		x		
Santa Maria da Serra	x			
São Pedro		x		x

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

Dos onze municípios da Região, oito afirmam que há suficiência de unidades básicas de saúde, representando 73% da Região. Já dos cinco municípios que têm modelo híbrido (UBS/ ESF) e, portanto, desenvolvem a Estratégia de Saúde da Família, quatro consideram a necessidade de ampliação dessa estratégia.

Cabe novamente ressaltar que, no que se refere a projetos de expansão para a Atenção Básica, apenas cinco municípios (Capivari, Piracicaba, Rafard, Rio das Pedras e São Pedro) apontam para alguma necessidade de incremento.

Quanto à localização geográfica das unidades básicas, conforme mostra a Tabela 5, apenas três gestores apontam como um problema a distribuição das unidades de saúde no respectivo território (Elias Fausto, Santa Maria da Serra e São Pedro). Para oito dos gestores, tais unidades encontram-se bem localizadas.

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

Municípios	Bem distribuídas	Mal distribuídas
Águas de São Pedro	x	
Capivari	x	
Charqueada	x	
Elias Fausto		x
Mombuca	x	
Piracicaba	x	
Rafard	x	
Rio das Pedras	x	
Saltinho	x	
Santa Maria da Serra		x
São Pedro		x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. 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 Piracicaba, 2008.

	A S Pedro	Capivari	Charqueada	Elias Fausto	Mombuca	Piracicaba	Rafard	R Pedras	Saltinho	S M Serra	S Pedro
Agente Comunitário de Saúde		x		x	x	x					x
Assistente Social	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Atendente de Enfermagem			x		x			x	x		
Auxiliar de Consultório Dentário		x	x	x	x	x		x	x	x	x
Auxiliar de Enfermagem	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Cirurgião-Dentista	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Médico Sanitarista											
Farmacêutico		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fisioterapeuta	x		x	x	x	x	x	x	x		x
Médico Acupunturista										x	
Médico Clínico	x	x	x		x	x	x	x	x		x
Médico de Saúde da Família		x		x	x	x				x	x
Médico Ginecologista	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Médico Homeopata										x	
Médico Pediatra	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Médico Psiquiatra						x		x	x		
Nutricionista	x	x			x	x					
Profissional de Educação Física		x									
Psicólogo	x			x	x	x	x	x		x	x
Técnico de Enfermagem	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Técnico em Higiene Dental			x			x		x			x
Terapeuta Ocupacional						x		x			x

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

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

	A S Pedro	Capivari	Charqueada	Elias Fausto	Mombuca	Piracicaba	Rafard	R Pedras	Saltinho	S M Serra	S Pedro
Agente Comunitário de Saúde											
Assistente Social		x				x					x
Atendente de Enfermagem											
Auxiliar de Consultório Dentário						x					
Auxiliar de Enfermagem											
Cirurgião-Dentista						x					x
Enfermeiro								x	x	x	x
Médico Sanitarista											
Farmacêutico		x									
Fisioterapeuta					x			x			
Médico Acupunturista											
Médico Clínico		x						x			
Médico de Saúde da Família		x		x							x
Médico Ginecologista									x		x
Médico Homeopata										x	
Médico Pediatra		x			x						x
Médico Psiquiatra						x					
Nutricionista	x	x				x					
Profissional de Educação Física		x									
Psicólogo					x	x	x				x
Técnico de Enfermagem											
Técnico em Higiene Dental						x					
Terapeuta Ocupacional						x					

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

Os dados da Tabela 6 mostram que a equipe multiprofissional básica³⁴, formada por médico clínico ou médico de saúde da família, ginecologista, pediatra, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental, está presente na grande maioria dos municípios da região. Nota-se a ausência de auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental em Rafard e Aguas de São Pedro e de médico ginecologista e pediatra em Santa Maria da Serra.

A carga horária de enfermeiros foi considerada insuficiente em quatro dos municípios. Cabe citar que dos cinco municípios que adotam a Estratégia de Saúde da Família, três consideram insuficientes as horas do médico.

Em relação a equipe ampliada na Atenção Básica, há na Região primazia dos seguintes profissionais: assistentes sociais e fisioterapeutas em dez municípios; farmacêuticos em nove e psicólogos em sete.

Outros profissionais de nível superior que podem compor uma equipe ampliada na Atenção Básica encontram-se pouco presentes no SUS municipal da RS Piracicaba, quais sejam: nutricionistas em quatro, médicos psiquiatras e terapeutas ocupacionais em três Médico homeopata e acupunturista só integram a equipe da Atenção Básica em um município.

3.1.3. Outros Aspectos da Atenção Básica

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

Em relação aos procedimentos de Atenção Básica por habitante (Tabela 8), os dados secundários do DATASUS analisados sob os parâmetros da Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, MS, evidenciam que, em relação às ações de enfermagem e ações odontológicas, a maioria dos municípios apresenta uma produção adequada aos parâmetros; já em relação às ações médicas, chama a atenção o fato de oito municípios dos onze que constituem a região apresentarem produção acima dos parâmetros. Quanto aos procedimentos realizados por outros profissionais de nível superior, há muita diversidade apresentada com relação aos parâmetros.

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

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

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Sup.
Águas de São Pedro	3,24	6,55	0,24	-
Capivari	2,42	1,44	0,69	0,49
Charqueada	2,26	0,96	1,21	0,69
Elias Fausto	5,91	3,38	1,56	0,30
Mombuca	7,10	4,29	4,62	0,01
Piracicaba	3,12	1,09	0,36	0,02
Rafard	3,24	1,81	0,33	1,63
Rio das Pedras	0,31	2,84	0,41	-
Saltinho	6,82	3,72	1,36	-
Santa Maria da Serra	6,47	2,07	0,35	-
São Pedro	3,42	3,74	0,78	0,13

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 Piracicaba produz 94% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população local.

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

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/déficit	% Produção/necessidades
A S Pedro	2.322	3.657	14.883	11.226	407
Capivari	45.882	72.264	64.813	-7.451	90
Charqueada	14.393	22.669	13.908	-8.761	61
Elias Fausto	15.314	24.120	50.926	26.806	211
Mombuca	3.472	5.468	14.746	9.278	270
Piracicaba	363.607	572.681	390.031	-182.650	68
Rafard	8.460	13.325	14.935	1.611	112
R Pedras	26.317	41.449	65.134	23.685	157
Saltinho	6.586	10.373	24.179	13.806	233
S M Serra	5.387	8.485	10.916	2.431	129
S Pedro	31.950	50.321	114.968	64.647	228
RS Piracicaba	523.690	824.812	779.439	-45.373	94

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

Merece atenção novamente o fato de oito municípios da região apresentarem superávit, dentre os quais Águas de São Pedro, Elias Fausto, Mombuca, Saltinho e São Pedro, com produção que ultrapassa em 200% as necessidades. Talvez se possa explicar o superávit tão acentuado de Águas de São Pedro em função desse município ser instância hidromineral e possuir população flutuante. Merece ainda atenção o fato de que, dentre os onze municípios,

três apresentam déficit: Charqueada, Piracicaba e Capivari, sendo os dois últimos os maiores municípios da Região.

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. Do total de 779.439 das consultas produzidas na Atenção Básica na Região, observa-se que aproximadamente 60% referem-se a consultas programadas e 40% a consultas de urgência.

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

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
Águas de São Pedro	3.065	11.818
Capivari	37.103	27.710
Charqueada	13.908	-
Elias Fausto	30.364	20.562
Mombuca	11.415	3.331
Piracicaba	231.718	158.313
Rafard	14.478	457
Rio das Pedras	29.975	35.159
Saltinho	20.232	3.947
Santa Maria da Serra	10.916	-
São Pedro	67.838	47.130
RS Piracicaba	471.012	308.427

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

Essa tabela mostra que, nos municípios de Águas de São Pedro e Rio das Pedras, a produção de consultas de urgência na Atenção Básica é superior à de consultas programadas.

No que se refere ao desenvolvimento de atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida, os resultados, conforme Tabela 11, indicam a presença dessas ações em oito dos onze municípios (Capivari, Charqueada, Elias Fausto, Mombuca, Rafard, Piracicaba, Santa Maria da Serra e São Pedro). Em sete deles, essas atividades são desenvolvidas através do estabelecimento de parcerias com outros setores, como educação e assistência social.

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

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
A S Pedro						
Capivari	x					
Charqueada						
Charqueada	x	x			x	
Elias Fausto	x					
Mombuca						
Mombuca		x	x			x
Piracicaba	x	x	x	x	x	
Rafard						
Rafard	x	x	x			x
R Pedras						
Saltinho						
S M Serra		x			x	x
S Pedro						
S Pedro	x				x	
Total	6	5	3	1	4	3

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

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

No entanto, mesmo entre os municípios que realizam atividades de promoção à saúde, os gestores referiram que essas ações não ocorrem em todas as unidades de Atenção Básica na região. Apenas os municípios de Capivari e Mombuca realizam tais ações, numa porcentagem que varia de 76% 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 serem ampliadas com vistas à qualificação da atenção ofertada.

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

- Perfil inadequado de ACS;
- Falta de protocolos;
- Baixa resolutividade;
- Pouca preparação dos profissionais;
- Rotatividade de médicos;
- Excesso de pedidos de exames;
- Não cumprimento da jornada médica;
- Falta de gerenciamento;
- Número insuficiente de alguns profissionais;

- Falta de equipe multidisciplinar;
- Indefinição do modelo de atenção.

As fragilidades apontadas concentram-se na área de recursos humanos, tanto para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde, quanto para ações de natureza gerencial. Deve-se ressaltar que seis municípios (Capivari, Charqueada, Mombuca, Piracicaba, Rafard e São Pedro) apresentam alguma iniciativa em andamento, com vistas a superar suas fragilidades, desenvolvendo ações de capacitação dos profissionais para a atenção à saúde, bem como atividades de capacitação dos profissionais para a gestão. No entanto, no âmbito da capacitação para a atenção à saúde, nota-se que tais ações são pontuais e não abrangem todos os agravos priorizados no *Plano Estadual de Saúde*.

Em relação a projetos desenvolvidos e não implementados, apenas cinco municípios apresentam alguma iniciativa relacionada 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 Piracicaba permite considerar que:

- Há predominância de unidades básicas tradicionais na maior parte dos municípios que compõem a Região;
- O percentual de cobertura populacional de Saúde da Família é próximo ao do Estado de São Paulo, que é de 25% (MS/DAB, 2008);
- A maior parte dos gestores municipais considera o número de unidades básicas tradicionais suficientes e bem localizadas; já os gestores dos municípios com unidades de saúde da família consideram-nas insuficientes;
- Há profissionais diversificados nas equipes de Atenção Básica, principalmente aqueles que compõem a equipe multiprofissional básica;
- A produção de procedimentos de Atenção Básica apresenta-se deficitária em poucos municípios, sendo na maior parte deles superavitária;
- Grande 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 Piracicaba visando à sua qualificação, estão relacionados: 1) à formação e capacitação dos profissionais para atuar na Atenção Básica ; 2) à fixação de médicos; 3) à

qualificação do cuidado; 4) ao gerenciamento das unidades básicas e 5) à organização dos processos de trabalho.

Deve-se investir na qualificação da Atenção Básica na RS Piracicaba, 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 conhecimento, à 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 capazes 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, que define 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 Piracicaba. 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 as ações desenvolvidas, bem como 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 pela VE, VS, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador e Controle de Zoonoses nos municípios da RS Piracicaba.

Tabela 12 – Existência de setor ou profissional responsável, por município. RS Piracicaba, 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.
A S Pedro	x		x							
Capivari	x		x		x			x		x
Charqueada	x		x					x	x	
Elias Fausto	x		x							x
Mombuca	x		x			x	x			x
Piracicaba	x		x		x		x			x
Rafard	x		x			x		x		x
R Pedras	x		x			x	x			x
Saltinho	x		x							
S M Serra		x	x			x		x		x
S Pedro	x		x			x				x

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

Observa-se que dez municípios responderam possuir setor específico responsável pela Vigilância Epidemiológica (VE) e um afirma ter profissional responsável. Quanto à Vigilância Sanitária, todos referiram a existência de setor próprio.

Entretanto, o mesmo não se observa para o controle de zoonoses, saúde ambiental e do trabalhador: apenas dois, três e cinco municípios possuem setor específico, respectivamente. Nenhuma estrutura em Zoonoses e Ambiental foi observada em 4 municípios e em dois na área de Saúde do Trabalhador. Águas de São Pedro e Saltinho não possuem qualquer estrutura nessas áreas.

Somente Piracicaba informou possuir um Centro de Controle de Zoonoses (CCZ); nove municípios informam que utilizam esse CCZ quando necessitam e outro refere não ter referência.

3.2.2. Vigilância Epidemiológica

Observou-se que as ações de Vigilância Epidemiológica (notificação de agravos, profilaxia de agravos específicos, investigação de surtos e busca ativa) são desenvolvidas

pela totalidade dos municípios integrantes da RS Piracicaba e descentralizadas para as unidades de Atenção Básica.

Através das informações contidas na Tabela 13, pode-se notar que, em relação às várias categorias profissionais que tradicionalmente compõem as equipes de VE, os municípios da RS Piracicaba contam com a presença de enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e médicos em quase todos eles. Poucos são os municípios que fazem referência à insuficiência de técnicos para o desenvolvimento dessas atividades.

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

Municípios	Médico	Insuficiência	Enfermeiro	Insuficiência	Téc. Enf.	Insuficiência	Aux. Enf.	Insuficiência
A S Pedro							X	
Capivari	X		X		X		X	
Charqueada	X		X		X		X	
E Fausto	X		X					
Mombuca	X		X		X		X	
Piracicaba	X		X		X	X	X	
Rafard	X		X		X		X	
R Pedras	X	X	X	X	X	X	X	X
Saltinho			X					
S M Serra	X		X				X	
S Pedro			X	X			X	

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

3.2.3. Vigilância Sanitária

No caso das ações de VS, 54% dos municípios da Região realizam plenamente as ações dessa área, enquanto 45% dos municípios desenvolvem parcialmente tais ações, como se verifica na Tabela 14.

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

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
Águas de São Pedro		X
Capivari	X	
Charqueada		X
Elias Fausto	X	
Mombuca		X
Piracicaba	X	
Rafard		X
Rio das Pedras	X	
Saltinho		X
Santa Maria da Serra	X	
São Pedro	X	

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

O estudo permitiu observar que o Estado apoia ou desenvolve as ações em VS, na RS Piracicaba, em situações de maior complexidade, como inspeções em hospital, registros de produtos e controle sanitário da produção de alimentos.

Com relação aos profissionais, por categoria, que compõem as equipes de VS, verifica-se importante presença do enfermeiro, médico veterinário, médico e farmacêutico (Tabela 15). Fiscal de saúde pública está presente em apenas cinco municípios (Tabela 16). Todas as categorias elencadas foram informadas como inexistentes por Águas de São Pedro e Saltinho. Chama a atenção, à semelhança do que ocorre com a VE, a pouca referência à insuficiência de carga horária de técnicos para o desenvolvimento das atividades nessa área.

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

Municípios	Biólogo	Insuf.	Enferm.	Insuf.	Engenh.	Insuf.	Farmac.	Insuf.	Médico	Insuf.	Med.Vet.	Insuf.
A S Pedro												
Capivari			x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Charqueada			x		x		x		x		x	
E Fausto			x				x		x			
Mombuca					x						x	
Piracicaba	x		x		x		x		x		x	x
Rafard			x						x		x	
R Pedras			x	x			x	x	x	x	x	x
Saltinho												
S M Serra			x		x				x			
S Pedro			x				x				x	x

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

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

Municípios	Tec. Enf.	Insuficiência	Aux. Enf.	Insuficiência	Fiscal SP	Insuficiência
A S Pedro						
Capivari					x	x
Charqueada	x		x			
E Fausto					x	
Mombuca					x	
Piracicaba	x	x	x		x	
Rafard						
R Pedras	x	x	x	x		
Saltinho						
S M Serra						
S Pedro					x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. 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 nesse tópico.

Os municípios da RS Piracicaba desenvolvem as ações voltadas ao controle desse agravo, conforme discriminado na Tabela 17. Dos onze municípios da Região, oito desenvolvem todas as atividades integrantes do processo de controle dessa zoonose.

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

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
A S Pedro	x	x	x	x		x
Capivari	x	x	x	x	x	x
Charqueada	x	x	x	x	x	x
E Fausto	x	x	x	x	x	x
Mombuca	x	x	x	x	x	x
Piracicaba	x	x	x	x	x	x
Rafard	x	x	x	x	x	x
R Pedras	x	x	x	x	x	x
Saltinho	x	x	x	x	x	x
S M Serra	x			x	x	x
S Pedro	x	x	x	x	x	

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. 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 18, observa-se que todos os municípios desenvolvem atividades para o controle da raiva animal, como vacinação antirrábica animal e a observação de animal agressor. Já as demais atividades, tanto as associadas ao controle da raiva animal, quanto às associadas ao controle de outras zoonoses – como leptospirose e leishmaniose cutaneomucosa e visceral – são desenvolvidas por grande parte dos municípios, mais de 60% e 80%, respectivamente. A posse responsável de animais domésticos é trabalhada em mais de 60% dos municípios. No que se refere à guarda de animal de grande porte, os municípios da Região utilizam-se do Centro de Controle de Zoonoses de Piracicaba.

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

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos*	Roedores*	AE Lepto	C Leish
A S Pedro	x	x								
Capivari	x	x	x			x	x	x	x	x
Charqueada	x	x	x	x		x	x	x	x	x
E Fausto	x	x	x	x					x	x
Mombuca	x	x	x			x			x	x
Piracicaba	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rafard	x	x	x			x	x	x	x	x
R Pedras	x	x	x			x	x			x
Saltinho	x	x	x							
S M Serra	x	x				x	x		x	x
S Pedro	x	x	x							x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. 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

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

Quatro municípios referiram possuir aterro sanitário e dois desses e mais outros dois realizam coleta seletiva de resíduos. Já a coleta de resíduos de serviços de saúde é atividade realizada pela maioria dos municípios (sete).

Em relação ao controle de áreas contaminadas e degradadas e de poluição ambiental, quatro municípios referiram desenvolver atividades. Iniciativas de educação ambiental são realizadas por seis dos onze municípios.

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

Municípios	Aterro Sanitário	Coleta Seletiva	Coleta Resíduos Sanitários	Controle de Áreas Contaminadas e Degradadas	Controle de Poluição Ambiental	Educação Ambiental
A S Pedro			x			
Capivari			x	x	x	
Charqueada	x	x	x			x
E Fausto						
Mombuca		x	x	x	x	x
Piracicaba			x	x	x	x
Rafard	X	x				x
R Pedras	X			x	x	x
Saltinho		x	x			
S M Serra	x		x			x
S Pedro						

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

3.2.6. Vigilância da Saúde do Trabalhador

As atividades e serviços voltados à saúde de trabalhador existentes na Região são apresentados na Tabela 20.

Quatro municípios afirmam possuir serviço específico voltado ao atendimento de trabalhadores. Esses municípios e outros três desenvolvem ações específicas relacionadas a acidentes de trabalho.

Além da vigilância da exposição ao benzeno, amianto e agrotóxicos, foram relatadas ações voltadas à exposição de trabalhadores ao chumbo e sílica, e ainda as lesões por esforços repetitivos/doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho (LER/DORT).

Considerando a importância da atividade agrícola da região, seis municípios referiram desenvolver atividades de vigilância relacionadas à lavoura da cana-de-açúcar.

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

Municípios	Serviço de Saúde Específico*	Ações de Acidente de Trabalho**	Benzeno**	Amianto **	Agrotóxico**	Cultivo da cana-de-açúcar**
A S Pedro						
Capivari		x	x	x		x
Charqueada	x	x			x	x
E Fausto						
Mombuca						
Piracicaba	x	x	x	x	x	x
Rafard		x	x	x	x	
R Pedras	x	x				x
Saltinho						
S M Serra	x	x			x	x
S Pedro		x				x

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

* Serviço de saúde específico para os trabalhadores.

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

3.2.7. Avanços e Desafios Apontados pelos Gestores Municipais

No questionário, foi solicitado ao gestor que apontasse os principais avanços e as dificuldades existentes em relação à saúde pública em seu município. As questões elencadas foram muito diversas, referindo-se a estrutura e organização geral da rede de saúde dos municípios; recursos humanos; recursos materiais; e, logística.

Aspectos relacionados à capacitação, atualização e educação permanente dos trabalhadores de saúde foram os avanços relatados com maior frequência pelos gestores, seguidos pela estruturação de áreas e serviços, e ampliação das equipes. Três municípios destacaram avanços em relação ao programa de imunizações (descentralização da sala da vacina, aquisição de equipamentos e bom desempenho do programa).

Quanto às dificuldades existentes, seis municípios mencionaram questões referentes a falta de profissionais; também foram citados aspectos de infraestrutura e logística (número insuficiente e falta de manutenção de veículos, estrutura física e informatização insatisfatórias), integração com outros setores entre outras dificuldades apontadas.

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 Piracicaba permite sintetizar que:

- Existe setor específico voltado ao desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, na maioria dos municípios, o que contribui para a consolidação do processo de municipalização dessas atividades;
- Todas as unidades básicas de saúde dos municípios desenvolvem ações de VE;
- As ações de VS são parcialmente realizadas pela metade dos municípios da região que contam com o apoio e a complementaridade da SES SP;
- Há profissionais de diversas formações compondo as equipes de VE e VS dos municípios, que fazem pequena referência à insuficiência desses profissionais;
- As ações de controle de zoonoses são bastante desenvolvidas na maioria dos municípios, incluídas as de controle da dengue;
- Grande parte dos municípios desenvolva alguma ação nas áreas de saúde ambiental e saúde do trabalhador.

3.3. Atenção Especializada

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

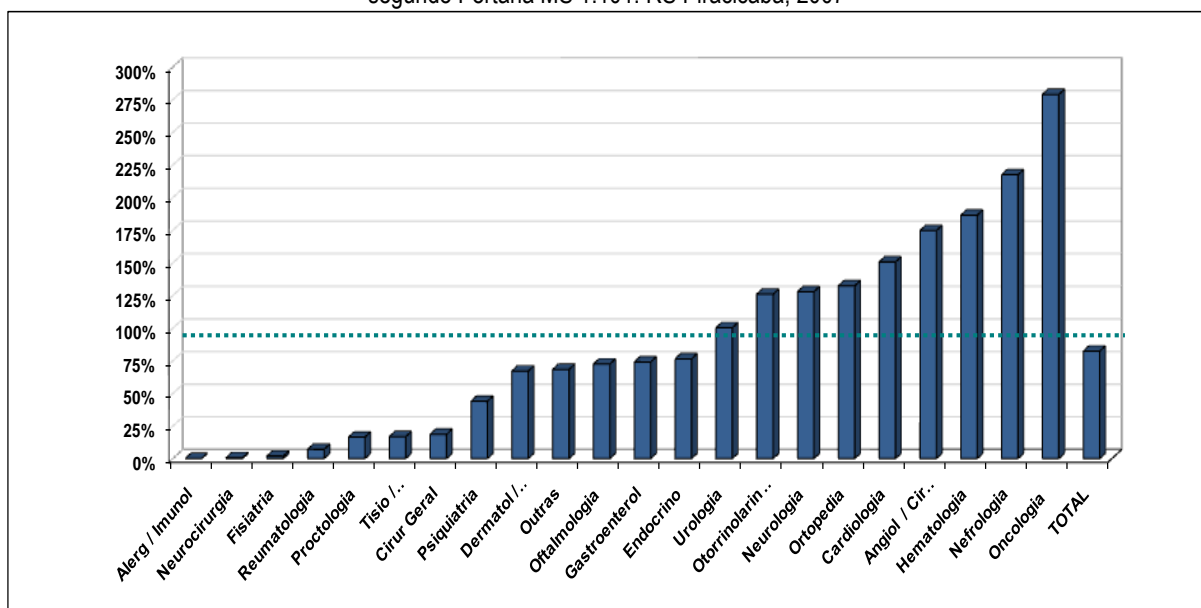
3.3.1. Atenção Ambulatorial

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 a 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, em função da necessidade de uma abordagem regional na análise desses pontos de atenção à saúde.

Nesse sentido, ao confrontar dados sobre as necessidades de consultas, para 70% da população³⁵ da RS Piracicaba, 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 21), cerca de 60% possuem produção abaixo das necessidades da Região e 40% apresentam uma produção acima dessas necessidades. No total, a produção de consultas especializadas da Região responde por 82% das necessidades.

³⁵ Considerando-se 70% da população como SUS dependente.

Gráfico 4 - Percentual de consultas produzidas, por especialidades, em relação às necessidades de 70% da população, segundo Portaria MS 1.101. RS Piracicaba, 2007



Fonte: MS/DATASUS. 2007. Elaboração própria.

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

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

Municípios	Alerg / Imunol	Neuro- cirurgia	Fisiatria	Reumato- logia	Proctologia	Tisio/Pneu- mologia	Cirur Geral	Psiquiatria	Dermatol / Hansen	Outras	Oftalmo- logia
Necessidade											
Águas de São Pedro	8	4	49	16	8	41	93	89	45	20	114
Capivari	161	80	964	321	161	803	1.847	1.766	883	401	2.248
Charqueada	50	25	302	101	50	252	579	554	277	126	705
Elias Fausto	54	27	322	107	54	268	616	590	295	134	750
Mombuca	12	6	73	24	12	61	140	134	67	30	170
Piracicaba	1.273	636	7.636	2.545	1.273	6.363	14.635	13.999	6.999	3.182	17.817
Rafard	30	15	178	59	30	148	341	326	163	74	415
Rio das Pedras	92	46	553	184	92	461	1.059	1.013	507	230	1.290
Saltinho	23	12	138	46	23	115	265	254	127	58	323
Santa Maria da Serra	19	9	113	38	19	94	217	207	104	47	264
São Pedro	112	56	671	224	112	559	1.286	1.230	615	280	1.566
Subtotal	1.833	916	10.997	3.666	1.833	9.165	21.079	20.162	10.081	4.582	25.661
Produção											
Águas de São Pedro									86		547
Capivari					300	161	1.026	1.680	1.090		2.575
Charqueada											
Elias Fausto									60		697
Mombuca											675
Piracicaba		5	206	258		1.376	2.179	3.920	4.052	3.126	10.128
Rafard									0		
Rio das Pedras							704	1.680	624		1.995
Saltinho								1.561			
Santa Maria da Serra											
São Pedro									840		1.953
Subtotal	0	5	206	258	300	1.537	3.909	8.841	6.752	3.126	18.570
Prod / Necess	0,00%	0,55%	1,87%	7,04%	16,37%	16,77%	18,54%	43,85%	66,98%	68,22%	72,37%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Tabela 21 (Continuação)

Municípios	Gastro- enterol	Endocrino	Urologia	Otorrino laringol.	Neurologia	Ortopedia	Cardio- logia	Angiol / Cir Vasc	Hemato logia	Nefrologia	Oncologia	Total
Necessidade												
Águas de São Pedro	28	16	37	61	49	118	81	8	4	4	12	906
Capivari	562	321	723	1.204	964	2.329	1.606	161	80	80	241	17.905
Charqueada	176	101	227	378	302	730	504	50	25	25	76	5.617
Elias Fausto	188	107	241	402	322	777	536	54	27	27	80	5.976
Mombuca	43	24	55	91	73	176	122	12	6	6	18	1.355
Piracicaba	4.454	2.545	5.727	9.545	7.636	18.453	12.726	1.273	636	636	1.909	141.898
Rafard	104	59	133	222	178	429	296	30	15	15	44	3.302
Rio das Pedras	322	184	414	691	553	1.336	921	92	46	46	138	10.270
Saltinho	81	46	104	173	138	334	231	23	12	12	35	2.570
Santa Maria da Serra	66	38	85	141	113	273	189	19	9	9	28	2.102
São Pedro	391	224	503	839	671	1.621	1.118	112	56	56	168	12.468
Subtotal	6.415	3.666	8.248	13.747	10.997	26.577	18.329	1.833	916	916	2.749	204.370
Produção												
Águas de São Pedro	473		392			283	1.437	510				3.728
Capivari		1.636	885	2.437	1.203	5.036	4.202	687		517		23.435
Charqueada												0
Elias Fausto	327				491	3.763						5.338
Mombuca												675
Piracicaba	3.203	1.161	6.142	10.494	9.803	18.914	14.153	1.577	1.708	1.475	7.666	101.546
Rafard				1.055								1.055
Rio das Pedras	741			1.519	1.116	3.254	4.224	426				16.283
Saltinho							826					2.387
Santa Maria da Serra							53					53
São Pedro			840	1.800	1.440	3.900	2.710					13.483
Subtotal	4.744	2.797	8.259	17.305	14.053	35.150	27.605	3.200	1.708	1.992	7.666	167.983
Prod / Necess	73,95%	76,30%	100,13%	125,88%	127,78%	132,26%	150,61%	174,59%	186,37%	217,36%	278,83%	82,20%

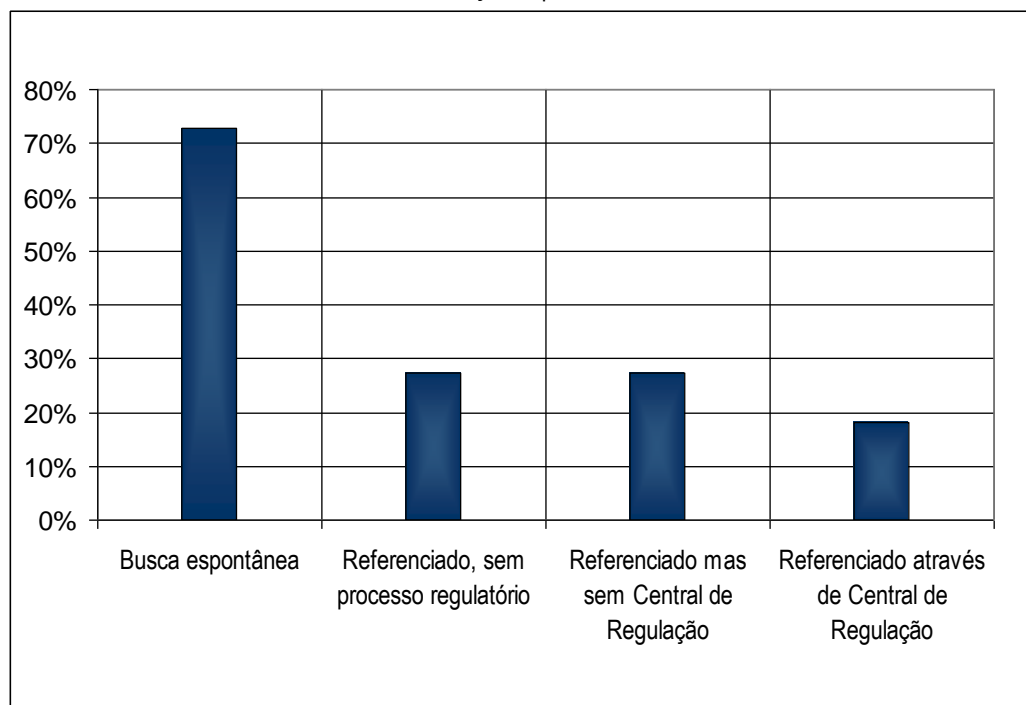
Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

Ao analisarmos todas as especialidades, ressaltam superproduções que devem ser melhor avaliadas, considerando as trocas inter-regionais. Entretanto, as especialidades de oncologia, nefrologia, hematologia, angiologia e cirurgia vascular 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 20% dos municípios oferecem consultas especializadas para outros municípios, e que mais de 70% deles buscam outros municípios para prover suas demandas.

Quanto ao acesso à Atenção Especializada Ambulatorial na RS Piracicaba, 70% dos municípios indicam que a demanda pelos serviços ocorre de forma espontânea, e menos de 30% referem algum tipo de processo regulatório. Menos de 20% dos municípios referem a utilização de uma Central de Regulação do Acesso (Gráfico 5).

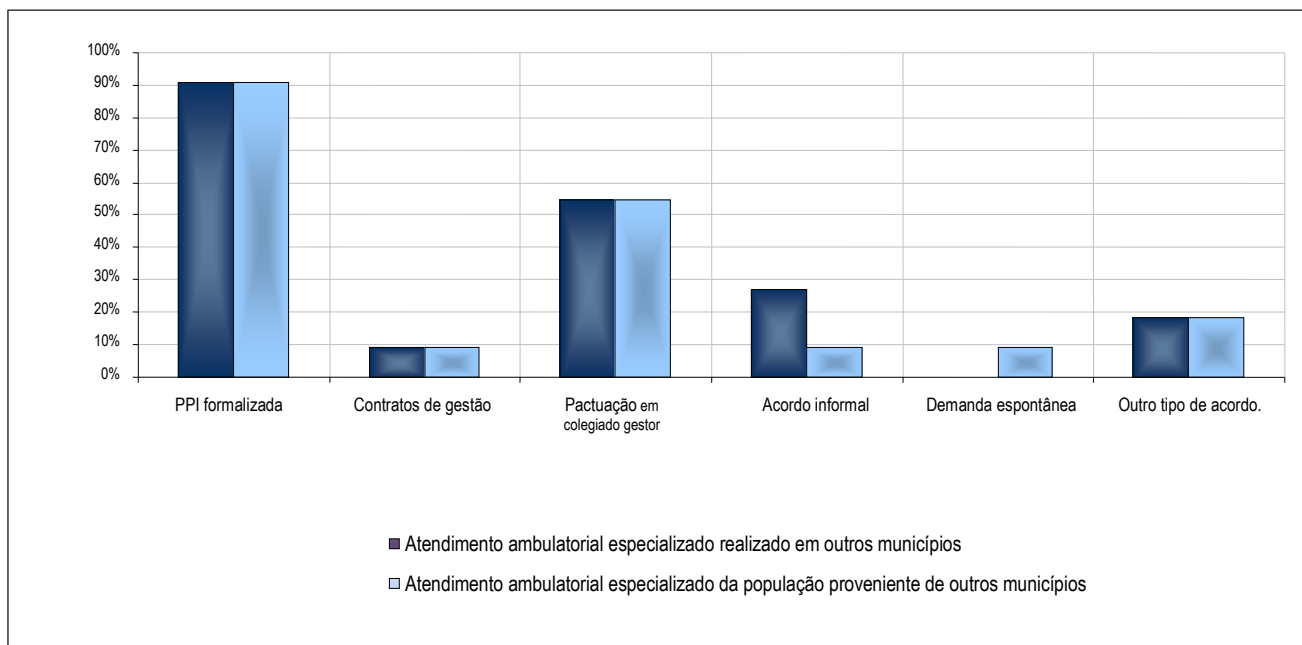
Gráfico 5 – Formas de acesso à Atenção Especializada. RS Piracicaba, 2008.



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

Apesar disso, 90% dos municípios da Região indicam que observam a PPI formalizada e 54% referem a pactuação em colegiado gestor como as duas principais formas para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da Região. Mais de 70% dos municípios também indicam que cumprem os acordos na maioria dos procedimentos pactuados (Gráfico 6).

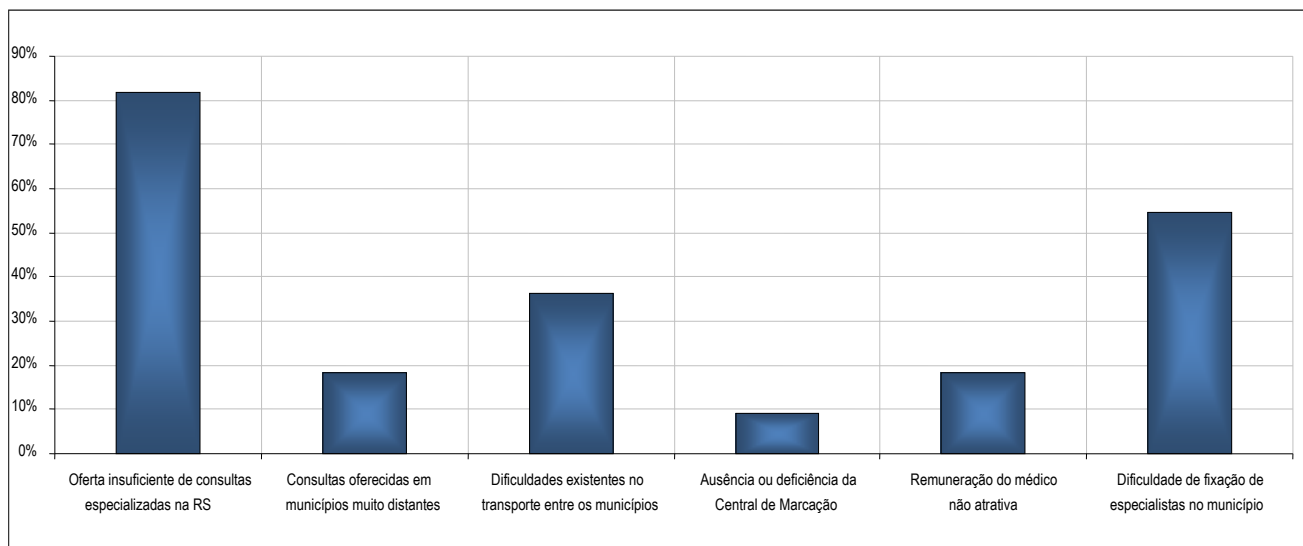
Gráfico 6 - Acordos estabelecidos entre os municípios para consultas especializadas. RS Piracicaba, 2008.



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

Quanto às dificuldades apontadas na Atenção Ambulatorial Especializada na RS Piracicaba, mais de 80% dos municípios referem a oferta insuficiente de consultas, 55% indicam dificuldades de fixação de especialistas e mais de 35% o transporte entre os municípios (Gráfico 7). Observa-se que a ausência ou deficiência de Central de Regulação do Acesso é indicada como problema apenas por 9% dos municípios.

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



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

Quanto à existência de projetos e ações para superar os problemas detectados, a maioria dos municípios indica que não os possuem. Apenas o município de São Pedro aponta a necessidade de reativação da Santa Casa local.

A Região de Saúde Piracicaba caracteriza-se, portanto, pela diversidade de especialidades existentes na região, com sobreoferta em algumas e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização, falando a favor da fragmentação 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 Piracicaba indica que apenas 50% dos leitos existentes estão integrados ao SUS. Desses, 98% são de entidades filantrópicas. (Tabela 22). Pelos dados é possível inferir, ainda, a presença de hospitais de pequeno porte, com menos de 100 leitos, em 54% dos municípios, que sabidamente possuem problemas de sustentabilidade, por não respeitarem os princípios de economia de escala, o que leva a déficits constantes.

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

Municípios	Leitos existentes				Leitos SUS				Percentual leitos SUS			
	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total
A S Pedro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Capivari	-	88	42	130	-	65	-	65	-	74%	0%	50%
Charqueada	-	33	-	33	-	26	-	26	-	79%	-	79%
E Fausto	6	-	-	6	6	-	-	6	100%	-	-	100%
Mombuca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Piracicaba	-	627	159	786	-	354	-	354	-	56%	0%	45%
Rafard	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R Pedras	-	62	-	62	-	43	-	43	-	69%	-	69%
Saltinho	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S M Serra	5	-	-	5	5	-	-	5	100%	-	-	100%
S Pedro	-	81	14	95	-	62	-	62	-	77%	0%	65%
Total	11	891	215	1.117	11	550	-	561	100%	62%	0%	50%

Fonte: MS/DATASUS, 2008. Elaboração própria.

Analisando-se, por outro lado, a necessidade de internações SUS para 70% da população segundo os parâmetros da Portaria MS 1.101, bem como a produção apresentada em 2007, verifica-se que esta última responde por 85% das necessidades da Região (Tabela 23).

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de internações 100% da população	Necessidade de Internações 70% da população	Produção Internações SUS 2007	Déficit / superávit 70% da população	% de produção em relação à necessidade de 70% da população
A S Pedro	2.322	186	130		-130	0,00%
Mombuca	3.472	278	194		-194	0,00%
S M Serra	5.387	431	302	5	-297	1,66%
Saltinho	6.586	527	369		-369	0,00%
Rafard	8.460	677	474		-474	0,00%
Charqueada	14.393	1.151	806	960	154	119,11%
E Fausto	15.314	1.225	858		-858	0,00%
R Pedras	26.317	2.105	1.474	1.741	267	118,13%
S Pedro	31.950	2.556	1.789		-1.789	0,00%
Capivari	45.882	3.671	2.569	3.273	704	127,38%
Piracicaba	363.607	29.089	20.362	18.848	-1.514	92,56%
RS Piracicaba	523.690	41.895	29.327	24.827	-4.500	84,66%
DRS Piracicaba	1.389.553	111.164	77.815	66.724	-11.091	85,75%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

No entanto, se considerarmos o potencial de internações³⁶ que podem ser realizadas pelos leitos SUS existentes, observa-se que seria possível atender cerca de 99% das internações necessárias (Tabela 24). Utilizando-se os mesmos critérios para a totalidade de leitos existentes, conclui-se que tais leitos seriam suficientes para o atendimento das necessidades da Região.

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Internações 70% da população	Produção Internações 2007	Potencial Produção leitos		Potencial / necessidade - SUS 70% da população	Produção /potencial SUS 70% da população
				Potencial Leitos SUS	Potencial Leitos Totais		
A S Pedro	2.322	130				0%	
Mombuca	3.472	194				0%	
S M Serra	5.387	302	5	260	260	86%	2%
Saltinho	6.586	369				0%	
Rafard	8.460	474				0%	
Charqueada	14.393	806	960	1.352	1.716	168%	71%
E Fausto	15.314	858		312	312	36%	0%
R Pedras	26.317	1.474	1.741	2.236	3.224	152%	78%
S Pedro	31.950	1.789		3.224	4.940	180%	0%
Capivari	45.882	2.569	3.273	3.380	6.760	132%	97%
Piracicaba	363.607	20.362	18.848	18.408	40.872	90%	102%
RS Piracicaba	523.690	29.327	24.827	29.172	58.084	99%	85%
DRS Piracicaba	1.389.553	77.815	66.724	118.040	192.712	152%	57%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

A avaliação mais detalhada dos leitos por especialidades indica que do total existente estão mais disponíveis ao SUS, proporcionalmente, os leitos de pediatria (63%), seguidos por leitos complementares (60%) e obstétricos (54%).

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

Quando solicitados a indicarem as áreas com demandas reprimidas, os gestores foram unânimes em apontar a especialidade de ortopedia.

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.

No que se refere ao acesso à internação, os gestores indicaram que 27% dos municípios não possuem leitos hospitalares, 64% buscam internações em outros municípios e cerca de 18% oferecem leitos de internações para os demais municípios.

Em termos de acesso, 45% dos gestores referiram que não há qualquer tipo de encaminhamento para internações, 36% observaram que existe encaminhamento, mas sem processo de regulação e, 27% indicaram que há encaminhamentos realizados através de Central de Regulação de Acesso.

Quanto ao fluxo intrarregional, observa-se que os acordos mais utilizados para o atendimento das internações são a PPI formalizada e as pactuações realizadas no Colegiado Gestor da Região. 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 demandas externas provenientes de outros municípios.

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

As principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais quanto às internações hospitalares, referem-se na maioria (60% dos gestores) à falta de leitos e vagas, bem como de cotas insuficientes para internação. Em seguida, (20% dos gestores) apontam a falta de médicos e profissionais para realizarem os procedimentos previstos.

Como já indicado, cerca de 98% dos leitos SUS na Região são de entidades filantrópicas disponibilizados através de convênios com os setores públicos. Nesse aspecto, 33% dos gestores, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para o acompanhamento de contratos/convênios, indicam a falta de RH para realizar essas atividades. Do conjunto de gestores responsáveis pela gestão de leitos (8), apenas Piracicaba parece implementar um processo mais organizado de acompanhamento.

Com relação aos elementos que interferem no cumprimento de metas da assistência hospitalar no SUS, os gestores municipais indicaram como principais aspectos, os seguintes:

- Qualificação inadequada e número insuficiente de profissionais (72% dos gestores);
- Não utilização de protocolos clínicos, não implantação de linhas de cuidado, inexistência de implantação de programa de capacitação de RH, central de regulação deficiente ou inexistente e área física inadequada (64% dos gestores); e,

- Não operacionalização das comissões (CCIH, Óbito, Ética, Prontuário), insumos insuficientes e equipamentos antigos ou insuficientes (55% dos gestores).

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da Atenção Hospitalar nos municípios, 67% dos 9 municípios que se manifestaram a respeito afirmam que não possuem qualquer projeto. O município de Piracicaba indica o Projeto Pró Santa Casa e o processo de contratualização como ações importantes nesse sentido e, o município de São Pedro refere a necessidade de reativação da Santa Casa do Município.

Em resumo, a assistência hospitalar na região (internação) apresenta baixa produção, frente às necessidades, embora o número total de leitos existentes na região mostra-se suficiente para o atendimento à população. Sobressai também a fragilidade dos processos de regulação e a ausência de planos regionais.

3.3.3. Atenção de Urgência e Emergência

Quanto aos Pontos de Atenção de Urgência e Emergência, foram considerados os equipamentos móveis (SAMU e remoção por ambulância) e fixos (unidades de pronto atendimento e pronto-socorro), segundo definição da Política Nacional de Atenção às Urgências (MS, 2006).

Na RS Piracicaba, existe apenas um SAMU, localizado em Piracicaba, com 10 unidades de suporte básico e 02 de suporte avançado (Tabela 25). O equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção presente em 100% dos municípios, num total de 32 unidades. Observam-se ainda 16 Prontos Atendimentos, distribuídos em nove municípios, e 04 Prontos-Socorros, localizados em igual número de municípios. Chama a atenção o fato de o gestor de Piracicaba não ter indicado a existência de Pronto-Socorro na cidade, o que deve ser melhor investigado, dado a dimensão da população e o fato de o município se constituir em polo de saúde na Região.

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

Municípios	SAMU		Remoção Ambulância	Pronto Atendimento		Pronto-Socorro	
	Suporte Básico	Suporte Avançado		Isolado	Acoplado à Unidade	Isolado	Em Unidade Hospitalar
Águas de São Pedro	-	-	1	-	1	1	-
Capivari	-	-	3	-	-	-	1
Charqueada	-	-	1	1	1	-	1
Elias Fausto	-	-	4	-	1	-	-
Mombuca	-	-	4	-	-	-	-
Piracicaba	10	2	2	5	-	-	-
Rafard	-	-	4	1	1	-	-
Rio das Pedras	-	-	2	-	1	-	1
Saltinho	-	-	4	1	1	-	-
Santa Maria da Serra	-	-	5	-	1	-	-
São Pedro	-	-	2	1	-	-	-
Total	10	2	32	9	7	1	3

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

Na avaliação dos gestores de saúde quanto à insuficiência ou suficiência desses pontos de atenção, observa-se que a opinião emitida refere-se especialmente aos equipamentos que estão presentes no próprio município, sem uma visão regional. Destas opiniões ressalta-se a insuficiência principalmente de ambulâncias e de Pronto Atendimento.

Por outro lado, ao analisarmos a produção de consultas de urgência e emergência realizadas na Região (Tabela 26), observa-se uma elevada produção, quando comparada com as necessidades de 100% da população. Nesse aspecto, ressalta o excesso de consultas realizadas, especialmente nos municípios de São Pedro, Elias Fausto, Charqueada, Santa Maria da Serra e Águas de São Pedro, que apresentam produção acima de 450% com relação às necessidades.

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas urgência 100% da pop	Consultas urgência- emergência 2007				Superávit / déficit (Total – Necessidades)	Balanço %
			Urgências básicas	Urgência emergência	Acidentado trabalho	Total		
Rafard	8.460	3.173	457	3.589		4.046	874	128
Saltinho	6.586	2.470	3.947			3.947	1.477	160
Mombuca	3.472	1.302	3.331			3.331	2.029	256
Piracicaba	363.607	136.353	158.313	290.187	2.064	450.564	314.211	330
Capivari	45.882	17.206	27.710	32.291		60.001	42.795	349
R Pedras	26.317	9.869	35.159	497		35.656	25.787	361
Charqueada	14.393	5.397		24.416		24.416	19.019	452
S Pedro	31.950	11.981	47.130	11.690		58.820	46.839	491
E Fausto	15.314	5.743	20.562	15.728	145	36.435	30.692	634
S M Serra	5.387	2.020		17.657		17.657	15.637	874
A S Pedro	2.322	871	11.818	2.408		14.226	13.355	1634
RS Piracicaba	523.690	196.384	308.427	398.463	2.209	709.099	512.715	361
DRSPiracicaba	1.389.553	521.082	682.732	836.538	9.621	1.528.891	1.007.809	293

Fonte: MS/DATASUS ,2007. Elaboração própria.

Observação: utilizado os parâmetros da Portaria 1.101.

A análise da demanda intrarregional, conforme indicação dos gestores mostra a centralidade do município de Piracicaba com relação ao SAMU e ao resgate, que atendem aos 11 municípios da Região. Por outro lado, ao considerarmos as demandas para os Prontos Atendimentos e os Prontos-Socorros, detecta-se que um número elevado de municípios indica que encaminha demandas para essas unidades. Esse fato, junto com a grande produção de consultas, indicadas anteriormente, aponta para a necessidade de melhor detalhar essas demandas que, a princípio, evidenciam 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 Piracicaba e, em segundo lugar, para a cidade de Capivari. Além disso, ressalta Limeira, cidade que pertence a outra Região de Saúde, como uma retaguarda muito utilizada. Entretanto, na área de Saúde Mental observa-se que os encaminhamentos são realizados para municípios de outras Regiões de Saúde do DRS Piracicaba, especialmente Rio Claro e Araras (Tabela 27).

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

Municípios de destino		Número de municípios que indicaram encaminhamento para internação de Urgência e Emergência nas especialidades				
		Pediatria	GO	Politraum.	Clínica médica	Psiquiatria
RS Piracicaba	A S Pedro					
	Capivari	3	3	3	3	1
	Charqueada		1			
	E Fausto					
	Mombuca					
	Piracicaba	8	8	5	8	1
	Rafard					
	R Pedras	1	1			
	Saltinho					
	S M Serra					
S Pedro						
Outras RS do DRS Piracicaba	Limeira	3	2	2	1	2
	Botucatu	1				
	R Claro					7
	Araras					9
Outras DRS	Campinas		2			

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

Na assistência à urgência e emergência, a Região de Saúde Piracicaba caracteriza-se pela concentração do SAMU apenas no município de Piracicaba, por unidades de Pronto Atendimento em 81% das cidades e Prontos Socorros em 27% dos municípios. Entretanto, deve ser aprofundado o estudo sobre a caracterização destas unidades assistenciais, de acordo com os parâmetros instituídos pela Política Nacional de Atenção às Urgências (MS, 2006), tanto no que se refere às unidades não-hospitalares quanto às unidades hospitalares de atenção às urgências.

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

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

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

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

Neste tópico do relatório, será avaliada, inicialmente, a distribuição, no âmbito do DRS Piracicaba, dos principais serviços que realizam procedimentos para tratamento clínico nas áreas de: saúde mental; cardiologia; neurologia e neurocirurgia; oncologia; traumato-ortopedia; UTI adulto e pediátrica; nefrologia e hemodiálise. Posteriormente, serão analisados os dados específicos da Região de Saúde Piracicaba.

Segundo a política do Ministério da Saúde³⁷, 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;

³⁷ Consultar portarias no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=960

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

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

Na área de Saúde Mental, observa-se na Tabela 28 a distribuição dos serviços de internação que estão presentes nas RS de Rio Claro e Araras e apenas as Classes III e XIV, respectivamente.

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

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		Rio das Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Piras-sununga	Leme	Araras	Santa Gertrudes	Rio Claro
0601-Atenção à Saúde Mental - classe I	0									
0602-Atenção à Saúde Mental - classe II	0									
0603-Atenção à Saúde Mental - classe III	1									1
0604-Atenção à Saúde Mental - classe IV	0									
0607-Atenção à Saúde Mental - classe VII	0									
0608-Atenção à Saúde Mental - classe VIII	0									
0611-Atenção à Saúde Mental - classe XI	0									
0614-Atenção à Saúde Mental - classe XIV	1							1		

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Os serviços de alta complexidade em cardiologia estão distribuídos em todas as regiões de saúde, não havendo, entretanto, um Centro Assistencial de Alta Complexidade Cardiovascular na área

de abrangência do DRS X. Observa-se a presença de 5 Unidades Assistenciais de Alta Complexidade nos municípios polos de cada região de saúde, estando ausentes os serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica, cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos (Tabela 29).

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

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Os serviços de traumato-ortopedia encontram-se fortemente concentrados em Piracicaba e Limeira em duas Unidades de Alta Complexidade que abrangem todo o espectro de especialidades, embora, na opinião dos gestores, a demanda para esses serviços ser bem maior que sua capacidade de atendimento (Tabela 30).

Tabela 30 - Distribuição dos serviços habilitados em Traumato-ortopedia no DRS Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Quanto aos serviços habilitados em oncologia (Tabela 31), observa-se a sua presença nas quatro regiões do DRS X, embora concentrados nos municípios polos de cada região. Não foram detectados Centros de Referência, observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia em Araras e Rio Claro. Além disso, encontram-se serviços de UNACON com radioterapia e hematologia, não havendo serviços de oncologia pediátrica e serviços isolados de quimioterapia.

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

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

Tabela 32 - Distribuição dos serviços habilitados UTI adulto e pediátrica no DRS Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Finalmente, os serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise (Tabela 33) encontram-se concentrados nos municípios polos das regiões de saúde do DRS Piracicaba, observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em todos, exceto em Limeira que possui serviço apenas de Hemodiálise II.

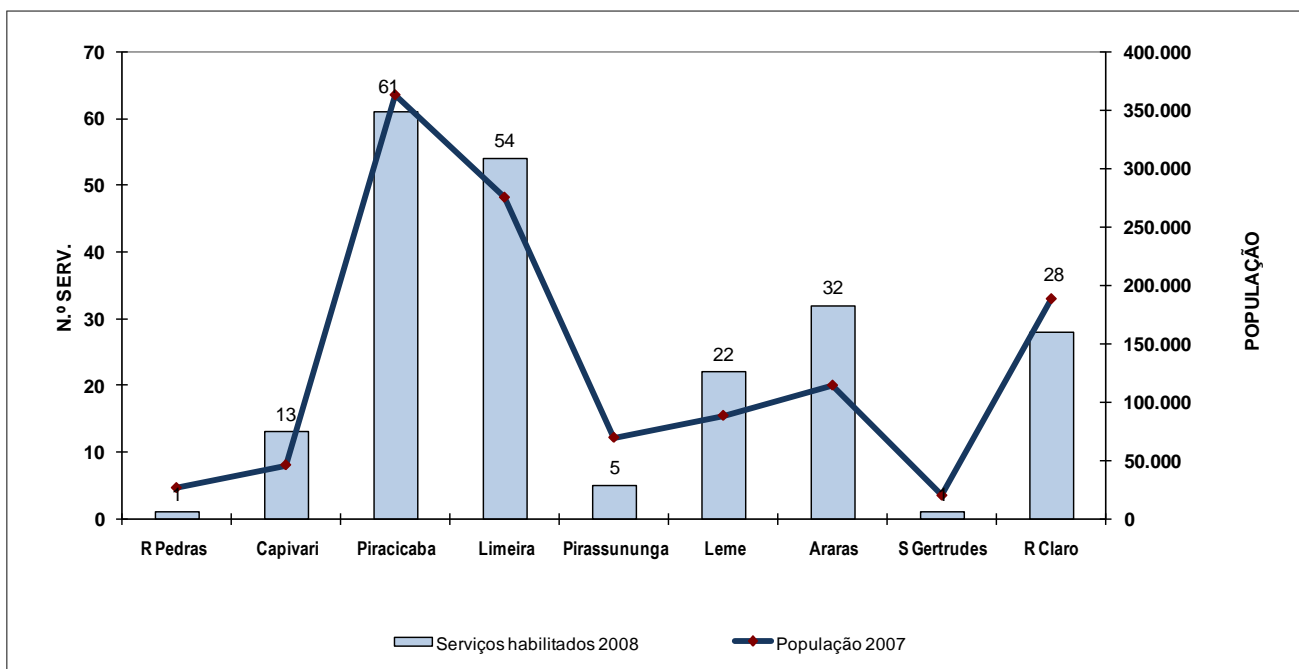
Tabela 33 - Distribuição dos serviços habilitados em Nefrologia e Hemodiálise no DRS Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

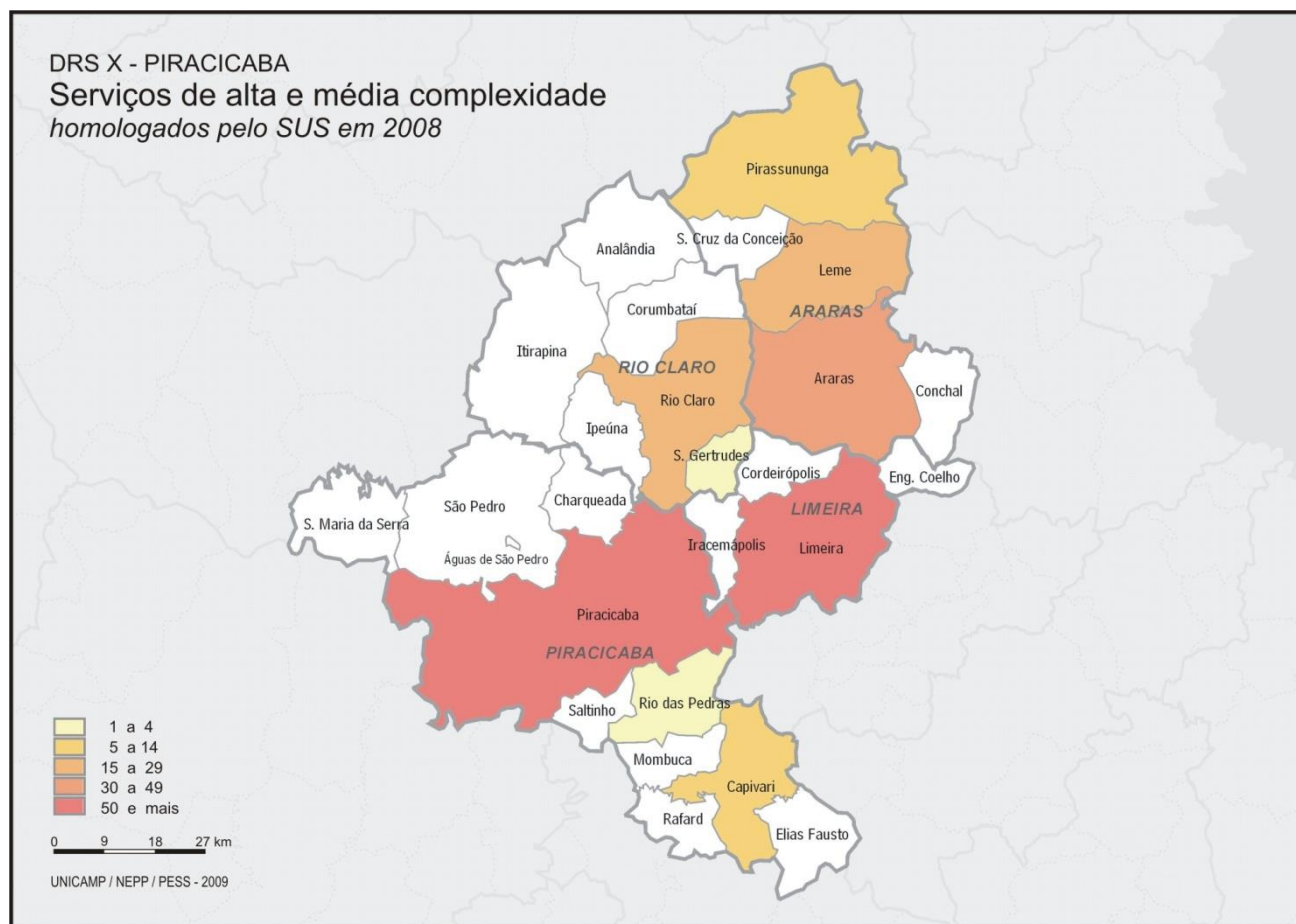
Considerando o conjunto de serviços habilitados (217) no DRS de Piracicaba, observa-se no Gráfico 8 e no Mapa 1 que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de dois municípios polos regionais (Piracicaba e Limeira) e dois polos secundários (Araras e Rio Claro).

Gráfico 8 - Concentração dos serviços habilitados de Alta Complexidade no DRS Piracicaba, por município, 2009.



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria

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

3.3.5. Atenção de Alta Complexidade na RS

Além da análise da distribuição e concentração desses serviços no DRS de Piracicaba, dados sobre a produção de procedimentos em áreas selecionadas (hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva) da Região de Saúde Piracicaba mostram importante superprodução desses procedimentos, quando calculada por parâmetros estabelecidos a partir do número de consultas

especializadas necessárias para 70% da população, conforme estabelecido na Portaria MS 1.101 (Tabela 34).

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

A avaliação dos gestores quanto à suficiência de procedimentos de alta complexidade, a partir dos dados das entrevistas junto aos membros do CGR, indica que, com a nova PPI, ocorreu a desorganização de algumas referências anteriormente estruturadas. Além disso, muitos gestores avaliam como insuficientes as cotas estabelecidas pela PPI, obrigando os municípios a comprarem procedimentos com recursos próprios. No entanto, essa demanda não foi considerada no planejamento da PPI.

Nesse mesmo sentido, aproximadamente 50% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que utilizam tais serviços em outros municípios, e consideram insuficientes as cotas estabelecidas. O acesso dessa demanda aos serviços é realizado em parte sem nenhuma referência por 36% dos municípios (4), com algum processo de referência por outros 36% (4) e através de Central de Regulação do Acesso por 36% (4) dos municípios.

Chama a atenção o fato de haver um número considerável de procura de procedimentos de Alta Complexidade sem nenhuma referência, o que deve ser melhor investigado, especialmente no município de Capivari.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizados principalmente a PPI formalizada e a pactuação no colegiado gestor. Entretanto, na avaliação dos gestores essas pactuações são atendidas com maior frequência apenas quando o seu município encaminha demandas para os demais. Ainda no que se refere a esses acordos, 45% dos municípios avaliam que tais acordos são obedecidos na maioria dos procedimentos pactuados.

Tabela 34 - Produção e necessidade de procedimentos de Alta Complexidade em áreas selecionadas na RS Piracicaba, 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
Piracicaba	363.607	636.312	25.452	1.530	6%	12.726	33.726	265%
Capivari	45.882	80.294	3.212	6	0%	1.606	-	0%
São Pedro	31.950	55.913	2.237	-	0%	1.118	-	0%
Rio das Pedras	26.317	46.055	1.842	-	0%	921	-	0%
Elias Fausto	15.314	26.800	1.072	-	0%	536	-	0%
Charqueada	14.393	25.188	1.008	-	0%	504	-	0%
Rafard	8.460	14.805	592	-	0%	296	-	0%
Saltinho	6.586	11.526	461	-	0%	231	-	0%
Sta Mª da Serra	5.387	9.427	377	-	0%	189	-	0%
Mombuca	3.472	6.076	243	-	0%	122	-	0%
Águas de S. Pedro	2.322	4.064	163	-	0%	81	-	0%
RS Piracicaba	523.690	916.458	36.658	1.536	4%	18.329	33.726	184%
DRSPiracicaba	1.389.553	2.431.718	97.269	69.521	71%	48.634	74.459	153%

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
Piracicaba	363.607	636.312	1.145	8.000	698%	7.763	47.191	608%
Capivari	45.882	80.294	145	-	0%	980	-	0%
São Pedro	31.950	55.913	101	-	0%	682	-	0%
Rio das Pedras	26.317	46.055	83	-	0%	562	-	0%
Elias Fausto	15.314	26.800	48	-	0%	327	-	0%
Charqueada	14.393	25.188	45	-	0%	307	-	0%
Rafard	8.460	14.805	27	-	0%	181	-	0%
Saltinho	6.586	11.526	21	-	0%	141	-	0%
Sta Mª da Serra	5.387	9.427	17	-	0%	115	-	0%
Mombuca	3.472	6.076	11	-	0%	74	-	0%
Águas de S. Pedro	2.322	4.064	7	-	0%	50	-	0%
RS Piracicaba	523.690	916.458	1.650	8.000	485%	11.181	47.191	422%
DRSPiracicaba	1.389.553	2.431.718	4.377	15.895	363%	29.667	69.993	236%

Fonte: MS/DATASUS, 2007. Parâmetros: PT GM 1.101/2002. Produção SIA, 2007. Elaboração própria.

Quanto às dificuldades referentes aos serviços de alta complexidade, 73% dos municípios apontam insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses serviços. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto para o enfrentamento dos problemas apontados.

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

Conclusões Parciais

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

1. A Região de Saúde Piracicaba caracteriza-se pela diversidade de especialidades existentes na região com sobreoferta em algumas e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização. Isso contribui para a fragmentação 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 um déficit de internações, quando comparadas produção e necessidades, embora o número de leitos SUS existentes permita potencialmente cobrir 99% das necessidades. Nesse sentido, observou-se ainda que 99% dos leitos da Região são privados, sendo 80% filantrópicos, o que requer a instituição de adequados processos de contratualização e regulação, de modo que esses leitos possam atender às necessidades da região. Sobressai também a fragilidade dos processos de regulação e a ausência de planos regionais.
3. Na Assistência à Urgência e Emergência, é possível observar que a Região possui todos os tipos de equipamento, 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 3,6 vezes mais do que as necessidades preconizadas

pelo MS. Observando os municípios da região, essa produção chega a ser 4 vezes maior em cerca de 50% deles. Além disso, é preciso caracterizar com maior precisão as unidades existentes na Região de modo a verificar se tais unidades se adequam à Política Nacional de Assistência às Urgências;

4. Considerando os dados expostos, é possível concluir que a região correspondente ao DRS Piracicaba não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços muito diversificados. Isto evidencia a necessidade de se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS e do Estado, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção. Quanto à Atenção de Alta Complexidade, observam-se também superproduções importantes em Terapia Renal Substitutiva, Quimioterapia e Radioterapia, que devem ser melhor investigadas, considerando-se o déficit de consultas e internações especializadas e o excesso de consultas de urgência/emergência. Ressalta-se ainda a necessidade em se elaborar um planejamento desta assistência em âmbito regional.
5. Em termos de polarização, o município de Piracicaba configura-se como o grande polo dessa Região de Saúde, embora os outros municípios da Região busquem com frequência atendimento nos municípios polos das outras regiões de saúde do DRS Piracicaba;
6. O relacionamento intermunicipal, na Região, ocorre principalmente com base na PPI formalizada e nas pactuações ocorridas no CGR de Piracicaba, sendo os acordos cumpridos na maioria das vezes;
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, para internações e para média e alta complexidade, indicado por mais de 50% dos municípios da Região, o que indica a fragilidade dos processos de regulação.
8. Finalmente, caberia assinalar a ausência de propostas, na maioria dos municípios para enfrentamento das dificuldades e limites detectados na Atenção Especializada.

3.4. Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Na avaliação do Apoio Diagnóstico e Terapêutico, os dados, apresentados a seguir, foram organizados focando os procedimentos de Alta e Média Complexidade para a Região de Saúde Piracicaba. 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 de Saúde Piracicaba. Foram priorizados nesta análise os procedimentos mais significativos do ponto de vista assistencial, de demanda, de produção e de recursos gastos.

3.4.1. Média e Alta Complexidade

A avaliação da produção de exames de anatomia patológica, patologia clínica, radiológicos e ultrassonográficos (Tabela 35 e Gráfico 9) indicam elevada superprodução desses exames na RS Piracicaba, exceto em anatomia patológica. Essa superprodução de exames foi analisada tanto no âmbito de cada município, quanto no da RS Piracicaba e do DRS X, e constatou-se, na maioria dos casos, que essa produção é mais que o dobro das necessidades calculadas.

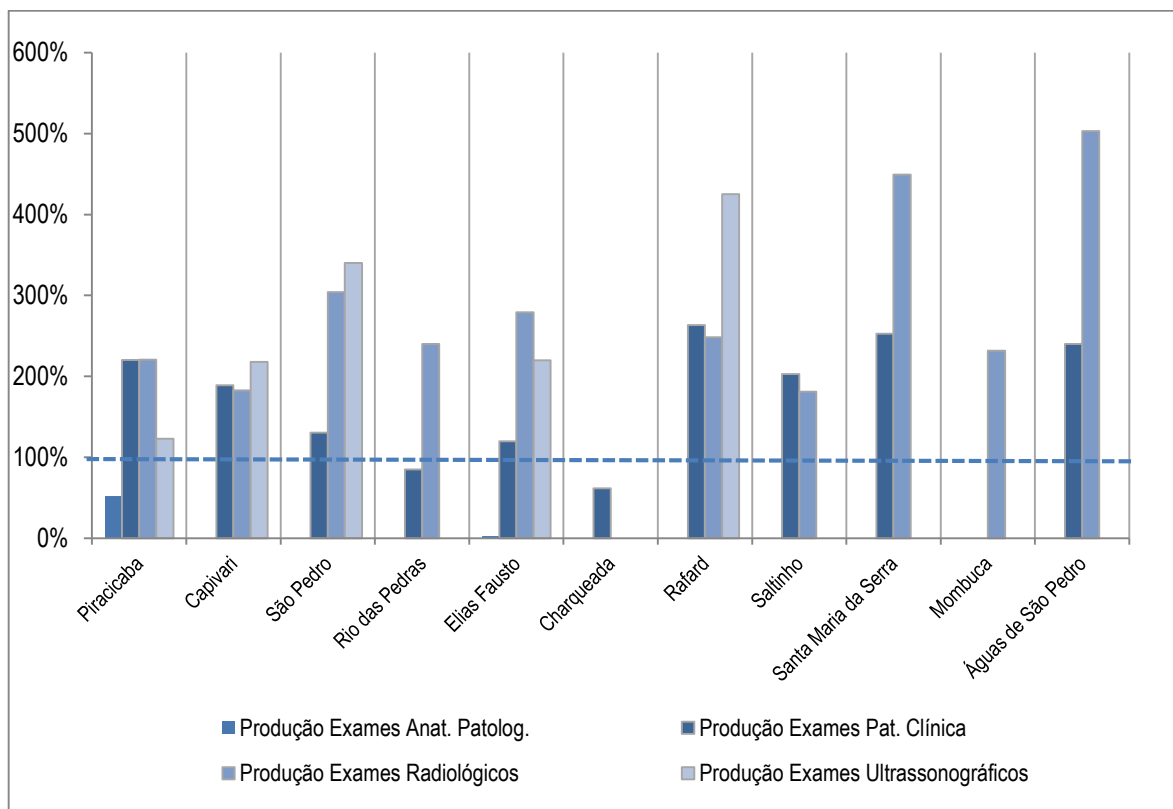
Tabela 35 - Exames de Média Complexidade e produção em relação à necessidade. RS Piracicaba, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% população	Necessidade de exames de patologia clínica (50%)	Produção de exames de patologia clínica	% Produção em relação à necessidade	Necessidade de exames de anatomia patológica e citopatologia (2,36%)	Produção de exames de anatomia patológica	% Produção em relação à necessidade
Piracicaba	363.607	636.312	318.156	700.974	220%	15.017	7.825	52%
Capivari	45.882	80.294	40.147	75.892	189%	1.895	-	0%
São Pedro	31.950	55.913	27.956	36.437	130%	1.320	-	0%
Rio das Pedras	26.317	46.055	23.027	19.534	85%	1.087	-	0%
Elias Fausto	15.314	26.800	13.400	16.038	120%	632	17	3%
Charqueada	14.393	25.188	12.594	7.732	61%	594	-	0%
Rafard	8.460	14.805	7.403	19.502	263%	349	-	0%
Saltinho	6.586	11.526	5.763	11.683	203%	272	-	0%
Santa Maria da Serra	5.387	9.427	4.714	11.901	252%	222	-	0%
Mombuca	3.472	6.076	3.038	-	0%	143	-	0%
Águas de São Pedro	2.322	4.064	2.032	4.879	240%	96	-	0%
RS Piracicaba	523.690	916.458	458.229	904.572	197%	21.628	7.842	36%
DRSPiracicaba	1.389.553	2.431.718	1.215.859	2.044.628	168%	57.389	43.802	76%

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
Piracicaba	363.607	636.312	50.905	112.385	221%	9.545	11.720	123%
Capivari	45.882	80.294	6.423	11.719	182%	1.204	2.623	218%
São Pedro	31.950	55.913	4.473	13.600	304%	839	2.852	340%
Rio das Pedras	26.317	46.055	3.684	8.844	240%	691	-	0%
Elias Fausto	15.314	26.800	2.144	5.982	279%	402	884	220%
Charqueada	14.393	25.188	2.015	-	0%	378	-	0%
Rafard	8.460	14.805	1.184	2.942	248%	222	944	425%
Saltinho	6.586	11.526	922	1.668	181%	173	-	0%
Santa Maria da Serra	5.387	9.427	754	3.387	449%	141	-	0%
Mombuca	3.472	6.076	486	1.127	232%	91	-	0%
Águas de São Pedro	2.322	4.064	325	1.635	503%	61	-	0%
RS Piracicaba	523.690	916.458	73.317	163.289	223%	13.747	19.023	138%
DRSPiracicaba	1.389.553	2.431.718	194.537	432.501	222%	36.476	60.805	167%

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

Gráfico 9 – Exames de Média Complexidade e produção em relação à necessidade. RS Piracicaba, 2007.



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

Entretanto, na avaliação dos gestores municipais de saúde, há insuficiência de oferta tanto nos próprios municípios, quanto em outros, aos quais são encaminhadas as demandas (Tabela 36), principalmente de procedimentos de mamografia, ecocardiografia, ultrassonografia, endoscopia, patologia e análises clínicas e RX-contrastado.

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

Tipos de procedimentos	Município oferta com recursos próprios, além da PPI	Oferta insuficiente		Oferta suficiente	
		no município	em outros municípios	no município	em outros municípios
RX-simples	0,00	0,00	9,09	9,09	72,73
ECG	0,00	9,09	18,18	0,00	81,82
Ultrassonografia	9,09	36,36	63,64	9,09	27,27
Mamografia	18,18	81,82	9,09	9,09	0,00
Colposcopia	18,18	36,36	0,00	18,18	27,27
Endoscopia*	18,18	36,36	27,27	0,00	18,18
Ecocardiografia	27,27	63,64	9,09	18,18	9,09
EEG	27,27	36,36	18,18	9,09	18,18
RX-contrastado	36,36	36,36	27,27	18,18	18,18
Patologia e análise clínicas	54,55	27,27	45,45	9,09	36,36

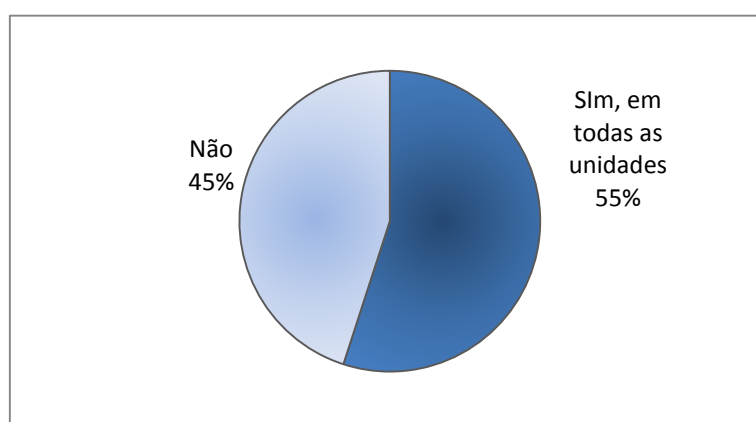
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

*Inclui: colonoscopia, EDA, retossigmoidoscopia e outros.

Em função da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os municípios da RS Piracicaba referem que financiam a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI, especialmente em patologia e análises clínicas, RX-contrastado, EEG e ecocardiografia.

No que se refere ao acesso aos exames, dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que apenas em 45% dos municípios da Região existe coleta descentralizada na Rede de Atenção Básica (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Presença de coleta descentralizada na Rede de Atenção Básica. RS Piracicaba, 2008.



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

Quanto ao envio dos resultados dos exames, os gestores consideram adequado esse processo em relação aos seguintes exames: a) ecografia, ECG, RX-simples (mais de 70% dos gestores); b) endoscopia, ultrassonografia e EEG (cerca de 60% dos gestores) e c) mamografia e colposcopia (cerca de 50% dos gestores). No que diz respeito ao acesso aos exames, mais de 70% dos gestores consideram que não há dificuldades. Por outro lado, mais de 50% desses gestores indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta de exames. Entretanto, os municípios não indicam qualquer projeto para resolver as dificuldades apontadas.

A avaliação do conjunto dos 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 uma distorção existente no SUS, expressa na elevada solicitação de exames que, na sua maioria, possuem resultados normais. Tal situação parece ocorrer em função da inadequada abordagem clínica dos profissionais de saúde. Além disso, é necessário ampliar a coleta de exames nas

unidades básicas de saúde, bem como melhorar os processos de envio de resultados de alguns procedimentos.

A análise da produção dos exames de alta complexidade, incluindo: tomografia, ressonância, radiologia intervencionista, medicina nuclear e hemodinâmica na RS Piracicaba, mostra uma superprodução, exceto em radiologia intervencionista, quando comparada com o cálculo de necessidades para 70% da população (Tabela 37). Dentre os tipos de exames analisados, a produção de ressonância é a que mostra maior distorção.

Em torno de 50% dos gestores da Região referem, no questionário respondido, que buscam esses procedimentos em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas. O acesso dessa demanda a outros municípios é realizada sem nenhuma referência por 36% dos municípios (4), com algum processo de referência por outros 36% (4) e através de Central de Regulação por 36% (4) dos municípios.

Chama a atenção o fato de haver um número considerável de procura de procedimentos de Alta Complexidade sem nenhuma referência, o que deve ser melhor investigado.

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

No que diz respeito às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 73% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses serviços. Por outro lado, também nesse aspecto, os municípios não referem possuir qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados.

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

Tabela 37 - Produção e necessidade de procedimentos de Apoio Diagnóstico de Alta Complexidade. RS Piracicaba, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade de 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
Piracicaba	363.607	636.312	1.273	4.154	326%	255	2.582	1014%
Capivari	45.882	80.294	161	682	425%	32	-	0%
São Pedro	31.950	55.913	112	-	0%	22	-	0%
Rio das Pedras	26.317	46.055	92	-	0%	18	-	0%
Elias Fausto	15.314	26.800	54	-	0%	11	-	0%
Charqueada	14.393	25.188	50	-	0%	10	-	0%
Rafard	8.460	14.805	30	-	0%	6	-	0%
Saltinho	6.586	11.526	23	-	0%	5	-	0%
Santa Maria da Serra	5.387	9.427	19	-	0%	4	-	0%
Mombuca	3.472	6.076	12	-	0%	2	-	0%
Águas de São Pedro	2.322	4.064	8	-	0%	2	-	0%
RS Piracicaba	523.690	916.458	1.833	4.836	264%	367	2.582	704%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	4.863	11.436	235%	973	2.883	296%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade exames radiologia intervencionista (0,01%)	Produção exames radiologia intervencionista	% Produção em relação à necessidade	Necessidade exames medicina nuclear (0,14%)	Produção exames medicina nuclear	% Produção em relação à necessidade
Piracicaba	363.607	636.312	64	-	0%	891	3.530	396%
Capivari	45.882	80.294	8	-	0%	112	-	0%
São Pedro	31.950	55.913	6	-	0%	78	-	0%
Rio das Pedras	26.317	46.055	5	-	0%	64	-	0%
Elias Fausto	15.314	26.800	3	-	0%	38	-	0%
Charqueada	14.393	25.188	3	-	0%	35	-	0%
Rafard	8.460	14.805	1	-	0%	21	-	0%
Saltinho	6.586	11.526	1	-	0%	16	-	0%
Santa Maria da Serra	5.387	9.427	1	-	0%	13	-	0%
Mombuca	3.472	6.076	1	-	0%	9	-	0%
Águas de São Pedro	2.322	4.064	0	-	0%	6	-	0%
RS Piracicaba	523.690	916.458	92	0	0%	1.283	3.530	275%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	243	154	63%	3.404	3.932	115%

Tabela 37
(Continuação)

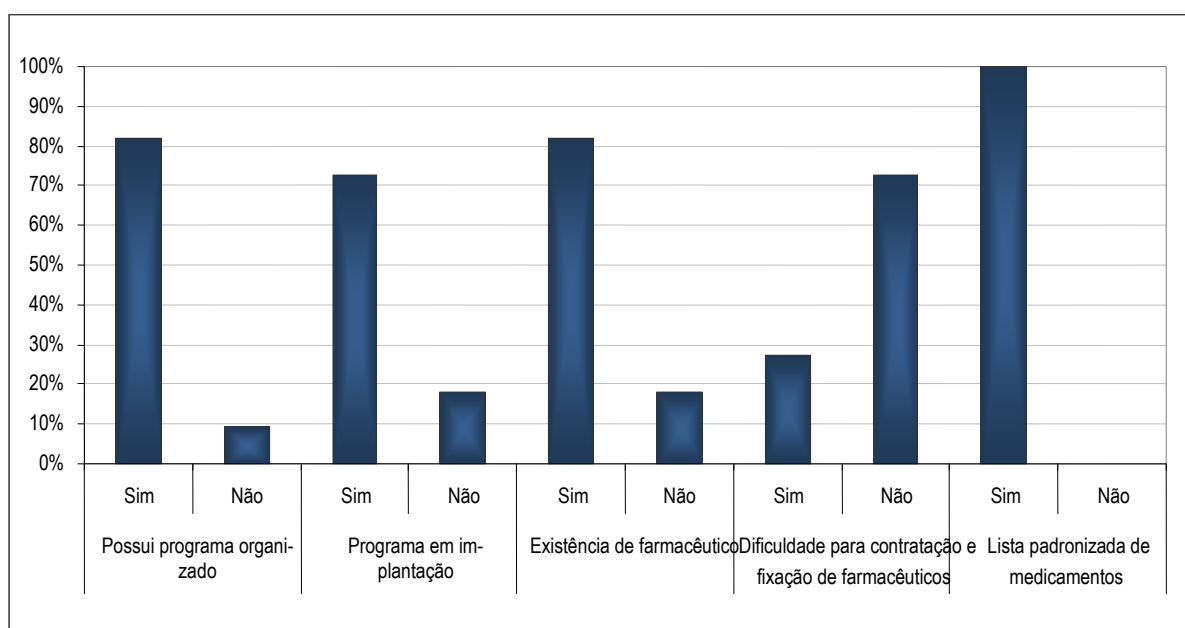
Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas 70% da população	Necessidade exames hemodinâmica (0,03%)	Produção exames hemodinâmica	% Produção em relação à necessidade
Piracicaba	363.607	636.312	191	734	385%
Capivari	45.882	80.294	24	-	0%
São Pedro	31.950	55.913	17	-	0%
Rio das Pedras	26.317	46.055	14	-	0%
Elias Fausto	15.314	26.800	8	-	0%
Charqueada	14.393	25.188	8	-	0%
Rafard	8.460	14.805	4	-	0%
Saltinho	6.586	11.526	3	-	0%
Santa Maria da Serra	5.387	9.427	3	-	0%
Mombuca	3.472	6.076	2	-	0%
Águas de São Pedro	2.322	4.064	1	-	0%
RS Piracicaba	523.690	916.458	275	734	267%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	730	1.512	207%

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

3.4.2. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica está organizada como programa em 80% dos municípios da RS Piracicaba (Gráfico 11), embora esteja ainda em fase de implantação em 70% deles. Todos os municípios da Região possuem farmacêutico disponível e não têm dificuldades para contratação e fixação desse profissional e referem possuir lista padronizada de medicamentos.

Gráfico 11 – Caracterização do Programa de Assistência Farmacêutica. RS Piracicaba, 2008.



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

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

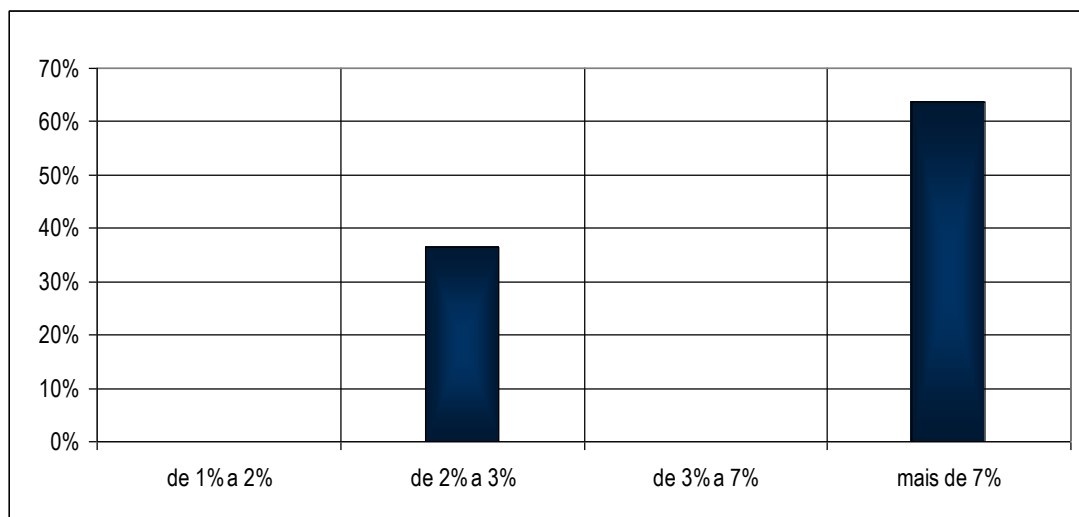
Quadro 1 – Responsabilidades assumidas na Assistência Farmacêutica, segundo os gestores municipais.
RS Piracicaba, 2008,

Municípios	Responsabilidades Assumidas
Águas de São Pedro	Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir em conselho, juntando-se as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade promovendo seu uso racional, o observando as normas vigentes e pactuadas.
Capivari	Programas: Dose certa, Saúde Mulher, Saúde Mental; Hiperdia, Programas Estratégico, Educação Permanente, Alto Custo, Supervisão de Unidades Básicas, Processos Judiciais, Pactuação Municipal no ST
Charqueada	Estruturação, disponibilização de medicamentos a população; Promover uso consciente de medicamentos.
Elias Fausto	Garantir dispensação de medicamentos previstos na assistência farmacêutica
Mombuca	Gestão Plena dos recursos da Assistência Farmacêutica Básica
Piracicaba	
Rafard	Medicamentos para I.O. para os portadores de HIV / AIDS
Rio das Pedras	Programa dose certa; Programa Doação de Medicamentos pela promoção social; programa dispensação de insumos diabéticos; aumento nos itens de medicamentos doados à população.
Saltinho	Ter o profissional
S M Serra	
São Pedro	Dispensação de medicamentos

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

Os gastos com a Assistência Farmacêutica, indicados pelos gestores municipais, localizam-se em duas faixas bem definidas: 40% referem gastar de 2% a 3% do orçamento em saúde e 60% referem gastar mais de 7% (Gráfico 12).

Gráfico 12– Percentual de gastos municipais com Assistência Farmacêutica. RS Piracicaba, 2008.



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

Quanto às dificuldades apontadas para a Assistência Farmacêutica, 73% dos municípios indicam a falta de recursos humanos; 27% referem a estrutura física inadequada e a pouca disponibilidade de medicamentos; e 18% indicam a não adesão dos profissionais à padronização, a falta de capacitação dos profissionais e a deficiência na informatização do setor.

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

Conclusões Parciais

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

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

3.5. Apoio Logístico

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

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

3.5.1. Transporte Sanitário de Pacientes

Observou-se que todos os municípios da RS Piracicaba possuem transporte sanitário de pacientes, notando-se uma diversificação nos meios de locomoção utilizados: ambulâncias, ônibus e microônibus. A responsabilidade por esse sistema de transporte nessa região sanitária é preponderantemente das Secretarias Municipais de Saúde. O município de Rafard refere possuir pactuação em relação ao sistema de transporte de pacientes com outros dois municípios: Capivari e Mombuca. Entre os demais municípios integrantes dessa Região não foi referido nenhum tipo de pactuação.

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

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

Municípios	Número de pacientes transportados por dia			
	11 a 20	21 a 50	51 a 100	mais de 100
A S Pedro	x			
Capivari				x
Charqueada			x	
Elias Fausto			x	
Mombuca		x		
Piracicaba				x
Rafard	x			
R Pedras			x	
Saltinho	x			
S M Serra		x		
São Pedro		x		

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

3.5.2. Transporte Sanitário de Resíduos de Serviços de Saúde

Observou-se que a coleta de resíduos hospitalares, em oito municípios, é realizada por empresa contratada, e nos outros três, 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 Piracicaba, 2008.



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

3.5.3. Processos de Gestão de Insumos Farmacêuticos

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

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

Processos de gestão de insumos farmacêuticos	Nº de municípios
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	10
Acompanhamento do processo de licitação e compra, realizado por outro setor da prefeitura	10
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços com medicamentos	7
Processos de licitação e compra, realizados pela SMS	5

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

Pode-se observar que os processos de licitação e compras são acompanhados, em sua grande maioria, por outros setores das prefeituras municipais. O processo de armazenamento e distribuição dos medicamentos é referido por dez municípios; sete municípios dessa Região informam que realizam o acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos e cinco referem possuir processo de licitação e compra, realizado pela própria SMS.

Analisando-se os processos de informatização relacionados à Assistência Farmacêutica, verifica-se que, na RS Piracicaba, apenas cinco dos onze municípios contam com sistemas informatizados para o controle de estoque e dispensação; quatro afirmam possuir sistema informatizado para distribuição de medicamentos para as unidades de saúde e apenas três para identificação de medicamentos, conforme Tabela 40. Dos sistemas apresentados, nenhum possui controle com código de barras.

Tabela 40 – Informatização de processos da Assistência Farmacêutica, por número de municípios. RS Piracicaba, 2008.

Controle de estoque com estoque mínimo	Identificação dos medicamentos	Controle da distribuição de medicamentos para as unidades de saúde	Controle da dispensação de medicamentos
5	3	4	5

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 Piracicaba, verifica-se que sete secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por esse processo, duas afirmam que não, e duas não informaram, como mostra a Tabela 41.

Tabela 41 – Existência de estrutura e processos de gestão de materiais e insumos nas Secretarias Municipais de Saúde. RS Piracicaba, 2008.

Municípios	Sim	Não	Não Informado
A S Pedro	x		
Capivari		x	
Charqueada	x		
Elias Fausto	x		
Mombuca			x
Piracicaba	x		
R Pedras			x
Rafard	x		
S M Serra	x		
Saltinho		x	
São Pedro			

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

Quanto à adequação e constituição da equipe profissional para a gestão de materiais e insumos, apenas quatro dos onze gestores de saúde da região afirmam que tal composição está adequada, e três a avaliam como não adequada. As atividades mais desenvolvidas estão relacionadas aos processos de licitação e compra e aos de controle de estoques. O processo menos desenvolvido é o de padronização da descrição de materiais e controle de qualidade do produto recebido, conforme Tabela 42.

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

Processos de Gestão de Materiais	Quantidade de Municípios
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	7
Realização de processos de licitação e compra	6
Controle de estoques	6
Levantamento de necessidades	4
Planejamento de compras de curto prazo	4
Distribuição dos materiais de acordo com desempenho do serviço	4
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços	4
Padronização da descrição de materiais	2
Controle de qualidade do produto recebido	2

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

Sobre a informatização da gestão de materiais e insumos, apenas um município refere possuir um sistema implantado, cinco realizam um controle local com planilha eletrônica e os outros dois fazem uso de um controle manual.

3.5.5 Central de Marcação

Em relação às Centrais de Marcação, a RS Piracicaba apresenta como característica predominante a comunicação por telefone. Em apenas três municípios da região ocorre a integração das unidades de saúde por meio de sistema on-line, conforme a Tabela 43.

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

Municípios	Integrada às unidades de saúde por sistema de telefonia	Integrada às unidades de saúde por sistema on-line
Águas de São Pedro		
Capivari	x	
Charqueada	x	
Elias Fausto	x	
Mombuca	x	
Piracicaba		x
Rafard		
Rio das Pedras		x
Saltinho		
Santa Maria da Serra	x	
São Pedro	x	x
Total	6	3

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

As atividades desenvolvidas pelas Centrais de Marcação são apresentadas na Tabela 44, que indicam o número de municípios que as realizam.

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

	Consultas de especialidades	Exames de análises clínicas	Exames gráficos	Exames de imagem	Exames de patologia	Internações
Total de municípios	8	3	3	6	5	2

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

Cabe destacar, na RS Piracicaba, 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 Piracicaba, sete municípios (64%) contam com sistemas informatizados de saúde, conforme as respostas dos gestores municipais ao questionário da pesquisa (Tabela 45).

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

Municípios	Sim	Não
Águas de São Pedro	x	
Capivari	x	
Charqueada	x	
Elias Fausto		x
Mombuca		x
Piracicaba	x	
Rafard		x
Rio das Pedras	x	
Saltinho		x
Santa Maria da Serra	x	
São Pedro	x	
Total	7	4

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

Nos municípios que possuem processos informatizados, tal sistema está concentrado nas redes de atenção básica e ambulatorial. Entretanto, os equipamentos do sistema não estão integrados em rede. Dentre os quatro municípios que afirmam não possuir sistema informatizado, um município está em fase de aquisição do sistema; os outros três não realizaram nenhuma ação específica nesse sentido, embora considerem sua implantação muito importante. Os dados colhidos na entrevista realizada com os membros do CGR de Piracicaba confirmam esse quadro: os sistemas informatizados ou estão em fase de implantação ou não integram os diferentes pontos de atenção.

- **Capacidade Instalada**

No que se refere ao número de computadores a maioria dos municípios (nove) possui até 50 computadores destinados ao SUS. Nesse aspecto, aponta-se a necessidade de análise representativa desse quantitativo em cada município.

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

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

RS Piracicaba, 2008.

	Quantidade de computadores existentes				Percentual de computadores em rede			
	até 10	de 11 a 50	de 51 a 200	acima de 200	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
Número de municípios	4	5	1	1	3	3	2	2

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

- **Sistema Informatizado Integrado**

Na Tabela 47, visualiza-se que os todos os municípios da Região que possuem sistema informatizado utilizam o sistema operacional Windows®. Em relação ao banco de dados, quatro municípios utilizam Firebird® e a forma de acesso descrita por cinco dos municípios é o via Web, acessível a partir de qualquer computador conectado à internet.

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

	Sistema Operacional	Banco de dados utilizado			Forma de acesso	
	Windows	SQL Server	Postgree-SQL	Firebird	Via Web	Via rede interna
Nº de municípios	7	2	1	4	5	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 sete municípios referem utilizar software desenvolvido por iniciativa da própria Secretaria Municipal de Saúde. Os usuários do sistema são identificados por um cartão com número e nome do usuário.

Sobre os processos de atendimento informatizados, o agendamento local e externo, e a marcação de procedimentos são os de maior frequência, conforme Tabela 48.

Tabela 48 – Processos de atendimento informatizados por número de municípios. RS Piracicaba, 2008.

Processos	Nº de municípios
Agendamento local	7
Exames e/ou procedimentos realizados	6
Agendamento externo	5
Dispensação de medicamentos	4
Encaminhamentos	1
Prescrição médica	1
Consultas de Especialidades	1
Exames maior complexidade	1

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

Embora existam acessos a consultas e aos relatórios informatizados disponíveis, conforme mostra a Tabela 49, a quantidade reduzida desses relatórios não favorece a disponibilização de informações para o planejamento. Dos sete municípios que afirmam possuir sistema informatizado, seis contam com algum tipo de relatório e apenas quatro emitem relatórios de natureza mais complexa, que podem subsidiar a gestão.

Tabela 49 – Consultas e Relatórios informatizados por município. RS Piracicaba, 2008.

Municípios	Por tipo de serviço de saúde	Por processos de atendimento	Por tipo de diagnóstico	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários	Por risco dos usuários
A S Pedro	x					
Capivari	x	x	x	x	x	
Charqueada						
Elias Fausto						
Mombuca						
Piracicaba	x	x		x	x	x
R das Pedras	x	x		x	x	
Rafard						
S M da Serra		x				
Saltinho						
São Pedro						
Total	4	4	2	4	4	1

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 onze municípios da Região apresenta prontuários em papel. Apenas 29% dos municípios da RS Piracicaba (Capivari e São Pedro) afirmam utilizar prontuário eletrônico.

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

- **Grau de Informatização**

Na RS Piracicaba existe seis hospitais vinculados ao SUS localizados nos seguintes municípios: Capivari, Charqueada, Rio das Pedras, São Pedro e Piracicaba, sendo dois hospitais neste último município. Analisando o percentual de informatização hospitalar, observou-se uma grande variabilidade, cujos dados são apresentados na Tabela 50.

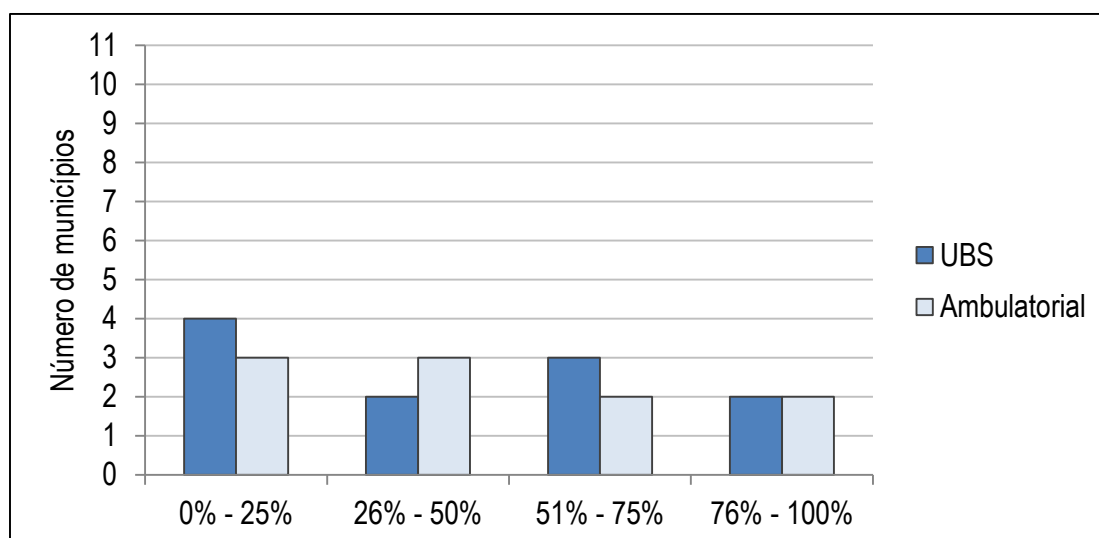
Tabela 50 - Percentual de informatização das unidades hospitalares conveniadas ao SUS, por municípios. RS Piracicaba, 2008.

Municípios	Percentual de informatização			
	0% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
Capivari	x			
Charqueada				x
Piracicaba				x
R Pedras			x	
São Pedro	x			

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

O Gráfico 13 apresenta o nível de informatização das unidades básicas de saúde, que se concentra na faixa de 0 % a 25% na RS Piracicaba. Já nas unidades ambulatoriais, a Região apresenta um grau de informatização menor que 50%.

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

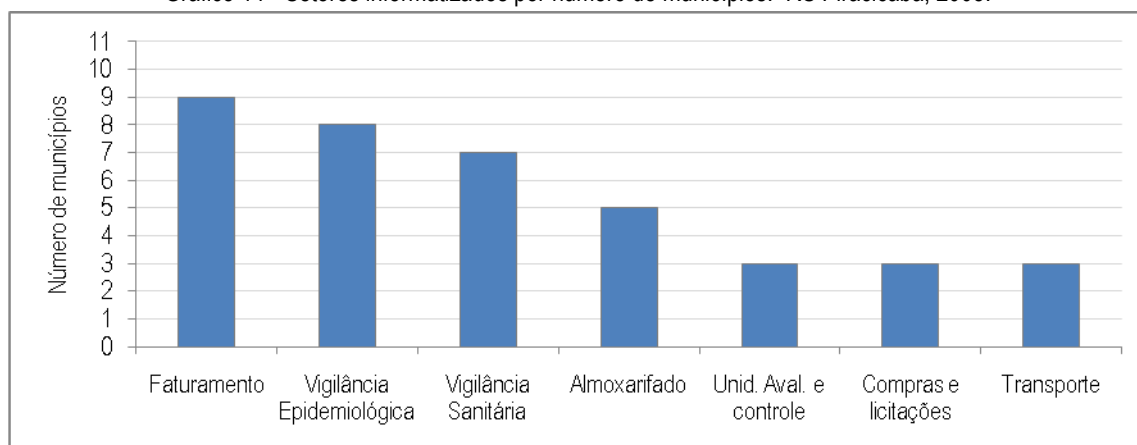


Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

- **Outros Sistemas Informatizados**

Sobre os outros setores informatizados (Gráfico 14), é possível inferir que, na Região, o setor de faturamento é o mais informatizado (presente em 09 dos 11 municípios), reproduzindo a tendência nacional. O segundo setor mais informatizado é o das vigilâncias, possivelmente por se tratar de uma área estratégica. Como se sabe, a informatização da vigilância epidemiológica traz benefícios, tanto para a notificação de casos, como para a criação de um ambiente colaborativo para a definição de ações e condutas em saúde.

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



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

Outros setores, como central de marcação, planejamento e informação em saúde foram citados por dois ou menos gestores municipais, dado que pode evidenciar o baixo desenvolvimento na área de Tecnologia da Informação em saúde, em específico em sua questão mais básica que é a informatização.

Conclusões Parciais

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

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

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

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

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

3.6. Gestão do SUS

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

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

3.6.1. Gestão Regional do SUS

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do *Pacto de Gestão*. Para qualificar o processo de regionalização, foram instituídos os Colegiados de Gestão Regional – CGR, que têm como suas principais atribuições: a) instituir um processo de planejamento regional; b) atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; c) elaborar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos e d) priorizar as linhas de investimento³⁸.

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

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

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

- Fortalece os laços intermunicipais, possibilitando a integração dos municípios menores entre si, e destes com os maiores;

³⁸ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto de Gestão

- Favorece a discussão de estratégias para melhorar os fluxos de pacientes;
- Possibilita conhecer melhor as potencialidades e os desafios do sistema como um todo;
- Favorece o desmonte de alguns estigmas: “municípios de pequeno porte” x “municípios polos”;
- Pressiona os municípios maiores a expandirem a oferta de serviços, o que pode afetar a organização do SUS nesses municípios.

Além disso, referem que ainda há dificuldades quanto à incorporação de uma visão regional na organização do SUS.

Quanto à configuração das regiões de saúde, a maior parte dos membros do CGR acredita que a configuração regional definida é adequada, pois respeitou a articulação dos municípios já informalmente existente. Mesmo assim, apontam algumas dificuldades que devem ser superadas nesse processo:

- Os municípios menores consideram que os maiores acumulam recursos e ainda contribuem pouco para o sistema regional;
- Os municípios maiores encontram dificuldades em providenciar todos os atendimentos; não contam com instância “superior” a quem encaminhar os casos mais complicados.

Quanto às pautas das reuniões do Colegiado, os gestores avaliam que a pertinência dos assuntos da pauta é inadequada, já que é definida pelo DRS, “*com muitos temas impostos de cima para baixo, o que dificulta o planejamento de questões comuns*”, como ressaltou um dos gestores entrevistados.

Em relação à periodicidade das reuniões do CGR, a maior parte dos membros desse Colegiado a avalia como satisfatória, considerando a assiduidade dos gestores municipais nas reuniões. Todavia, alguns dos entrevistados acreditam que o fato de os gestores municipais enviarem, algumas vezes, representantes sem poder decisório prejudica os processos de tomada de decisão. Alguns acreditam que as discussões são mais centradas nas dificuldades da assistência do que nos aspectos políticos da gestão regional do SUS. 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 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) no processo de Regionalização do SUS, os gestores apontaram dois aspectos relevantes.

Apesar de avaliarem que a Secretaria encontra-se atualmente num processo de conhecimento das realidades regionais, consideram que suas decisões ainda são “*muito impostas*”. Por outro lado, avaliam como positivas as iniciativas dos projetos Pró Santa Casa e a implantação dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME), ações que, na opinião dos gestores, possibilitaram uma discussão mais qualificada sobre a alocação de recursos da saúde e a organização dos serviços. Especificamente quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação dos gestores é positiva, apesar de considerarem que esse processo pode se tornar uma “*via para a imposição das decisões da Secretaria Estadual de Saúde*”. Segundo ainda os entrevistados do CGR de Piracicaba, “*o DRS não está assumindo bem o papel de articulador e facilitador no Colegiado*”.

Quanto aos mecanismos de articulação regional, acreditam que esses mecanismos promovem o fortalecimento da capacidade de negociação entre os municípios e os hospitais conveniados e demais prestadores de serviços, bem como a organização da oferta de serviços regionais.

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

- “*O tempo foi muito reduzido para uma discussão aprofundada das diretrizes e deliberações da SES; as tarefas dadas são sempre urgentes, sem que haja uma demanda verdadeiramente local.*”
- “*O processo de elaboração do Plano poderia ser mais rico, caso os gestores tivessem aproveitado a oportunidade para se posicionar e participar mais efetivamente desse processo.*”

No que diz respeito ao processo de planejamento regional, ressalta-se mais uma vez que a formulação do plano regional de saúde é uma das principais atribuições dos CGR. Segundo o *Plano Estadual de Saúde 2008-2011*:

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

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

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

- **Formação dos Gestores Municipais de Saúde**

Deve-se destacar que o SUS foi imprimindo gradativamente aos municípios brasileiros um conjunto de novas responsabilidades. Dessa forma, o trabalho em saúde desenvolvido sob a responsabilidade desses entes federados acabou por gerar novas demandas às secretarias municipais de saúde, o que exige dos gestores uma preparação para atender aos desafios cotidianamente colocados.

No que se refere à formação dos secretários municipais de saúde dessa Região, observou-se que sete (64%) desses gestores têm formação na área da saúde e quatro (36%) deles têm formação em outras áreas do conhecimento, como educação, administração, direito, entre outras.

Dentre os sete profissionais com graduação em cursos da área da saúde, quatro (57%) têm formação específica em Saúde Pública. Cabe destacar, entretanto, que entre os profissionais que possuem formação em cursos de outras áreas, a metade deles (50%) também apresenta formação específica em Saúde Pública.

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

As estruturas organizacionais das secretarias municipais de saúde são avaliadas por oito gestores municipais (73%) como parcialmente inadequadas. Somente dois (18%) as avaliam como totalmente adequadas; e apenas um (9%) considera a estrutura organizacional como totalmente inadequada. Alguns gestores da região referem que as secretarias municipais ainda funcionam sob uma estrutura informal, não devidamente oficializada.

Segundo informações obtidas através dos questionários da pesquisa, oito (73%) dos municípios da Região fazem parte de algum consórcio municipal de saúde. Na RS Piracicaba, os municípios que referiram participar de consórcios são: Águas de São Pedro, Capivari, Elias Fausto, Mombuca, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho e São Pedro. São consórcios organizados em função da oferta de procedimentos de atenção especializada e de apoio diagnóstico terapêutico.

Além dos Consórcios, apenas os municípios de Mombuca e Piracicaba utilizam outros tipos de organizações de apoio à gestão, como ONG (Piracicaba) e Universidades (Mombuca e Piracicaba), com o propósito de apoiar as Secretarias no desenvolvimento de suas atividades. Não foi o propósito deste estudo aprofundar a especificidade da participação dos consórcios e de outros tipos de organização no apoio à gestão municipal, todavia se supõe que tais organizações possam contribuir nos processos de gestão.

- **Gerenciamento das Unidades de Saúde**

Um fator que contribui para a organização das atividades realizadas nos serviços de saúde é a existência de gerentes nessas unidades. Apenas 5 dos municípios (45%) da RS Piracicaba afirmam possuir cargos de gerência nas suas unidades. Desse total, apenas 3 municípios (60%) referem a existência de gerentes em todas as unidades de saúde.

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

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

Municípios	Carga horária profissional	Profissional de nível superior	Profissional concursado	Exigência de formação em Saúde Pública	Outras
Capivari			x		
Charqueada		x	x		
Rafard		x		x	
Rio das Pedras			x		x
São Pedro					x

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

Dentre os 05 municípios que apresentam gerentes em unidades de saúde, três municípios (60%) apontam a existência de remuneração diferenciada para essa função, enquanto dois municípios (40%) não apresentam remuneração específica para esse fim.

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

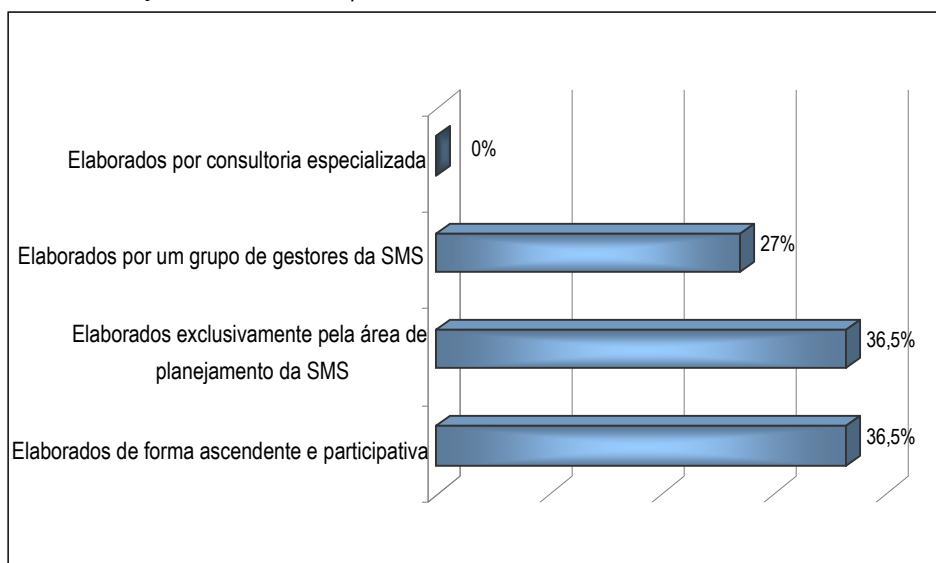
No âmbito da gestão do SUS municipal, este estudo buscou avaliar os processos e instrumentos de planejamento e gestão existentes nos municípios da RS Piracicaba, a partir das bases constitucionais e legais do planejamento em saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)³⁹ 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.

Dentre os municípios da RS Piracicaba (Gráfico 15), quatro (36,5%) elaboram os seus Planos de Saúde e Relatórios de Gestão de forma ascendente e participativa, de acordo com o que preconiza o PlanejaSUS. Em quatro dos municípios (36,5%), esses planos e relatórios são elaborados exclusivamente pela área de planejamento das Secretarias Municipais de Saúde. Nos outros três municípios (27%), são elaborados por grupo de gestores do nível central da SMS. Nenhum município dessa Região contrata consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão. Isso pode ser visualizado no gráfico a seguir apresentado.

³⁹ 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.

Gráfico15 - Elaboração de Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão, em %. RS Piracicaba, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEP/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, oito dos gestores (73%) referem que o Plano é parcialmente utilizado, e três (27%) informam que o utilizam totalmente. Destaca-se como positivo o fato de todos os municípios da Região utilizarem de alguma forma o Plano Municipal de Saúde como instrumento de gestão.

Quanto à utilização do Relatório de Gestão como instrumento no processo de gestão do SUS municipal, cinco municípios (45,5%) referem a utilização sistemática desse instrumento e cinco (45,5%) utilizam-no parcialmente. Apenas um município (9%) não o utiliza.

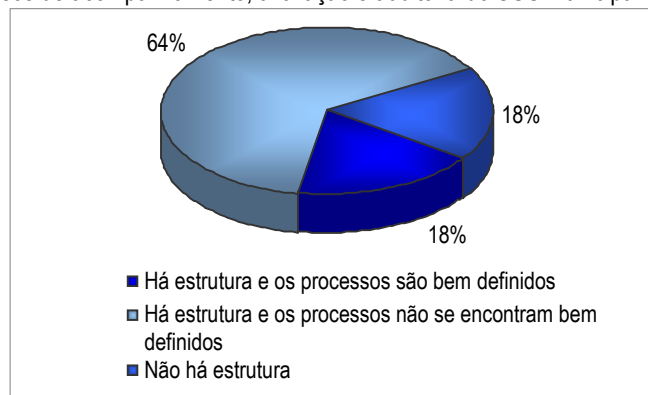
● **Avaliação e Controle do SUS**

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS, sete gestores municipais da Região (64%) afirmam possuir estruturas e processos mal definidos; dois gestores (18%) afirmam possuir estruturas e processos bem definidos, e dois (18%) afirmam não possuir estruturas e processos voltados à avaliação e controle do SUS, como se pode constatar no Gráfico 16. Isso parece demonstrar que há dificuldades, na maior parte dos municípios, com aspectos da área de regulação do sistema.

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

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

Gráfico 16 - Processos de acompanhamento, avaliação e auditoria do SUS municipal. RS Piracicaba, 2008.



Fonte: UNICAMP/NEP/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, seja 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 Piracicaba, apenas cinco (45%) possuem o fundo estruturado e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto os outros seis municípios, (55%), contam com um fundo municipal, porém sob a responsabilidade de outra estrutura da Prefeitura Municipal.

Quanto aos recursos da saúde alocados no Fundo Municipal, os dados fornecidos pelos gestores mostram que oito dos municípios da Região (73%) alocam todos os recursos no Fundo, inclusive os municipais, e dois (18%) alocam apenas os recursos municipais e os estaduais. Apenas um município (9%) não respondeu a essa questão (Mombuca).

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

Os dados da Tabela 52 mostram que todos os municípios da Região de Saúde Piracicaba vêm aplicando, desde 2002, mais de 15% do seu orçamento próprio em saúde, atendendo aos preceitos constitucionais da Emenda 29. Destacam-se na Região os municípios de Elias Fausto, Rafard, Rio das Pedras, Saltinho e Santa Maria da Serra, que ficaram acima da média regional.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Águas de São Pedro	15,31	14,73	15,19	16,73	15,80	15,47
Capivari	16,00	16,14	15,61	16,96	21,60	19,48
Charqueada	16,12	18,28	17,28	15,62	17,19	19,66
Elias Fausto	27,69	26,31	26,13	22,03	22,04	23,62
Mombuca	18,36	19,13	21,95	17,12	20,95	20,87
Piracicaba	20,24	23,15	18,89	17,59	19,44	19,42
Rafard	16,22	19,79	15,99	22,94	18,53	21,53
Rio das Pedras	18,66	19,98	16,12	16,39	18,42	22,01
Saltinho	20,66	21,68	23,30	22,44	24,13	26,03
Santa Maria da Serra	26,00	28,08	26,71	24,53	24,02	23,90
São Pedro	19,08	17,37	12,58	18,09	18,06	18,75
RS Piracicaba	19,49	20,42	19,07	19,13	20,02	20,98

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A Tabela 53 evidencia a variação, entre os municípios da Região, no tocante ao total de gastos per capita em saúde, que oscila entre R\$180,79 (Charqueada) e R\$527,42 (Águas de São Pedro). 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 foi de R\$ 255,02 *per capita* em 2007, verifica-se que apenas os municípios de Charqueada e São Pedro estão abaixo dessa média.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Águas de São Pedro	434,23	424,27	440,23	532,21	600,16	527,42
Capivari	94,55	105,29	118,44	199,61	265,35	302,62
Charqueada	88,39	103,00	117,39	136,14	142,01	180,79
Elias Fausto	182,59	179,52	214,28	223,09	273,68	304,83
Mombuca	208,35	225,97	283,17	295,29	394,29	416,90
Piracicaba	173,23	203,94	210,43	228,08	247,51	299,26
Rafard	141,52	173,92	189,79	214,71	210,18	293,55
Rio das Pedras	133,21	145,60	164,50	192,01	225,94	294,72
Saltinho	202,41	205,52	246,57	261,50	324,96	331,26
Santa Maria da Serra	216,05	278,55	291,29	309,73	388,55	375,49
São Pedro	133,78	129,82	148,27	168,72	197,35	240,51
RS Piracicaba	182,57	197,76	220,40	251,01	297,27	324,30

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A maior parte dos municípios da RS Piracicaba gasta menos de 10% do total de recursos da saúde em medicamentos, conforme mostra a Tabela 54. Saltinho apresenta o menor

percentual referente a esse tipo de gasto, aplicando somente 2,39% dos seus recursos com medicamentos. Por outro lado, Mombuca é o município com maior gasto com medicamentos (11,68%). Esses dados não permitem detectar nenhuma tendência regional, tendo em vista que há bastante variação entre os anos e entre os municípios. O percentual de recursos destinados a medicamentos, no ano de 2007, no Estado de São Paulo, foi de 13,60%. A média da Região, no que diz respeito à destinação desses recursos, está bem abaixo da média estadual, representando comparativamente menos da metade.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Águas de São Pedro	3,52	1,64	3,44	3,20	2,95	4,23
Capivari	3,12	3,13	2,60	2,11	0,00	7,53
Charqueada	8,94	13,18	16,94	11,66	13,21	9,23
Elias Fausto	0,00	12,50	6,01	7,67	6,83	7,67
Mombuca	10,29	17,19	12,89	12,89	11,38	11,68
Piracicaba	2,76	2,48	3,41	3,67	3,48	3,42
Rafard	9,60	3,39	15,08	3,49	2,55	4,36
Rio das Pedras	1,24	2,79	4,14	3,96	6,45	8,74
Saltinho	0,99	4,12	4,16	3,58	5,53	2,39
Santa Maria da Serra	2,92	1,64	2,15	2,09	3,12	3,57
São Pedro	5,61	3,09	2,30	0,99	2,44	3,56
RS Piracicaba	4,45	5,92	6,65	5,03	5,27	6,03

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

As despesas com terceiros abrangem os gastos com prestadores de serviços contratados e conveniados pelo SUS municipal. Incluem-se aqui os organismos de apoio à gestão, tais como OS, OSCIP, Universidades e outros. No âmbito desse tipo de gasto, destaca-se com valor bem acima da média regional o município de Rio das Pedras, com 54,87% 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%, quase a mesma da Região de Saúde Piracicaba (Tabela 55).

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Águas de São Pedro	5,70	7,19	8,42	8,50	9,44	9,35
Capivari	5,66	5,41	5,47	26,51	30,87	30,86
Charqueada	8,90	9,18	9,64	10,70	21,98	25,04
Elias Fausto	9,17	11,17	10,56	11,09	11,40	8,96
Mombuca	10,78	10,36	8,78	9,99	9,69	10,91
Piracicaba	33,75	35,97	31,37	31,26	28,99	10,68
Rafard	20,37	15,47	13,89	12,94	11,17	23,51
Rio das Pedras	48,17	47,54	49,96	51,86	53,78	54,87
Saltinho	10,10	9,44	11,55	10,39	10,16	9,58
Santa Maria da Serra	24,02	19,17	18,86	16,09	10,00	9,28
São Pedro	26,57	28,45	29,89	21,10	19,51	19,88
RS Piracicaba	18,47	18,12	18,04	19,13	19,73	19,36

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria

A despesa com investimento abrange os recursos financeiros destinados a reforma, construção e ampliação de serviços de saúde, bem como a equipamentos e mobiliários. Destacam-se na RS Piracicaba (Tabela 56) os municípios de Charqueada, Rafard, Capivari, Mombuca e Saltinho, que apresentam percentuais acima da média regional. Por outro lado, a média estadual em 2007 foi de 5,26%, quase o dobro da média da Região no mesmo período.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Águas de São Pedro	25,93	10,05	0,61	0,48	0,54	0,04
Capivari	1,30	3,00	4,90	4,68	1,68	4,94
Charqueada	8,83	13,12	6,21	20,30	4,61	6,13
Elias Fausto	6,40	0,71	0,64	1,55	7,96	1,21
Mombuca	11,14	0,52	6,85	2,81	18,45	3,33
Piracicaba	0,94	1,03	0,57	2,30	2,73	2,55
Rafard	2,49	1,51	0,35	1,71	0,26	4,38
Rio das Pedras	1,12	0,89	2,88	4,74	2,42	0,54
Saltinho	19,90	7,17	0,19	0,20	10,61	3,09
Santa Maria da Serra	2,35	15,68	11,96	11,47	2,84	1,09
São Pedro	3,97	0,75	6,13	4,00	2,29	0,91
RS Piracicaba	7,67	4,95	3,75	4,93	4,94	2,56

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria

Sabe-se que a força de trabalho é imprescindível tanto no processo de gestão quanto no da atenção à saúde. Além disso, a natureza do processo de trabalho em saúde se caracteriza por requerer profissionais especializados. Isso acaba por gerar um alto impacto dos gastos com pessoal nos recursos destinados à saúde. Os dados da Tabela 57 referentes à Região de Saúde Piracicaba 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 terceiros, com exceção do município de Rio das Pedras, que apresenta recursos destinados a serviços técnicos de terceiros-pessoa jurídica, bem acima do percentual destinado aos gastos com Recursos Humanos.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Águas de São Pedro	59,56	70,00	77,53	80,35	81,51	80,86
Capivari	52,19	49,78	52,20	41,47	33,52	37,99
Charqueada	47,21	43,17	41,70	35,55	36,47	31,48
Elias Fausto	68,84	73,39	69,93	68,24	63,44	61,72
Mombuca	53,11	55,58	56,53	58,60	47,52	53,53
Piracicaba	55,73	52,00	57,30	55,19	55,41	49,89
Rafard	63,94	66,17	64,94	63,48	70,14	51,85
Rio das Pedras	41,65	42,05	38,50	33,22	33,80	32,78
Saltinho	62,08	70,38	74,30	74,73	64,10	70,98
Santa Maria da Serra	50,19	46,85	50,14	52,72	67,73	67,78
São Pedro	40,05	45,67	40,96	52,68	61,14	54,97
RS Piracicaba	54,05	55,91	56,73	56,02	55,89	53,98

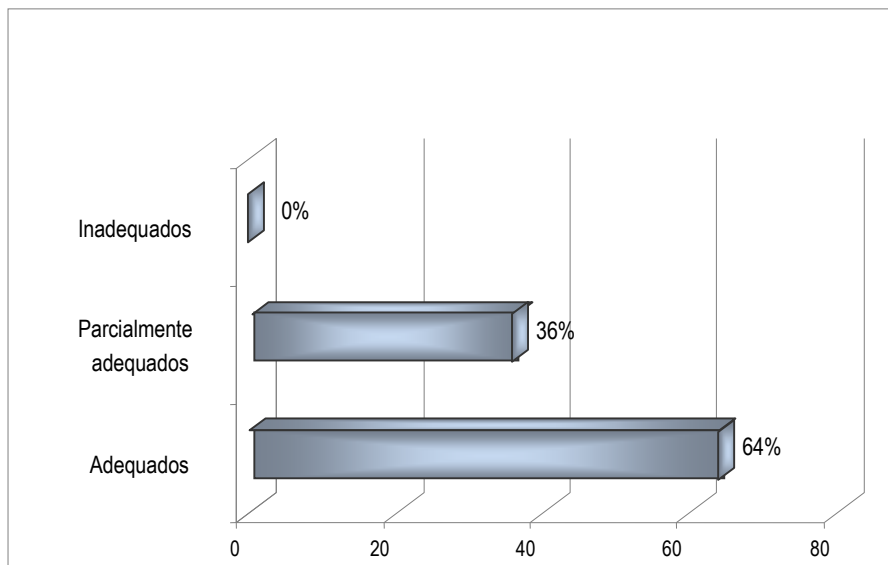
Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

● **Gestão dos Recursos Humanos em Saúde**

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

Quanto aos mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos, sete dos gestores dos municípios da RS Piracicaba (64%) avaliam tais mecanismos como adequados, e quatro (36%) como parcialmente adequados, conforme mostra a Gráfico 17. Vale destacar que nenhum dos municípios da Região avalia como totalmente inadequados tais mecanismos e instrumentos.

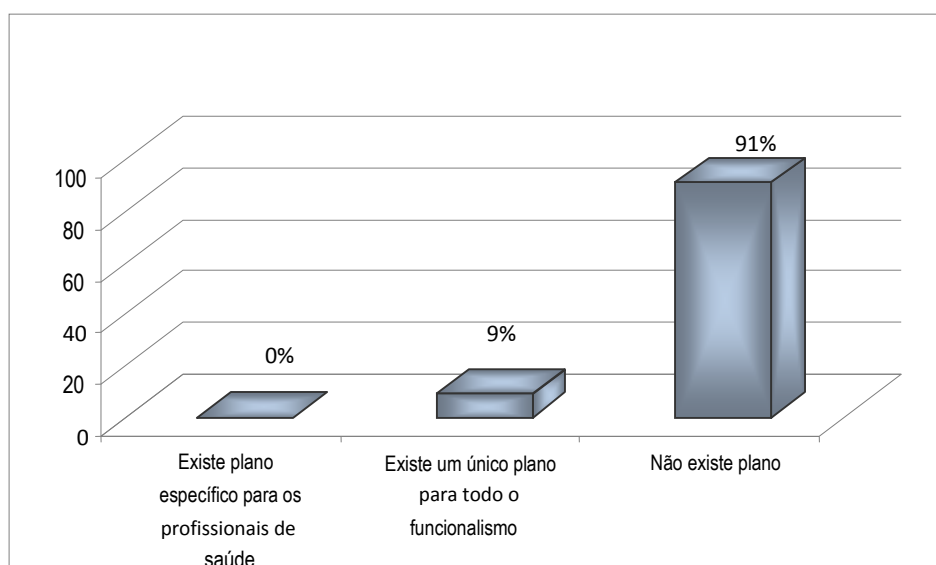
Gráfico 17 - Mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos.
RS Piracicaba, 2008



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

Os Planos de Cargos, Carreira e Salários consistem em importante instrumento para a gestão dos recursos humanos, e configuram-se como uma diretriz do Ministério da Saúde. Na RS Piracicaba, quase a totalidade dos municípios (91%) afirmam não possuir plano; apenas um (9%) possui plano geral para a administração municipal como um todo, como mostra a Gráfico 18, e nenhum município apresenta um plano específico para os profissionais da saúde, visando a atender as características específicas desses trabalhadores.

Gráfico 18 - Plano de cargos, carreira e salários, em percentual. RS Piracicaba, 2008.



Quanto às formas de contratação dos Recursos Humanos em saúde, pode-se observar a existência de várias modalidades adotadas na RS Piracicaba, através de contratação direta ou indireta. Do ponto de vista legal, a multiplicidade de vínculos utilizados nem sempre cumpre o que a legislação brasileira estabelece como padrão de proteção ao trabalhador. Além disso, essa situação tem ocasionado inúmeras ações judiciais para cumprimento dos dispositivos legais. A despeito dos preceitos legais existentes, muitas dessas modalidades são utilizadas como forma de transpor os entraves burocráticos que não atendem às necessidades de agilidade na alocação e reposição de pessoal no setor saúde. Na Tabela 58 são apontadas as formas pelas quais os municípios da Região vêm realizando a contratação de profissionais. Todos os municípios contratam seus trabalhadores por meio de concurso público, em que pese alguns municípios também lancem mão de outros mecanismos de contratação.

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

Municípios	Concurso Público	Contratação temporária	Contratação por meio de Organizações
Águas de São Pedro	x	x	
Capivari	x	x	
Charqueada	x		
Elias Fausto	x		
Mombuca	x		
Piracicaba	x		x
Rafard	x		
Rio das Pedras	x		
Saltinho	x		
Santa Maria da Serra	x		
São Pedro	x		

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

Um dos maiores entraves da gestão dos recursos humanos em saúde se refere à dificuldade para contratação e fixação de profissionais de saúde, especialmente o profissional médico. Na Tabela 59 pode-se verificar a existência de várias causas ligadas à dificuldade de contratação e fixação de médicos, segundo as informações obtidas com os gestores municipais. Cabe destacar aqui que, dos 11 municípios que compõem a RS Piracicaba, sete (63%) apontaram os baixos salários como uma dificuldade existente para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde. Por outro lado, dois dos municípios investigados não apontam nenhum entrave à fixação desses profissionais.

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

Municípios	Nenhuma	Baixos Salários	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios	Retaguarda técnica insuficiente	Outros
Águas de S. Pedro		x		x		
Capivari		x	x			
Charqueada		x				
Elias Fausto		x				
Mombuca		x				
Piracicaba						x
Rafard		x				
Rio das Pedras	x					
Saltinho					x	
S. Maria da Serra	x					
São Pedro		x				x

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

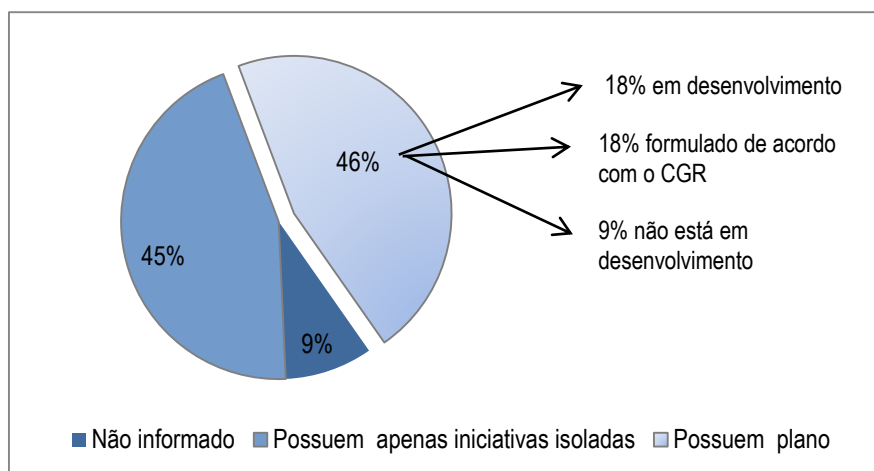
Outro aspecto considerado neste estudo, diz respeito aos processos de educação permanente em saúde. A *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS* é considerada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor. A publicação da Portaria 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 (EP) se baseia nas necessidades detectadas no próprio processo de trabalho à 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.

Em relação aos processos de educação permanente na RS Piracicaba, pode-se observar no Gráfico 19 que a maior parte dos municípios não possui um plano organizado

direcionado às iniciativas de educação permanente. Verificou-se que apenas dois municípios (18%) possuem plano próprio; cinco (45%) não possuem plano, desenvolvendo somente iniciativas isoladas, e 1 município (9%) não respondeu à questão. Dos 3 municípios que afirmam possuir um plano de caráter regional, somente dois (18%) reconhecem que foi formulado de acordo com as prioridades definidas no CGR e está em desenvolvimento, e 1 município (9%) afirma que o plano, apesar de formulado respeitando as prioridades definidas, ainda não está em desenvolvimento.

Gráfico 19 - Existência de Plano de Educação Permanente para os profissionais de saúde. RS Piracicaba, 2008.



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

A existência de uma estrutura de Recursos Humanos nas SMS, com atribuições e responsabilidades definidas, tende a contribuir para a organização e racionalização dos fluxos e das demandas para o setor. Todavia, verifica-se, pelos dados da Tabela 60, que a maior parte das secretarias municipais de saúde da RS Piracicaba, especialmente as dos municípios de pequeno e médio porte, não possui estrutura própria para a gestão de recursos humanos. Muitos municípios possuem apenas uma área, com características específicas de departamento de pessoal, subordinada, na maior parte das vezes, às áreas financeiras e administrativas da Prefeitura. Além disso, em grande parte dos municípios em que existe um setor específico, a Gestão do Trabalho é separada da área voltada à Educação Permanente e, tais áreas são pouco articuladas com as outras áreas estratégicas das SMS. Conforme mostrado nessa tabela, sete municípios (64%) da RS Piracicaba não apresentam estruturas próprias voltadas à gestão dos Recursos Humanos em Saúde, o que evidencia uma clara necessidade de uma melhor estruturação dessas secretarias para contribuir com a qualificação do processo da gestão das relações de trabalho.

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

Municípios	Não existe	Existe para procedimentos administrativos	Existe para procedimentos administrativos e educação permanente
Águas de São Pedro	x		
Capivari		x	
Charqueada	x		
Elias Fausto		x	
Mombuca	x		
Piracicaba			x
Rafard	x		
Rio das Pedras		x	
Saltinho	x		
Santa Maria da Serra	x		
São Pedro	x		

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

Outro aspecto avaliado neste estudo, diz respeito aos sistemas de informações gerenciais que se constituem em instrumentos essenciais à gestão do trabalho, contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho. 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 Piracicaba, apenas 18% dos municípios (Capivari e Piracicaba), referem possuir sistema de informação específico para Recursos Humanos.

Quanto aos canais de negociação coletiva, sabe-se que se constituem em mecanismos necessários para o enfrentamento adequado dos conflitos resultantes das relações entre gestores e trabalhadores. O estabelecimento de acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho. Todavia, essa não é a realidade na maioria dos municípios da Região de Saúde Piracicaba, já que apenas 5 gestores municipais (45%) apontam a existência desses mecanismos nas SMS.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos em saúde, vale destacar que seis gestores da Região (55%) referem a existência de grandes inadequações dos salários de seus profissionais; cinco gestores (45%) consideram que os salários se encontram em geral adequados frente à remuneração dos outros municípios da Região. Um dos grandes desafios da gestão do trabalho em saúde no SUS diz respeito à remuneração de seus profissionais. Sabe-se que a remuneração não é o único fator que garante a motivação dos trabalhadores, entretanto trata-se de um importante incentivo, que vem colaborando para a fixação ou não dos profissionais.

- **Controle Social**

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

Os dados colhidos através do questionário da pesquisa mostram que sete (64%) dos gestores municipais da Região consideram que a composição dos Conselhos Municipais de Saúde obedece ao que preconiza a legislação vigente e três (27%) avaliam que a composição não está de acordo com as exigências legais. O município de Mombuca não respondeu a essa questão.

No que se refere ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, 73% dos gestores municipais afirmam que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida; apenas 9% afirmaram que o Conselho se reúne eventualmente, e 18% dos municípios não responderam à questão (Mombuca e Rio das Pedras).

A Lei 8.142 de 1990 define que as Conferências Municipais de Saúde devem ser realizadas no mínimo a cada quatro anos. Quanto a essa questão, os dados do questionário mostram que 8 dos municípios da RS Piracicaba (73%) realizam as Conferências Municipais de Saúde com a periodicidade mínima exigida, e 3 municípios (27%) ainda não atendem à exigência legal.

Conclusões Parciais

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

Quanto às formas de organização e gestão regional na RS Piracicaba, deve-se ressaltar que, no momento atual, é essencial o aprimoramento dos seus instrumentos e mecanismos de gestão, tendo em vista o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo. Nesse sentido, é fundamental que as instâncias de gestão regional instituem o processo de planejamento regional, definam as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a PPI da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório,

as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento regional.

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

Observou-se que boa parte dos municípios dessa Região vem se organizando em formas de consórcio. Importa destacar que o crescimento recente do número de consórcios regionais parece expressar uma tendência na gestão do SUS regional, baseada na percepção de que os consórcios são uma boa alternativa para a organização de serviços de saúde, especialmente na Atenção Especializada.

No que diz respeito ao fortalecimento da capacidade gestora dos municípios, algumas considerações merecem destaque. Quanto às estruturas organizacionais das secretarias municipais, destaca-se a necessidade de adequá-las. Ainda nesse sentido, sugere-se implantar a gerência em todos 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 no que se refere à forma de elaboração e à utilização sistemática dos instrumentos no processos de gestão.

Já no tocante à Avaliação e Controle do SUS, uma série de fragilidades evidenciaram-se no corpo deste relatório, especialmente quanto ao processo de governabilidade sobre prestadores. Nesse sentido, se destacam a insuficiência e a inadequação de estruturas e processos voltados a avaliação e controle; a ausência de protocolos de encaminhamento regionais, bem como a programação definida em função da oferta de serviços e não da demanda existente.

No que se refere ao Financiamento em Saúde, verificou-se a necessidade de cumprimento da legislação do SUS quanto ao funcionamento dos Fundos Municipais de Saúde, já que boa parte dos municípios não os tem sob responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde. Por outro lado, merece destaque que todos os municípios da RS Piracicaba vêm cumprindo os preceitos constitucionais relativos à destinação de recursos municipais à saúde.

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde é um dos maiores desafios a ser superado na gestão do SUS na RS Piracicaba. 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. A maior parte dos municípios refere uma insuficiência de profissionais médicos no sistema, em que pese o grande número desses profissionais formados todos os anos no país, especialmente nas regiões Sul e Sudeste. Quanto a essas dificuldades para a contratação e fixação de médicos nos municípios, os gestores atribuem a maior parcela de responsabilidade aos baixos salários pagos. Vale destacar ainda que nenhum dos municípios dessa Região possui um plano de cargos carreiras e salários específico voltado aos profissionais de saúde. Trata-se, entretanto, de uma questão bastante complexa que merece um maior aprofundamento para o seu entendimento. Observou-se ainda que os municípios 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 regionalização, já em curso nessa Região de Saúde, devendo ser compartilhado entre municípios e SES.

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 resolutividade.

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 resolutividade 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*⁴⁰ foram definidos patologias e agravos a serem prioritariamente enfrentados no país. No Estado de São Paulo, durante o processo de formulação do Plano Estadual de Saúde, outras patologias e agravos foram incorporados nessa priorização⁴¹.

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.

⁴⁰ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

⁴¹ Além da dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza priorizadas no Pacto pela Vida o *Plano Estadual de Saúde 2008-2011* ampliou o número de doenças emergentes a serem enfrentadas. Ver página 85 desse Plano.

A análise sobre o cuidado em saúde na RS Piracicaba, 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 dos onze municípios que compõem a região sanitária de Piracicaba.

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

A Tabela 61 apresenta conjuntamente os dados referentes à utilização de protocolos clínicos para hipertensão arterial e diabetes, já que as respostas obtidas junto aos municípios foram coincidentes.

Tabela 61 – Utilização de protocolos clínicos para hipertensão e diabetes. RS Piracicaba, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Águas de São Pedro	x			
Capivari				
Charqueada	x			
Elias Fausto				
Mombuca	x			
Piracicaba	x			
Rafard		x		x
Rio das Pedras		x		
Saltinho				
Santa Maria da Serra	x	x	x	x
São Pedro				

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

Na Região, cinco municípios declaram utilizar protocolos clínicos para hipertensão arterial e diabetes na Atenção Básica. Desses, apenas Santa Maria da Serra declara utilizá-los em todos os outros componentes da atenção especializada. Rafard refere utilizá-los na atenção ambulatorial e de urgência e emergência, e, Rio da Pedras somente na atenção ambulatorial.

A Tabela 62 explicita a utilização de protocolos clínicos para câncer de colo uterino nos municípios da Região.

Tabela 62 – Utilização de protocolos clínicos para câncer de colo uterino. RS Piracicaba, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Águas de São Pedro	x			
Capivari				
Charqueada	x			
Elias Fausto				
Mombuca	x		x	
Piracicaba	x	x	x	x
Rafard		x		x
Rio das Pedras		x		
Saltinho				
Santa Maria da Serra	x	x	x	x
São Pedro				

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

No que diz respeito a protocolos referentes ao câncer de colo uterino, nota-se que apenas os municípios de Piracicaba e Santa Maria da Serra declaram utilizá-los tanto na Atenção Básica como na Especializada. Assim mesmo, não se pode inferir nada a respeito da articulação desses protocolos. Entre os demais municípios que compõem essa Região, apenas três referem utilizá-los na atenção básica e outros três em outro segmento da Atenção Especializada.

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

Tabela 63 – Utilização de protocolos clínicos para câncer de mama. RS Piracicaba, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Águas de São Pedro	x			
Capivari				
Charqueada	x			
Elias Fausto				
Mombuca	x			
Piracicaba	x	x	x	x
Rafard		x		x
Rio das Pedras		x	x	
Saltinho				
Santa Maria da Serra	x	x	x	x
São Pedro				

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 (Tabela 64), nota-se que menos da metade dos municípios da região referem utilizar-se de protocolos na Atenção Básica e apenas quatro em outro segmento da Atenção Especializada.

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Águas de São Pedro	x			
Capivari				
Charqueada	x			
Elias Fausto				
Mombuca	x			
Piracicaba	x		x	
Rafard		x		x
Rio das Pedras		x	x	
Saltinho				
Santa Maria da Serra	x	x	x	x
São Pedro				

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

Situação similar pode ser observada na Tabela 65, referente à utilização de protocolos para tumor de próstata

Tabela 65 – Utilização de protocolos clínicos para tumor de próstata. RS Piracicaba, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Águas de São Pedro	x			
Capivari				
Charqueada	x			
Elias Fausto				
Mombuca			x	
Piracicaba	x	x		
Rafard		x		x
Rio das Pedras		x	x	
Saltinho				
Santa Maria da Serra	x	x	x	x
São Pedro				

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

Quatro municípios referem utilizar protocolos para essa patologia na Atenção Básica, quatro na ambulatorial especializada, três na hospitalar e dois na urgência e emergência.

No caso do enfrentamento de agravos relacionados a violências e acidentes (Tabela 66), 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 três municípios na Atenção Básica, três na atenção ambulatorial, quatro na hospitalar e quatro na atenção de urgência e emergência.

Tabela 66 – Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes. RS Piracicaba, 2008

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Águas de São Pedro	x			
Capivari				
Charqueada	x		x	
Elias Fausto				
Mombuca				
Piracicaba		x	x	x
Rafard		x		x
Rio das Pedras			x	x
Saltinho				
Santa Maria da Serra	x	x	x	x
São Pedro				

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

Em síntese, com relação à utilização de protocolos na Atenção Básica, dos onze municípios apenas cinco referem utilizar algum protocolo.

Entre os municípios que afirmam utilizar protocolos na Atenção Básica, todos referem utilizá-los nos casos de hipertensão arterial; diabetes; câncer de colo uterino e de mama e no atendimento pré e neonatal. Nos casos de tumor de próstata, um município refere não utilizar protocolo, e em casos de violência e acidentes, dois municípios afirmam não utilizá-los

Considerando que nessa região sanitária, dez municípios dispõem de serviços ambulatoriais, sete de serviços hospitalares e nove de algum tipo de serviço de urgência e emergência no SUS, pode-se afirmar que a utilização de protocolos clínicos na Atenção Básica é mais significativa que em qualquer componente da Atenção Especializada.

Embora a maioria dos municípios da Região tenha referido utilizar-se de protocolos clínicos para os agravos priorizados, nota-se uma grande variação nessa utilização, e, nada se pode inferir sobre a articulação desses protocolos.

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. As principais dificuldades apontadas são as seguintes:

- Falta de profissionais capacitados para definir os protocolos;
- Inadequação ou falta de processos de capacitação voltados a essa finalidade;
- Falta de adesão dos técnicos.

Isso nos permite concluir que há necessidade de grande investimento para ampliar a utilização e a articulação de protocolos clínicos nessa Região em busca de maior efetividade e qualificação do cuidado em saúde em geral, e para enfrentamento das patologias e/ou dos agravos priorizados.

3.7.2 Supervisão Técnica/Clínica

Quanto à existência de iniciativas de Supervisão Técnica/Clínica voltadas à qualificação do cuidado (Tabela 67), observou-se nos municípios dessa região sanitária a presença dessas atividades em relação à Atenção Básica em apenas seis dos onze municípios. Já em relação à Atenção Especializada, observa-se essa atividade apenas nos municípios de Piracicaba e Santa Maria da Serra, mesmo considerando que dez municípios desenvolvem algum serviço considerado de Atenção Especializada.

Tabela 67 – Utilização de iniciativas de supervisão técnica/clínica. RS Piracicaba, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Águas de São Pedro	x			
Capivari	x			
Charqueada	x			
Elias Fausto	x			
Mombuca				
Piracicaba	x	x	x	x
Rafard				
Rio das Pedras				
Saltinho				
Santa Maria da Serra	x	x	x	x
São Pedro				

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

Quanto às características dessas atividades de supervisão clínica, observa-se que elas são desenvolvidas por técnicos dos próprios municípios; são contínuas e programadas em três; ocorrem sob demanda das equipes também em três. Apenas em um município estão previstas no Plano de Desenvolvimento de RH, e ocorrem de forma desconcentrada em cada

unidade de serviço em apenas um município. São atividades de natureza bastante diversificadas e, em um município, são consideradas pelos gestores como ainda incipientes.

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

- Insuficiência de recursos humanos;
- Baixa capacitação para o exercício da função;
- Estrutura organizacional e processos de trabalho inadequados ao exercício dessa função.

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

3.7.3 Processos de Capacitação

Em relação a processos de capacitação voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, pode-se observar que nessa Região, apenas para o enfrentamento do tumor de próstata não foi desenvolvida nenhuma iniciativa. Por outro lado, a maior parte dos municípios que realizaram capacitação durante o último ano, o fez para hipertensão, diabetes, pré-natal e neonatais, e doenças emergentes.

Dos municípios da RS Piracicaba, quatro afirmam realizar processos de capacitação por iniciativa própria. Cabe ressaltar que, entre os que os realizam, dois municípios afirmam que tais processos são contínuos e programados, e em dois municípios são considerados processos pontuais. Essas atividades de capacitação são demandadas pelas equipes em dois dos municípios; ocorrem para várias equipes conjuntamente e são ministrados por técnicos do próprio município. Apenas um município refere solicitar apoio de universidades ou outras instituições para realização das capacitações.

A Tabela 68 apresenta os processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões sanitárias que guardam correspondência com o DRS X - Piracicaba. Nela pode ser observado que a RS Piracicaba foi a que mais promoveu processos de capacitação para seus técnicos.

Tabela 68 - Número de processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas regiões que compõem a Região do DRS Piracicaba, 2008.

Processos / Agravos	Região Araras	Região Limeira	Região Piracicaba	Região Rio Claro
Hipertensão Arterial	3	1	6	3
Diabetes	3	1	6	3
Câncer de Colo	3	2	5	1
Câncer de Mama	4	2	4	0
Tumor de Próstata	0	0	0	0
Perinatal	4	3	6	3
Violência	0	0	0	0
Doenças Emergentes	5	5	7	4

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

Apresenta-se a seguir as principais dificuldades apontadas pelos gestores através da entrevista realizada junto ao CGR, no que diz respeito aos processos de capacitação. São elas:

- Formação inadequada dos profissionais;
- Baixa disponibilidade e falta de interesse dos profissionais.

Conclusões Parciais

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

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

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

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

A Região de Saúde Piracicaba 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 grandes diferenças demográficas existentes entre seus municípios, particularmente entre Piracicaba e os demais, 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 por mais de 70% das mortes por causas definidas, no triênio 2004-2006. 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 Piracicaba, a baixa resolutividade na Atenção Básica; o déficit de oferta de algumas especialidades médicas, coexistindo com o superávit de outras; o déficit de internações hospitalares; a insuficiência e inadequação dos processos de regulação; a existência de deficiências relacionadas aos vários componentes do sistema logístico, a ausência de estratégias adequadas voltadas ao enfrentamento das questões relacionadas à gestão do trabalho em saúde; a inadequação das estruturas organizacionais para atender às exigências do SUS e a incipiência dos processos relacionados à gestão do cuidado.

Para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde, é imprescindível que as ações e atividades de Atenção Básica sejam resolutivas, visando 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 Vigilância Epidemiológica encontra-se em estágio mais avançado, uma vez que todas as suas ações foram assumidas pelos municípios e descentralizadas para as unidades de saúde. Por outro lado, na Vigilância Sanitária as ações são parcialmente desenvolvidas por 50% dos municípios e complementadas pelo Estado.

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

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

Como possíveis alternativas para que se viabilizem essas questões, destacam-se: otimização da utilização dos leitos existentes; a organização de centros de apoio diagnóstico regionais, que respeitem as características da oferta de serviços da região e que promovam

o melhor aproveitamento de suas capacidades institucionais e a complementaridade entre elas; e, a adequação dos processos de contratualização e regulação existentes.

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

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

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

Em relação ao Sistema Logístico, há que se estimular a integração entre os municípios, sempre que possível. O compartilhamento do sistema de transporte sanitário de pacientes, bem como um novo fluxo regional para a coleta e o transporte de resíduos de serviços de saúde na região, poderá imprimir maior racionalização nesse sistema, uma vez que propiciam a otimização de recursos e a redução de riscos. Ressalta-se ainda a necessidade de todos os municípios aprimorem ou implementarem a gestão de insumos farmacêuticos e outros materiais, dada a importância estratégica dessa área para o sistema de saúde.

Outra questão que deve ser considerada diz respeito à implantação de um cartão de identificação do usuário comum a todos os municípios da região. Esta iniciativa, aliada à informatização do processo de agendamento e a reorganização das Centrais de Regulação de Acesso, com certeza propiciará maior integração do sistema regional favorecendo o acesso ao usuário a todas as unidades do sistema.

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

A gestão dos recursos humanos em Saúde é um dos grandes desafios a ser enfrentado. Sugere-se assim a estruturação de instâncias destinadas à gestão das relações de trabalho, tanto relacionadas aos aspectos administrativos, quanto aos processos voltados à educação permanente. Faz-se necessário também, a definição de um conjunto de diretrizes regionais

que possam subsidiar a elaboração dos PCCS em cada município, específicos para os profissionais de saúde.

Embora os municípios da RS Piracicaba venham cumprindo os preceitos constitucionais relativos à destinação de recursos municipais à saúde, deve-se buscar a vinculação imediata dos Fundos Municipais de Saúde a todas as SMS.

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

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

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

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

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

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

A análise diagnóstica realizada evidencia a necessidade de uma abordagem regional na gestão dos problemas e das soluções, apontando a possibilidade de estruturação da rede regional de atenção à saúde. A estruturação dessa rede exige além de investimentos na qualificação de cada um de seus componentes (unidades de 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 Piracicaba, desenvolveu-se o presente estudo buscando subsidiar a elaboração do Plano Regional de Saúde, entendendo-o como um potente instrumento de articulação e gestão, cuja formulação e implementação devem dar-se por meio do esforço compartilhado dos gestores de saúde da Região, no âmbito do CGR. Certamente, o conjunto de medidas daí decorrentes irá refletir positivamente na qualidade da atenção à saúde ofertada na Região, cumprindo assim os preceitos do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2008. (Col. Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8.). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 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://bvsmms.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=S1679-49742007000400002&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/ths/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_DL-CIB-153_2007.pdf](http://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2007/iels.set.07/iels179/E_DL-CIB-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

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

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

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br