

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE RIO CLARO



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. 09, 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 RIO CLARO

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

AGOSTO 2009

Pesquisadores

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

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

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

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

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

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

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

Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva
Médico Pediatra e Doutor em Medicina Interna
Docente da 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
Médico Sanitarista da SMS de Florianópolis,
Doutoranda em Engenharia da Produção

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL	14
2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE RIO CLARO	31
3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE RIO CLARO	59
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	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	148

DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE RIO CLARO

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.

³MS/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.

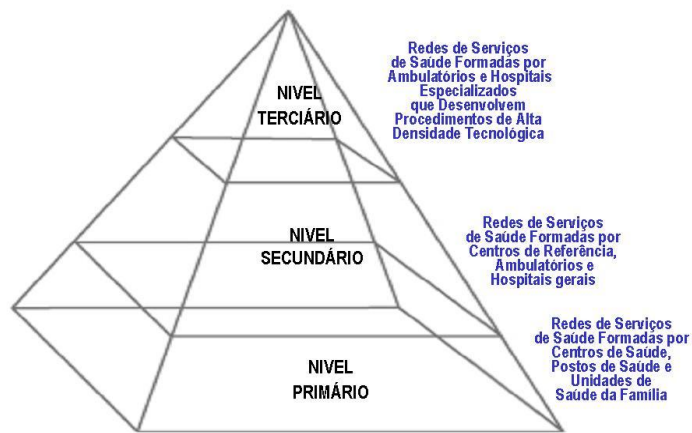
Entende-se por **sistema de saúde** um conjunto integrado de ações e serviços, de iniciativa do poder público e da sociedade, voltado para dar uma resposta aos problemas de saúde de uma determinada população. Na organização dos sistemas de saúde, o conceito de redes tem sido muito utilizado recentemente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

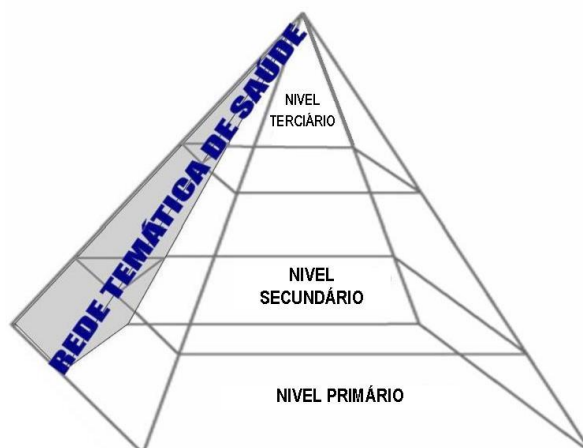
Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados



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



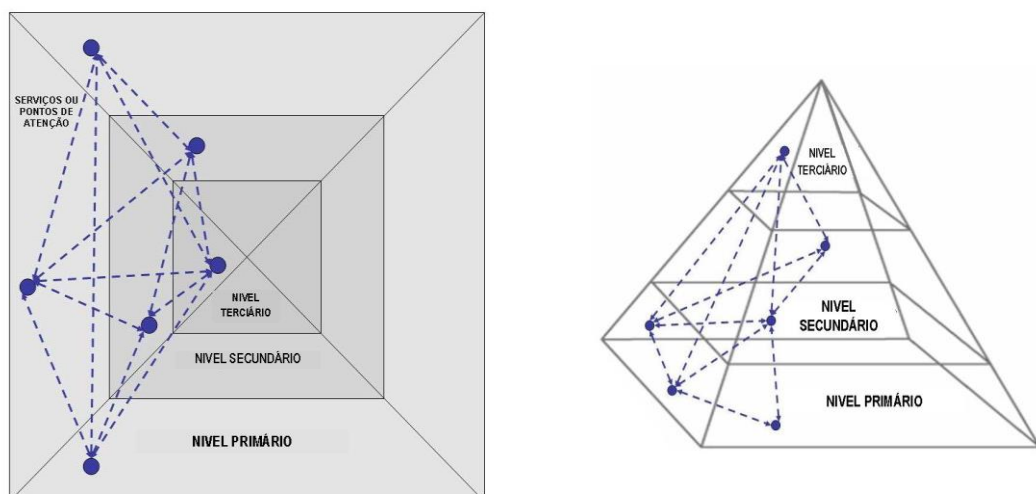
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

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

1.1. O Estado de São Paulo

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

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

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



O Estado de São Paulo constitui-se no maior contingente demográfico entre as unidades da federação brasileira. Pólo 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 pólos e subpolos urbanos que balizam os fluxos geoeconômicos e compartimentando o território do Estado por inteiro. Três anos depois, alguns ajustes foram incorporados (Decreto nº. 52576/70), e o governo do Estado passou a operar com base em 11 Regiões Administrativas (RA)⁸. Nos anos 80, essas regiões foram subdivididas em 43 Regiões de Governo (RG), num desenho territorial que, embora alterado posteriormente em alguns pontos, ainda é utilizado para o planejamento geral das ações governamentais. O Mapa 2 representa a atual divisão do Estado de São Paulo em RA e RG.

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 sócio-econômicos de cada comunidade" e a necessidade de "maior rendimento, eficiência e adequação às realidades regionais" por parte da administração estadual.

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

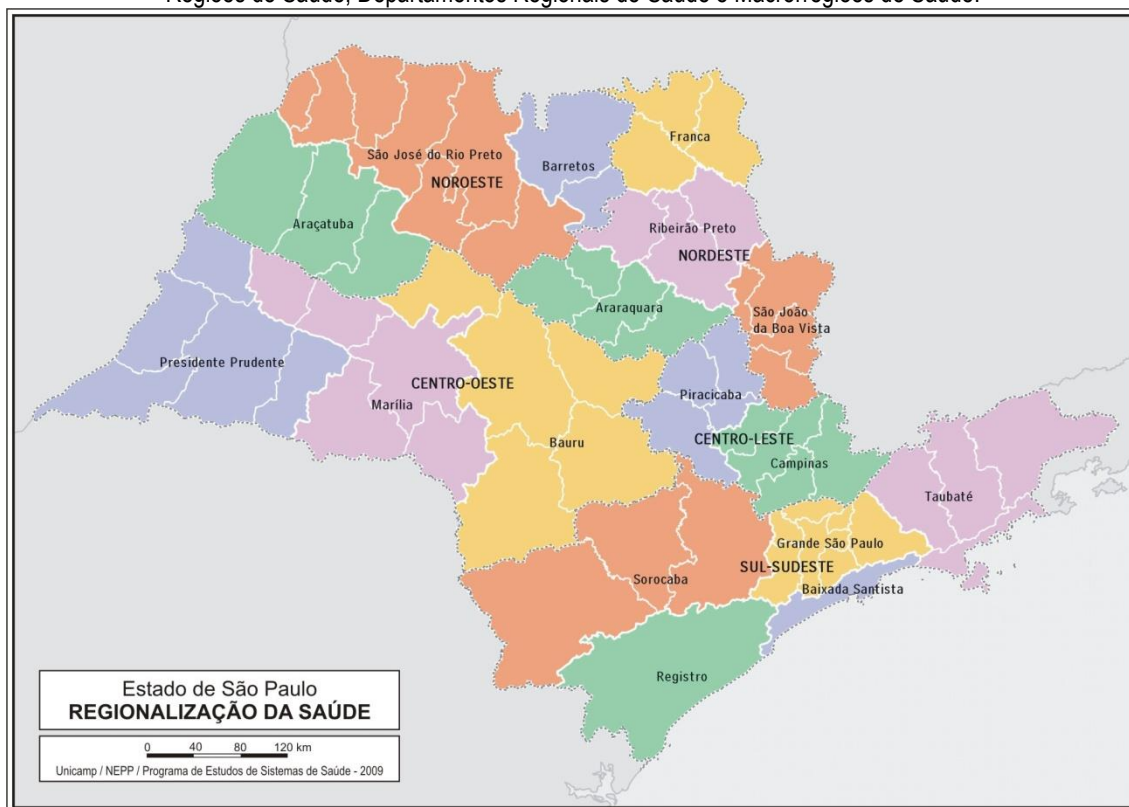
⁹ A Lei Complementar 815/97 criou a RM da Baixada Santista, e a LC 871/00 a RM de Campinas.

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

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

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

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



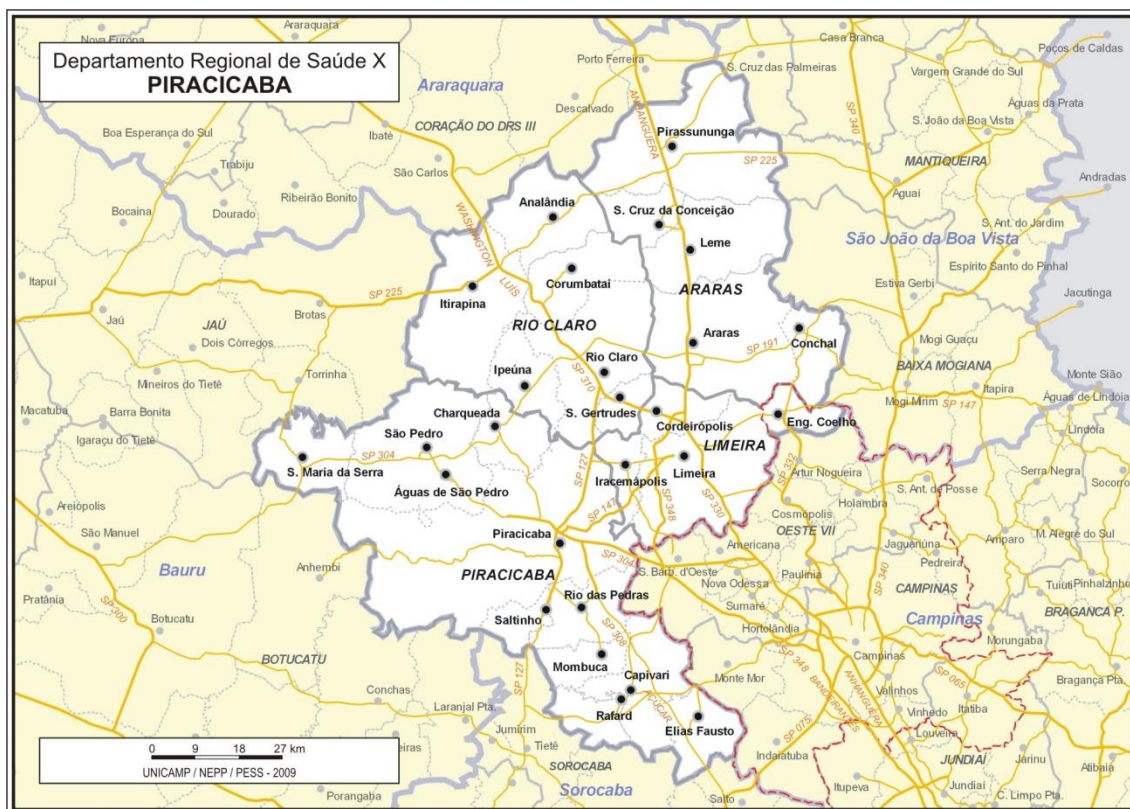
Segundo o PDR 2008, as regiões de saúde são “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de

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).

O Território Correspondente ao Departamento Regional de Saúde X - Piracicaba

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

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 bordeja 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-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 autoestradas. Especialmente no entorno de Campinas, essa densidade atinge níveis de excelência, em termos de Brasil. Dessa forma, a articulação entre as cidades da região se viabiliza em muitas direções, e a rede urbana se apresenta bastante complexa do ponto de vista funcional¹².

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

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

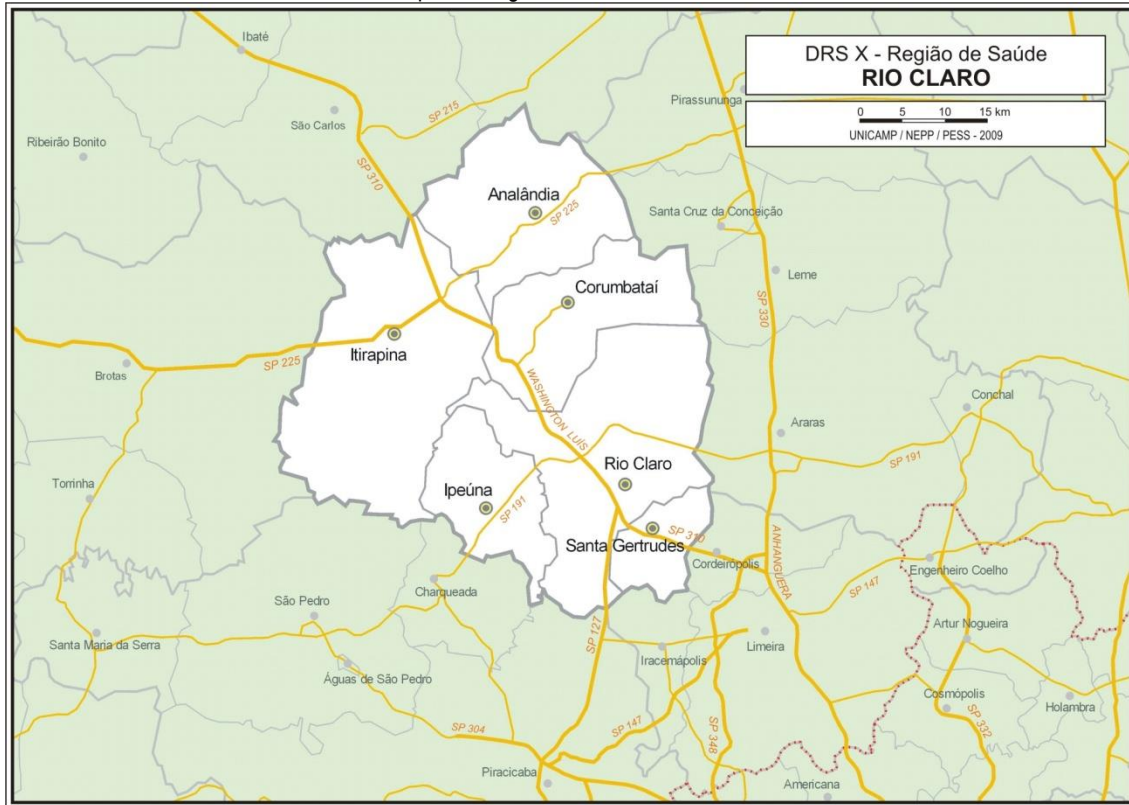
¹¹ Compreende uma faixa ao longo da Rodovia Anhanguera, de Jundiá a Rio Claro.

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

1.2. A Região de Saúde Rio Claro

A Região de Saúde Rio Claro é formada por 6 municípios: Analândia, Corumbataí, Ipeúna, Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes, destacados no Mapa 5.

Mapa 5 - Região de Saúde Rio Claro.



A formação territorial da RS Rio Claro, esquematizada no Quadro 1, tem uma trajetória completamente linear: todos os municípios são resultantes da fragmentação de Rio Claro, num processo iniciado ainda no Século XIX e concluído na década de 1960, quando foi criado Ipeúna. A matriz seiscentista da Região, no entanto, é o município de Itu.

Quadro 1 - Genealogia Municipal na RS Rio Claro.



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

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

A RS Rio Claro, estendendo-se pela bacia do Corumbataí (tributário do Piracicaba), situa-se nas bordas da Depressão Periférica Paulista com dois de seus municípios - Itirapina e Analândia - estendendo-se também *cuеста* acima. Em função dessa condição topográfica e pedológica, a atividade agrícola tem distribuição diferenciada na Região, havendo, em 2007, o predomínio das pastagens – com mais de 53 mil hectares de área – e da cana-de-açúcar – com 48 mil hectares de cultivo – na Região (SÃO PAULO, 2008). Além dessas culturas, as áreas destinadas ao eucalipto e à laranja (que, como a cana-de-açúcar, emprega muitos trabalhadores volantes) detêm a maior parte das terras, destacando-se ainda a pecuária (bovina de corte, avicultura de corte e piscicultura) como uma forte atividade.

Embora as atividades agropecuárias sejam as mais marcantes nos municípios da RS de Rio Claro, dando tom à organização socioeconômica destas áreas, a indústria, articulada ao campo e a outros ramos de transformação, e os serviços também estão presentes, especialmente no caso de Rio Claro. Com cerca de 800 estabelecimentos industriais instalados em 2007, notavam-se na região algumas das grandes empresas do País (Whirlpool, Tigre, Brascabos, Torque, Sulplast), além da sede do Pólo Cerâmico de Santa Gertrudes – composto, na realidade, também por Cordeirópolis, Rio Claro, Limeira, Araras, Piracicaba e Itacemópolis, com empresas de vários portes e mais de 6 mil trabalhadores diretos (CANO, 2007) – e de um complexo de produção de equipamentos médicos, hospitalares e odontológicos (OLIVEIRA, 2004). O setor de serviços, por sua vez, tem seu dinamismo vinculado à agroindustrial local e é bastante expressivo no comércio, com mais de 2000 estabelecimentos (SEADE, 2009).

Da mesma forma que as vizinhas Limeira e Piracicaba, Rio Claro é o único núcleo urbano de porte na respectiva Região de Saúde. Com população próxima de 200 mil habitantes (Tabela 2), concentra atividades industriais, de comércio e de serviços. Na área de educação, ressalta-se a presença de um campus da UNESP.

1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

A rodovia Washington Luís (SP 310), que conecta a rodovia Anhanguera ao Noroeste do Estado de São Paulo (região de São José do Rio Preto), é o principal eixo rodoviário da RS Rio Claro. Nesta tem início a rodovia SP 127, que leva, também em pista dupla, a Piracicaba, prosseguindo depois para o Sul do Estado. Ainda no município de Rio Claro, a SP 310 é transposta pela SP 191, ligando Araras a São Pedro, na região de Piracicaba, e, mais ao Norte, a SP 225, vindo de Pirassununga (SP 330), serve Analândia e, a partir da SP 310, prossegue em pista dupla servindo Itirapina e prosseguindo em direção a Jaú e Bauru.

A RS Rio Claro, vizinha da RS Limeira, também é bem servida em termos de rodovias, tanto internamente como na conexão com outros centros. De Rio Claro, pelo sistema Anhanguera/Bandeirantes, são 85 km até Campinas e 160 km até São Paulo.

A rede urbana restringe-se a um grande pólo - Rio Claro, onde vivem 80% dos habitantes da Região, a duas cidades pequenas (Santa Gertrudes e Itirapina) e a três muito pequenas, como se vê nos dados da Tabela 1, adiante. As taxas de urbanização são altas nos municípios de maior população, chegando a quase 100% em Rio Claro e Santa Gertrudes.

Em termos de funcionalidade, o único pólo local é Rio Claro, cuja influência se estende por toda a RS. Mas outros centros do entorno também foram citados no questionário eletrônico aplicado durante o Projeto. Na questão "indique quais são as 3 cidades mais procuradas para: Serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", as cidades mais mencionadas foram Rio Claro (13 vezes), Piracicaba (8), São Carlos (7) e Limeira (6). No estudo do IBGE *Regiões de Influência das Cidades 2007*¹³, Rio Claro é classificada como *Centro sub-Regional A*, subordinada a Piracicaba (*Capital Regional C*), a qual se subordina a Campinas (*Capital Regional A*).

1.3.2. Demografia e Condições de Vida

A Região de Saúde Rio Claro totaliza quase 230 mil habitantes, sendo que cerca de 80% dessa população vive no município de Rio Claro. As principais características desse contingente, e sua distribuição, são mostradas na Tabela 1.

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

Municípios	Área (km ²) 2007	Densidade demográfica (hab/km ²) 2007	População 2007	Percentual População RS (%) 2007	População urbana (%) 2000
Analândia	326,6	12,7	4.160	1,8	74,0
Corumbataí	278,1	15,0	4.184	1,8	45,3
Ipeúna	190,5	29,1	5.538	2,3	79,4
Itirapina	564,3	26,3	14.826	6,3	87,1
Rio Claro	498,0	378,5	188.508	79,6	97,2
Santa Gertrudes	97,7	201,9	19.722	8,3	97,6
RS Rio Claro	1.955,3	121,2	236.938	100,0	94,8

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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").

Os indicadores demográficos de natalidade, fecundidade e envelhecimento, indicados na Tabela 2 mostram que os municípios da RS Rio Claro abrigam populações com necessidades e fases do ciclo de vida distintas. Verifica-se que assim que o município de Analândia possui o maior índice de envelhecimento dessa região, ao mesmo tempo em que 2 municípios apresentam índices 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 todos os municípios dessa região apresentam índices maiores do que a média do Estado de São Paulo, que é de 1,33. Neste sentido destacam-se os municípios de Ipeúna e Santa Gertrudes com as maiores taxas.

No que se refere às taxas de natalidade e fecundidade, os municípios dessa região apresentam números significantes. Apenas os municípios de Corumbataí e Rio Claro apresentam índices de fecundidade abaixo da média estadual que é de 52,65.

Tabela 2 - Indicadores demográficos dos municípios da RS Rio Claro.

Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Analândia	2,17	14,97	54,17	56,22
Corumbataí	1,42	11,38	40,31	54,95
Ipeúna	3,52	15,61	57,07	45,91
Itirapina	1,97	13,96	60,56	47,91
Rio Claro	1,64	12,27	43,10	51,50
Santa Gertrudes	3,12	16,82	60,01	35,40

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

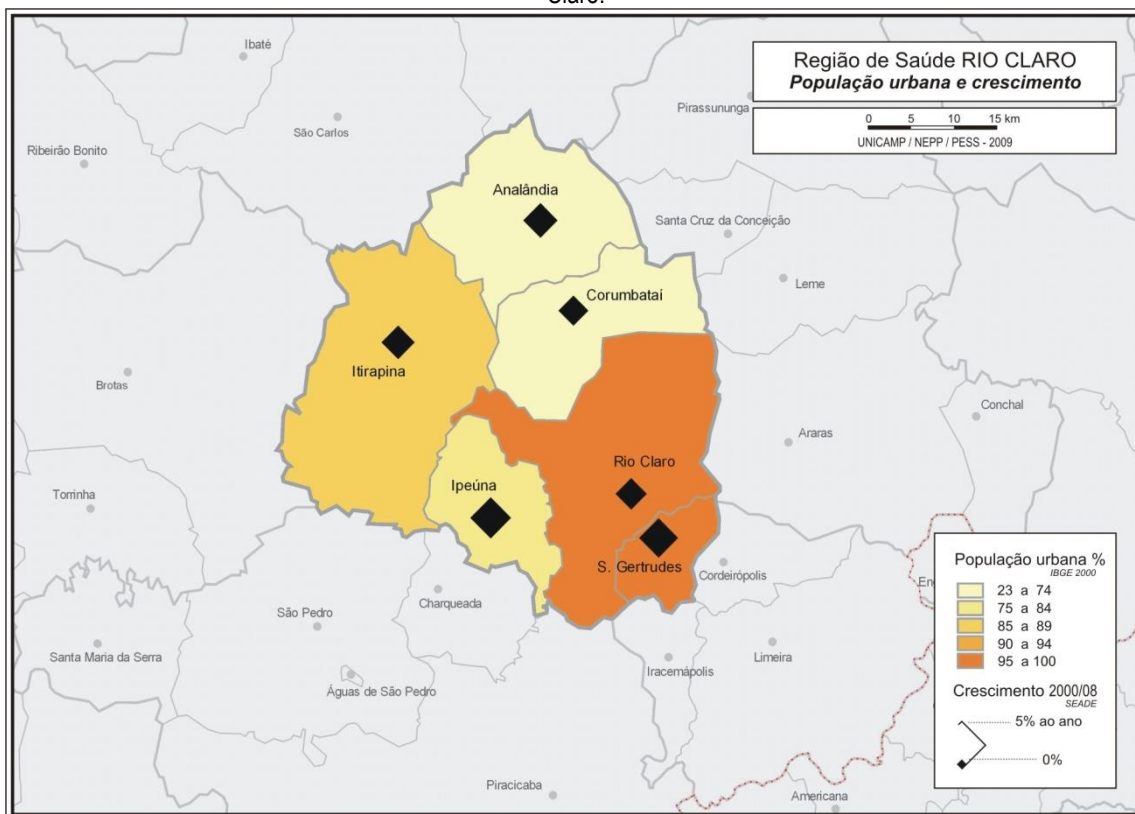
** Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)

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

**** Índice de Envelhecimento (Em %)

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

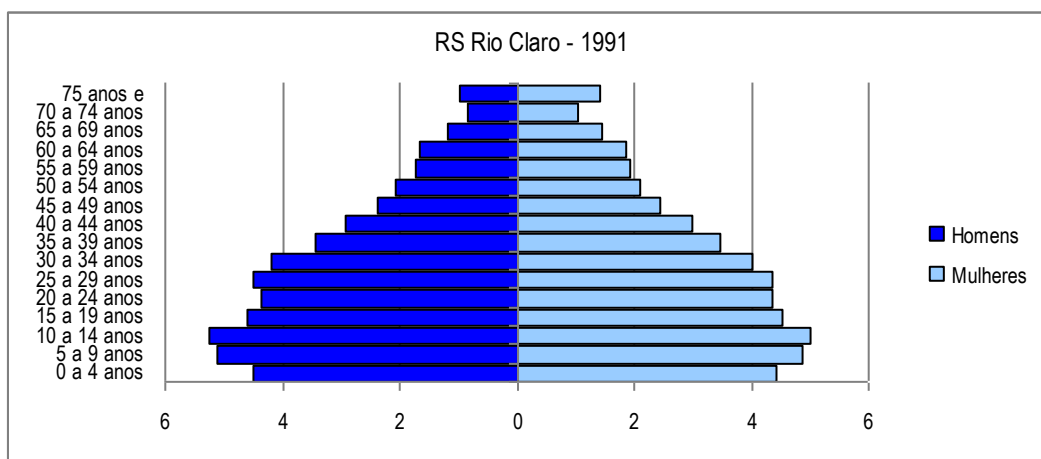
Mapa 6 - Percentual da população urbana no ano 2000 e taxa de crescimento 2000/2008 dos municípios da RS Rio Claro.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

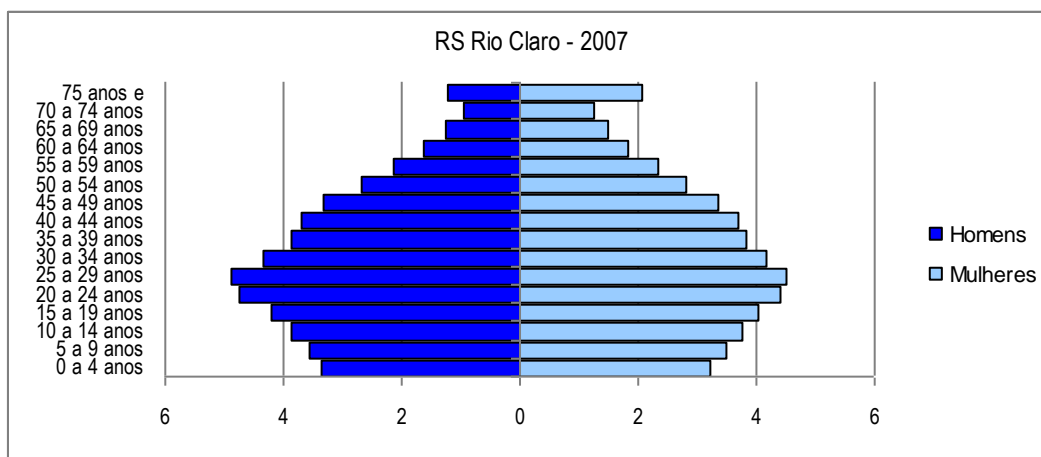
Ressalta-se, assim, como principais características demográficas da RS Rio Claro: a alta taxa de urbanização e o envelhecimento da população. A tendência ao envelhecimento regional se reflete na configuração das pirâmides populacionais, apesar das diferenças intrarregionais já explicitadas. Entre a situação de 1991 e de 2007 representada nos Gráficos 1 e 2 respectivamente, observa-se a diminuição proporcional das faixas etárias abaixo de 19 anos e o aumento das faixas acima de 60 anos.

Gráfico 1 - Pirâmide etária. RS Rio Claro, 1991.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

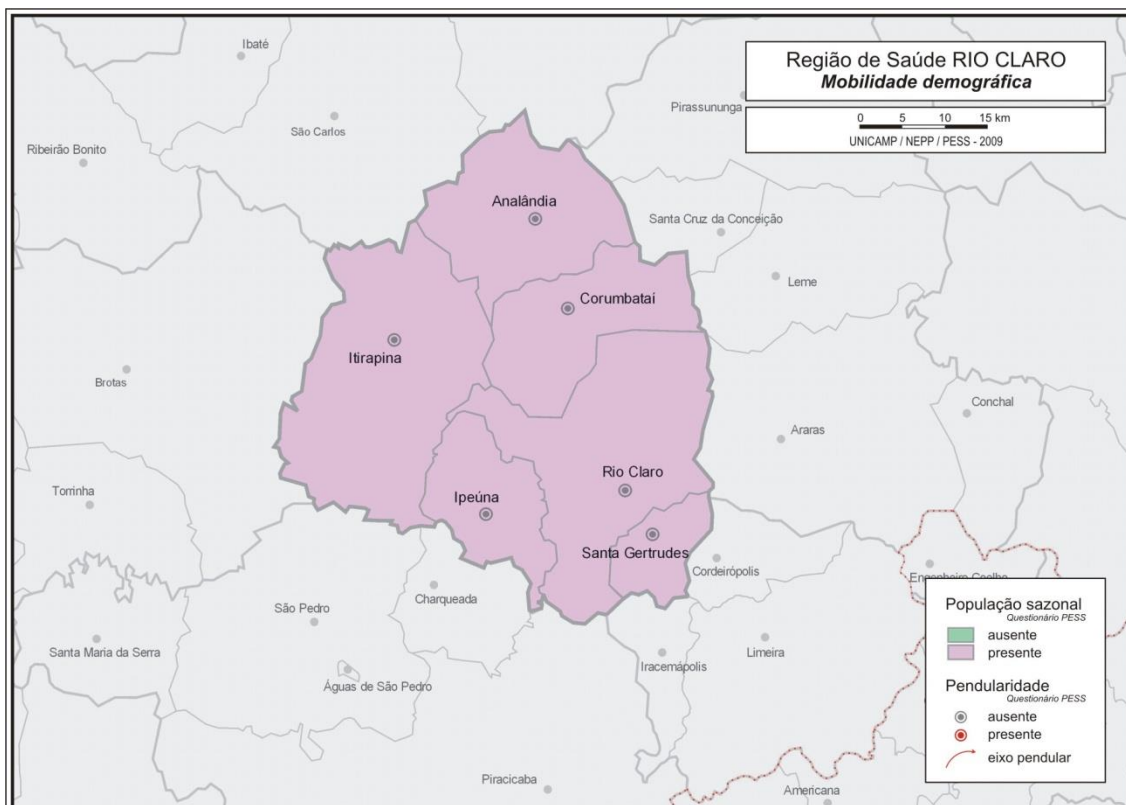
Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Rio Claro, 2007.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Em termos de mobilidade demográfica (Mapa 7), deve-se atentar para a presença de significativa população sazonal na Região. No questionário eletrônico aplicado no âmbito do Projeto, todos os municípios da região responderam que existe população sazonal em seu município, apontando diversas motivações para essa mobilidade: trabalho (nas culturas de cana e laranja e, na indústria cerâmica), estudo ou "acompanhamento de familiares em presídio". À pergunta sobre a pendularidade todos os municípios responderam "não", o que faz supor a inexistência do fenômeno, ou sua pequena expressão na RS Rio Claro.

Mapa 7 - Mobilidade populacional. RS Rio Claro, 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 Rio Claro, 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 muito positivo (cobertura variando entre 99,2% e 100%) e semelhante para todas as cidades. O grau de cobertura dos serviços de esgotos, por sua vez, mostra diferenças mais significativas e um atendimento percentualmente inferior (de 86,8% a 99,9% no melhor dos casos).

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

Municípios	Água*	Esgoto**
	2000	2000
Analândia	99,9	86,8
Corumbataí	99,4	97,0
Ipeúna	99,6	94,9
Iteirapina	99,7	88,4
Rio Claro	99,2	98,9
Santa Gertrudes	100,0	99,9

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 evidenciados no Mapa 8 (PIB municipal e PIB municipal *per capita*), reforçam a posição de liderança de Rio Claro na região e revelam variação na renda per capita entre os demais municípios.

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

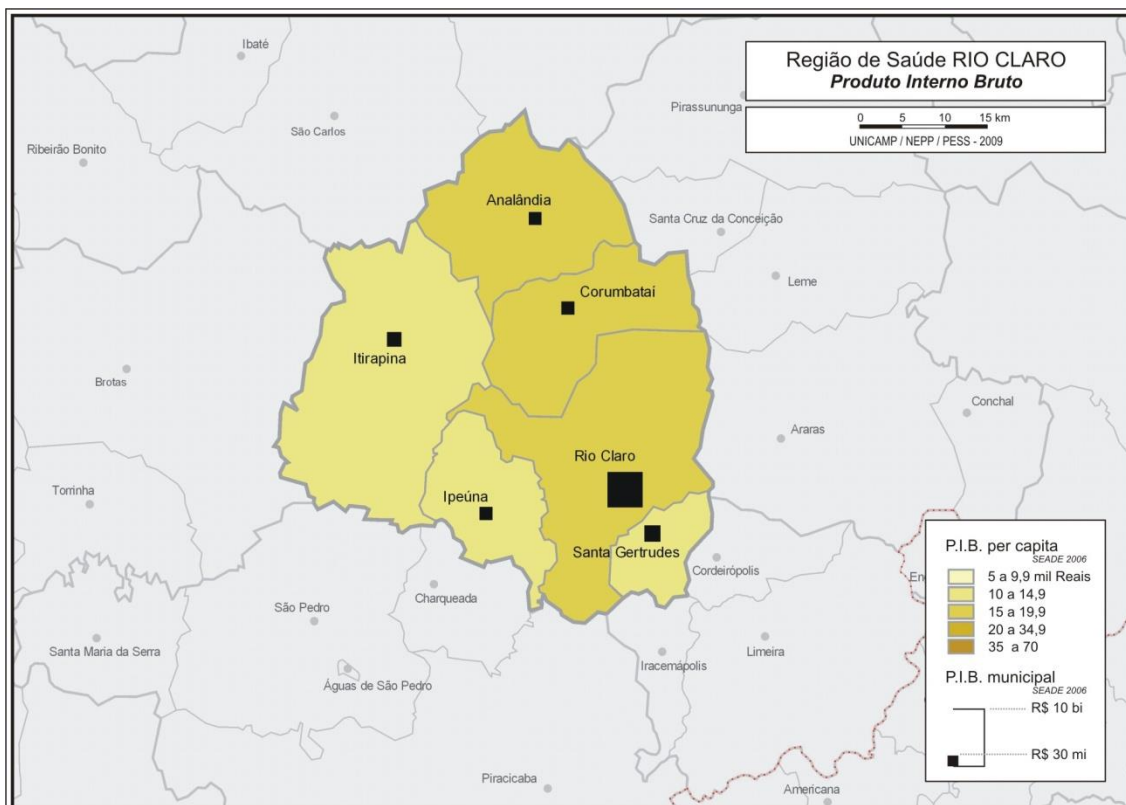
Municípios	PIB Municipal* 2006	PIB Per Capita** 2006
Analândia	70,1	17,5
Corumbataí	82,3	19,3
Ipeúna	79,1	14,2
Itirapina	152,6	10,2
Rio Claro	3.279,1	17,2
Santa Gertrudes	251,7	12,6

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

* em milhões de reais

** em mil reais

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria

A Tabela 5 apresenta um conjunto de indicadores de desenvolvimento social para a RS Rio Claro. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)¹⁴, da Fundação SEADE, mostra uma situação mais preocupante em apenas um dos municípios (Corumbataí), um quadro positivo em outro (Rio Claro), e posições intermediárias nos demais.

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

Municípios	IDHM * 2000	IPVS** 2000	IPRS*** 2004
Analândia	0,804	33,4	1
Corumbataí	0,780	69,3	4
Ipeúna	0,786	43,5	3
Itirapina	0,783	44,6	3
Rio Claro	0,825	15,2	1
Santa Gertrudes	0,782	34,4	3

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

*IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000

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

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

Já segundo o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)¹⁵, que varia entre 1 (bons indicadores sociais e de riqueza) e 5 (baixos níveis de riqueza, longevidade e escolaridade), há um forte contraste entre os municípios com uma boa posição (Rio Claro e Analândia), que se caracterizariam por elevados níveis de riqueza combinados com indicadores sociais positivos e, outros municípios da região que apresentam baixa riqueza e níveis bons ou intermediários de longevidade e/ou escolaridade (Ipeúna, Itirapina, Santa Gertrudes e Corumbataí).

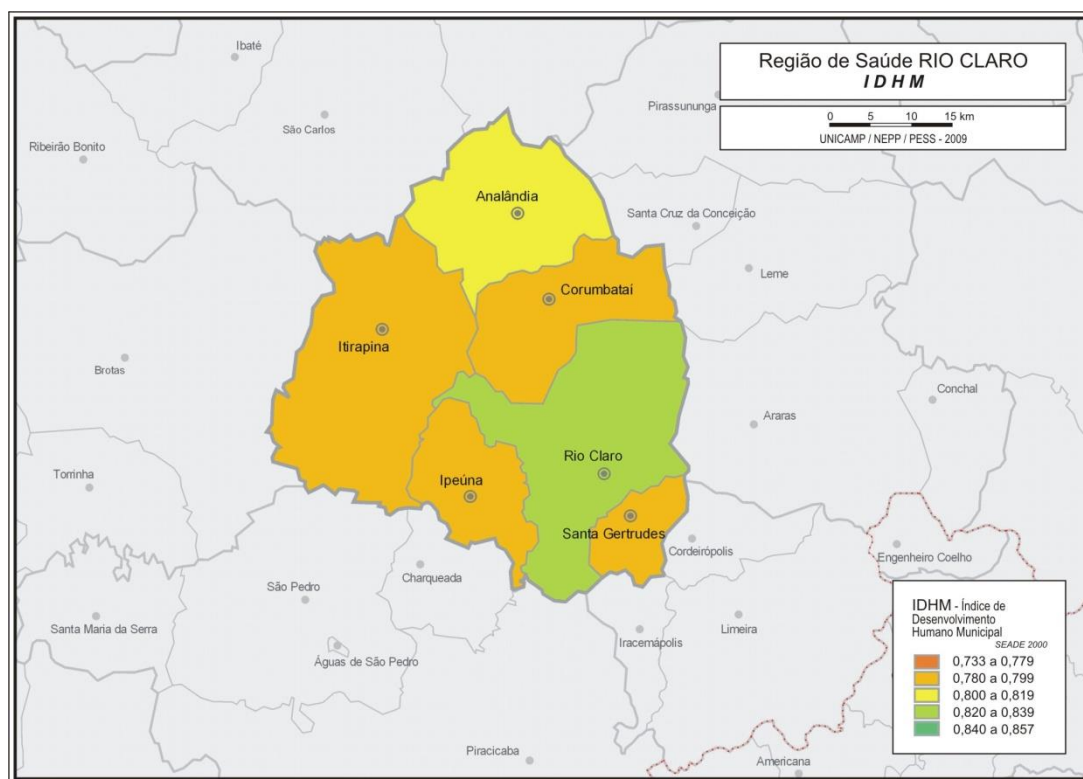
Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), também indicado na Tabela 5 e no Mapa 9, os municípios da região configuram dois grupos: o maior deles de desenvolvimento intermediário, composto por Corumbataí, Ipeúna, Itirapina e Santa Gertrudes, e outro de alto desenvolvimento, formado em ordem decrescente por Rio Claro e Analândia¹⁶.

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

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

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

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Conclusões Parciais

Pode-se concluir que o processo de implementação das políticas públicas na RS Rio Claro deve considerar as grandes diferenças existentes entre seus 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 RIO CLARO

Este capítulo apresenta uma análise descritiva de indicadores relacionados às condições de saúde da população dos municípios que compõem a RS Rio Claro, 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 74% das mortes por causas definidas no triênio 2004-2006 (Tabela 1).

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	XI. Doenças do aparelho digestivo	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	Todas as outras causas definidas
Rio Claro	31,9	16,8	13,7	11,4	6,4	5,6	14,3
S Gertrudes	32,2	17,0	15,2	13,3	6,4	4,5	11,4
Itirapina	29,6	18,8	11,2	13,0	5,4	4,9	17,0
Ipeúna	18,7	25,3	13,3	22,7	5,3	4,0	10,7
Analândia	31,6	21,1	17,5	8,8	7,0	-	14,0
Corumbataí	24,1	13,0	22,2	22,2	5,6	1,9	11,1
RS Rio Claro	31,4	17,1	13,8	11,9	6,3	5,4	14,1

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No sexo masculino, as causas externas foram o terceiro grupo mais frequente no conjunto da RS e nos municípios de Rio Claro, Itirapina, Ipeúna e Corumbataí; já em Santa Gertrudes assumiram a segunda colocação. As doenças respiratórias tiveram a mesma expressão que as circulatórias em Analândia e Corumbataí. (Tabela 2).

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Rio Claro	27,3	17,5	16,4	12,9	7,3	4,4	14,2
S Gertrudes	31,0	14,8	19,4	12,9	7,7	4,5	9,7
Itirapina	23,0	23,0	16,5	10,1	6,5	8,6	12,2
Ipeúna	10,6	29,8	29,8	12,8	4,3	4,3	8,5
Analândia	25,0	19,4	13,9	25,0	8,3	2,8	5,6
Corumbataí	28,1	3,1	21,9	28,1	9,4	6,3	3,1
RS Rio Claro	26,9	17,7	16,9	13,1	7,3	4,7	13,4

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

Entre as mulheres, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas são o quarto grupo mais frequente, exceto em Ipeúna, Analândia e Corumbataí (Tabela 3).

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

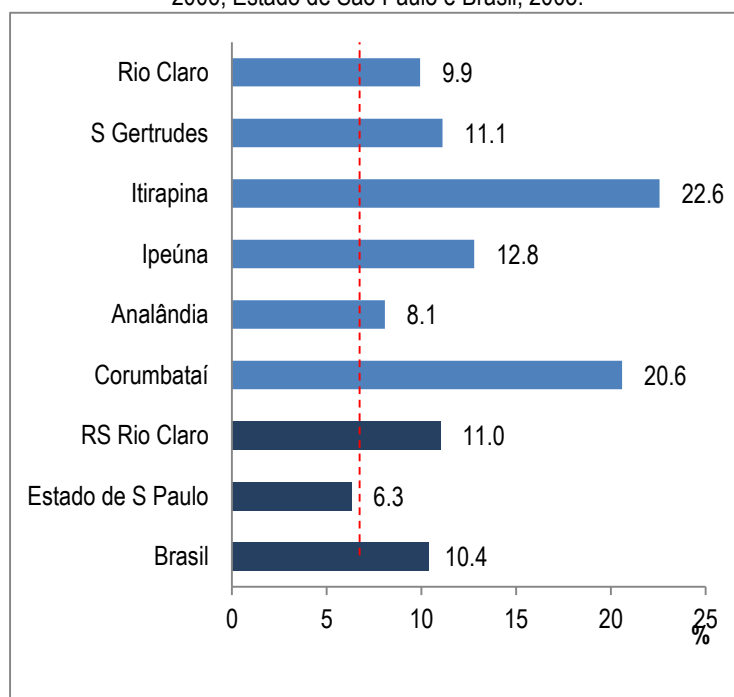
Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	XI. Doenças do aparelho digestivo	Todas as outras causas definidas
Rio Claro	37,9	15,8	14,7	6,8	4,8	5,1	14,9
S Gertrudes	33,9	20,2	18,3	6,4	4,6	4,6	11,9
Itirapina	41,0	12,0	13,3	8,4	7,2	3,6	14,5
Ipeúna	32,1	17,9	14,3	7,1	10,7	7,1	10,7
Analândia	42,9	23,8	4,8	-	-	4,8	23,8
Corumbataí	18,2	27,3	13,6	-	22,7	-	18,2
RS Rio Claro	37,6	16,2	14,7	6,7	5,1	5,0	14,7

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 Rio Claro (Gráfico 1). Quatro deles apresentaram valores superiores à média da região no período 2004-2006 (11,0%), a qual já era superior à proporção estadual e à do Brasil em 2005 (6,3% e 10,4% respectivamente). Esta situação é reflexo da qualidade dos dados registrados na Declaração de Óbito, a qual sinaliza desde a disponibilidade de infraestrutura assistencial e recursos para o diagnóstico das doenças, até a capacitação profissional para o preenchimento daquele documento¹⁹.

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>.

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



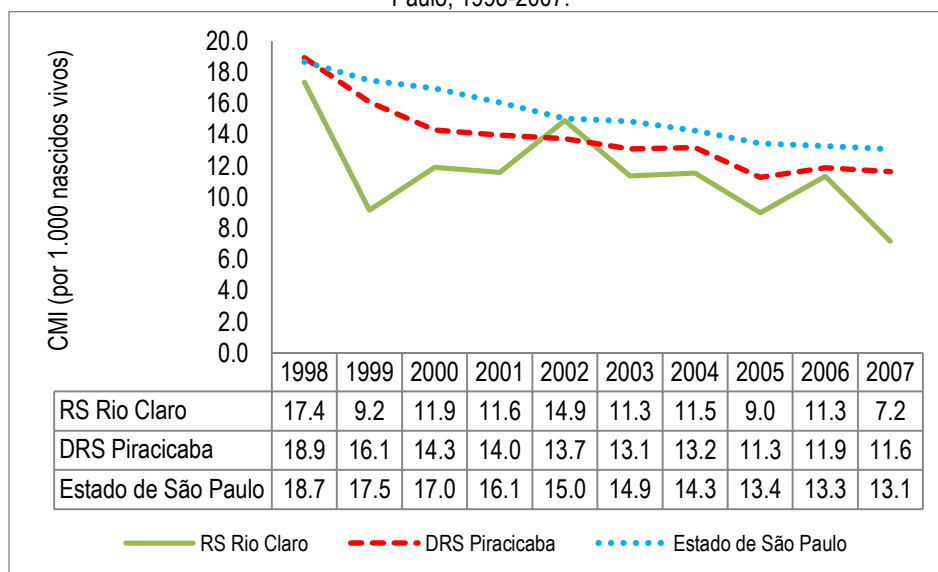
Fonte: MS/DATASUS (municípios e RS). MS/SVS (Brasil e São Paulo). Elaboração própria.

2.2. Mortalidade Infantil

A mortalidade dos menores de um ano constitui-se num importante sinalizador do cuidado em saúde e das condições socioeconômicas de uma localidade. Observa-se em anos mais recentes uma melhoria importante do coeficiente de mortalidade infantil (CMI) e seus componentes em todo o Brasil, resultado das mudanças demográficas, econômicas e sociais e de importantes intervenções do setor saúde. O Gráfico 2 mostra a evolução do CMI na RS Rio Claro e que este, após um período de aumento entre 1999 e 2002, vem acompanhando a tendência de queda ocorrida em todo o Estado de São Paulo (ESP). Em 2007 obteve-se um valor médio de 7,2/1.000 nascidos vivos, inferior ao do conjunto do DRS X (11,6) e Estado no mesmo ano (13,1) e do país em 2005 (21,2)²⁰.

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

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

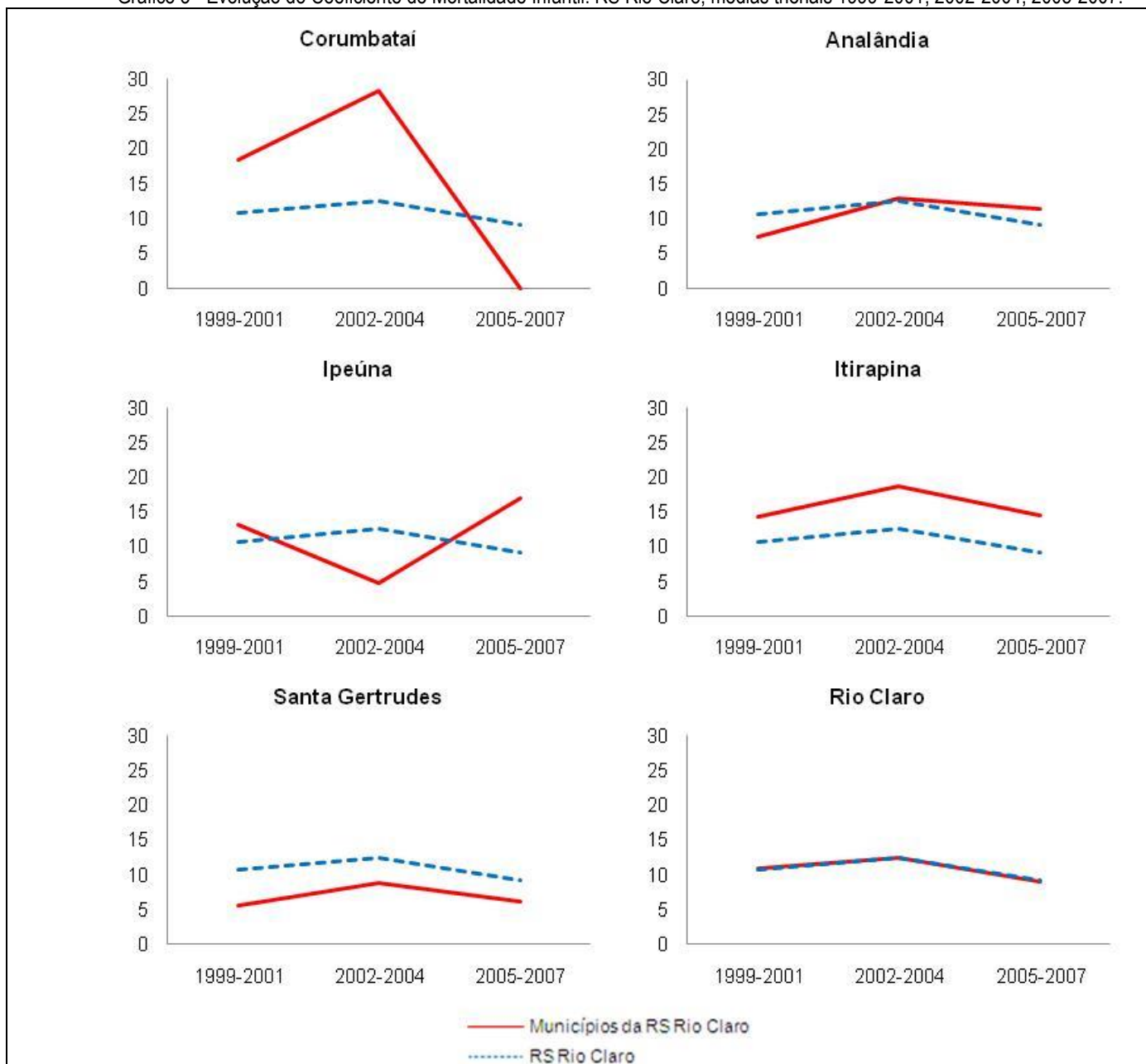


Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A redução do CMI também foi verificada nos seus componentes pós-neonatal e neonatal. Este último foi responsável por 76% das mortes no primeiro ano de vida em 2007 e reflete, em linhas gerais, a organização das ações relacionadas ao pré-natal, parto e cuidados do recém-nascido.

As diferenças da mortalidade infantil entre os municípios da RS podem ser observadas no Gráfico 3. É constatada queda em todos os municípios entre os triênios 2003-2004 e 2005-2007, com exceção de Ipeúna.

Gráfico 3 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Rio Claro, 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 Rio Claro. Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 60 para 21 em toda a região, o que representou uma redução de 65% no período; esta foi mais intensa no período pós-neonatal (77%) do que no neonatal (58%). 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 Rio Claro, o componente neonatal precoce (mortes até 7 dias de vida) respondeu por 62% 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 89% e 11% das mortes neonatais no triênio 2004-2006, respectivamente. Dentre as afecções perinatais, as principais causas de morte foram, nesta ordem: transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal (CID10 P20-P29); feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (CID10 P00-P04) e os transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08), correspondendo a 71% de todas as causas perinatais.

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2005-2007
Rio Claro	Neonatal	29	17	25	19	24	19	19	14	22	13	7,1
	Pós-neonatal	17	9	6	8	8	8	8	8	3	2	1,9
	Menores 1 ano	46	26	31	27	32	27	27	22	25	15	9,0
S Gertrudes	Neonatal	3	0	2	2	1	2	2	2	1	2	5,2
	Pós-neonatal	2	0	0	1	1	0	2	0	1	0	1,0
	Menores 1 ano	5	0	2	3	2	2	4	2	2	2	6,2
Itirapina	Neonatal	3	0	3	0	5	2	2	1	3	1	9,1
	Pós-neonatal	2	2	2	2	0	1	0	0	1	2	5,4
	Menores 1 ano	5	2	5	2	5	3	2	1	4	3	14,5
Ipeúna	Neonatal	2	2	0	0	0	0	0	2	0	0	8,5
	Pós-neonatal	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	8,5
	Menores 1 ano	2	3	0	0	1	0	0	2	1	1	17,1
Analândia	Neonatal	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	5,8
	Pós-neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5,8
	Menores 1 ano	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	11,6
Corumbataí	Neonatal	1	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0,0
	Pós-neonatal	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0,0
	Menores 1 ano	2	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0,0
RS Rio Claro	Neonatal	38	20	30	24	33	24	23	19	27	16	6,9
	Pós-neonatal	22	12	8	11	10	9	11	8	7	5	2,2
	Menores 1 ano	60	32	38	35	43	33	34	27	34	21	9,2

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Em relação à mortalidade pós-neonatal no triênio 2004-2006, o grupo das malformações congênitas e anomalias cromossômicas foi o de maior peso, com 23% das mortes, seguido pelas doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias e perinatais.

A redução da mortalidade infantil ainda é um importante desafio a ser enfrentado pelos gestores e gerentes dos serviços de saúde: 66% das mortes de menores de 1 ano na RS Rio Claro 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, 91% são causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e, ao recém-nascido.

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

Grupos de causas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reduzíveis por ações de imunoprevenção	-	2,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	87,8	67,4	62,5	84,8	78,3	90,3	85,2	79,2	89,5	91,3
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	4,9	14,0	16,7	9,1	13,0	6,5	11,1	12,5	5,3	4,3
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas às ações adequadas de atenção à saúde	7,3	16,3	20,8	6,1	8,7	3,2	3,7	8,3	5,3	4,3
Todas as causas evitáveis	69,5	71,7	75,0	86,8	63,9	72,1	81,8	70,6	70,4	65,7

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

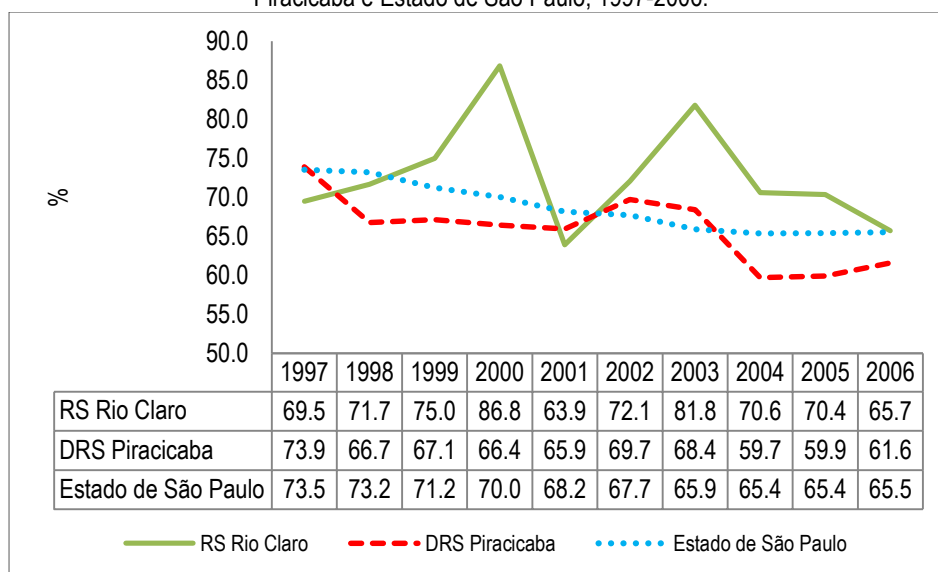
Entre 1997 e 2006, o peso da mortalidade por causas evitáveis nesse grupo etário apresentou declínio contínuo em todo o ESP, enquanto que na RS Rio Claro essa queda se dá com maior variabilidade, assim como ocorrido no conjunto de municípios que compõem o DRS X - Piracicaba (Gráfico 4).

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.

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&lng=pt

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

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

2.3. Mortalidade Materna

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

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

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

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

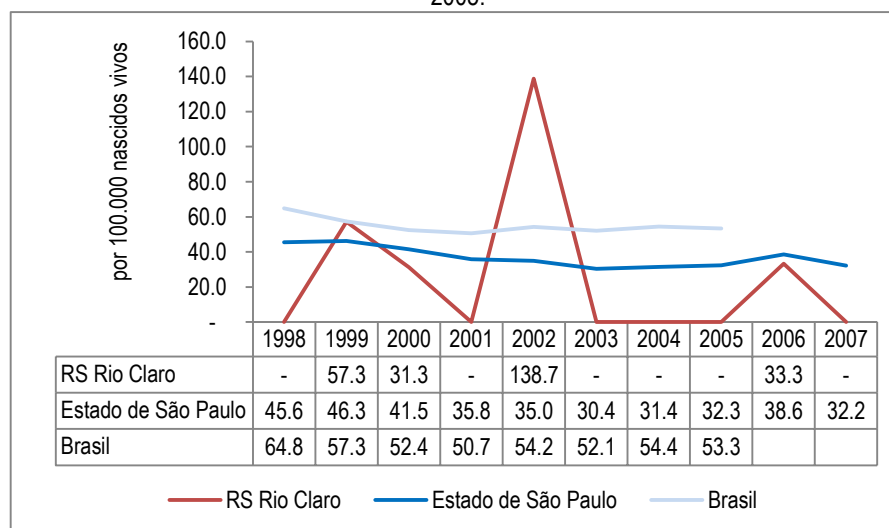
Tabela 6 - Óbitos por Complicação da Gravidez, Parto e Puerpério. RS Rio Claro, 1998-2007.

Municípios	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Rio Claro	0	1	1	0	3	0	0	0	1	0
S Gertrudes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itirapina	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Ipeúna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Analândia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Corumbataí	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RS Rio Claro	0	2	1	0	4	0	0	0	1	0

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

Gráfico 5 - Razão de Mortalidade Materna. RS Rio Claro 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.

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 crônicas²⁷”, 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.

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.

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.

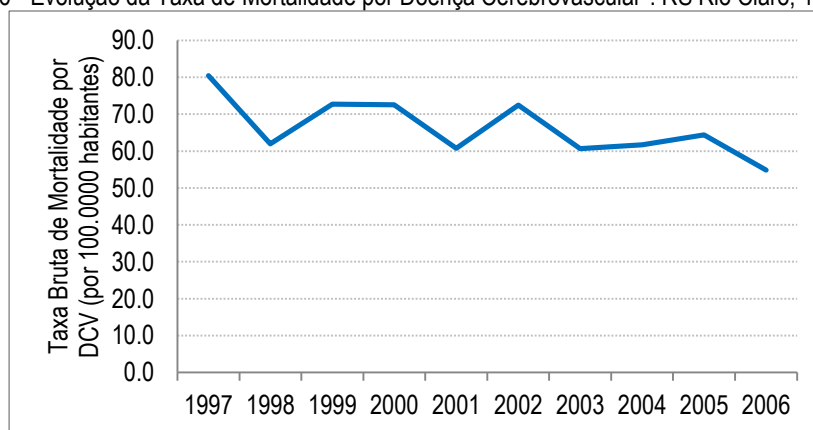
São destacados a seguir, indicadores de saúde para a doença cerebrovascular (DCV), diabetes mellitus, neoplasia do colo do útero, mama e próstata e acidentes e violências.

2.4.1. Doenças Cardiovasculares

Na RS Rio Claro, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 31% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as neoplasias, responderam por 48,5% do total dos óbitos, semelhante ao encontrado no ESP (49%).

A medida dos óbitos pelas doenças cerebrovasculares (DVC) 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 Rio Claro, mesmo considerando-se a flutuação dos valores da região nesse período (Gráfico 6). A Tabela 7 mostra o número de óbitos anual e a taxa média bruta do coeficiente no triênio 2004-2006 para cada um dos municípios que compõem a RS. As taxas de cada local não devem ser comparadas entre si, já que não foram padronizadas por idade e as diferenças encontradas podem estar relacionadas às diferentes estruturas etárias dos municípios²⁸.

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



* 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. *Epidemiologia*. SP: Atheneu, 2004.

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

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Rio Claro	135	107	125	132	111	135	111	115	132	109	64,8
S Gertrudes	11	5	8	8	10	11	12	10	7	6	41,1
Itirapina	6	4	11	6	3	5	3	8	6	9	53,0
Ipeúna	1	1	1	3	0	2	4	1	2	1	25,6
Analândia	2	1	2	0	4	1	2	3	1	0	33,4
Corumbataí	1	5	1	2	1	3	2	2	0	3	40,9
RS Rio Claro	156	123	148	151	129	157	134	139	148	128	60,3

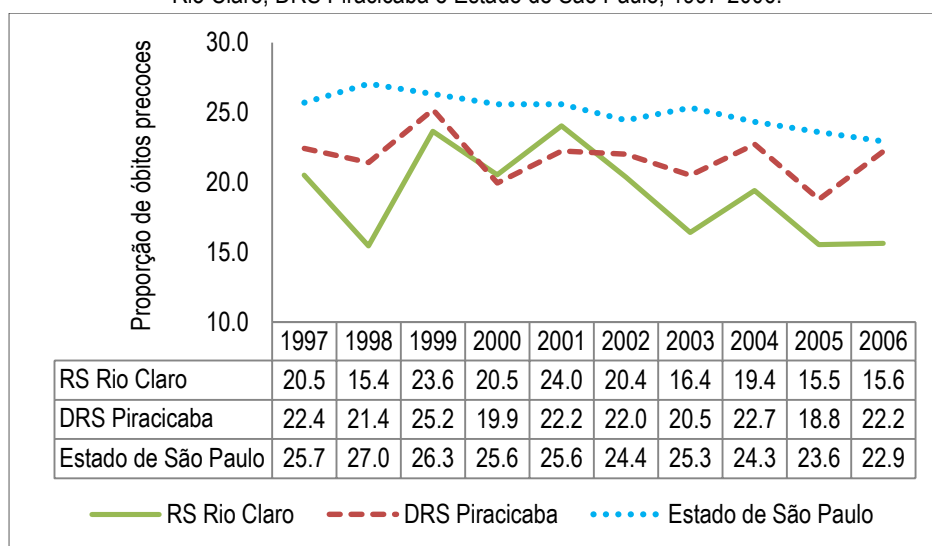
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

A ocorrência de HA e AVC na faixa etária produtiva, além do reflexo na qualidade de vida, têm um custo social elevado, como conseqüência do absenteísmo, queda da produtividade e retirada precoce da força de trabalho devido a seqüelas e morte de jovens e adultos. No Estado de São Paulo, constatou-se uma redução da proporção de óbitos precoces por DCV no período compreendido entre 1997 e 2006, tendência essa também observada na região que guarda correspondência com o DRS X - Piracicaba (Gráfico 7). Considerando o conjunto de municípios da RS Rio Claro, os valores apresentaram maior variação, com decréscimo a partir de 2001 e taxas menores do que aquelas do ESP.

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



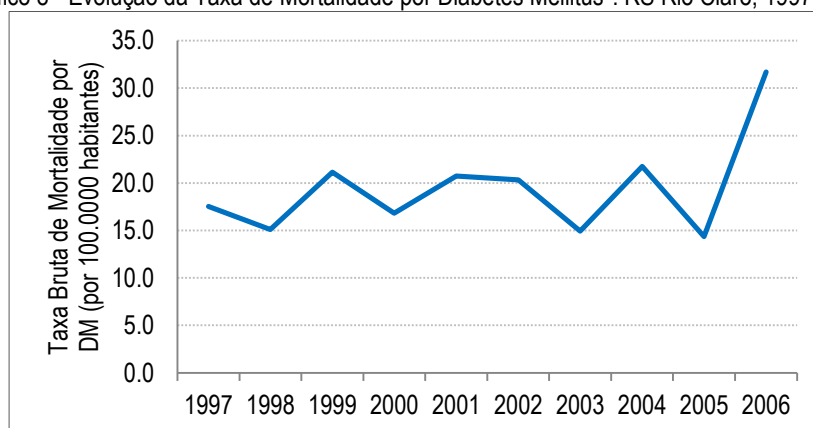
* Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

2.4.2. Diabetes Mellitus

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

A taxa de mortalidade por DM estima o risco de morte da população em geral por essa doença; expressa também as condições do cuidado em saúde. A tendência temporal esperada para esse indicador é de queda, relacionada à priorização de ações na atenção básica. O Gráfico 8 mostra que na RS Rio Claro as taxas apresentaram oscilações em todo o período analisado, mas com aumento importante em 2006 devido ao número de óbitos registrados no município de Rio Claro nesse ano, como observado na Tabela 8, tendência também verificada nos dados preliminares de 2007. Tal fato pode estar relacionado a melhoria do registro de óbitos, mas também indica potencialidade de redução com uma melhor gestão do cuidado do DM.

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

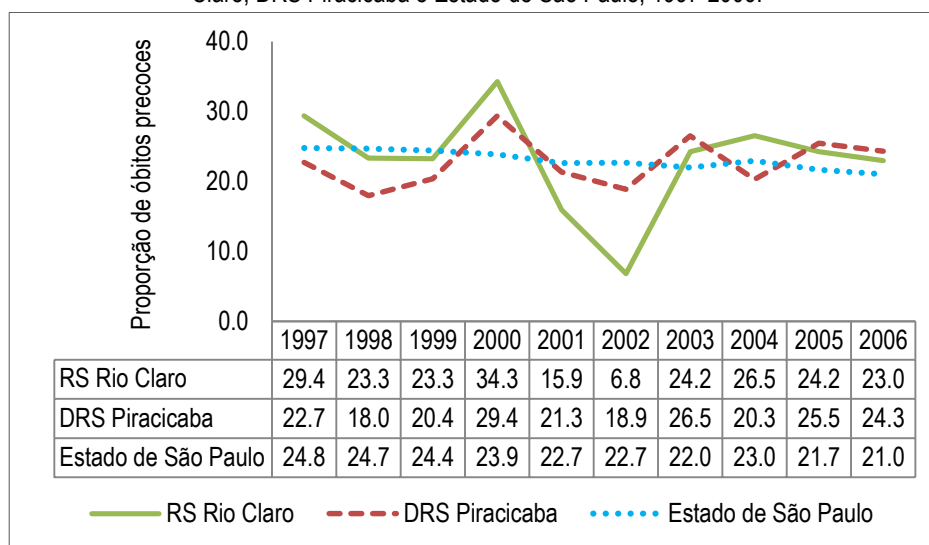
Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Rio Claro	30	26	36	30	36	42	28	45	29	61	24,6
S Gertrudes	1	2	3	3	5	1	0	1	2	5	14,3
Itirapina	2	2	3	0	2	0	3	3	1	5	20,7
Ipeúna	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	19,2
Analândia	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0,0
Corumbataí	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	8,2
RS Rio Claro	34	30	43	35	44	44	33	49	33	74	22,7

* 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 Rio Claro, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1997-2006.



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

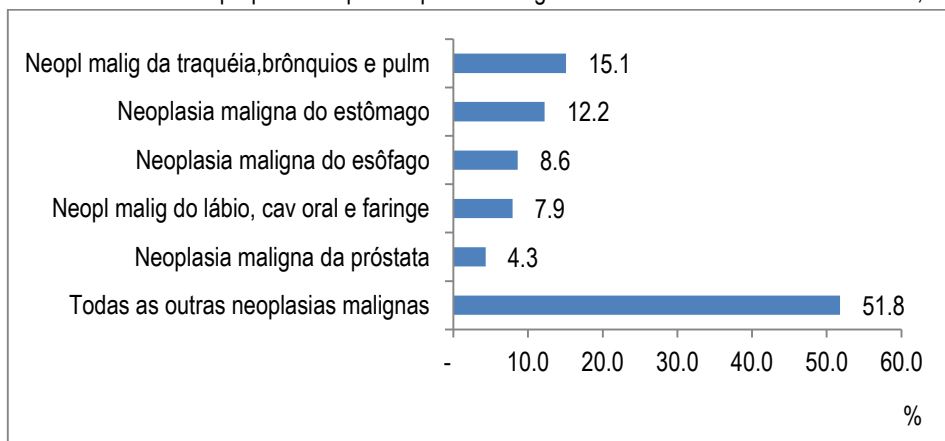
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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 17% das mortes na RS Rio Claro no triênio 2004-2006, com valores apenas pouco maiores para os homens (18%). No sexo masculino, o câncer de traquéia, brônquios e pulmões foi o mais frequente, sendo responsável por 15,1% dos óbitos em 2006 (Gráfico 10), seguido pelas neoplasias de estômago e esôfago. Entre as mulheres, a maior expressão foi da neoplasia de mama (14%), seguida pela localização em traquéia, brônquios e pulmões e cólon, reto e ânus (Gráfico 11). Ocorreram em toda a RS Rio Claro, em 2006, 6 mortes por câncer de próstata, 14 por câncer de mama e 5 de colo de útero.

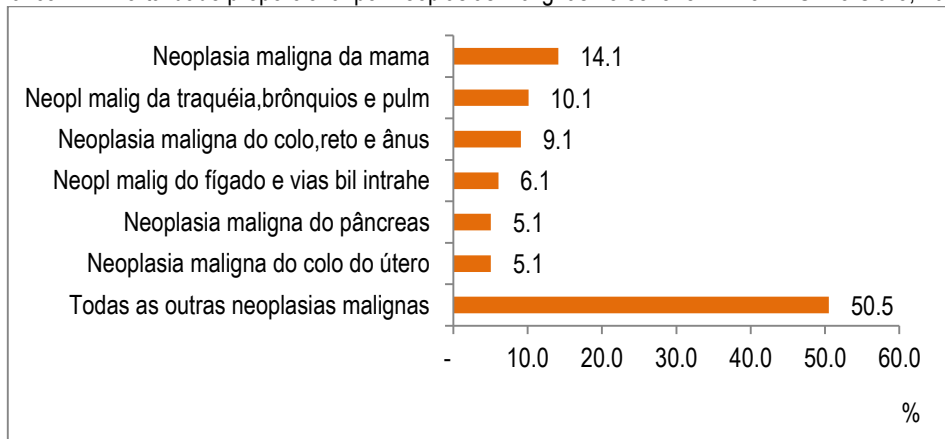
Gráfico 10 - Mortalidade proporcional por neoplasias malignas no sexo masculino*. RS Rio Claro, 2006.



* 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 Rio Claro, 2006.



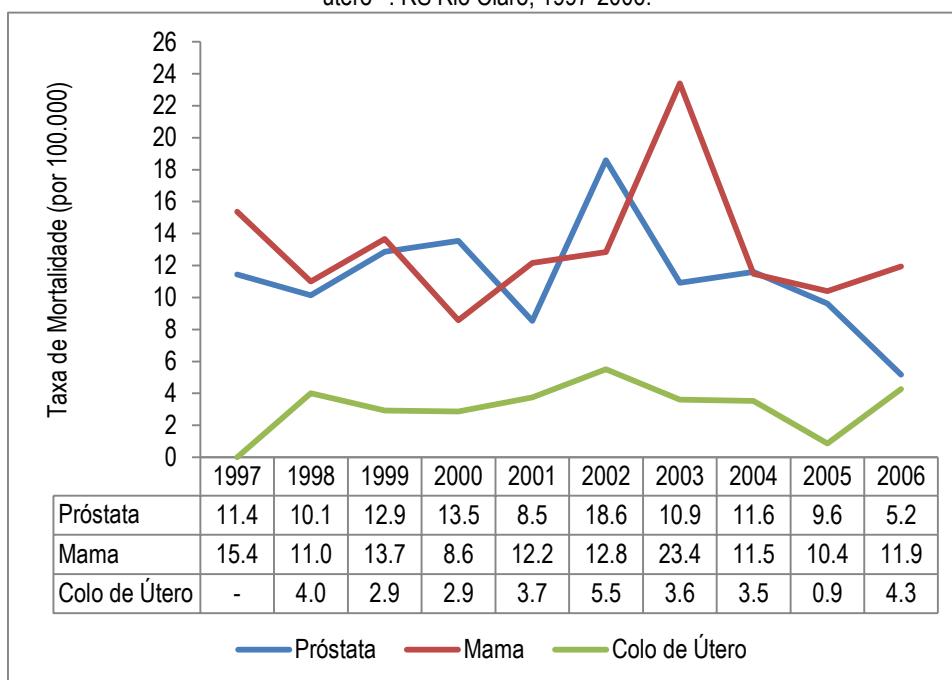
* Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No ESP tem-se observado tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas, verificada até 2004 na RS Rio Claro. Em 2006, as taxas da RS Rio Claro, DRS X e ESP foram respectivamente: 98,3, 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 apresentada no Gráfico 12. Observaram-se na região de saúde valores bastante oscilantes na série apresentada. Nas mulheres as taxas de mortalidade por câncer de mama foram sempre superiores às de colo de útero. Nos homens é possível observar uma redução da mortalidade por neoplasia de próstata desde 2002. As taxas médias de mortalidade por essas neoplasias no triênio 2004-2006 por município da RS podem ser observadas na Tabela 9.

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

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

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
Rio Claro	8,9	12,5	2,1	103,1
S Gertrudes	7,0	3,6	3,6	80,4
Itirapina	15,8	5,5	-	92,2
Ipeúna	-	-	26,4	115,1
Analândia	-	17,2	17,2	91,9
Corumbataí	-	17,0	-	57,3
RS Rio Claro	8,8	11,3	2,9	99,8

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

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

2.4.4. Acidentes e Violências

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

A participação relativa de cada um dos subgrupos das causas externas no perfil de mortalidade por esse grupo na RS Rio Claro e ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, o principal componente na região foram os acidentes de transporte (AT), com 43%, 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 Rio Claro e Estado de São Paulo, 2006.



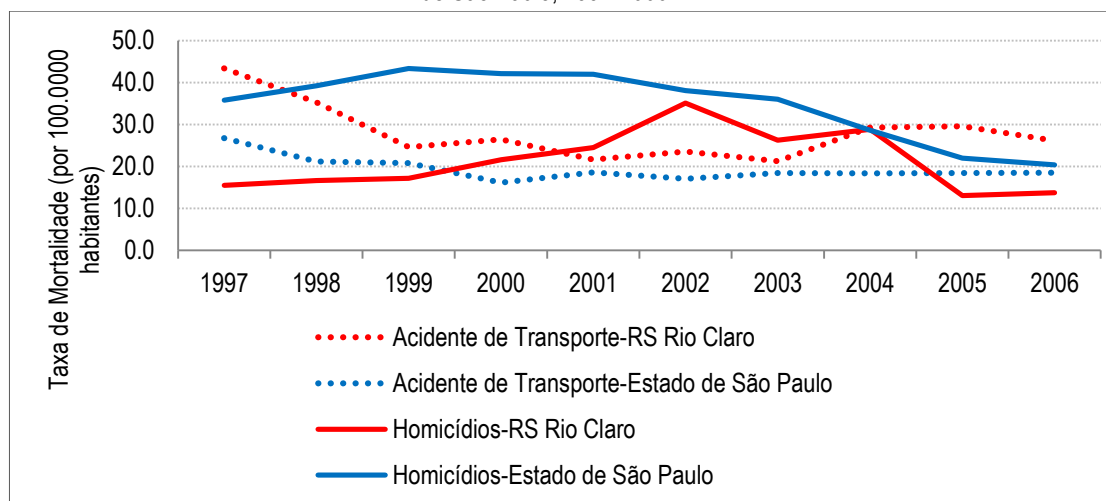
* Causa básica do óbito CID-10: V01-Y98

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O Gráfico 14 mostra que os riscos de morte por homicídios e acidentes de transporte na RS e no ESP apresentaram comportamentos diferentes no período analisado. Os homicídios no Estado de São Paulo declinaram de forma importante desde 2001, diferente do ocorrido com os acidentes de transporte. A região de saúde de Rio Claro manteve valores sempre inferiores aos do ESP em relação aos homicídios, mas com valores ascendentes até 2002, quando foi iniciado declínio da taxa.

Quanto aos acidentes de transporte, os valores da região foram sempre superiores aos encontrados no Estado.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte*. RS Rio Claro 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 AT foi mais elevado em todos os municípios.

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Rio Claro	Homicídios	27	28	35	40	46	72	57	60	23	27	20,0
	Ac. Transporte	70	53	43	40	33	41	38	51	49	49	27,1
S Gertrudes	Homicídios	1	2	0	1	2	2	0	2	1	3	10,7
	Ac. Transporte	5	8	1	9	4	2	5	6	10	6	39,3
Itirapina	Homicídios	2	2	0	3	4	1	0	2	4	1	16,1
	Ac. Transporte	6	7	2	2	6	5	3	4	6	2	27,6
Ipeúna	Homicídios	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	19,2
	Ac. Transporte	3	1	3	4	1	3	1	1	0	4	32,0
Analândia	Homicídios	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	8,4
	Ac. Transporte	0	0	0	0	2	0	0	4	0	0	33,4
Corumbataí	Homicídios	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	-
	Ac. Transporte	0	1	1	0	0	0	0	0	3	0	24,5
RS Rio Claro	Homicídios	30	33	35	45	52	76	58	65	30	32	18,4
	Ac. Transporte	84	70	50	55	46	51	47	66	68	61	28,3

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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

2.5. Doenças Transmissíveis

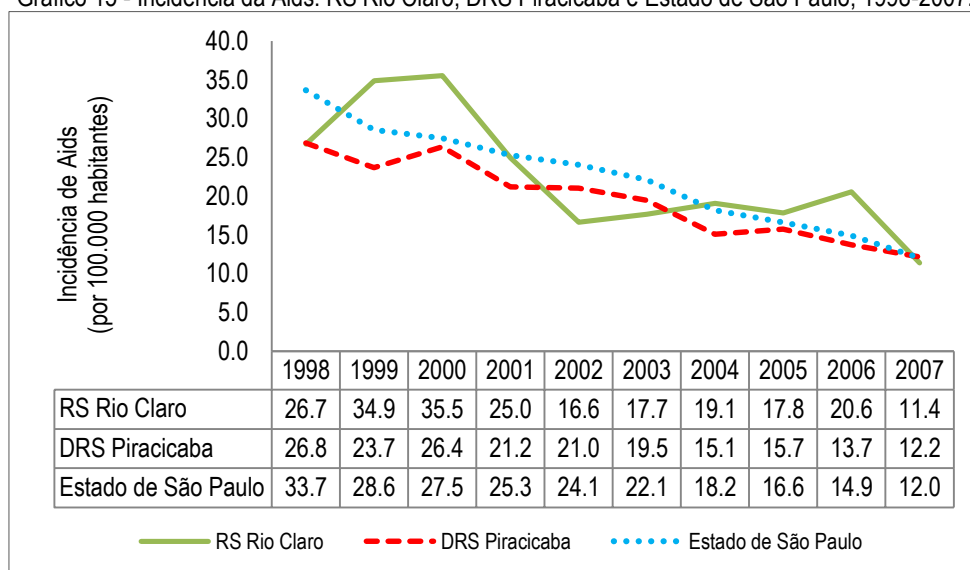
2.5.1 Aids

A Aids é considerada um grave problema de saúde pública, ainda que sua incidência e mortalidade tenham sofrido importante redução no país, e a política de distribuição de medicamentos anti-retrovirais 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. Na RS Rio Claro, também houve queda importante considerando todo o período, apesar do aumento verificado entre 2002 e 2006 (Gráfico 15).

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

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

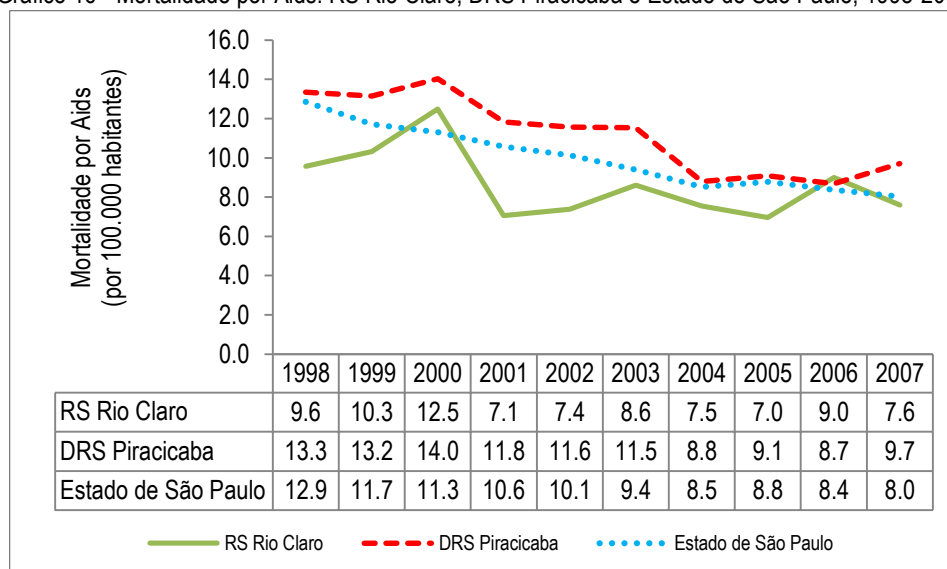


Obs.: Dados até 30/06/08, sujeitos à revisão.

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

Nesse mesmo período, os coeficientes brutos de mortalidade por Aids também apresentaram redução no ESP e DRS X, diferente do ocorrido na RS Rio Claro (Gráfico 16).

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



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

Entre os municípios da região de saúde, Rio Claro concentrou quase 90% dos casos de Aids em 2007, como seria de se esperar devido ao tamanho de sua população frente aos outros, e é um dos municípios prioritários para o controle da Aids no Estado. As maiores incidências nos municípios de menor porte populacional no triênio 2004-2007 devem ser

vistas com cautela (Tabela 11). Em Rio Claro e Itirapina existem unidades prisionais, cujos casos e morte por Aids de seus detentos estão incluídos nos dados dos municípios e da região.

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

Municípios	Casos										Incidência 2005-2007
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Rio Claro	49	66	61	51	30	31	39	38	40	24	18,3
S Gertrudes	0	0	3	1	2	2	1	0	1	1	3,5
Itirapina	3	4	10	1	4	6	3	3	4	1	18,2
Ipeúna	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Corumbataí	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	24,2
Analândia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	8,2
RS Rio Claro	53	71	74	53	36	39	43	41	48	27	16,6

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

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

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

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

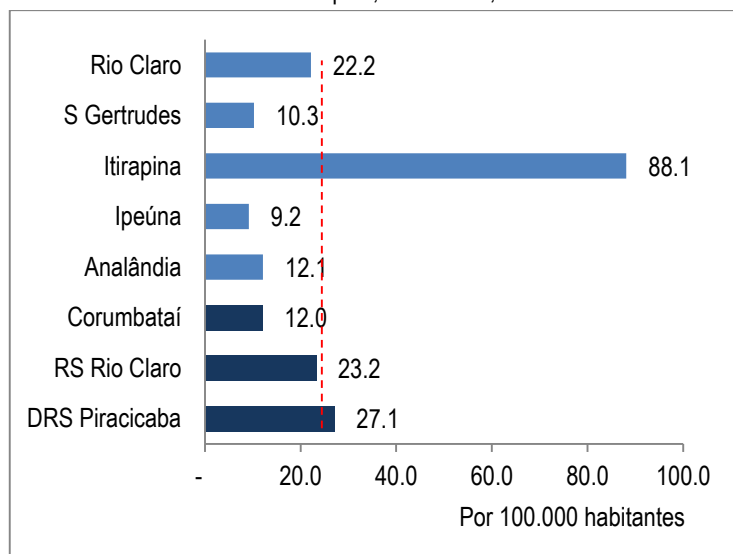
2.5.2 Tuberculose

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 2006 e 2007 na RS Rio Claro são apresentados no Gráfico 17 e Tabela 12 respectivamente, elaborados através de consulta aos dados do sistema TbWeb disponibilizados no site da Divisão de Controle da Tuberculose

da SES-SP. Rio Claro e Itirapina respondem por mais 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 Rio Claro 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.

Itirapina possui duas unidades prisionais com 2.676 detentos³⁰; a priorização do controle da tuberculose no sistema prisional estabelecido no Programa de Controle da Tuberculose do Estado de São Paulo, com incremento da busca ativa de casos entre outras ações, pode explicar o grande número de casos novos e a incidência observados no município. A análise dos casos de tuberculose entre detentos em todo o ESP vem mostrando um crescimento dos mesmos, o que tem sido atribuído à intensificação da descoberta³¹.

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

Municípios	2006	2007
Rio Claro	40	43
S Gertrudes	3	1
Itirapina	16	10
Ipeúna	1	0
Analândia	1	0
Corumbataí	0	1
RS Rio Claro	61	55

Obs.: Excluídos casos encerrados com mudança de diagnóstico.

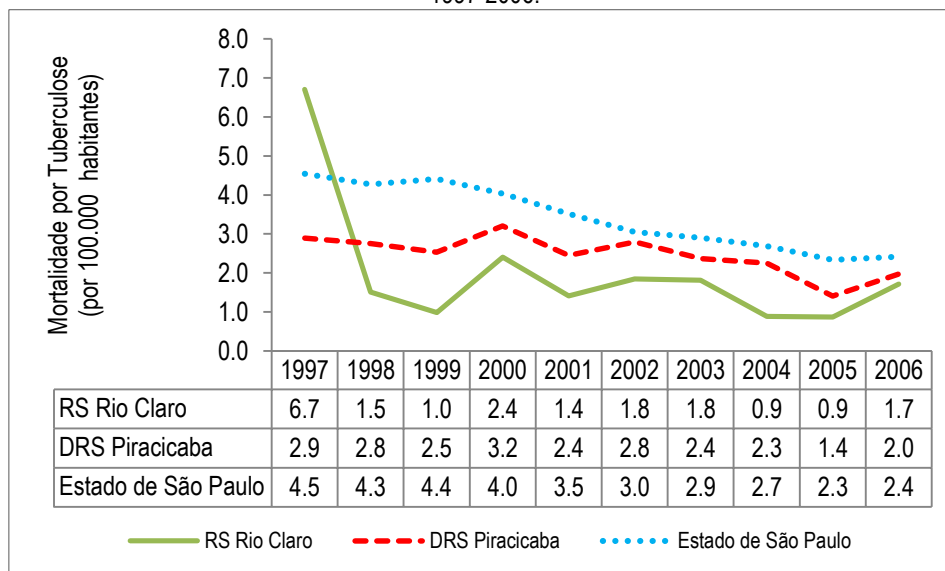
Fonte: SES-SP. CVE. Divisão de Controle da Tuberculose. TbWeb, junho/2009. Elaboração própria.

³⁰ Dados de agosto/2009 da Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, disponível em: <http://www.sap.sp.gov.br/common/unidades.html>

³¹São Paulo, Secretaria Estadual de Saúde *Tuberculose no Estado de São Paulo Indicadores de Morbimortalidade e Indicadores de Desempenho*. BEPA Suplemento 4 v. 3, 2006. Disponível em ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/BEPA_TBSUPLE4V3.pdf.

A tendência da mortalidade por tuberculose também é de declínio, apesar da maior variabilidade observada na RS Rio Claro (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 Rio Claro, DRS Piracicaba e Estado de São Paulo, 1997-2006.



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

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

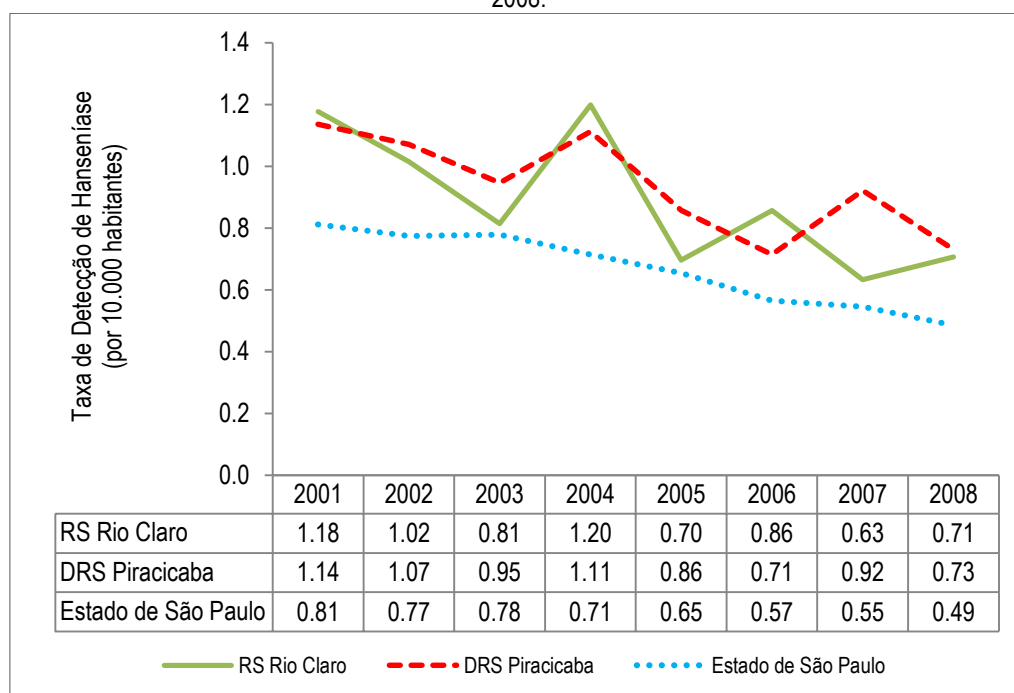
2.5.3. Hanseníase

Quanto à hanseníase, o ESP já atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS desde 2005³², 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 2001 a 2008. Apesar da redução verificada desde 2001, a RS Rio Claro, 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), sendo que os valores da região e do DRS foram sempre superiores aos do Estado. Essa realidade indica 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 necessário³³.

³² 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.

³³ 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 Rio Claro, 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 Rio Claro, 2001-2008.

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Rio Claro	21	16	14	20	13	15	9	14
S Gertrudes	2	3	2	3	0	5	5	3
Itirapina	1	1	2	1	1	0	0	0
Ipeúna	1	1	0	0	1	0	0	0
Analândia	0	1	0	0	0	0	0	0
Corumbataí	0	0	0	3	1	0	1	0
RS Rio Claro	25	22	18	27	16	20	15	17

* 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 à dengue, a Tabela 14 apresenta o número de casos notificados no SINAN entre os anos de 2001 e 2008 nos municípios da região de saúde, assim como os casos totalizados para a RS Rio Claro, 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. A região de saúde tem enfrentado epidemias

importantes, em particular nas cidades de Rio Claro, em 2002 e 2007, e Santa Gertrudes em 2007, com níveis de incidência altos (acima de 300/100.000 habitantes), e reflexo nos municípios vizinhos.

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Rio Claro	137	605	54	2	4	80	1.639	150
S Gertrudes	21	9	-	-	-	269	30	2
Itirapina	-	-	1	-	-	-	16	-
Ipeúna	3	2	-	-	-	-	5	-
Analândia	-	-	-	-	-	-	4	-
Corumbataí	-	-	-	-	-	-	2	-
RS Rio Claro	161	616	55	2	4	349	1.696	152
DRS Piracicaba	1.581	1.168	303	33	46	619	9.269	534
Estado de São Paulo	51.472	42.368	20.245	3.049	5.433	50.021	92.345	7.187

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

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

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 dois municípios não referem qualquer problema e dois municípios, Rio Claro e Santa Gertrudes, indicaram como preocupação o problema da dengue. Apenas dois municípios indicam como problema as condições crônicas de saúde, principalmente as relacionadas à saúde do idoso, hipertensão arterial e diabetes. Nesse sentido, esses gestores acabam expressando o principal reflexo, na área da saúde, das características populacionais dos municípios da região.

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

Municípios	Principais Problemas Apontados				
Rio Claro	Agitação dos agentes da dengue	Capacitação dos profissionais da rede básica	Reestruturação do CEAD e do CADI		
S Gertrudes	Ações de combate a dengue	Investimento nos programas de saúde do idoso e da mulher			
Itirapina	Câncer	Respiratórias	Diabetes	Hipertensão	Vasculares
Ipeúna	Não houve morte no município por endemia				
Analândia	Não temos problemas neste setor				
Corumbataí	Investimento em educação	Investimento em lazer	Investimento em trabalho		

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 Rio Claro, 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 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 RIO CLARO

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 Rio Claro.

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

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

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

3.1. Atenção Básica

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

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

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

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

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.”³⁴

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 Rio Claro.

³⁴ BRASIL. MS. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2006. p.10

3.1.1. Modelo de Organização na Atenção Básica

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

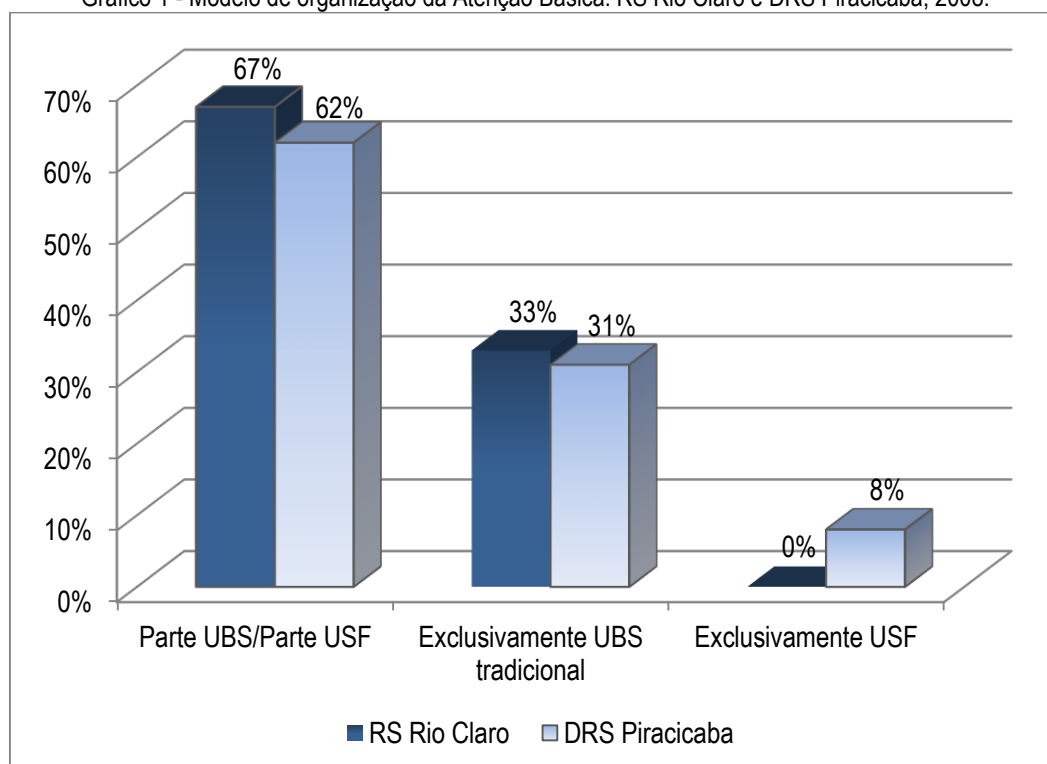
Tabela 1 - Modelo de organização na Atenção Básica, por município. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Exclusivamente UBS Trad.	USF	Parte UBS/USF
Analândia	x		
Corumbataí	x		
Ipeúna			x
Itirapina			x
Rio Claro			x
Santa Gertrudes			x

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

Comparando-se os dados dessa Região com aqueles da área de abrangência do DRS X – Piracicaba, verifica-se que o modelo híbrido está presente em 67% e 62% dos municípios, respectivamente; unidades básicas tradicionais, sem saúde da família em cerca de 30% em ambas as Regiões; já 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. RS Rio Claro e DRS 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 família³⁵, segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que três dos quatro municípios que adotam parcialmente esse modelo têm equipes clássicas de SF.

Apenas Santa Gertrudes refere ter equipe de saúde da família ampliada com outros profissionais e saúde bucal tipo I.

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

³⁵ 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 esse estudo apenas uma modalidade.

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

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura
Ipeúna	5.164	1	60,6%
Itirapina	13.889	1	23,1%
Rio Claro	185.421	11	19,9%
S Gertrudes	19.044	4	69,3%
RS Rio Claro	236.938	17	25,1%
DRS X - Piracicaba	1.389.553	114	28,7%

Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

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

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

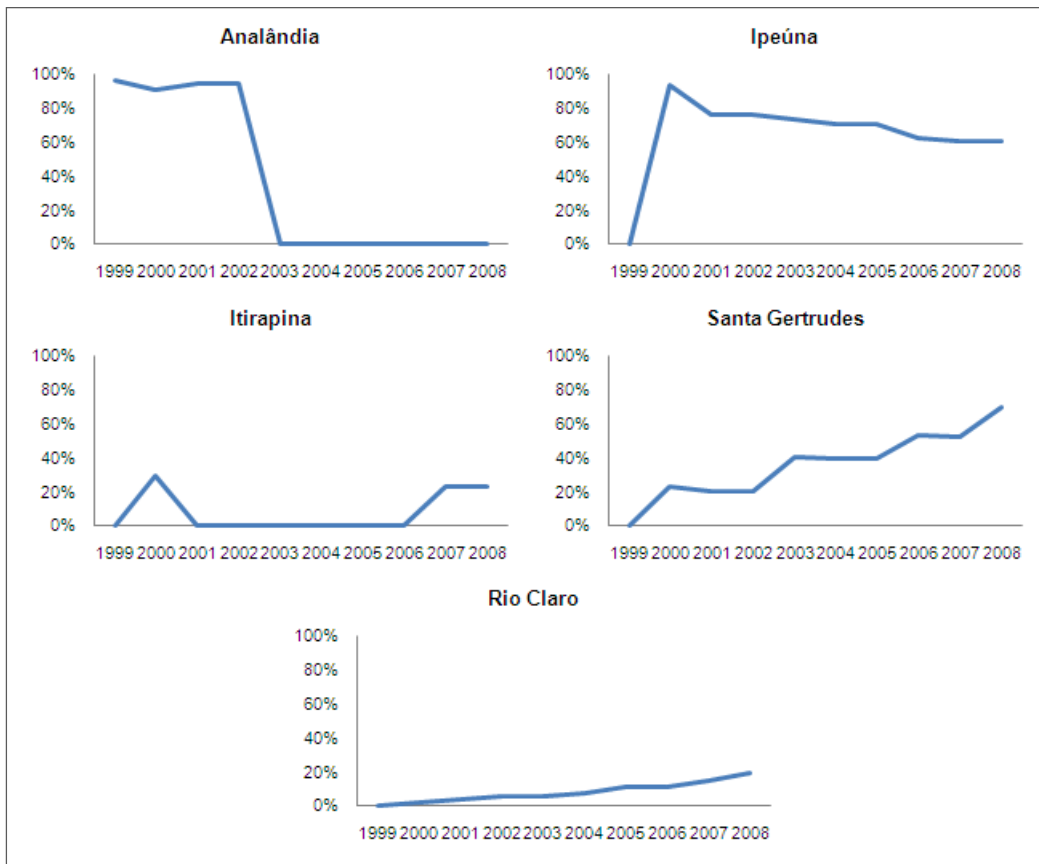
Nos municípios da Região que adotam a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode-se observar, no Gráfico 2, a evolução da estimativa de cobertura populacional por equipe de saúde da família ao longo de uma década.

Nota-se que a série de Analândia pode indicar a desistência dessa estratégia, já que até 2002 apresentava coberturas próximas a 100%.

Os municípios de Santa Gertrudes e Ipeúna apresentam cobertura populacional acima de 60%, mas com tendências opostas, sendo a de Santa Gertrudes crescente e a de Ipeúna decrescente, considerando-se toda a série histórica.

O município de Rio Claro também mostra tendência de crescimento da cobertura populacional, que chegou a 20% em 2008. Itirapina, tem cobertura de cerca de 25% desde 2007.

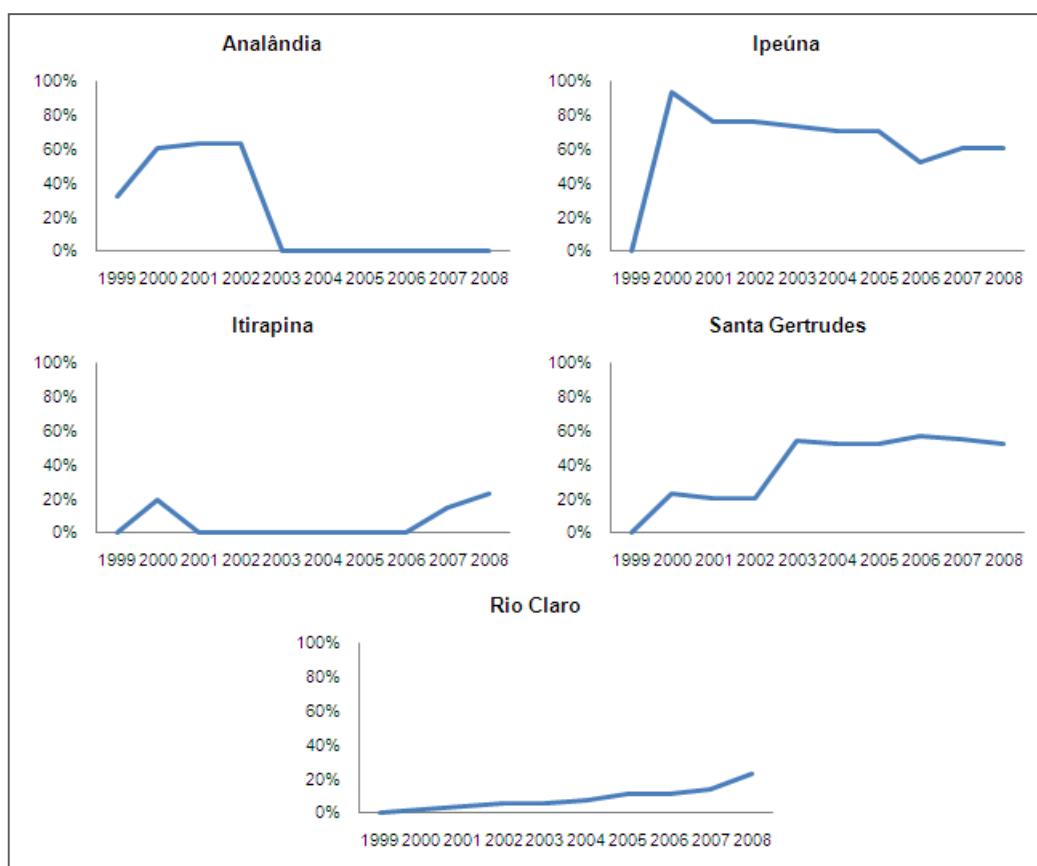
Gráfico 2 - Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família, por município. RS Rio Claro, 1999-2008.



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

Os dados apresentados no Gráfico 3 mostram que a tendência da cobertura populacional por agentes comunitários de saúde (ACS) é semelhante à das equipes de saúde da família, exceto no município de Santa Gertrudes, cuja cobertura tem se mantido próxima a 50% desde 2003.

Gráfico 3 - Estimativa de cobertura populacional por ACS, por município. RS Rio Claro, 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 Rio Claro, 2008.

Municípios	UBS
Analândia	1
Corumbataí	1
Ipeúna	1
Itirapina	4
Rio Claro	6
Santa Gertrudes	1

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

A Tabela 4 discrimina os municípios da RS Rio Claro 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 Rio Claro, 2008.

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
Analândia	x			
Corumbataí	x			
Ipeúna	x		x	
Itirapina	x			x
Rio Claro	x			x
S Gertrudes	x			x

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

Dos seis municípios da Região, todos afirmam que há suficiência de unidades básicas de saúde.

Dentre os quatro municípios que têm modelo híbrido (UBS/ESF) e, portanto, desenvolvem a estratégia saúde da família, três municípios consideram a necessidade de ampliação dessa estratégia: Itirapina, Rio Claro e Santa Gertrudes.

Cabe ressaltar que, no que se refere a projetos de expansão para a Atenção Básica, os seis municípios da Região, apontam para alguma necessidade de incremento. Corumbataí pretende a implantação da ESF e Rio Claro propõe a criação de um NASF. Já o município de Analândia aponta para ampliação de sua unidade básica.

Quanto à localização geográfica das unidades básicas, conforme mostra a Tabela 5, apenas um gestor aponta como problema a distribuição das unidades de saúde no respectivo território (Rio Claro). Para os outros cinco gestores, as unidades de Atenção Básica encontram-se bem localizadas.

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

Municípios	Bem distribuídas	Mal distribuídas
Analândia	x	
Corumbataí	x	
Ipeúna	x	
Itirapina	x	
Rio Claro		x
Santa Gertrudes	x	

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

No que tange aos recursos humanos, os gestores municipais indicaram os profissionais existentes/inexistentes na rede, bem como a suficiência/insuficiência das respectivas cargas horárias, conforme mostram as tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6 - Presença de profissionais nas unidades básicas, por município. RS Rio Claro, 2008.

Profissionais	Analândia	Corumbataí	Ipeúna	Itirapina	Rio Claro	S Gertrudes
Agente Comunitário de Saúde		x	x	x	x	x
Assistente Social	x	x	x		x	x
Atendente de Enfermagem	x				x	
Auxiliar de Consultório Dentário	x	x		x	x	x
Auxiliar de Enfermagem	x	x	x	x	x	x
Cirurgião-Dentista	x	x	x	x	x	x
Enfermeiro	x	x	x	x	x	x
Farmacêutico	x	x	x	x	x	x
Fisioterapeuta	x	x	x	x	x	x
Médico Acupunturista		x				
Médico Clínico	x	x	x	x	x	x
Médico de Saúde da Família			x	x	x	x
Médico Ginecologista	x	x	x	x	x	x
Médico Pediatra	x	x	x	x	x	x
Médico Psiquiatra					x	x
Nutricionista			x	x	x	x
Profissional de Educação Física	x					
Psicólogo		x	x	x	x	x
Técnico de Enfermagem	x	x	x	x	x	x
Técnico em Higiene Dental					x	
Terapeuta Ocupacional					x	x

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

Tabela 7 - Insuficiência de carga horária de profissionais nas unidades básicas, por município. RS Rio Claro, 2008.

Profissionais	Analândia	Corumbataí	Ipeúna	Itirapina	Rio Claro	S Gertrudes
Agente Comunitário de Saúde						
Assistente Social		x				x
Atendente de Enfermagem						
Auxiliar de Consultório Dentário						x
Auxiliar de Enfermagem						
Cirurgião-Dentista						x
Enfermeiro						
Médico Sanitarista						
Farmacêutico		x				
Fisioterapeuta					x	
Médico Acupunturista						
Médico Clínico		x				
Médico de Saúde da Família		x		x		
Médico Ginecologista						
Médico Homeopata						
Médico Pediatra		x			x	
Médico Psiquiatra						x
Nutricionista	x	x				x
Profissional de Educação Física		x				
Psicólogo					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 mostram que a equipe multiprofissional básica³⁶, formada por médico clínico ou médico de saúde da família, ginecologista, pediatra, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental, está presente em todos os municípios da Região; apenas Ipeúna não possui esse último.

Cabe citar que dos quatro municípios que adotam a Estratégia de Saúde da Família, apenas um considera as horas do médico de saúde da família insuficientes.

Em relação à equipe ampliada na Atenção Básica, há na Região primazia dos seguintes profissionais: fisioterapeutas e farmacêuticos em seis municípios; assistentes sociais e psicólogos em cinco; nutricionistas em quatro; terapeuta ocupacional em dois.

Observa-se, nessa Região, pouca presença de outros profissionais de nível superior que podem compor uma equipe ampliada na Atenção Básica.

³⁶ A esse respeito, ver Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS, capítulo I, item 3, inciso III.

3.1.3. Outros Aspectos da Atenção Básica

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

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

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Sup.
Analândia	3,21	4,79	2,43	0,03
Corumbataí	1,20	3,96	0,86	0,07
Ipeúna	2,07	4,24	0,70	0,001
Itirapina	2,31	2,77	1,15	0,46
Rio Claro	3,27	1,67	0,59	0,23
S Gertrudes	6,76	3,31	0,52	0,45

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

Obs.: Parâmetros de referência:

Enfermagem/Outros: 2,28 a 6,46

Médicas Básicas: 1,06 a 1,67

Odonto Básicas: 0,40 a 1,60

Outros Prof. Nível Sup.: 0,11 a 0,45

Em relação aos procedimentos de Atenção Básica por habitante, os dados secundários do DATASUS analisados sob os parâmetros da Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, MS, evidenciam que, em relação às ações de enfermagem, um município apresenta produção de procedimentos acima dos parâmetros; em três municípios a produção é adequada, e em dois municípios, em especial Corumbataí, a produção de procedimentos de enfermagem é insuficiente. Em relação às ações médicas, chama a atenção o fato de cinco municípios apresentarem-se com produção acima dos parâmetros; já para as ações odontológicas, a maioria dos municípios apresenta uma produção adequada aos parâmetros, estando apenas um município acima desse patamar. Quanto aos procedimentos realizados por outros profissionais de nível superior, observa-se que os três municípios de menor porte não apresentam produção adequada, possivelmente por não terem os profissionais na rede.

No que diz respeito à necessidade de consultas básicas conforme quantitativo populacional verifica-se, pelos dados da Tabela 9, que na RS Rio Claro há superávit de consultas em todos os municípios.

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

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/déficit	% Produção/necessidades
Analândia	4.160	6.552	19.784	13.232	302%
Corumbataí	4.184	6.590	16.508	9.918	251%
Ipeúna	5.538	8.722	23.360	14.638	268%
Itirapina	14.826	23.351	39.663	16.312	170%
Rio Claro	188.508	296.900	308.456	11.556	104%
S Gertrudes	19.722	31.062	64.677	33.615	208%
RS Rio Claro	236.938	373.177	472.448	99.271	127%

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

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

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

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
Analândia	14.203	5.581
Corumbataí	16.508	-
Ipeúna	23.360	-
Itirapina	39.663	-
Rio Claro	178.077	130.379
S Gertrudes	31.063	33.614
RS Rio Claro	302.874	169.574

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

Do total de 472.448 das consultas na Atenção Básica ofertadas na Região, observa-se que aproximadamente 64% referem-se a consultas programadas e 36% a de urgência.

Observa-se que no município de Santa Gertrudes o número de consultas de urgência na Atenção Básica é superior ao de consultas programadas, e em Rio Claro é pouco inferior às programadas.

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

social. A promoção de atividades físicas prevalece na maior parte dos municípios (cinco), seguida da promoção de práticas alimentares saudáveis e preservação do meio-ambiente, presentes em três deles. As ações voltadas à promoção da saúde sexual e reprodutiva, do controle de tabagismo e de cuidados com o envelhecimento estão presentes em dois municípios.

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

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
Analândia	x	x		x		x
Corumbataí					x	x
Ipeúna	x	x				
Itirapina	x	x	x	x	x	x
Rio Claro	x					
S Gertrudes	x		x			
Total	5	3	2	2	2	3

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

Segundo referência dos gestores, atividades de promoção à saúde ocorrem em todas as unidades de Atenção Básica em Rio Claro, Santa Gertrudes e Ipeúna; em Itirapina estão presentes em 75% das unidades. Nos outros municípios, a presença dessas atividades ocorre em poucas unidades. De qualquer modo, a existência de iniciativas dessa natureza em todos os municípios da RS Rio Claro merece citação, devendo tais atividades ser mantidas e/ou ampliadas com vistas à qualificação.

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

- Dificuldades no gerenciamento das unidades;
- Rotatividade de médicos;
- Falta de médicos para ESF;
- Número insuficiente de ESF;
- Falta de RH;
- Espaço físico inadequado;
- Frágil atuação da equipe;
- Pouca credibilidade do usuário.

Notam-se referências a dificuldades existentes na área de recursos humanos em relação à ausência, fixação e capacitação de profissionais e gerenciamento de unidades, além de algumas referências em relação à infraestrutura.

As iniciativas em andamento apontadas pelos gestores referem-se a aumento do salário dos profissionais, sobretudo de médicos, e ampliação e capacitação de profissionais para

ESF. Dois municípios (Itirapina e Ipeúna) apontam para a melhoria de aspectos da gestão, respectivamente, regulação e adesão a consórcio. Os municípios de Corumbataí e Itirapina investem na melhoria de infraestrutura, como construção das unidades e informatização e integração da rede. Outras iniciativas, ainda não implementadas, referem-se a desenvolvimento de planos de cargos e salários, informatização e integração da rede e expansão da ESF.

Conclusões Parciais

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

- Há predominância do modelo híbrido (unidades básicas tradicionais e unidades de saúde da família) na maior parte dos municípios que compõem a Região;
- A cobertura populacional de Saúde da Família na Região é muito próxima a do Estado de São Paulo, que é de 25% (MS/DAB, 2008);
- A maior parte dos gestores municipais considera o número de unidades básicas 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 consultas básicas apresenta-se superavitária em todos os municípios;
- Todos os municípios desenvolvem atividades de promoção à saúde;

Os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores na Atenção Básica dos municípios da RS Rio Claro visando à sua qualificação, estão relacionados: 1) à fixação de médicos; 2) à ampliação de profissionais; 3) à capacitação dos profissionais para atuar em equipe; 4) ao gerenciamento das unidades básicas e 5) à melhorias na infraestrutura.

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

3.2. Ações de Saúde Pública

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

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

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

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

3.2.1. Aspectos Relacionados à Organização das Ações de Saúde Pública

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

Tabela 12 – Existência de setor ou profissional responsável, por município. RS Rio Claro, 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.
Analândia	x		x			x	x			
Corumbataí	x		x			x	x		x	
Ipeúna		x	x							x
Itirapina	x		x		x					
Rio Claro	x		x		x			x	x	
S Gertrudes	x		x			x		x	x	

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

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

Entretanto, o mesmo não se observa para o controle de zoonoses e saúde ambiental, com setores em apenas dois municípios e saúde do trabalhador em três. Ipeúna não tem nenhuma estrutura em zoonoses e ambiental, Itirapina em ambiental e saúde do trabalhador e Analândia nessa última área.

O estudo também avaliou a existência de Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e, nessa Região, apenas dois municípios informaram ter esse serviço; entre os demais, dois informaram utilizar do CCZ de Rio Claro quando necessitam e o restante informou não possuir 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 Rio Claro 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

Região contam principalmente com a presença de enfermeiro e auxiliar de enfermagem, e há pouca referência à insuficiência de técnicos para o desenvolvimento das atividades, reforçando a existência de uma estruturação do trabalho nessa área. O município de Rio Claro não informou seu quadro de técnicos da vigilância epidemiológica.

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

Municípios	Médico	Insuficiência	Enfermeiro	Insuficiência	Téc.Enf.	Insuficiência	Aux. Enf	Insuficiência
Analândia	x		x		x		x	
Corumbataí			x				x	
Ipeúna			x				x	
Itirapina	x		x		x		x	
Rio Claro								
S Gertrudes			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, 50% dos municípios da Região realizam plenamente as ações dessa área, enquanto outros 50% referem desenvolver parcialmente tais ações, como se observa na Tabela 14.

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

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
Analândia		x
Corumbataí	x	
Ipeúna		x
Itirapina	x	
Rio Claro	x	
S Gertrudes		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, tanto básicas, como cadastramento de estabelecimentos objetos de interesse da saúde pública, quanto as de maior complexidade, como autorização especial e Pró-Água³⁷.

³⁷ Programa proposto pelo Estado de São Paulo, a ser desenvolvido em parceria com os municípios, objetiva o controle da qualidade da água de abastecimento público para consumo.

Com relação aos profissionais, por categoria, que compõem as equipes de VS, verifica-se a presença do engenheiro em cinco municípios, seguindo do enfermeiro, farmacêutico e médico veterinário em metade deles (Tabela 15); entre os profissionais de nível médio, o fiscal de saúde pública integra a equipe de VS em quatro municípios (Tabela 16).

Chama atenção, à semelhança do que ocorre com a VE, a pouca referência à insuficiência de carga horária de técnicos para o desenvolvimento das atividades dessa área, conforme se pode observar nas tabelas a seguir apresentadas. Porém, Itirapina relata insuficiência em todas as categorias de nível superior que compõem a equipe.

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

Municípios	Biólogo	Insuf.	Enferm.	Insuf.	Engenh.	Insuf.	Farmac.	Insuf.	Médico	Insuf.	Méd. Vet.	Insuf.	Tecnólogo	Insuf.
Analândia					x						x	x		
Corumbataí					x		x				x			
Ipeúna			x		x				x					
Itirapina			x	x	x	x	x	x	x	x				
Rio Claro	x		x	x			x				x		x	
S Gertrudes					x									

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

Diferente da VE, os municípios trabalham pouco com técnicos e auxiliares de enfermagem na área de vigilância sanitária (Tabela 16).

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

Municípios	Técnico Enfermagem	Insuficiência	Auxiliar Enfermagem	Insuficiência	Fiscal Saúde Pública	Insuficiência
Analândia					x	
Corumbataí			x			
Ipeúna						
Itirapina					x	
Rio Claro					x	
S Gertrudes					x	

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

3.2.4. Controle de Zoonoses

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

Observa-se que todos os municípios da RS Rio Claro, referiram desenvolver quase 100% das atividades integrantes do processo de controle desse tipo de zoonose.

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

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
Analândia	x	x	x	x	x	x
Corumbataí	x	x	x	x	x	x
Ipeúna	x	x	x	x		x
Itirapina	x	x	x	x	x	x
Rio Claro	x	x	x	x	x	x
S Gertrudes	x	x	x	x	x	x

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

BA – Busca Ativa (de casos suspeitos da doença)

PCMT – Plano de Controle do Mosquito Transmissor

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

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

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

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

Em relação às 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 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 cutâneo-mucosa e visceral – são desempenhadas por grande parte dos municípios (mais de 60% e 100%, respectivamente). A posse responsável de animais domésticos é trabalhada em 100% dos municípios.

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

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos	Roedores	AE Lepto	C. Leish
Analândia	x	x				x	x	x		x
Corumbataí	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ipeúna	x	x	x			x				x
Itirapina	x	x	x	x		x	x	x	x	x
Rio Claro	x	x	x			x	x	x	x	x
S Gertrudes	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

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

VAR - Vacinação anti-rábica animal

OAA - Observação do animal agressor

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

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

AEPR - Ações educativas em posse responsável de animais domésticos

AE Lepto - Ações educativas em leptospirose

C. Leish - Controle da Leishmaniose

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

3.2.5. Vigilância Ambiental

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

Quatro municípios referiram possuir aterro sanitário; o restante deposita seus resíduos em outras Regiões de Saúde. Coleta seletiva é realizada em três municípios e a coleta de resíduos de serviços de saúde é atividade realizada em quatro.

Em relação ao controle de áreas contaminadas e degradadas e de poluição ambiental, respectivamente três e quatro municípios referiram desenvolver essas atividades. Iniciativas de educação ambiental são realizadas em cinco dos seis municípios da RS.

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

Municípios	Aterro Sanitário	Coleta Seletiva	Coleta de Resíduos Sanitários	Controle de Áreas Contaminadas e Degradadas	Controle de Poluição Ambiental	Educação Ambiental
Analândia					x	x
Corumbataí	x	x	x	x	x	x
Ipeúna						
Itirapina	x		x	x	x	x
Rio Claro	x	x	x			x
S Gertrudes	x	x	x	x	x	x

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

3.2.6. Vigilância da Saúde do Trabalhador

As atividades e serviços voltados à saúde de trabalhador existentes na Região são apresentados na Tabela 20. Serviço de saúde específico foi informado por dois gestores. Chama a atenção o fato de que 50% dos municípios informam realizar a vigilância de acidente de trabalho e pouca referência foi feita às demais ações.

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

Municípios	Serviço de saúde específico*	Vigilância do acidente de trabalho	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao benzeno	Vigilância de riscos decorrentes de exposição ao amianto	Vigilância de riscos decorrentes de exposição a agrotóxico	Vigilância de riscos relacionados ao cultivo da cana-de-açúcar
Analândia						x
Corumbataí		x				
Ipeúna						
Itirapina		x			x	
Rio Claro	x					
S Gertrudes	x	x				

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

* Serviço de saúde específico para os trabalhadores.

3.2.7. Avanços e Desafios Apontados pelos Gestores Municipais

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

Foram apontados como avanços o “baixo número de casos de dengue no município”; mortalidade infantil e materna “zero”; o incentivo para o tratamento da tuberculose; a implantação do comitê de morte materna e infantil e programa “bebê de risco”; educação em saúde; os pactos “pela Saúde e pela Vida”; trabalho em equipe, entre outros.

Quanto às dificuldades, cinco municípios abordaram problemas relacionados a recursos humanos, particularmente a insuficiência de profissionais; inadequação de área física também foi citada com maior frequência.

Conclusões Parciais

A análise realizada da Saúde Pública nos municípios da RS Rio Claro permite considerar 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.

3.3. Atenção Especializada

Para o diagnóstico dos Pontos de Atenção Especializada da RS 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 à concentração em unidades específicas (policlínicas, centros de referência, ambulatórios hospitalares, etc.) e, considerando ainda os sistemas de informação do SUS de suporte, optou-se por analisar os dados com foco nas especialidades e não em unidades físicas.

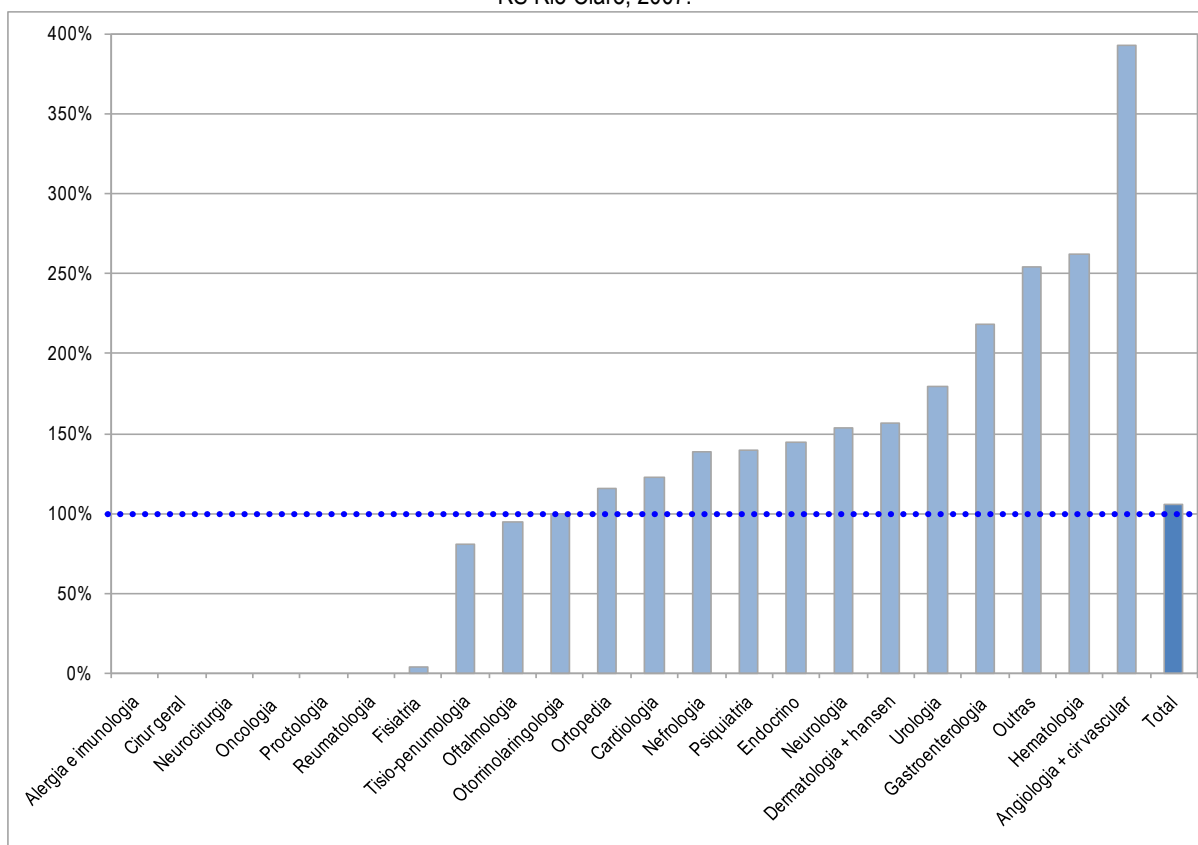
Nesse sentido, ao confrontar dados sobre as necessidades de consultas, para 70% da população da RS Rio Claro e a produção apresentada ao SUS em 2007, constata-se que, das 22 especialidades avaliadas (Gráfico 4 e Tabela 21), cerca de 44% possuem produção abaixo das necessidades da Região e 56% apresentam uma produção acima dessas necessidades.

No total, a produção de consultas especializadas da Região responde por mais de 100% das necessidades.

Chama a atenção a ausência de consultas nas áreas de Alergia e Imunologia, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Oncologia, Proctologia e Reumatologia, o que deve ser melhor investigado junto ao CGR de Rio Claro.

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

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



Fonte: MS/DATASUS, 2007. Elaboração própria.

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

Municípios	Alergia e imunologia	Cirurgia geral	Neurocirurgia	Oncologia	Proctologia	Reumatologia	Fisiatria	Tisiopneumologia	Oftalmologia	Otorrinolaringologia	Ortopedia
Necessidade											
Analândia	15	167	7	22	15	29	87	73	204	109	211
Corumbataí	15	168	7	22	15	29	88	73	205	110	212
Ipeúna	19	223	10	29	19	39	116	97	271	145	281
Itirapina	52	597	26	78	52	104	311	259	726	389	752
Rio Claro	660	7.587	330	990	660	1.320	3.959	3.299	9.237	4.948	9.567
Santa Gertrudes	69	794	35	104	69	138	414	345	966	518	1.001
Subtotal	829	9.537	415	1.244	829	1.659	4.976	4.146	11.610	6.220	12.025
Produção											
Analândia											
Corumbataí										89	40
Ipeúna											
Itirapina									441	484	1.236
Rio Claro							179	2.474	9.644	4.544	10.184
Santa Gertrudes								882	938	1.078	2.431
Subtotal							179	3.356	11.023	6.195	13.891
Prod / Necess	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,60%	80,94%	94,94%	99,60%	115,52%

Tabela 21 – (Continuação)

Municípios	Cardiologia	Nefrologia	Psiquiatria	Endócrino	Neurologia	Dermatologia + Hansen	Urologia	Gastroenterologia	Outras	Hematologia	Angiologia + cir. vascular	Total
Necessidade												
Analândia	146	7	160	29	87	80	66	51	36	7	15	1.623
Corumbataí	146	7	161	29	88	81	66	51	37	7	15	1.633
Ipeúna	194	10	213	39	116	107	87	68	48	10	19	2.161
Itirapina	519	26	571	104	311	285	234	182	130	26	52	5.786
Rio Claro	6.598	330	7.258	1.320	3.959	3.629	2.969	2.309	1.649	330	660	73.565
Santa Gertrudes	690	35	759	138	414	380	311	242	173	35	69	7.697
Subtotal	8.293	415	9.122	1.659	4.976	4.561	3.732	2.902	2.073	415	829	92.465
Produção												
Analândia	141											141
Corumbataí	52					201						382
Ipeúna	183				348	101	734	553				1.919
Itirapina	1.483				400						169	4.213
Rio Claro	6.443	576	11.977	1.572	6.374	4.989	5.328	4.887	5.278	1.086	2.725	78.260
Santa Gertrudes	1.876		800	834	524	1.855	631	908			364	13.121
Subtotal	10.178	576	12.777	2.406	7.646	7.146	6.693	6.348	5.278	1.086	3.258	98.036
Prod / Necess	122,73%	138,92%	140,07%	145,07%	153,67%	156,67%	179,35%	218,71%	254,58%	261,91%	392,87%	106,02%

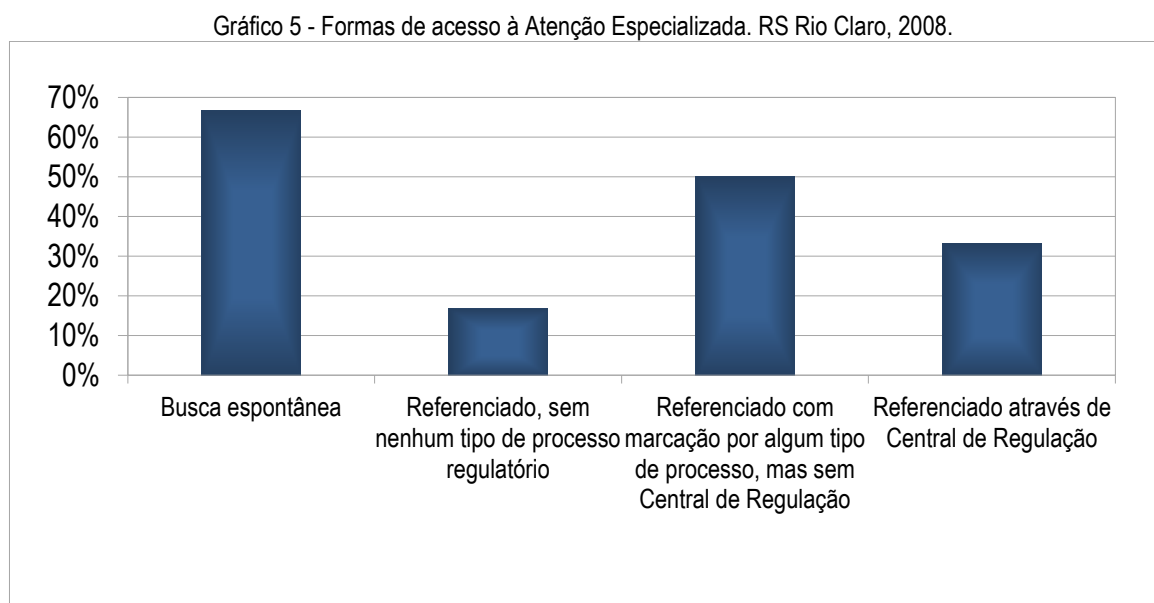
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Observação: utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; considerada 70% da população como SUS dependente.

Ao analisarmos todas as especialidades, ressaltam superproduções que devem ser melhor avaliadas, considerando as trocas inter-regionais. Entretanto, as especialidades de Neurologia, Dermatologia/Hanseníase, Urologia, Gastroenterologia, Hematologia, Angiologia/Cirurgia Vasculare 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 33% (2) dos municípios oferecem consultas especializadas para outros municípios e que mais de 66% (4) dos municípios da Região buscam outros municípios para prover suas demandas.

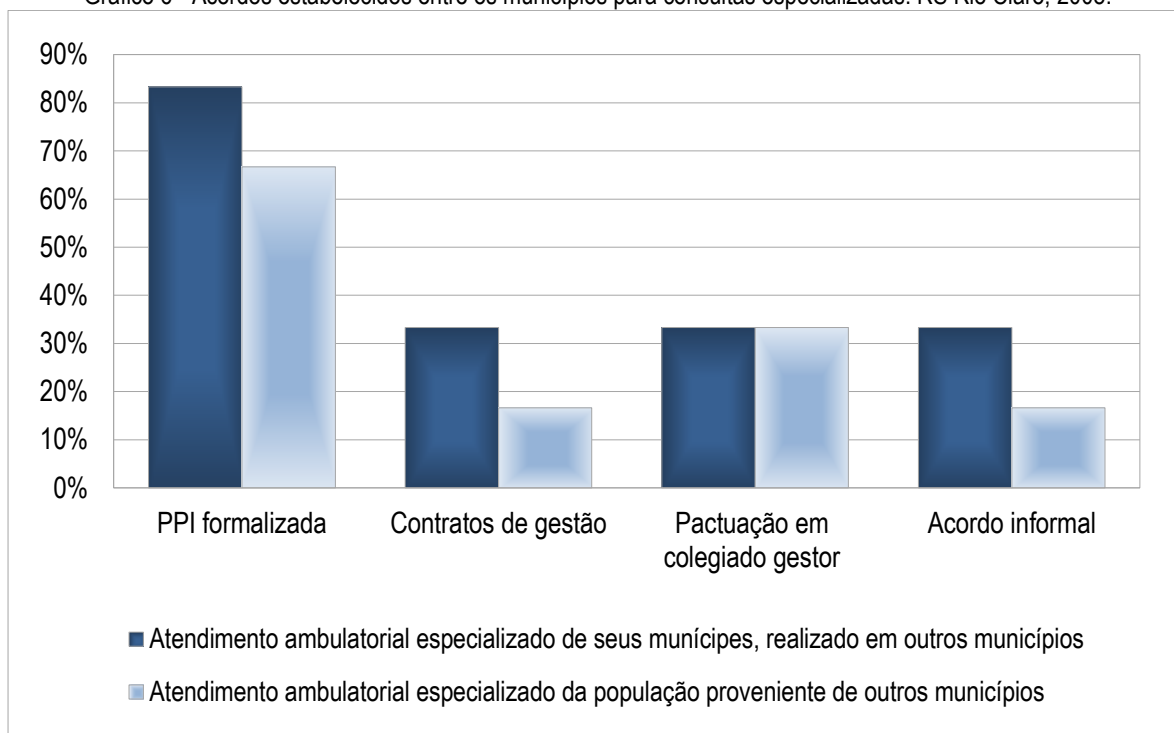
Quanto ao acesso à Atenção Especializada Ambulatorial na região, mais de 65% dos municípios indicam que a demanda por esse serviço ocorre de forma espontânea; 50% referem algum tipo de processo regulatório. Menos de 35% dos municípios referem a utilização de uma Central de Regulação do acesso. (Gráfico 5).



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

Apesar disso, a maioria dos municípios indica que observa a PPI formalizada como a principal forma para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da Região. Menos de 35% referem a pactuação em colegiado gestor, o contrato de gestão e o acordo informal como outras formas de pactuação para atendimento dessa demanda. Mais de 66% dos municípios também indicam que cumprem os acordos na maioria dos procedimentos pactuados (Gráfico 6).

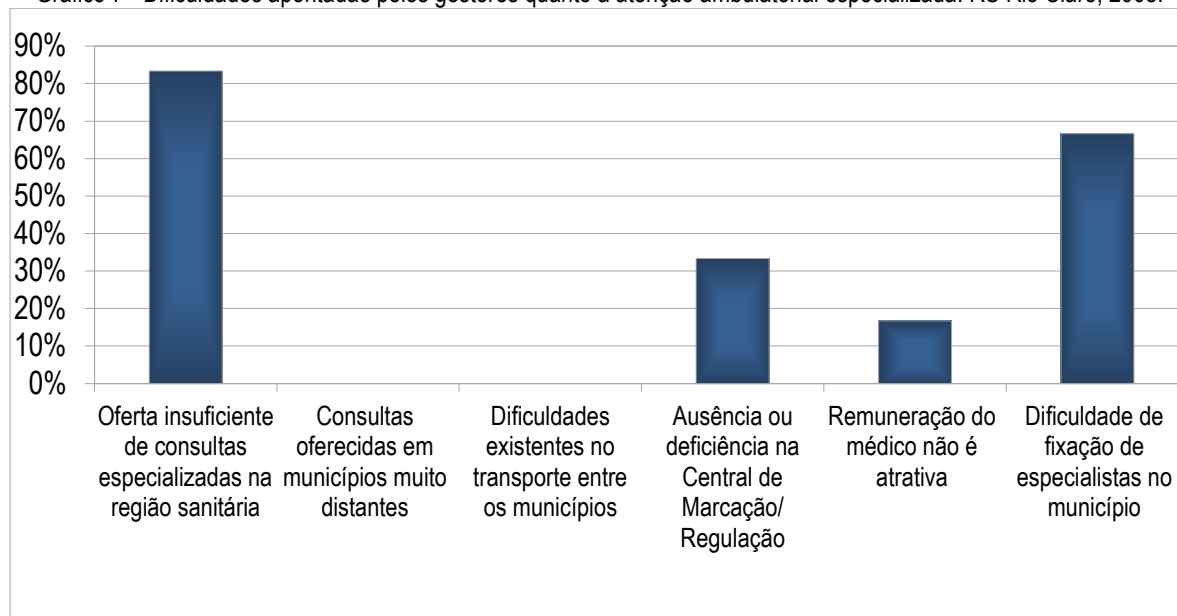
Gráfico 6 - Acordos estabelecidos entre os municípios para consultas especializadas. RS Rio Claro, 2008.



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

Quanto às dificuldades apontadas na Atenção Ambulatorial Especializada na Região, mais de 80% dos municípios referem a oferta insuficiente de consultas, 65% indicam dificuldades de fixação de especialistas, menos de 35% indicam deficiências na Central de Marcação/Regulação do acesso e 15% opinam que a remuneração do médico não é atrativa na Região (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Dificuldades apontadas pelos gestores quanto à atenção ambulatorial especializada. RS Rio Claro, 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 Corumbataí refere-se à inauguração do AME e ao Programa Pró Santa Casa como iniciativas que podem trazer novas soluções para o atendimento ambulatorial especializado.

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

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

3.3.2. Atenção Hospitalar - Internação

A análise da capacidade instalada de leitos hospitalares na RS-RC indica que apenas 61% dos leitos existentes estão integrados ao SUS. Além disso, a região possui 5% de leitos públicos, 68% de leitos filantrópicos e 27% de leitos privados, dos quais 84%, 83% e 0%, respectivamente, são contratados/conveniados pelo SUS (Tabela 22). Pelos dados é possível inferir, ainda, a presença de hospital de pequeno porte, com menos de 100 leitos, em um dos municípios, que sabidamente possui problema de sustentabilidade, por não respeitar os princípios de economia de escala, o que leva a déficits constantes.

Tabela 22 - Leitos Hospitalares Existentes. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Leitos Existentes				Leitos SUS				Percentual SUS			
	Público	Filantró-pico	Pri-vado	Total	Público	Filantró-pico	Pri-vado	Total	Público	Filantró-pico	Pri-vado	Total
Analândia												
Corumbataí												
Ipeúna												
Itirapina	25			25	21			21	84,0%			84,0%
Rio Claro		352	137	489		293		293		83,2%	0,0%	59,9%
Santa Gertrudes												
Total	25	352	137	514	21	293		314	84,0%	83,2%	0,0%	61,1%

Fonte: MS/DATASUS. 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 65% das necessidades da Região (Tabela 23).

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de internações 100% da pop.	Necessidade de Internações 70% da população	Produção Internações SUS 2007	Déficit / superávit 70% da população	% de produção em relação a necessidade de 70% da pop.
Analândia	4.160	333	233		-233	0,00%
Corumbataí	4.184	335	234		-234	0,00%
Ipeúna	5.538	443	310		-310	0,00%
Itirapina	14.826	1.186	830	588	-242	70,82%
Rio Claro	188.508	15.081	10.556	8.076	-2.480	76,50%
Santa Gertrudes	19.722	1.578	1.104		-1.104	0,00%
RS Rio Claro	236.938	18.955	13.269	8.664	-4.605	65,30%
DRS Piracicaba	1.389.553	111.164	77.815	66.724	-11.091	85,75%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Observações: utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; considerada 70% da população como SUS dependente.

No entanto, se considerarmos o potencial de internações³⁸ que podem ser realizadas pelos leitos SUS existentes, observa-se que seria possível atender mais de 100% das internações necessárias (Tabela 24). Utilizando-se os mesmos critérios para a totalidade de leitos existentes, conclui-se que seriam mais que suficientes para atendimento das necessidades da Região.

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Internações 70% da Pop.	Produção Internações 2007	Potencial Produção leitos		Potencial / necessidade - SUS 70% da população	Produção / potencial - SUS 70% da população
				Potencial Leitos SUS	Potencial Leitos Totais		
Analândia	4.160	233		0	0	0%	
Corumbataí	4.184	234		0	0	0%	
Ipeúna	5.538	310		0	0	0%	
Itirapina	14.826	830	588	1.092	1.300	132%	54%
Rio Claro	188.508	10.556	8.076	15.236	25.428	144%	53%
Santa Gertrudes	19.722	1.104		0	0	0%	
RS Rio Claro	236.938	13.269	8.664	16.328	26.728	123%	53%
DRS Piracicaba	1.389.553	77.815	66.724	118.040	192.712	152%	57%

Fonte: MS /DATASUS. Elaboração própria.

Observações: utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101; considerada 70% da população como SUS dependente.

A avaliação mais detalhada dos leitos por especialidades indica que, do total de leitos existentes, proporcionalmente estão mais disponíveis ao SUS os leitos de outras especialidades (96%), seguidos por leitos complementares (60%), obstétricos (60%) e pediátricos (58%).

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

Quando solicitados a indicarem as principais áreas com demandas reprimidas, os gestores foram unânimes em referir a especialidade de ortopedia. Em segundo lugar, cerca de 83% dos gestores indicaram ainda a gastroenterologia como área com repressão de demanda.

No que se refere ao acesso à internação, observa-se ainda que 66% dos municípios não possuem leitos hospitalares, 50% buscam internações em outros municípios e cerca de 16% oferecem leitos de internações para demais municípios.

³⁸ Para cálculo do potencial de internações por leito foram considerados os seguintes parâmetros: 85% de ocupação média e 6 dias de permanência, em média.

Em termos de acesso, 33% dos gestores indicam que não há qualquer tipo de encaminhamento para internações, 17% referem que existe encaminhamento, mas sem processo de regulação, e 33% referem que há encaminhamentos realizados através de central de regulação.

Quanto ao fluxo intrarregional observa-se que os acordos mais utilizados para atendimento das internações referem-se à PPI formalizada. 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 relacionadas ao contrato de gestão, o que pode indicar que os acordos intermunicipais não se traduzem em normas contratuais com as entidades hospitalares. Considerando que a maioria dos leitos da Região está localizada em entidades filantrópicas, contratos de gestão que consigam refletir os acordos regionais tornam-se estratégicos para um adequado atendimento hospitalar. Destaca-se ainda o baixo percentual de pactuações no colegiado gestor, o que também pode indicar uma certa ineficácia desse mecanismo de gestão.

As principais dificuldades apontadas pelos gestores municipais, quanto às internações hospitalares, referem-se na maioria (83% dos gestores) à falta de leitos, vagas, bem como de cotas insuficientes para internação. Em seguida, (67% dos gestores) apontam a falta de médicos e profissionais para realizarem os procedimentos previstos e, (50%) referem a inadequação dos processos de marcação e regulação.

Como já indicado, cerca de 68% dos leitos SUS na RS Rio Claro são de entidades filantrópicas e 27% de entidades privadas, disponibilizados através de convênios/contratos com os setores públicos. Nesse aspecto, a totalidade dos gestores, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para acompanhamento de convênios/contratos, indicam não haver dificuldades para realizar essas atividades.

Com relação aos elementos que interferem no cumprimento de metas da assistência hospitalar no SUS, 30% dos gestores municipais indicaram como principais itens, a partir de uma lista apresentada no questionário, os seguintes:

- qualificação inadequada e número insuficiente de profissionais;
- não utilização de protocolos clínicos, não implantação de linhas de cuidado, inexistência de implantação de programa de capacitação de RH;
- central de regulação deficiente;

- não operacionalização das comissões (CCIH, Óbito, Ética, Prontuário); e,
- insumos insuficientes e equipamentos antigos ou insuficientes.

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da atenção hospitalar nos municípios, apenas o município de Rio Claro indica a necessidade de expansão de leitos de clínica médica e demais especialidades junto à Santa Casa.

Em resumo, a assistência hospitalar (internação) na Região 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 Rio Claro não existe SAMU (Tabela 25) e o equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção, presente em 05 dos 06 municípios da Região, num total de 27 unidades. Observam-se ainda 07 Prontos Atendimentos distribuídos em 06 municípios e, 02 Prontos-Socorros localizados em 02 municípios. Chama a atenção o fato de o gestor de Rio Claro não ter indicado a existência de ambulâncias e 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 Rio Claro, 2008.

Municípios	SAMU		Remoção Ambulância	Pronto Atendimento		Pronto Socorro	
	Suporte Básico	Suporte Avançado		PA Isol.	PA Unid.	PS Isol.	PS Hosp.
Analândia			4	1	1	1	
Corumbataí			5		1		
Ipeúna			5		1		
Itirapina			8				1
Rio Claro				2			
Santa Gertrudes			5		1		

Total	0	0	27	3	4	1	1
-------	---	---	----	---	---	---	---

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

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

Por outro lado, ao analisarmos a produção de consultas de urgência e emergência realizadas na Região (Tabela 26) observa-se uma elevada produção, quando comparada com as necessidades da população. Nesse aspecto, ressalta o excesso de consultas realizadas, especialmente nos municípios de Santa Gertrudes, Analândia, Itirapina e Rio Claro, que apresentam produção acima de 250% com relação às necessidades.

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

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de consultas urgência 100% da pop	Urgências básicas	Urgência emergência	Acidente de trabalho	Total	Superávit/déficit (Total -necessidades)	Balanco %
Analândia	4.160	1.560	5.581	508		6.089	4.529	390%
Corumbataí	4.184	1.569		60		60	-1.509	4%
Ipeúna	5.538	2.077		26		26	-2.051	1%
Itirapina	14.826	5.560		14.813		14.813	9.253	266%
Rio Claro	188.508	70.691	130.379	42.014	3.347	175.740	105.050	249%
Santa Gertrudes	19.722	7.396	33.614		161	33.775	26.379	457%
RS Rio Claro	236.938	88.852	169.574	57.421	3.508	230.503	141.651	259%
-DRS Piracicaba	1.389.553	521.082	682.732	836.538	9.621	1.528.891	1.007.809	293%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

A análise da demanda intrarregional, conforme indicação dos gestores, mostra a centralidade da cidade de Rio Claro com relação ao Resgate, Pronto Atendimento e Pronto-Socorro, que atendem a 04 municípios da Região. No caso do resgate detecta-se ainda a utilização de equipamentos de São Carlos e Pirassununga.

Por outro lado, ao considerarmos as demandas para os Prontos Atendimentos e os Prontos Socorros, observa -se que os municípios indicam também as cidades de Corumbataí e Santa Gertrudes como referências. Esse quadro, junto com a grande produção de consultas, indicadas

anteriormente, aponta para a necessidade de melhor detalhar essas demandas que, a princípio, indicam uma grave distorção no atendimento.

O detalhamento dos encaminhamentos que necessitam de internação, por áreas de especialidades, aponta também para a importância do Município de Rio Claro, incluindo a área de Saúde Mental (Tabela 27).

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

Municípios de destino	N.º de municípios que indicaram encaminhamento nas especialidades				
	Pediatria	GO	Politraum.	Cl. Med.	Psiquiatria
Analândia					
Corumbataí					
Ipeúna					
Itirapina					
Rio Claro	5	5	5	5	5
Santa Gertrudes					

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

Na assistência à Urgência e Emergência, a RS Rio Claro caracteriza-se pela ausência de SAMU, por unidades de Pronto Atendimento em 83% das cidades e Prontos-Socorros em 33% dos municípios. Entretanto, deve ser aprofundado o estudo sobre a caracterização dessas unidades assistenciais, de acordo com os parâmetros instituídos pela Política Nacional de Atenção às Urgências (MS, 2006), tanto no que se refere às unidades não-hospitalares, quanto hospitalares de atenção às urgências.

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

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

A análise dos Pontos de Atenção de Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial levou em consideração as habilitações existentes no DRS Piracicaba e respectivas Regiões de Saúde, considerando que cada habilitação possui legislação própria que define os parâmetros para sua organização. Além disso, dada a sua complexidade e a necessidade em organizar-se em unidades e centros regionalizados, sua análise deve necessariamente ocorrer com foco regional

e macrorregional. Nesse aspecto, apresentam-se a seguir dados dos serviços habilitados mais importantes, considerando a demanda e o volume de recursos SUS que utilizam.

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

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

Segundo a política do Ministério da Saúde³⁹, os serviços habilitados para alta complexidade devem ser organizados em Unidades de Assistência de Alta Complexidade e Centros de Referência em Alta Complexidade, conforme indicado a seguir.

- Unidades de Assistência em Alta Complexidade são unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada, na respectiva área;
- Os Centros de Referência em Alta Complexidade são Unidades de Assistência de Alta Complexidade que exercem o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor nas políticas de atenção às patologias específicas que atende e que possua os seguintes atributos:
 - I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004;
 - II. Definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 4 milhões de habitantes;
 - III. Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;
 - IV. Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
 - V. Ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

³⁹ Consultar portarias no endereço: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=960

- VI. Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- VII. Participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

De um modo geral, observa-se que esses serviços no DRS de Piracicaba estão concentrados em alguns municípios das Regiões de Saúde, no qual se destacam 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	Capiva-ri	Piraci-caba	Limeira	Piras-sununga	Leme	Araras	Santa Gertru-des	Rio Claro
0601-Atenção à saúde mental - classe I	0									
0602-Atenção à saúde mental - classe II	0									
0603-Atenção à saúde mental - classe III	1									1
0604-Atenção à saúde mental - classe IV	0									
0607-Atenção à saúde mental - classe VII	0									
0608-Atenção à saúde mental - classe VIII	0									
0611-Atenção à saúde mental - classe XI	0									
0614-Atenção à saúde mental - classe XIV	1							1		

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Os serviços de alta complexidade em cardiologia estão distribuídos em todas as regiões, não havendo, entretanto, Centro Assistencial de Alta Complexidade Cardiovascular. Observa-se a presença de 05 Unidades Assistenciais de Alta Complexidade nos municípios polos de cada RS, estando ausentes os serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica e a 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	
		Rio das 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 pediatrica	0									
0805-Cirurgia vascular	2				1					1
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíacos	0									
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	1								1	
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares	1								1	

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

Tabela 30 - Distribuição dos serviços habilitados em Traumatologia 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
2501-Unid.assist alta complex traumatologia	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, observa-se a sua presença nas quatro regiões de saúde, mas concentrados nos municípios polos de cada Região. Não foram detectados Centros de Referência, observando-se a presença de Unidades de Alta Complexidade em Oncologia em Araras e Rio Claro. Além disso, encontram-se serviços de UNACON com radioterapia e hematologia, não havendo serviços de oncologia pediátrica, serviços isolados de quimioterapia (Tabela 31).

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

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

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

Serviços / Habilitações	Total	RS Piracicaba			RS Limeira	RS Araras			RS Rio Claro	
		Rio das Pedras	Capivari	Piracicaba	Limeira	Pirassununga	Leme	Araras	Santa 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 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).

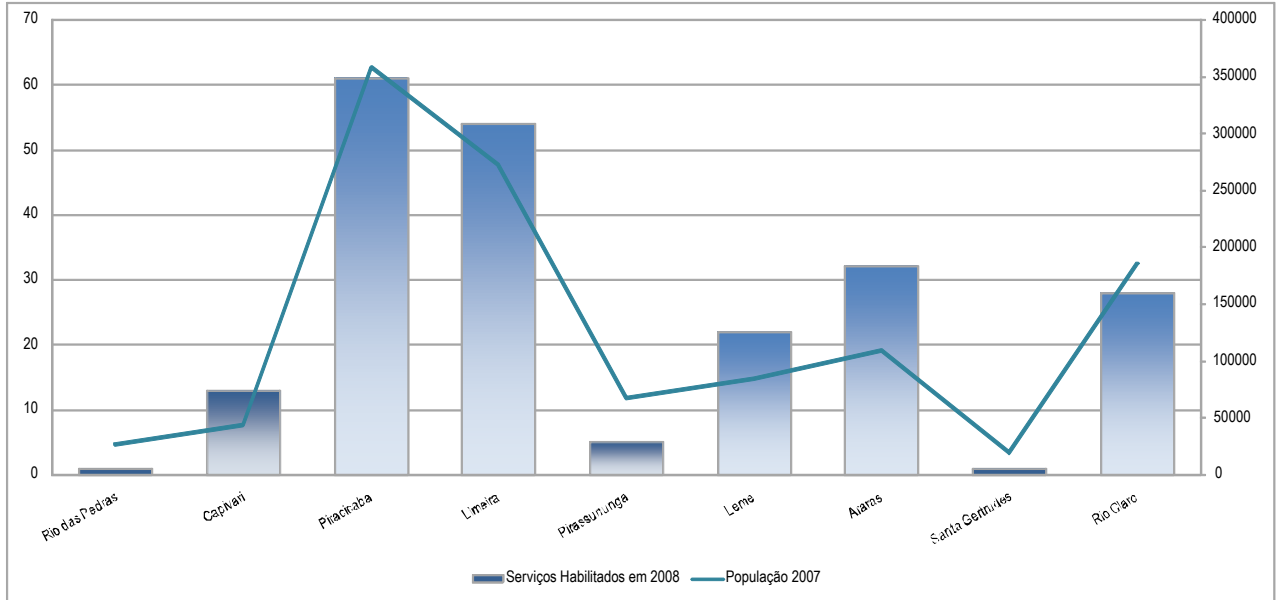
Tabela 33 - Distribuição dos serviços habilitados em nefrologia e hemodiálise no DRS - Piracicaba, 2009.

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

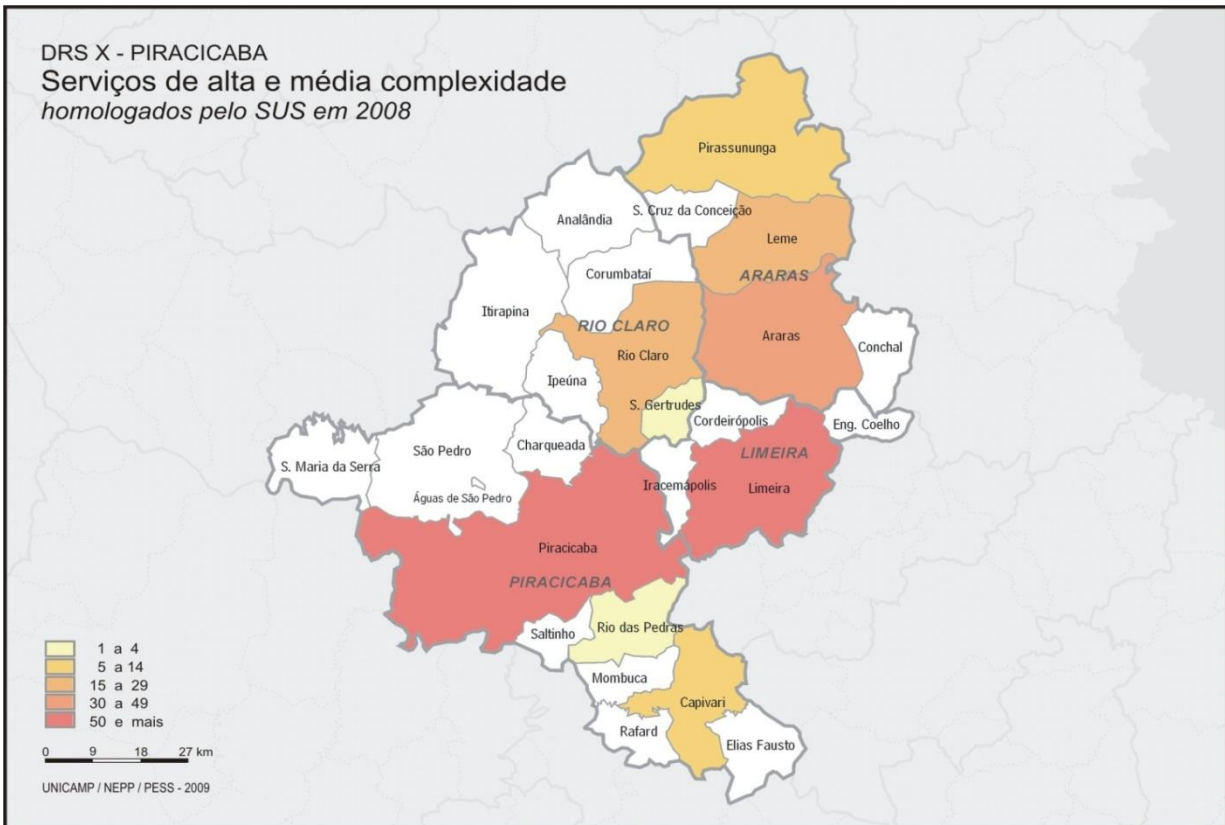
Considerando-se o conjunto de serviços habilitados (217) no DRS X- Piracicaba, observa-se, no Gráfico 8 e no Mapa 1, que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de dois municípios polos regionais (Piracicaba e Limeira) e dois polos secundários (Araras e Rio Claro).

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, 2009. Elaboração própria.

Considerando-se 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 de 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 RS Rio Claro 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, não há produção em Quimioterapia e Radioterapia; existe uma produção próxima das necessidades em hemoterapia e ocorre uma superprodução de procedimentos em terapia renal substitutiva.

Nesse mesmo sentido, 50% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que utilizam esses serviços em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas, enquanto cerca de 35% dos municípios indicam que oferecem os procedimentos na cidade com oferta suficiente. Quanto ao acesso dessa demanda a outros municípios, apenas um gestor indica que ocorre a referência através de uma central de regulação do acesso. Os demais municípios não indicaram como são realizados os encaminhamentos.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, é utilizada principalmente a PPI. Entretanto, na avaliação dos gestores não há indicação se esses acordos são cumpridos.

Tabela 34 - Produção e necessidade de procedimentos de alta complexidade em áreas selecionadas. RS Rio Claro, 2009.

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
Rio Claro	188.508	329.889	13.196	14.885	113%	6.598	15.395	233%
Santa Gertrudes	19.722	34.514	1.381		0%	690		0%
Itirapina	14.826	25.946	1.038		0%	519		0%
Ipeúna	5.538	9.692	388		0%	194		0%
Corumbataí	4.184	7.322	293		0%	146		0%
Analândia	4.160	7.280	291		0%	146		0%
RS Rio Claro	236.938	414.642	16.586	14.885	90%	8.293	15.395	186%
DRS Piracicaba	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
Rio Claro	188.508	329.889	594		0%	4.025		0%
Santa Gertrudes	19.722	34.514	62		0%	421		0%
Itirapina	14.826	25.946	47		0%	317		0%
Ipeúna	5.538	9.692	17		0%	118		0%
Corumbataí	4.184	7.322	13		0%	89		0%
Analândia	4.160	7.280	13		0%	89		0%
RS Rio Claro	236.938	414.642	746	0	0%	5.059	0	0%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	4.377	15.895	363%	29.667	69.993	236%

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

Quanto às dificuldades referentes aos serviços de alta complexidade 50% dos municípios apontam insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses serviços. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados.

Finalizando esse 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 nesse setor, que devem ser 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 RS Rio Claro 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 da assistência. Além disso, torna-se evidente a fragilidade dos processos de regulação na assistência ambulatorial especializada, favorecendo o desequilíbrio na oferta e na alocação das especialidades, o que certamente se reflete em dificuldades de acesso para a população;
2. Na Assistência Hospitalar Especializada, detectou-se um déficit de internações, quando comparadas produção e necessidades, embora o número de leitos SUS existentes permita potencialmente cobrir 100% das necessidades. Nesse sentido, observou-se ainda que 93% dos leitos da Região são privados, sendo 100% filantrópicos, o que requer a instituição de adequados processos de contratualização, de modo que tais 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, exceto SAMU, sendo o mais frequente a ambulância para remoção e, em segundo lugar, as Unidades de Pronto Atendimento, isoladas ou acopladas a outras unidades. Chama a atenção, entretanto, o grande volume de consultas nessa área, chegando-se a produzir 2,9 vezes mais do que as necessidades preconizadas pelo MS. Além disso, é preciso caracterizar com maior precisão as unidades existentes na Região, de modo a verificar se as mesmas se adequam à Política Nacional de Assistência às Urgências;

4. Considerando os dados expostos, é possível concluir que a Região correspondente ao DRS Piracicaba não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços muito diversificados. Isto evidencia a necessidade em se desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS e do Estado, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção. Quanto 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 dessa assistência em âmbito regional.
5. Em termos de polarização, o município de Rio Claro configura-se como grande polo dessa RS;
6. O relacionamento intermunicipal, na Região, ocorre principalmente com base na PPI formalizada e nas pactuações ocorridas no CGR de Rio Claro, sendo cumpridos na maioria das vezes;
7. No que se refere ao acesso da população, chama a atenção o alto percentual de busca sem qualquer forma de referenciamento para as consultas especializadas, para internações e para média e alta complexidade, indicando a fragilidade dos mecanismos 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 RS Rio Claro. 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, nesse estudo buscou-se associar dados de produção com informações coletadas junto aos

gestores sobre a distribuição, suficiência, acesso e qualidade desses pontos de apoio diagnóstico e terapêutico na RS Rio Claro. Foram priorizados na análise os procedimentos mais significativos do ponto de vista assistencial, de demanda, de produção e de recursos gastos.

3.4.1. Média e Alta Complexidade

A avaliação da produção de exames de anatomia patológica, patologia clínica, radiológicos e ultrassonográficos (Tabela 35 e Gráfico 9) indicam elevada superprodução desses exames, exceto em patologia clínica. A superprodução de exames de anátomo-patologia, radiológicos e ultrassonográficos é observada tanto no âmbito de cada município, quanto no da RS e no DRS Piracicaba.

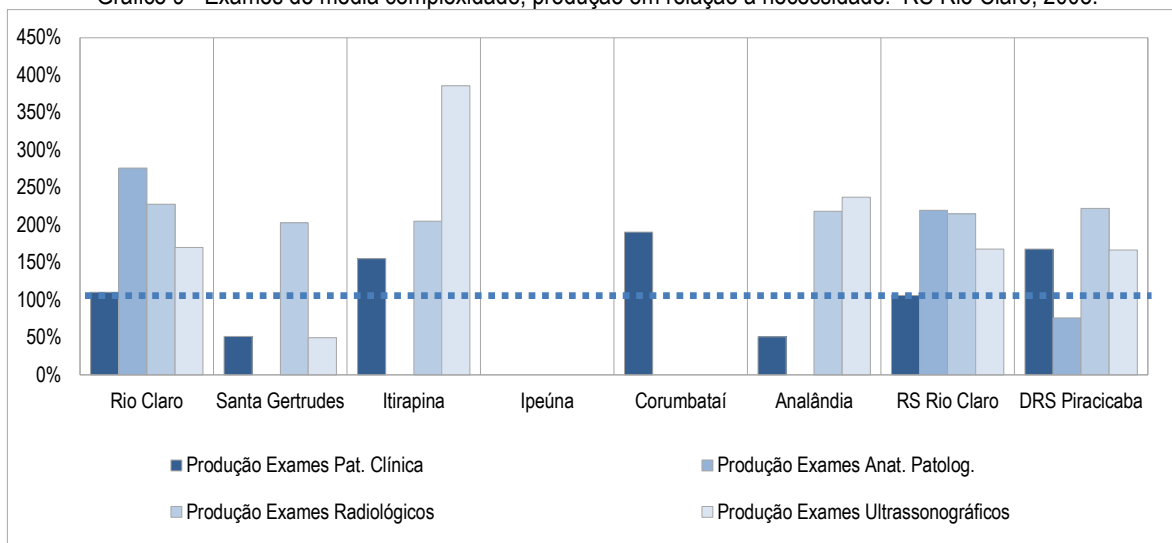
Tabela 35 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Rio Claro, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% População	Necessidade de Exames Pat. Clínica (50%)	Produção Exames Pat. Clínica	% Produção em relação à Necessidade	Necessidade Anátomo Patológico e Citopatologia (2,36%)	Produção Exames Anat. Patolog.	% Produção em Relação à Necessidade
Rio Claro	188.508	329.889	164.945	181.858	110%	7.785	21.506	276%
Santa Gertrudes	19.722	34.514	17.257	8.905	52%	815		0%
Itirapina	14.826	25.946	12.973	20.131	155%	612		0%
Ipeúna	5.538	9.692	4.846		0%	229		0%
Corumbataí	4.184	7.322	3.661	6.982	191%	173		0%
Analândia	4.160	7.280	3.640	1.857	51%	172		0%
RS Rio Claro	236.938	414.642	207.321	219.733	106%	9.786	21.506	220%
DRS Piracicaba	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 de Radiodiagnóstico (8%)	Produção Exames Radiológicos	% Produção em Relação à Necessidade	Necessidade Ultrassonografia (1,5%)	Produção Exames Ultrassonográficos	% Produção em Relação à Necessidade
Rio Claro	188.508	329.889	26.391	60.127	228%	4.948	8.426	170%
Santa Gertrudes	19.722	34.514	2.761	5.609	203%	518	258	50%
Itirapina	14.826	25.946	2.076	4.257	205%	389	1.502	386%
Ipeúna	5.538	9.692	775		0%	145		0%
Corumbataí	4.184	7.322	586		0%	110		0%
Analândia	4.160	7.280	582	1.271	218%	109	259	237%
RS Rio Claro	236.938	414.642	33.171	71.264	215%	6.220	10.445	168%
DRS Piracicaba	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.

Gráfico 9 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Rio Claro, 2008.



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

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

Tabela 36 - Opinião dos gestores acerca da suficiência de oferta de procedimentos diagnósticos e compra de exames por iniciativa dos municípios. RS Rio Claro, 2008.

Tipos de procedimentos	Município oferta com recursos próprios, além da PPI	Oferta insuficiente		Oferta suficiente	
		No município	Em outros municípios	No município	Em outros municípios
Colposcopia	0,00%	16,67%	16,67%	33,33%	33,33%
ECG	0,00%	0,00%	0,00%	83,33%	0,00%
Patologia e Análise Clínicas	16,67%	33,33%	16,67%	50,00%	0,00%
Endoscopia (colonoscopia, EDA, retossig, e outros)	16,67%	0,00%	16,67%	50,00%	0,00%
Ultrassonografia	16,67%	33,33%	16,67%	33,33%	0,00%
Ecocardiografia	16,67%	0,00%	50,00%	33,33%	0,00%
RX-simples	16,67%	0,00%	0,00%	66,67%	0,00%
EEG	16,67%	0,00%	0,00%	33,33%	16,67%
RX-contrastado	33,33%	0,00%	33,33%	33,33%	0,00%
Mamografia	33,33%	16,67%	50,00%	0,00%	0,00%

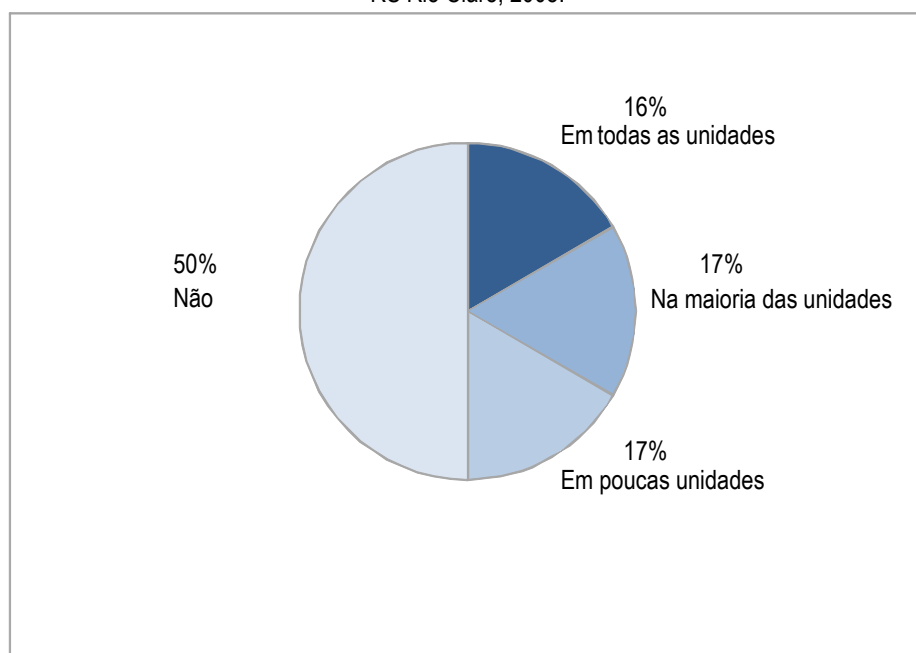
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Em função da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os municípios da RS Rio Claro referem que financiam a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI, especialmente em mamografia, RX-

contrastado, ultrassonografia, patologia e análises clínicas, EEG, ecocardiografia, endoscopia e RX-simples.

No que se refere ao acesso aos exames, os dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que apenas em 16% dos municípios existe coleta descentralizada em todos os pontos de atenção da Rede Básica e em 17% na maioria dessas unidades (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Presença de coleta descentralizada nos pontos de atenção da rede básica.
RS Rio Claro, 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) patologia e análises clínicas, colposcopia, endoscopia, ultrassonografia, ecografia, ECG, RX-simples e contrastado, EEG e ecocardiografia (mais de 80% dos gestores); b) mamografia (cerca de 60% dos gestores). No que se refere ao acesso aos exames, mais de 80% dos gestores consideram que não há dificuldades, exceto para ecocardiografia. Por outro lado, mais de 65% dos gestores indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta desses exames. Nesse aspecto, 50% dos municípios indicam a compra de equipamento para resolver as dificuldades apontadas.

A avaliação desse conjunto de dados aponta para a necessidade de aprofundar a análise, na medida em que se detecta uma profunda inadequação entre necessidades, demandas e produção de exames, especialmente porque já é de conhecimento geral a distorção existente no SUS, expressa na elevada solicitação de exames que, na sua maioria,

possuem resultados normais, situação que ocorre devido à inadequada abordagem clínica pelos profissionais de saúde.

A análise da produção dos exames de alta complexidade, incluindo: tomografia, ressonância, radiologia intervencionista, medicina nuclear e hemodinâmica na RS Rio Claro, mostra superprodução nos procedimentos de tomografia e ressonância, quando comparada com o cálculo de necessidades para 70% da população (Tabela 37). Dentre esses exames, a produção de tomografia é a que revela maior distorção.

Vários municípios da RS Rio Claro 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 por 17% dos municípios da Região através de Central de Regulação do acesso, não havendo indicação de como os demais realizam os encaminhamentos, o que deve ser melhor investigado, tendo em vista tratar-se de exames de alta complexidade.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, é utilizada por todos os municípios a PPI formalizada. Ainda no que se refere a esses acordos, os municípios não avaliaram se os acordos são obedecidos na maioria dos procedimentos pactuados.

No que diz respeito às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 50% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e dificuldades de acesso à rede referenciada. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados.

Tabela 37 - Produção e necessidade de Procedimentos de Apoio Diagnóstico de Alta Complexidade. RS Rio Claro, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade e de Consultas 70% da População	Necessidade e Exames de Tomografia (0,20%)	Produção Exames Tomografia	% Produção em Relação à Necessidade	Necessidade e Exames Ressonância (0,04%)	Produção Exames Ressonância	% Produção em Relação à Necessidade
Rio Claro	188.508	329.889	660	1.388	210%	132	170	129%
Santa Gertrudes	19.722	34.514	69		0%	14		0%
Itirapina	14.826	25.946	52		0%	10		0%
Ipeúna	5.538	9.692	19		0%	4		0%
Corumbataí	4.184	7.322	15		0%	3		0%
Analândia	4.160	7.280	15		0%	3		0%
RS Rio Claro	236.938	414.642	829	1.388	167%	166	170	102%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	4.863	11.436	235%	973	2.883	296%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade e de Consultas 70% da População	Necessidade e Exames Radiol. Interv. (0,01%)	Produção Exames Radiol. Interv.	% Produção em relação à Necessidade	Necessidade e Exames Medicina Nuclear (0,14%)	Produção Exames Medicina Nuclear	% Produção em Relação à Necessidade
Rio Claro	188.508	329.889	33		0%	462		0%
Santa Gertrudes	19.722	34.514	3		0%	48		0%
Itirapina	14.826	25.946	3		0%	36		0%
Ipeúna	5.538	9.692	1		0%	14		0%
Corumbataí	4.184	7.322	1		0%	10		0%
Analândia	4.160	7.280	1		0%	10		0%
RS Rio Claro	236.938	414.642	41	0	0%	580	0	0%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	243	154	63%	3.404	3.932	115%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade e de Consultas 70% da População	Necessidade e Exames Hemodinâmica (0,03%)	Produção Exames Hemodinâmica	% Produção em Relação à Necessidade
Rio Claro	188.508	329.889	99		0%
Santa Gertrudes	19.722	34.514	10		0%
Itirapina	14.826	25.946	8		0%
Ipeúna	5.538	9.692	3		0%
Corumbataí	4.184	7.322	2		0%
Analândia	4.160	7.280	2		0%
RS Rio Claro	236.938	414.642	124	0	0%
DRS Piracicaba	1.389.553	2.431.718	730	1.512	207%

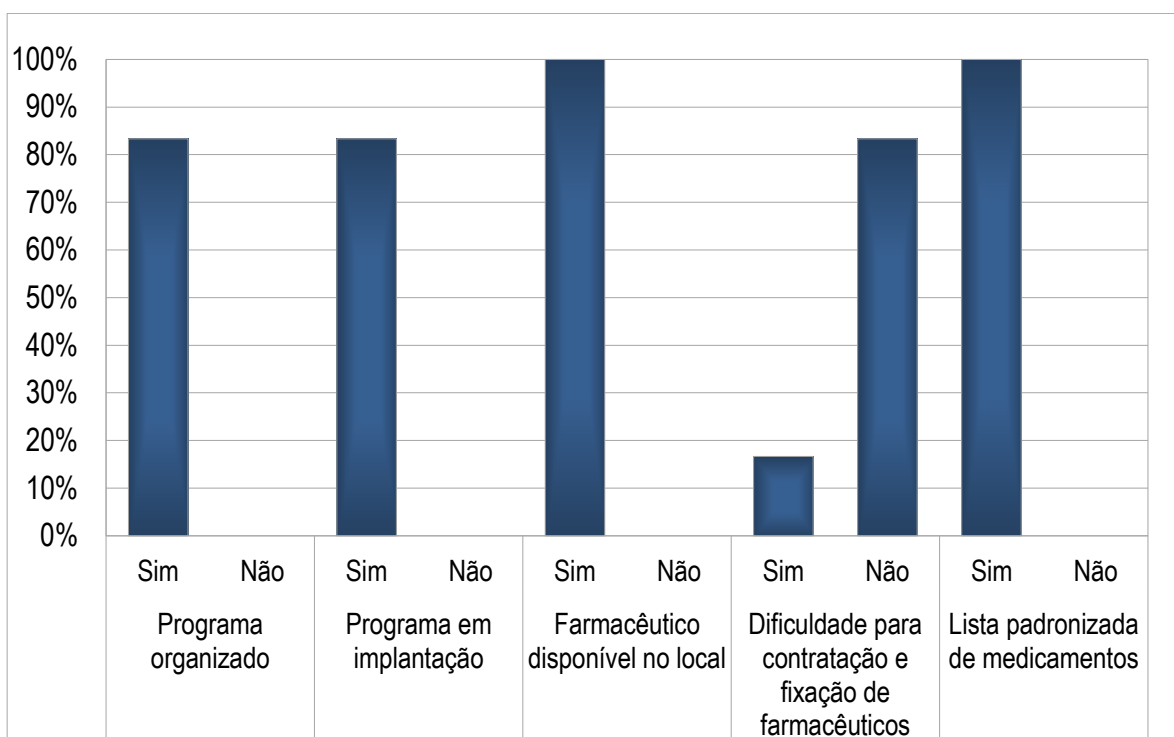
Fonte: MS/DATASUS. Parâmetros: PT GM 1101/2002. Produção SIA 2007.

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

3.4.2. Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica está organizada como programa em 83% dos municípios da RS Rio Claro (Gráfico 11), embora esteja ainda em fase de implantação. Todos os municípios possuem farmacêutico disponível e 83% não referem dificuldades para contratação e fixação desse profissional. Referem também possuir lista padronizada de medicamentos.

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



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

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

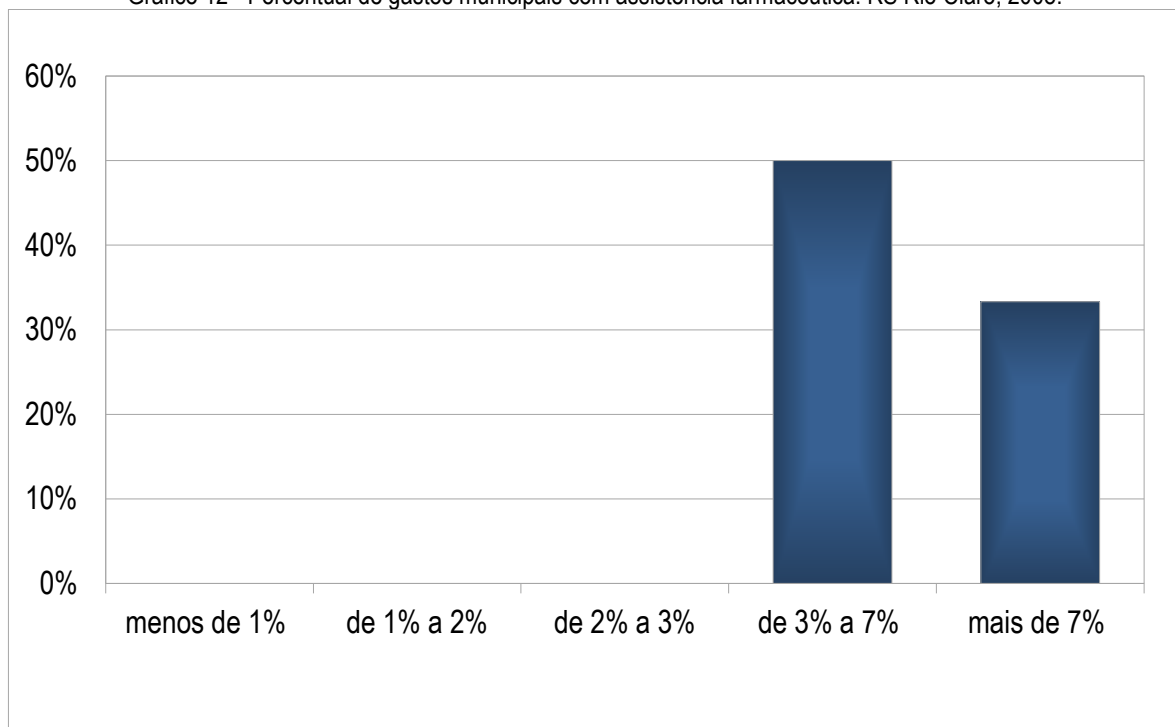
Quadro 1 - Responsabilidades assumidas na assistência farmacêutica, segundo gestores municipais.
RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Responsabilidades assumidas
Analândia	Participação nos programas: Dose Certa, Hiperdia, Saúde da Mulher, Asma e Rinite, Saúde Mental e Suplementação de Ferro.
Corumbataí	Ter na farmácia medicamentos exigidos pela legislação e pela equipe médica; Controle de medicações por receita, data e equipe médica.
Ipeúna	Compra e distribuição de medicamentos, a responsabilidade de enviar os processos de alto custo para o órgão competente.
Itirapina	Fornecimento de medicamentos dos programas existentes no município, e atender aqueles que tenham dificuldades para adquirir medicamentos prescritos pelos médicos
Rio Claro	
S Gertrudes	Assumir a padronização básica de medicamentos

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

Os gastos com a Assistência Farmacêutica, indicados pelos gestores municipais, localizam-se em duas faixas bem definidas: 50% referem gastar de 3% a 7% do orçamento em saúde e 33% referem gastar mais de 7% (Gráfico 12).

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



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

Quanto às dificuldades apontadas para a Assistência Farmacêutica, observam-se dificuldades diferenciadas em cada município, conforme apontado no Quadro 2.

Quadro 2 - Dificuldades na Assistência Farmacêutica, segundo gestores municipais.
RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Resposta
Analândia	Espaço físico Falta de regularidade na entrega de medicamentos de Progr. Fracionamento de medicamentos
Corumbataí	Medicamentos de alto custo.
Ipeúna	Não há estrangulamentos
Itirapina	Baixo poder aquisitivo da população Cesta básica estadual insuficiente Demanda excessiva Medicamentos de alto custo Paternalismo político
Rio Claro	Falta de informatização Necessidade de ampliação da padronização
Santa Gertrudes	Atraso na entrega dos fornecedores Prescrição de medicamentos não padronizados

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

Com maior frequência são indicados pelos gestores municipais problemas de insuficiência de medicamentos, atrasos na entrega pelos fornecedores e problemas de organização de processos de trabalho.

Com relação às propostas elaboradas para enfrentamento dessas dificuldades, observam-se indicações variadas, incluindo: revisão da lista padronizada de medicamentos; maior regularidade no envio de medicamentos pelo Estado, priorização de embalagens que possibilitem a dose única, entre outras.

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 que devem ser melhor avaliados.

3.5. Apoio Logístico

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

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

3.5.1. Transporte Sanitário de Pacientes

Observou-se que cinco dos seis municípios 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 tanto das Secretarias Municipais de Saúde como das Prefeituras. Não há pactuação ou outra forma de acordo entre os municípios.

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

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

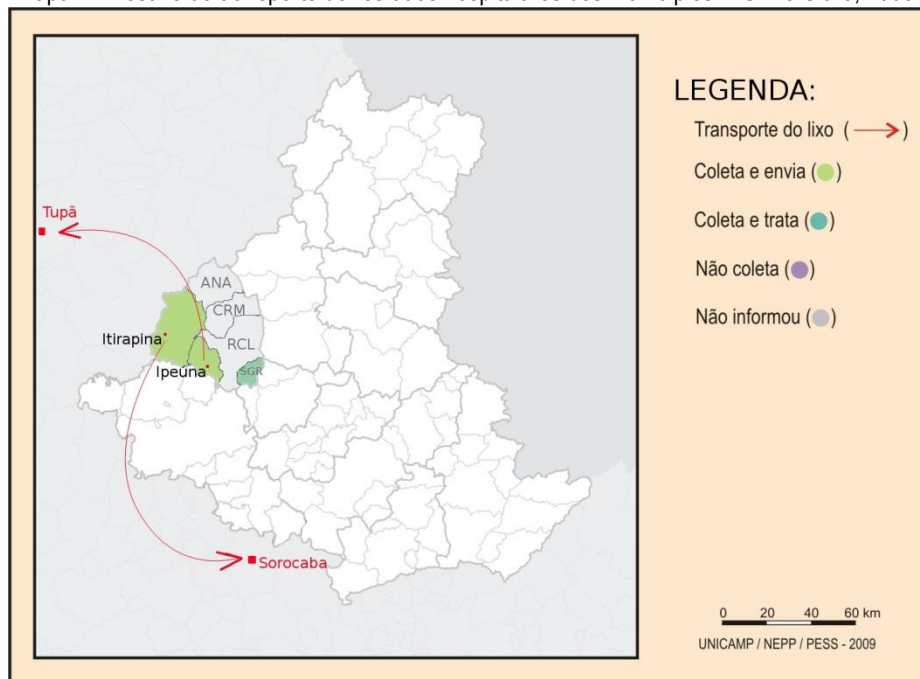
Municípios	Número de pacientes transportados por dia	
	11 a 20	21 a 50
Analândia		
Corumbataí	x	
Ipeúna	x	
Itirapina		x
Rio Claro		
Santa Gertrudes	x	

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 cinco municípios da RS Rio Claro, é realizada por empresa contratada. Ipeúna e Itirapina informaram que estes resíduos são normalmente encaminhados para municípios de outras regiões do Estado, conforme Mapa 2.

Mapa 2 - Destino do transporte de resíduos hospitalares dos municípios. RS Rio Claro, 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 desse estudo, relacionados à gestão de insumos farmacêuticos, apresentam-se na Tabela 39.

Tabela 39 - Atividades da gestão de insumos farmacêuticos realizadas por número de municípios. RS Rio Claro, 2008.

Atividades de gestão de insumos farmacêuticos	Nº de municípios
Padronização de lista de medicamentos além da RENAME	6
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	6
Dispensação de medicamentos	6
Realização de processos de licitação e compra	5
Planejamento de compras de médio prazo	4
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos	4
Acompanhamento de processos de licitação e compra, realizados por outro setor da prefeitura	3
Planejamento de compras de curto prazo	2

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

Pode-se observar que os processos de padronização de lista de medicamentos, armazenamento e distribuição, e dispensação dos medicamentos ocorrem em todos os municípios da Região.

Analisando-se a informatização da Assistência Farmacêutica, verifica-se, na RS Rio Claro, que quatro municípios contam com sistemas informatizados para o controle de estoque, dispensação e distribuição de medicamentos para as unidades de saúde, conforme Tabela 40, porém nenhum desses sistemas utiliza código de barras. Apenas um município afirma que a Assistência Farmacêutica não está informatizada.

Tabela 40 - Informatização de processos da assistência farmacêutica por número de municípios. RS Rio Claro, 2008.

Controle de estoque com estoque mínimo	Controle de estoque sem estoque mínimo	Controle da distribuição de medicamentos	Controle da dispensação de medicamentos
3	1	3	3

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

3.5.4 Processos de Gestão de Materiais e Insumos

Com relação à estrutura e processos referentes à gestão de materiais e insumos, três secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por este processo e três secretarias informam a inexistência de tais estruturas e processos, conforme Tabela 41.

Tabela 41 - Existência de estrutura e processos de gestão de materiais e insumos das Secretarias Municipais de Saúde. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Sim	Não
Rio Claro	x	
Santa Gertrudes		x
Itirapina	x	
Ipeúna		x
Analândia		x
Corumbataí	x	
Total	3	3

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

Apenas três gestores de saúde da Região afirmam possuir equipe para a gestão de materiais e insumos. Quanto à adequação e constituição da equipe profissional para esta gestão, dois gestores de saúde afirmam que a composição está adequada, e um avalia como não adequada. As atividades mais desenvolvidas estão relacionadas aos processos de levantamento de necessidades, padronização de materiais, planejamento de compras, licitação e controle de qualidade do produto recebido, conforme Tabela 42.

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

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

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

Sobre a informatização da gestão de materiais e insumos, apenas um município referiu possuir um sistema implantado, um realiza um controle local com planilha eletrônica um faz uso de um controle manual.

3.5.5. Central de Marcação

Em relação às centrais de marcação, a RS Rio Claro apresenta como característica predominante a comunicação por telefone. Em nenhum município da Região ocorre a integração das unidades de saúde por meio de sistema on-line, conforme Tabela 43.

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

Municípios	Sistema de comunicação telefônica com as unidades de saúde	Integrada às unidades de saúde por meio de sistema on-line
Rio Claro	X	
Santa Gertrudes		
Itirapina	X	
Ipeúna	X	
Analândia		
Corumbataí	X	
Total	4	

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

As atividades desenvolvidas por essas Centrais de Marcação são apresentadas na Tabela 44 indicando o número de municípios que as realizam.

Tabela 44 - Tipo de marcação desenvolvida por essas Centrais e número de municípios que as realizam. RS Rio Claro, 2008.

Atividades da Central	Número de municípios
Consultas de especialidades	4
Exames de laboratório clínico	2
Exames gráficos	4
Exames de imagem	4
Exames de patologia	3
Internações	2
Cirurgias eletivas	1
Exames de alta complexidade	1

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

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

3.5.6 Informatização

Os dados deste estudo mostram que, na Região de Saúde Rio Claro, os seis municípios afirmam não possuir sistema informatizado, conforme as respostas dos gestores municipais de saúde ao questionário da pesquisa, apresentadas na Tabela 45.

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

Municípios	Sim	Não
Rio Claro		x
Santa Gertrudes		x
Itirapina		x
Ipeúna		x
Analândia		x
Corumbataí		x
Total	0	6

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

Responderam também que dois municípios vêm desenvolvendo pesquisa de mercado e/ou negociação com empresa do setor; dois municípios têm realizado levantamento e visitas as outras secretarias municipais de saúde para conhecer a experiência e os outros dois, embora não tenham realizado nenhuma ação específica nesse sentido, consideram sua implantação muito importante. Segundo informação colhida na entrevista realizada com os membros do CGR de Rio Claro, um dos municípios está em fase final da implantação de um sistema informatizado de saúde.

- **Capacidade Instalada**

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

Três 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 Rio Claro, 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%
2	2	0	0	1	2	0	1

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

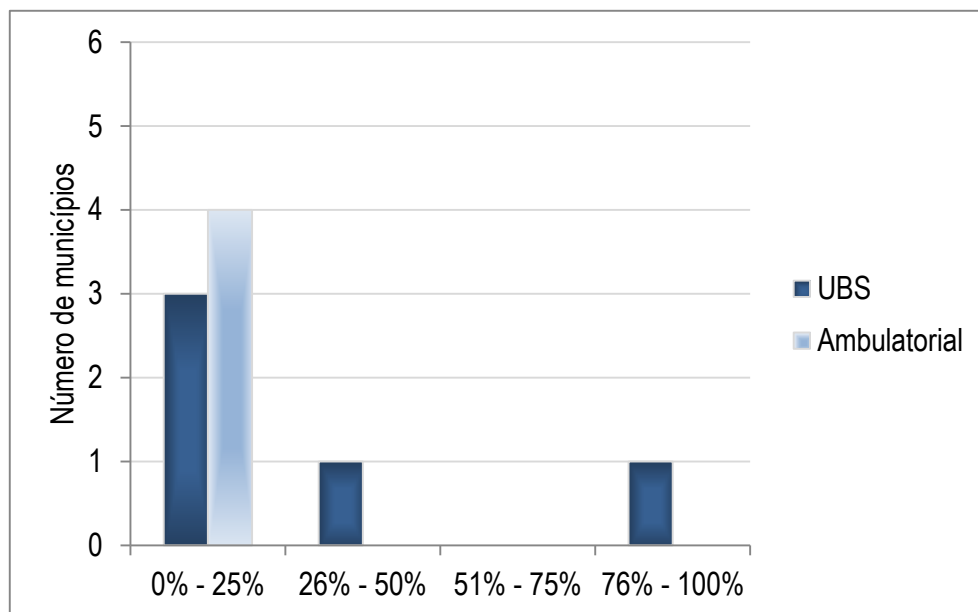
- **Grau de Informatização**

Os municípios da RS Rio Claro não informaram sobre a existência de prontuário eletrônico. Porém na entrevista realizada junto aos membros do CGR de Rio Claro, os gestores relataram que um município da Região está realizando uma “informatização completa da saúde”.

No que se refere à utilização do cartão de identificação do paciente, todos os municípios da Região afirmam utilizá-lo, mas não há integração regional desse instrumento.

Na Região existem três hospitais vinculados ao SUS localizados nos seguintes municípios: Itirapina e Rio Claro, sendo que dois hospitais neste último. O município de Itirapina afirmou que o percentual de informatização hospitalar está entre 0% e 25%; o município de Rio Claro não informou o percentual. O Gráfico 13 apresenta o nível de informatização da Atenção Básica e das Unidades Ambulatoriais que se concentram na faixa menor que 25%.

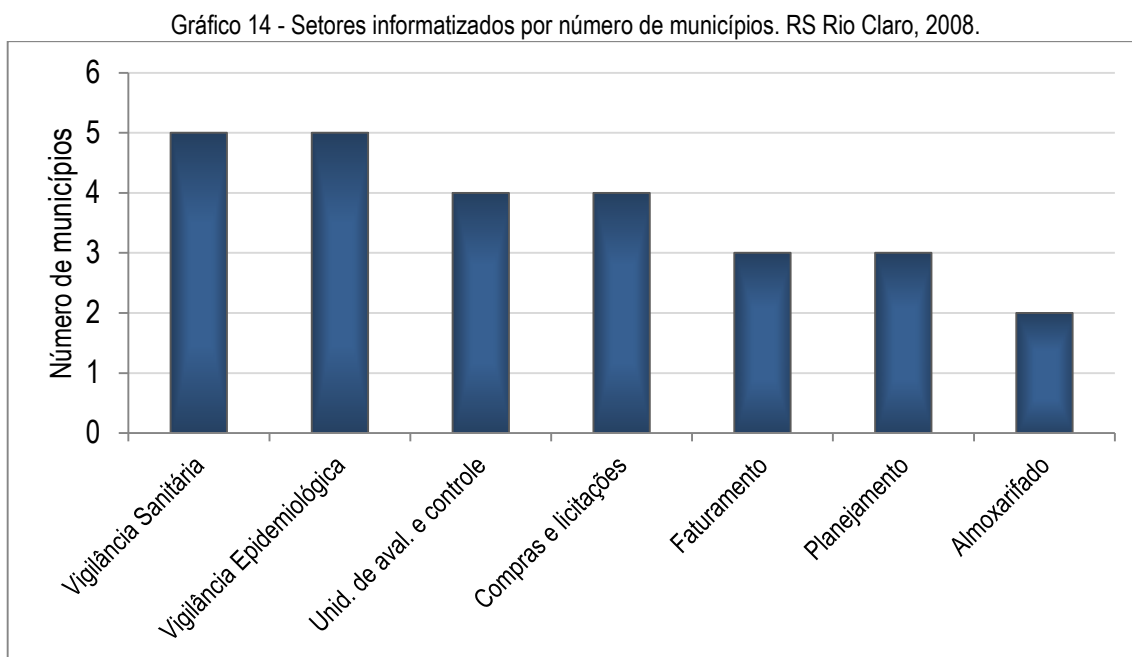
Gráfico 13 - Comparação do percentual de informatização das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Ambulatoriais. RS Rio Claro, 2008.



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

- **Outros Sistemas Informatizados**

Sobre os outros setores informatizados é possível inferir que, na Região, a vigilância sanitária e epidemiológica são os setores mais informatizados, presente em cinco dos seis municípios conforme Gráfico 14.



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

Conclusões Parciais

Analisando o sistema logístico da Região de Rio Claro, observam-se algumas 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 dos sistemas de transporte sanitário de pacientes deverá proporcionar racionalização com redução de custos e otimização de recursos, além de ampliar as possibilidades de investimento buscando proporcionar maior conforto aos pacientes. Um novo fluxo para o processo de transporte de resíduos, partindo de ações solidárias de coleta e destinação dos resíduos coletados, além de redução de custos viabilizaria também a redução de riscos.

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

Com o processo de regionalização, uma possível proposta é a implantação de um cartão comum a todos os municípios, a fim de proporcionar maior integração e o melhor

compartilhamento de recursos, aliado a ação de informatizar o processo de marcação integrando a central com as unidades de saúde por meio de sistema on-line.

Nessa perspectiva, a avaliação do potencial do apoio logístico aos 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 investimento⁴⁰.

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

Buscou-se, nessa etapa do estudo, avaliar a percepção dos membros do CGR de Rio Claro 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, os membros do Colegiado da Região de Saúde Rio Claro entrevistados avaliam que o processo de regionalização representou o atendimento aos anseios dos municípios, para o melhor equacionamento das demandas da Região. Segundo eles, a gestão

⁴⁰ BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto de Gestão

do fluxo de pacientes avançou e como exemplo, foi destacado o aumento do percentual de serviços de Rio Claro destinado à Região. Outros aspectos foram destacados pelos gestores:

- As discussões no CGR estão levando à maior compreensão da importância da Atenção Básica;
- Existência de problemas referentes à alocação, formação e capacitação das equipes técnicas dos municípios; e
- A falta de resolutividade dos serviços de média complexidade.

Quanto à configuração das regiões de saúde, a maior parte dos membros do CGR, acredita que a configuração regional definida é adequada, pois segundo os gestores “já havia uma relação consolidada entre os municípios que compõem a Região”; relatam também que “há participação ativa dos municípios nas discussões do CGR e cada um apoia as ações consensuadas de acordo com suas possibilidades. Por outro lado apontam como uma dificuldade “o fato dos prefeitos não compreendem bem a estrutura regional”, e indicam a necessidade do convencimento dos prefeitos para a importância do enfoque regional.

Quanto à dinâmica de trabalho do CGR, os representantes dos municípios da RS Rio Claro avaliam que as reuniões são resolutivas e que as pautas das reuniões são adequadas, sendo esta previamente definida e articulada pelo DRS. Além disso, foi avaliada como satisfatória a participação dos membros do colegiado nas reuniões.

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

No que diz respeito à atuação da SES-SP no processo de Regionalização do SUS, os gestores apontam dois aspectos. Consideram como ponto positivo as iniciativas da SES voltadas ao Pró Santa Casa e AME, as quais, segundo os gestores do CGR de Rio Claro, “vêm prover soluções a curto e médio prazo para a Atenção à Média Complexidade”. Por outro lado, como ponto negativo os gestores referem o fato de a SES ser “ausente das ações, evitando assumir maiores responsabilidades”.

Quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação dos gestores é positiva, já que, segundo eles, o “Departamento está aberto aos municípios, facilita a interlocução, havendo acolhimento, orientação e boa vontade”. Também segundo os membros do CGR “nada foi imposto de cima para baixo” no processo de regionalização. Entretanto os membros desse Colegiado consideram como ponto negativo desse processo “a pouca autonomia decisória do DRS”.

No que se refere aos mecanismos de articulação regional, os gestores da Região referem como facilidades presentes nesse processo o melhor equacionamento das demandas regionais, já que, segundo eles, “com a criação do CGR, a tendência é melhorar o fluxo de atendimentos e ampliar a quantidade de referências”. Todavia, há certo receio do grupo

quanto a garantia da continuidade da gestão participativa e também o desejo de avançar na capacitação dos Recursos Humanos no âmbito da região de saúde.

Com relação ao processo de formulação do Plano Estadual de Saúde, os membros do Colegiado de Rio Claro entrevistados destacaram os seguintes aspectos:

- “O Plano serve de guia, mas o processo de construção desse instrumento foi fechado”;
- “O processo permitiu que as prioridades fossem publicizadas e respeitadas”.

Quanto à formulação da Programação Pactuada Integrada, os gestores relatam que “o processo de formulação da PPI permitiu conhecer as realidades municipais”, mas que, por outro lado, “deveria ter havido maior maleabilidade para a alocação dos recursos entre as diversas referências”.

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

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

3.6.2 Gestão do SUS nos Municípios da Região de Saúde Rio Claro

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 a formação dos gestores municipais de saúde; as estruturas organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde e as organizações voltadas ao apoio e à gestão; os processos e instrumentos de planejamento e gestão; a avaliação e controle do SUS; o financiamento da saúde; a gestão de recursos humanos e finalmente o controle social.

- **Formação dos Gestores Municipais de Saúde**

Deve-se destacar que o SUS foi imprimindo gradativamente aos municípios brasileiros um conjunto de novas responsabilidades. Dessa forma, o trabalho em saúde desenvolvido sob a responsabilidade desses entes federados acabou por gerar novas demandas às Secretarias Municipais de Saúde. Assim sendo, os gestores municipais em saúde devem estar preparados para atender os desafios cotidianamente colocados.

No que se refere à formação dos secretários municipais de saúde da RS Rio Claro, observou-se que quatro gestores (67%) têm formação na área da saúde e dois deles (33%) têm formação em outras áreas do conhecimento, como educação, administração, direito, entre outras.

Dentre os profissionais com graduação em cursos da área da saúde, nenhum deles tem 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 quatro gestores municipais (67%) como parcialmente inadequadas; somente dois (33%) as consideraram como totalmente adequadas.

Segundo informações obtidas junto aos gestores municipais, somente um município dessa Região de Saúde (Ipeúna) faz parte de consórcio municipal de saúde, organizado em função da oferta de atividades ambulatoriais. Apenas os municípios de Analândia e Itirapina utilizam outros tipos de organizações de apoio à gestão, com o propósito de apoiar as secretarias no desenvolvimento de suas atividades.

- **Gerenciamento das Unidades de Saúde**

Um fator que contribui para a organização das atividades realizadas nos serviços de saúde é a existência de gerentes nas unidades de saúde. Apenas três municípios (50%) afirmam possuir cargos de gerência nas suas unidades. Desse total, apenas um (1) relata a existência de gerentes em todas as unidades de saúde.

Quanto aos aspectos considerados para a escolha desses gerentes, os gestores municipais apontam critérios, expostos na Tabela 47. O município de Corumbataí informa a realização de concurso público para o preenchimento dos cargos de gerente de unidades de saúde.

Tabela 47 - Aspectos considerados para escolha de gerentes de unidade, por município. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Carga horária profissional	Profissional de nível superior	Profissional concursado	Exigência de formação em Saúde Pública	Outras
Analândia					
Corumbataí					x
Ipeúna					
Itirapina		x			
Rio Claro	x	x	X		
Santa Gertrudes					

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

Dentre os três municípios que apresentam gerentes em unidades de saúde, dois apontam a existência de remuneração diferenciada para essa função.

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

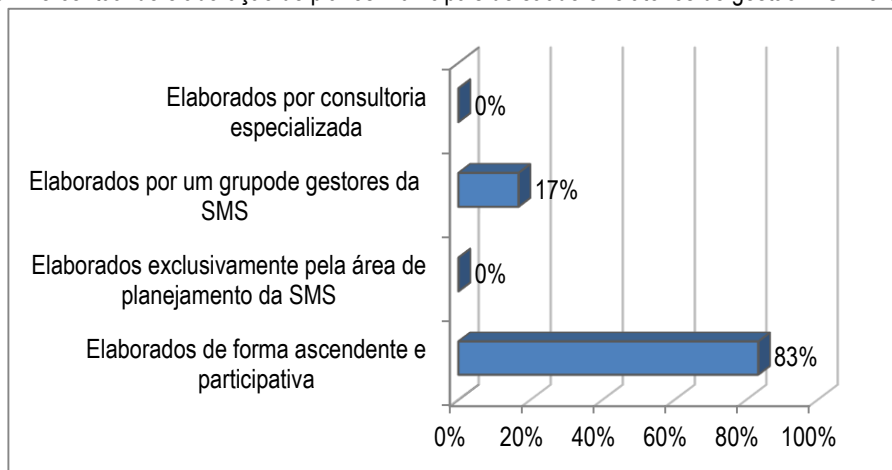
No âmbito da gestão do SUS municipal, este estudo buscou avaliar os processos e instrumentos de planejamento e gestão do SUS existentes nos municípios da RS Rio Claro, a partir das bases constitucionais e legais do planejamento em saúde.

O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)⁴¹ propõe uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de governo. O SUS pressupõe que cada esfera realize o seu planejamento, buscando articular entre si os respectivos planos de saúde, 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 dessa Região, cinco (83%) elaboram os seus Planos de Saúde e Relatórios de Gestão de forma ascendente e participativa, de acordo com o que preconiza o PlanejaSUS. Em um município (17%) os instrumentos são elaborados por grupo de gestores do nível central da SMS. Nenhum município dessa Região contrata consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão. Isso pode ser visualizado no Gráfico 15.

⁴¹ A Portaria Nº. 3.085, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o PlanejaSUS, define elementos e características que visam dotar os gestores, de forma oportuna, e segundo as especificidades de cada esfera de direção, do planejamento de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população.

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



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

Quanto à utilização desses instrumentos no processo de gestão do SUS municipal, 100% dos gestores municipais referem que o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão são totalmente utilizados na gestão municipal.

- **Avaliação e Controle do SUS**

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS, três municípios da Região (50%) afirmam possuir estruturas e processos bem definidos, enquanto outros três (50%) afirmam não possuir estruturas e processos voltados a avaliação e controle do SUS. Isso parece demonstrar que há ainda dificuldades, nos municípios, com aspectos relacionados à regulação do sistema. Um dos municípios relata a seguinte situação: “não contamos com uma equipe de avaliação e auditoria, sendo que estes procedimentos são realizados pela nossa regional”

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 sobre o processo de contratação de serviços de saúde.

- **Financiamento**

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

Dentre os municípios que compõem a RS Rio Claro, três (50%) possuem o fundo estruturado e sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, enquanto que nos outros três (50%), o fundo municipal está estruturado, porém sob a responsabilidade de outra estrutura da Prefeitura Municipal.

Quanto aos recursos alocados no Fundo Municipal, três municípios (50%) afirmam que colocam nesse fundo todos os recursos destinados à saúde, independente da fonte de receita. Apenas um município (17%) aloca somente os recursos municipais e os estaduais; outro município (17%) aloca somente os recursos estaduais e ainda o outro município (17%) destina ao fundo somente os recursos federais.

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

Os dados da Tabela 48 mostram que todos os municípios dessa Região vêm aplicando, desde 2003, mais de 15% do seu orçamento próprio em saúde, atendendo aos preceitos constitucionais da Emenda 29. Destacam-se na Região, o município de Rio Claro que, no ano de 2007, apresentou o menor percentual (15,59%), bem abaixo da média regional, e o município de Santa Gertrudes (24,50%), com a maior participação da receita própria aplicada em saúde na RS Rio Claro.

Tabela 48 - Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000, em %. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Analândia	19,47	20,60	22,49	22,90	25,09	22,84
Corumbataí	18,77	18,36	17,33	17,38	19,70	20,15
Ipeúna	18,65	20,63	18,06	19,12	21,55	22,04
Itirapina	20,99	25,53	24,37	23,77	26,12	23,81
Rio Claro	13,36	15,56	14,38	15,47	15,77	15,59
S Gertrudes	14,51	18,36	18,26	16,74	22,34	24,50
RS Rio Claro	17,63	19,84	19,15	19,23	21,76	21,49

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A Tabela 49 evidencia a variação, entre os municípios da Região, no tocante ao total de gastos per capita em saúde, que oscila entre R\$ 285,93 (Rio Claro) e R\$ 532,73 (Analândia). Apesar dessa variação, todos os municípios da Região, sem exceção, apresentaram aumento

dos gastos em saúde no período entre 2002 a 2007. Considerando que a média do Estado de São Paulo é de R\$ 255,02 per capita em 2007, verifica-se que todos os municípios estão acima da média estadual.

Tabela 49 - Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante, em reais. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Analândia	297,28	316,10	369,71	442,79	547,91	532,73
Corumbataí	212,74	219,53	232,78	306,30	371,13	472,53
Ipeúna	234,53	256,22	270,05	295,53	350,46	423,65
Itirapina	182,03	203,01	243,67	257,55	320,25	357,47
Rio Claro	127,25	149,23	162,64	205,90	242,01	285,93
S Gertrudes	106,55	136,14	159,54	177,44	243,25	327,54
RS Rio Claro	193,40	213,37	239,73	280,92	345,84	399,98

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A maior parte dos municípios da RS Rio Claro gasta menos de 10% do total de recursos da saúde em medicamentos (Tabela 50). Segundo informações obtidas junto ao SIOPS, os municípios de Itirapina e Analândia destinaram 0% do seu orçamento para a despesa com medicamentos. Todavia, no questionário da pesquisa, especialmente na seção destinada à assistência farmacêutica, o município de Itirapina informou que dispensa mais de 7% dos recursos destinados à saúde com medicamentos, e o município de Analândia informou que dispensa entre 3% e 7% dos recursos da saúde para esse fim. 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 em 2007, no que diz respeito à destinação desses recursos, está bem abaixo da média estadual, representando comparativamente menos da metade.

Tabela 50 - Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde, em %. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Analândia	7,62	13,29	0,00	0,00	0,00	0,00
Corumbataí	7,16	12,40	0,00	9,81	7,79	13,90
Ipeúna	9,98	12,79	9,00	9,03	11,71	9,14
Itirapina	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rio Claro	7,35	8,40	7,25	4,79	5,15	3,95
S Gertrudes	0,00	0,00	0,00	8,14	4,19	3,57
RS Rio Claro	5,35	7,81	2,71	5,30	4,81	5,09

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

As despesas com terceiros abrangem os gastos com prestadores de serviços contratados e conveniados pelo SUS municipal. Incluem-se aqui os organismos de apoio à gestão e a atenção, tais como OS, OSCIP, Universidades e outros. No âmbito desse tipo de gasto (Tabela 51), destacam-se com percentual acima da média regional os municípios de Rio Claro e Ipeúna, com 23,66% e 19,08% dos recursos da saúde, respectivamente, destinado a essa modalidade de despesa. A média estadual do percentual de recursos destinados a serviços de terceiros, em 2007, foi de 19,9%, consideravelmente acima da média dessa Região de Saúde.

Tabela 51 - Participação da despesa com serviços de terceiros- pessoa jurídica na despesa total com Saúde, em %. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Analândia	4,30	5,90	5,30	5,64	4,74	3,5%
Corumbataí	8,03	8,71	10,26	11,01	11,83	12,16
Ipeúna	8,10	7,39	11,08	14,53	17,93	19,08
Itirapina	9,21	10,72	10,19	12,09	11,46	13,27
Rio Claro	26,76	25,29	25,91	20,81	22,65	23,66
S Gertrudes	10,84	15,06	13,99	12,06	11,30	11,58
RS Rio Claro	11,21	12,18	12,79	12,69	13,32	13,88

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A despesa com investimentos abrange os recursos financeiros destinados a reforma, construção e ampliação de serviços de saúde, bem como os equipamentos e mobiliários. Destacam-se nessa Região os municípios de Santa Gertrudes e Rio Claro que estão com percentual acima da média regional (Tabela 52). Por outro lado a média estadual em 2007 foi de 5,26%, quase o dobro da média da Região no mesmo período.

Tabela 52 - Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde, em %. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Analândia	2,55	3,51	4,83	0,58	2,64	0,47
Corumbataí	8,56	0,71	0,26	0,78	6,31	1,75
Ipeúna	24,32	23,57	13,30	2,19	1,88	0,60
Itirapina	0,95	0,90	3,58	1,43	11,15	0,46
Rio Claro	1,79	2,42	2,90	0,90	3,08	3,35
S Gertrudes	1,23	2,04	0,92	4,90	6,32	7,09
RS Rio Claro	6,57	5,53	4,30	1,80	5,23	2,29

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Sabe-se que a força de trabalho é imprescindível tanto no processo de gestão quanto no da atenção a Saúde. Além disso, a natureza do processo de trabalho em saúde se caracteriza por requerer profissionais especializados. Isso acaba por gerar um alto impacto

dos gastos com pessoal nos recursos destinados à saúde. Os dados referentes a essa Região (Tabela 53) mostram que, em todos os municípios, o percentual destinado a Recursos Humanos é maior do que os percentuais destinados a custeio, capital e serviços de terceiro.

Tabela 53 - Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde, em %. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Analândia	76,60	69,69	69,92	71,27	73,30	75,75
Corumbataí	63,72	70,94	67,22	64,32	61,18	59,65
Ipeúna	29,38	28,42	33,34	42,23	45,98	54,27
Itirapina	77,96	75,57	76,20	72,37	62,72	68,67
Rio Claro	54,80	49,74	51,23	63,94	58,89	56,31
S Gertrudes	69,05	67,02	62,21	59,76	65,09	64,88
RS Rio Claro	61,92	60,93	60,02	62,32	61,19	62,26

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

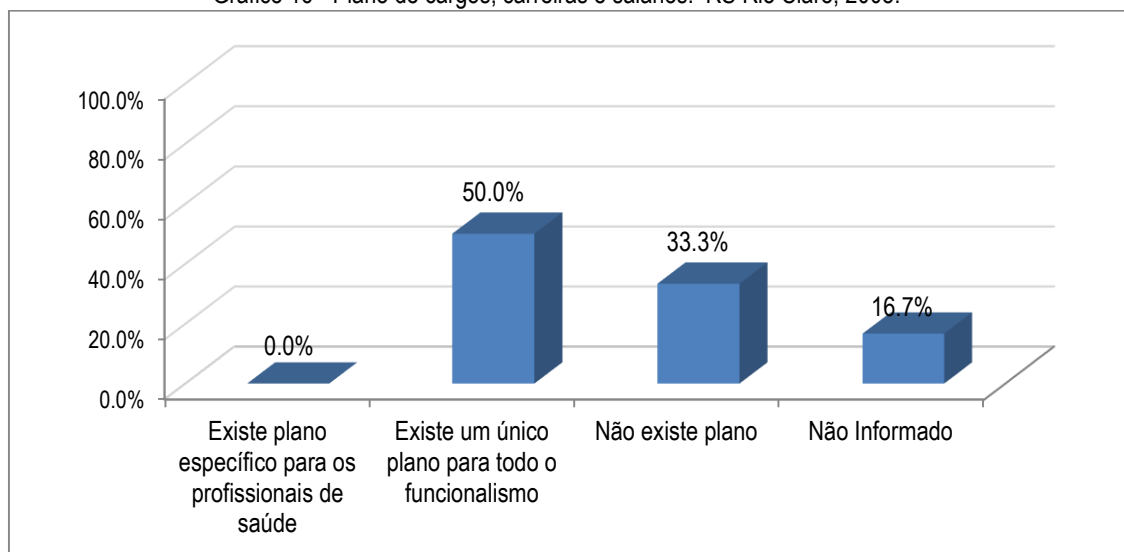
- **Gestão dos Recursos Humanos em Saúde**

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

Quanto aos mecanismos e instrumentos de contratação de recursos humanos, 100% dos gestores dos municípios da Região de Saúde Rio Claro avaliam tais mecanismos como adequados.

Os Planos de Cargos, Carreira e Salários consistem em importante instrumento para a gestão dos recursos humanos, bem como uma diretriz do Ministério da Saúde. Na RS Rio Claro, 50% dos municípios possuem plano geral para a administração municipal como um todo. Todavia, nenhum município apresenta um plano específico para os profissionais e saúde, visando atender as características específicas desses trabalhadores. Por outro lado 33,3% dos municípios (Analândia e Itirapina) afirmam não possuir plano. O município de Rio Claro (16,7%) não respondeu essa questão (Gráfico 16).

Gráfico 16 - Plano de cargos, carreiras e salários. RS Rio Claro, 2008.



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

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

Na Tabela 54 são apontadas as formas pelas quais os municípios da Região vêm realizando a contratação de profissionais.

Nessa Região, todos os municípios contratam seus trabalhadores por meio de concurso público, em que pese alguns municípios também utilizarem outros mecanismos de contratação.

Tabela 54 - Formas de contratação de Recursos Humanos em Saúde, por município. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Concurso Público	Contratação Temporária
Analândia	x	
Corumbataí	x	
Ipeúna	x	
Itirapina	x	x
Rio Claro	x	x
Santa Gertrudes	x	x

Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS

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. Apesar do grande número de profissionais formados todos os anos no país, especialmente nas regiões Sul e Sudeste, observa-se que muitos municípios referem uma insuficiência desses profissionais no sistema.

No entanto, dos 5 municípios que compõem a RS Rio Claro, três (63%) referem não existir nenhuma dificuldade para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde. Por outro lado, dois municípios apontam os baixos salários como um entrave à contratação e fixação desses profissionais. O município de Analândia não respondeu a essa questão (Tabela 55).

Tabela 55 - Principais dificuldades encontradas para a contratação e fixação de médicos, por município. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Nenhuma	Baixos Salários	Ambiência inadequada	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios	Retaguarda técnica insuficiente
Analândia						
Corumbataí	x					
Ipeúna	x					
Itirapina	x					
Rio Claro		x				
Santa Gertrudes		x				

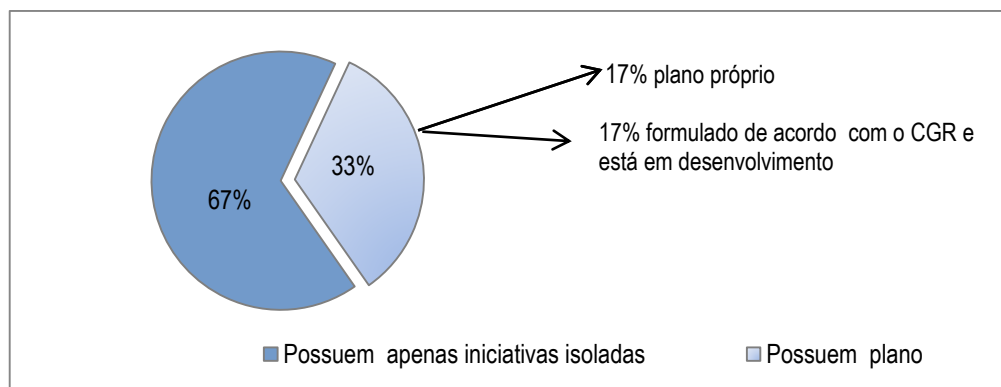
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Outro aspecto observado neste estudo, diz respeito aos processos de educação permanente em saúde. A *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS* é considerada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor. A publicação da Portaria MS/GM nº 1.996/2007 reitera que a responsabilidade em efetivar as diretrizes da Educação Permanente em Saúde nos Estados deve ser compartilhada entre os gestores locais, regionais e estaduais, com a efetiva participação da sociedade, através das Instituições de Ensino, das Escolas Técnicas do SUS, dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde. A necessária conjugação de esforços nessa área reforça o papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) no planejamento das ações de capacitação profissional e amplia as possibilidades de organização das Comissões de Integração Ensino/Serviço (CIES) nas macrorregiões de saúde. Além disso, a portaria prevê a descentralização dos recursos financeiros, que antes ficavam sob a gestão do Ministério da Saúde.

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

Pode se observar no Gráfico 17 que a maior parte dos municípios não possui um plano organizado direcionado às iniciativas de educação permanente. Verificou-se que apenas 1 município (17%) possui plano próprio; 4 municípios (67%) não possuem plano, desenvolvendo somente iniciativas isoladas, e 1 município (17%) reconhece que o plano foi formulado de acordo com as prioridades definidas no CGR e está em desenvolvimento.

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



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

A existência de uma estrutura de recursos humanos nas secretarias municipais de saúde com as atribuições e responsabilidades definidas, tende a contribuir para a organização e racionalização dos fluxos e das demandas para o setor. Todavia, verifica-se na Tabela 56 que a maior parte das secretarias da região, especialmente as dos municípios de pequeno e médio porte, não possui estrutura própria para a gestão de recursos humanos. Muitos municípios possuem apenas uma área com características específicas de departamento de pessoal, subordinadas, na maior parte das vezes, às áreas financeiras e administrativas da Prefeitura. Além disso, em grande parte dos municípios em que existe um setor específico, a Gestão do Trabalho é separada da área voltada à Educação Permanente, assim como as duas são pouco articuladas com as outras áreas estratégicas das Secretarias.

Conforme mostra a Tabela 56, quatro municípios (66%) não apresentam estruturas próprias voltadas à gestão dos recursos humanos em saúde, e dois (33%) possuem estruturas, porém somente voltadas à administração de pessoal. Esse cenário evidencia a necessidade de uma melhor estruturação dessas Secretarias de Saúde para contribuir com a qualificação do processo de Gestão da força de trabalho.

Tabela 56 - Existência de setor próprio voltado à gestão de recursos humanos, por municípios. RS Rio Claro, 2008.

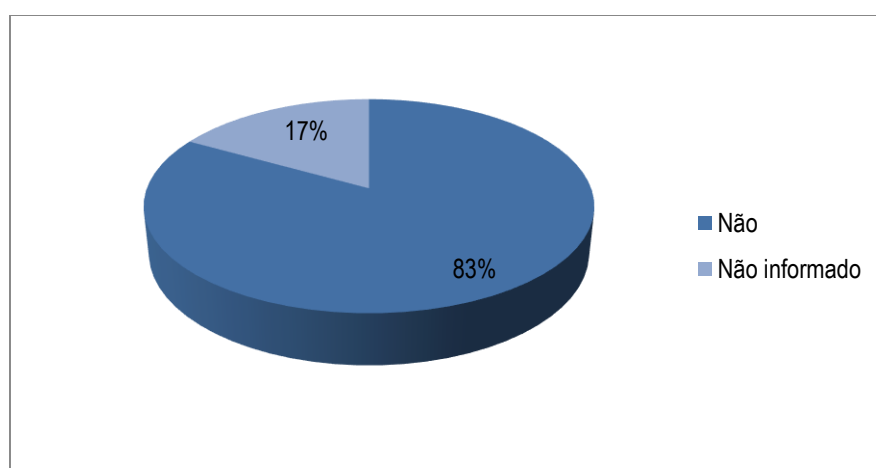
Municípios	Não existe	Existe apenas para procedimentos administrativos	Existe apenas para procedimentos de educação permanente	Existe para procedimentos administrativos e de educação permanente
Analândia		x		
Corumbataí	x			
Ipeúna	x			
Itirapina	x			
Rio Claro		x		
Santa Gertrudes	x			

Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. 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. Uma das causas da baixa capacidade gerencial na área de recursos humanos é a ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho. Assim, a folha de pagamento, na maior parte dos municípios brasileiros, é a única fonte de informações em relação aos servidores, não havendo dados disponíveis quanto à lotação real dos trabalhadores, sua qualificação, bem como previsão de aposentadoria.

Na RS Rio Claro (Gráfico 18), cinco municípios (83%) informam não possuir sistema de informação específico para recursos humanos. O município de Rio Claro não respondeu a questão.

Gráfico 18 - Existência de um sistema de informação específico para a gestão dos recursos humanos em saúde. RS Rio Claro, 2008.



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

Sabe-se que os canais de negociação coletiva 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. Entretanto, essa não é a realidade de toda a RS Rio Claro, já que apenas em três dos municípios (50%) da Região, os gestores municipais referem a existência desses mecanismos nas SMS.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos em saúde, vale destacar que dois gestores (33%) relatam a existência de inadequações dos salários de seus profissionais, e três (50%) consideram que os salários se encontram em geral adequados frente à remuneração dos outros municípios da Região. O município de Rio Claro não respondeu à questão. 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 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 de que o controle social possibilita aos cidadãos não só participarem da formulação das políticas públicas, mas também fiscalizarem de forma permanente a aplicação dos recursos.

No que se refere ao controle social, os dados colhidos através do questionário da pesquisa mostram que 100% dos Secretários Municipais da Região de Saúde Rio Claro consideram que a composição dos Conselhos Municipais de Saúde obedece ao que preconiza a legislação vigente.

No que se refere ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, 100% dos gestores municipais afirmaram que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida.

Esses dados obtidos junto aos gestores parecem demonstrar uma tendência de qualificação da organização das instâncias municipais voltadas ao controle social.

A Lei Federal 8.142 de 1990 define que as Conferências Municipais de Saúde devem ser realizadas no mínimo a cada quatro anos. Quanto a essa questão, os dados do questionário mostram que quatro municípios (67%) da Região realizam as Conferências Municipais de Saúde com a periodicidade mínima exigida, e dois municípios (33%) ainda não atendem à essa 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 Rio Claro. Sem dúvida, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações no sentido de aprimorá-los, considerando a importância do processo de configuração das Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Quanto às formas de organização e gestão regional na RS Rio Claro, 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, 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 e as linhas de investimento.

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

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

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

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde é um dos maiores desafios a ser superado na gestão do SUS na Região de Rio Claro. Alguns municípios investigados apontam dificuldades para contratação e fixação de profissionais médicos. Nesse sentido, há a necessidade de uma revisão das estratégias até aqui adotadas, bem como o investimento na constituição de planos de cargos, carreiras e salários nos municípios que atendam as especificidades do setor saúde. Trata-se, entretanto de uma questão bastante complexa, que envolve um conjunto de fatores e que, portanto merece um maior aprofundamento para sua análise. No que se refere às estruturas e processos voltados ao planejamento e gestão de recursos humanos nas secretarias, a maior parte dos municípios dessa Região indicou a inexistência dessas estruturas, 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. Ainda nesse sentido, chama a atenção o fato de nenhum dos municípios da RS Rio Claro relatar a existência e utilização de sistema de informação próprio para a gestão de RH. Observou-se ainda que os municípios têm tido dificuldades em elaborar e implantar os Planos de Educação Permanente, apresentando iniciativas isoladas com pouca articulação com as outras prioridades definidas para a gestão municipal.

Entendemos que o enfrentamento desses desafios no âmbito dos sistemas de gestão municipal e regional trará conseqüências positivas ao processo de estruturação da regionalização em curso nessa região de saúde, e deve 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 Vida⁴² foram definidos patologias e agravos a serem prioritariamente enfrentados no país. No Estado de São Paulo, durante o processo de

⁴² BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

formulação do Plano Estadual de Saúde, outras patologias e agravos foram incorporados nessa priorização⁴³.

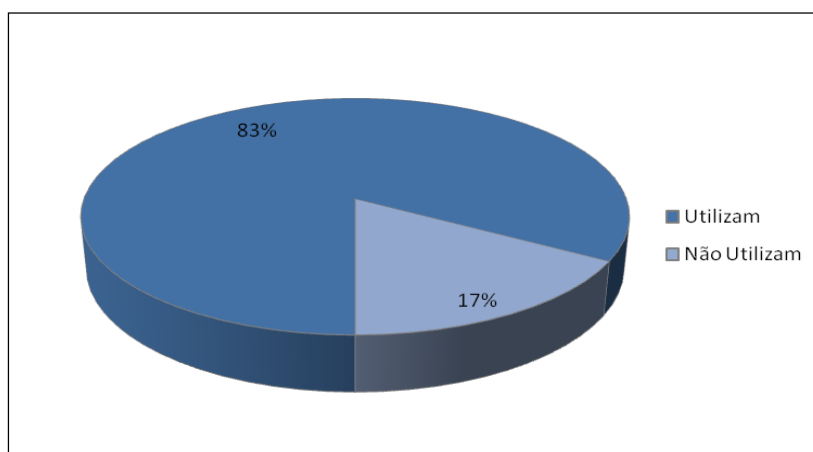
Assim é que hoje no SUS em São Paulo busca-se enfrentar os seguintes agravos e/ou patologias: hipertensão arterial; diabetes mellitus; doenças isquêmicas do coração e doenças cérebro vasculares; câncer de colo uterino; câncer de mama; câncer de colon e reto; câncer da cavidade oral; tumor de próstata 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.

3.7.1 Protocolos Clínicos

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

A utilização de Protocolos Clínicos constitui-se em prática admitida por cinco dos seis municípios que compõem a Região Sanitária de Rio Claro (Gráfico 19).

Gráfico 19 - Utilização de protocolos clínicos. RS Rio Claro, 2008.



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

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.

⁴³Além 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 Tabela 57 apresenta os dados referentes à utilização de protocolos clínicos para hipertensão arterial. Nela pode-se observar que na Atenção Básica, quatro dos seis municípios da RS Rio Claro referem utilizar protocolos. Apenas o município de Itirapina refere utilizar protocolos para essa patologia na Atenção Básica e em todos os componentes da Atenção Especializada. Já na Atenção Ambulatorial, esse número decresce para três, na Urgência e Emergência para dois e na Atenção Hospitalar apenas um município refere essa utilização.

Tabela 57 - Utilização de protocolos clínicos para hipertensão. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Analândia	x	x		
Corumbataí	x			
Ipeúna				
Itirapina	x	x	x	X
Rio Claro	x			
Santa Gertrudes		x		X

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

No que diz respeito à utilização de protocolos clínicos para diabetes, a situação é semelhante, conforme pode ser observado na Tabela 58. Quatro municípios referem utilizá-los na Atenção Básica; três na ambulatorial; e, um na hospitalar e também na urgência e emergência.

Tabela 58 - Utilização de protocolos clínicos para diabetes. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Analândia	x	x		
Corumbataí	x			
Ipeúna				
Itirapina	x	x	x	x
Rio Claro	x			
Santa Gertrudes		x		

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

A referência à utilização de protocolos clínicos tanto para o câncer de colo uterino e como para o câncer de mama na RS Rio Claro é apresentada na Tabela 59. Nota-se que quatro municípios declaram utilizá-los na Atenção Básica, quatro na Atenção Ambulatorial especializada e um na hospitalar. Lembrando serem dois os municípios que possuem hospitais.

Tabela 59 - Utilização de protocolos clínicos para câncer de colo uterino e de mama. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Analândia	x	x		
Corumbataí	x			
Ipeúna				
Itirapina	x	x	x	
Rio Claro	x	x		
Santa Gertrudes		x		

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

Já no que diz respeito à atenção pré-natal e neonatal (Tabela 60), a situação é semelhante: nota-se que quatro municípios da Região referem utilizar-se de protocolos na atenção básica, quatro na ambulatorial especializada e os dois que possuem hospital, na atenção hospitalar especializada.

Tabela 60 - Utilização de protocolos clínicos para pré-natal e atenção neonatal. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Analândia	x	x		
Corumbataí	x			
Ipeúna				
Itirapina	x	x	x	
Rio Claro	x	x	x	
Santa Gertrudes		x		

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

A Tabela 61 apresenta a utilização de protocolos para tumor de próstata, onde se pode observar que dois municípios referem utilizá-los na atenção básica, três na ambulatorial especializada e os dois que possuem hospitais nesse nível de atenção.

Tabela 61 - Utilização de protocolos clínicos para tumor de próstata . RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Analândia				
Corumbataí	x			
Ipeúna				
Itirapina	x	x	x	
Rio Claro		x	x	
Santa Gertrudes		x		

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

No caso do enfrentamento de violências e acidentes, para os quais seria também necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção, pode-se observar (Tabela 62) que a utilização de protocolos é apontada por dois municípios na atenção básica, um na atenção ambulatorial especializada e apenas um na hospitalar.

Tabela 62 - Utilização de protocolos clínicos para violência/acidentes. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Analândia				
Corumbataí	x			
Ipeúna				
Itirapina	x		x	
Rio Claro				
Santa Gertrudes		x		

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

Com exceção de protocolos para tumor de próstata e para os agravos relacionados à violência e acidentes, quatro dos cinco municípios que referem fazer uso de protocolos, o fazem nesses casos na atenção básica. Na atenção ambulatorial especializada, essa utilização é ainda bastante significativa embora em menor número. Na atenção hospitalar embora sejam apenas dois os municípios da Região que contam com serviços hospitalares no SUS, ainda assim a utilização de protocolos é expressiva. Já no que diz respeito à utilização nos serviços de urgência e emergência, presentes com unidades diversificadas em todos os municípios da Região, essa utilização não é referida para qualquer dos agravos priorizados. Nada se pode inferir, no entanto, sobre a articulação desses protocolos.

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

- Falta de participação da equipe médica;
- Déficit e ou rotatividade de profissionais.

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

3.7.2 Supervisão Técnica/Clínica

Quanto à existência de iniciativas de Supervisão Técnica/Clínica voltadas à qualificação do cuidado, observou-se nos municípios dessa Região Sanitária a presença dessas atividades em relação à atenção básica em quatro municípios da Região. Essa atividade é referida por dois municípios, na atenção ambulatorial especializada, por três na urgência e emergência e por um na atenção hospitalar (Tabela 63).

Tabela 63 - Utilização de iniciativas de supervisão técnica/clínica. RS Rio Claro, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência/Emergência
Analândia				
Corumbataí	x	x		x
Ipeúna	x			
Itirapina	x	x	x	x
Rio Claro				x
Santa Gertrudes	x			

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

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

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

- Falta de Recursos Humanos;
- Rotatividade dos profissionais.

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

3.7.3 Processos de Capacitação

A Tabela 64 apresenta os processos de capacitação desenvolvidos no último ano nas Regiões Sanitárias que guardam correspondência com o DRS de Piracicaba. Em relação aos processos de capacitação realizados na RS Rio Claro voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, pode-se observar que não foi desenvolvida nenhuma

iniciativa durante o último ano para o enfrentamento do tumor de próstata, do câncer de mama e para violências e acidentes.

Tabela 64 - Número de municípios que desenvolveram processos de capacitação no último ano nas regiões que compõem a Região do DRS Piracicaba, 2008

Processos / Agravos	RS Araras	RS Limeira	RS Piracicaba	RS Rio Claro
Hipertensão Arterial	3	1	6	3
Diabetes	3	1	6	3
Câncer de Colo	3	2	5	1
Câncer de Mama	4	2	4	0
Tumor de Próstata	0	0	0	0
Perinatal	4	3	6	3
Violência	0	0	0	0
Doenças Emergentes	5	4	7	4

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

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

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

- Inexistência de espaço físico para essas atividades;
- Sobrecarga de trabalho com poucos horários vagos;
- Déficit de Recursos Humanos;
- Falta de investimento.

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 Rio Claro apresenta um perfil de desenvolvimento semelhante ao do Estado de São Paulo, com a presença de áreas de grande dinamicidade econômica, densamente urbanizadas e com altos índices de desenvolvimento humano coexistindo com áreas que apresentam graus intermediários e/ou baixos de desenvolvimento econômico social e humano.

Dadas as diferenças demográficas existentes entre seus municípios, essa Região requer iniciativas bastante diversificadas no que se refere à implementação das políticas públicas, exigindo que se respeitem as especificidades de cada município numa perspectiva que favoreça a integração e o consenso entre esses entes federados. Dessa forma, cabe ao Colegiado de Gestão Regional considerar essas premissas no processo de estruturação da rede regional de atenção a saúde.

Quanto às condições de saúde da população da Região, observadas detalhadamente através desse estudo, pode-se afirmar em relação às principais causas de mortalidade que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes em todos os municípios. Estas, juntamente com as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, respondem pela maior parte das mortes por causas definidas. Paralelamente, observa-se a evolução histórica de queda da mortalidade infantil, que acompanha o ocorrido em todo o Estado de São Paulo, com uma tendência de estabilização nos últimos anos. Entretanto, persiste na Região um importante volume de mortes evitáveis, em diferentes grupos populacionais, especialmente mulheres na fase de gestação e parto e, recém-nascidos.

No que diz respeito às doenças transmissíveis, deve-se salientar que o estudo apontou a necessidade de se definir medidas específicas na Região para o enfrentamento prioritário da aids, tuberculose, hanseníase, dengue, entre outras.

Conforme já apontado, o aumento das condições crônicas (somatório de doenças crônicas, doenças transmissíveis que assumem um caráter crônico como, por exemplo, HIV/Aids e tuberculose, transtornos mentais, doenças genéticas e deficiências físicas entre outras), observado na população da Região, exige grandes mudanças no sistema no sentido de torná-lo mais integrado para garantir o acesso e acompanhamento permanente dos usuários.

Como se sabe, os processos de qualificação de sistemas de saúde, como o SUS, exigem medidas de caráter mais global e sistêmico, ao lado de outras de caráter mais específicos e focais, definidas em função de prioridades estabelecidas. Nessa perspectiva, a análise das condições de saúde aqui apresentada aponta para a necessidade de intervenções voltadas ao enfrentamento de riscos existentes e agravos e patologias mais prevalentes na Região, o que pode ser perseguido através de um conjunto de iniciativas voltadas à qualificação do cuidado em saúde.

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

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

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

Para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde, é imprescindível que as ações e atividades de Atenção Básica sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade. Tais ações e atividades que, no SUS, são de competência dos municípios devem considerar as características e a diversidade da população de cada local e organizar-se, independente do modelo escolhido, pelas

seguintes diretrizes: territorialização com adscrição de clientela; organização do trabalho com base no perfil epidemiológico da população adscrita; acolhimento ao usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; e, análise de risco. Para que a Atenção Básica nessa Região possa ser organizadora do sistema de saúde, seu modelo necessita ser aprimorado. Recomenda-se, assim, o desenvolvimento e implantação de um Programa de Qualificação da Atenção Básica, sob a responsabilidade de cada município, que inclua: a adequação da infraestrutura física e tecnológica das unidades de saúde já existentes; a construção de algumas novas unidades onde se mostrar necessário; a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; a implantação de gerências nas unidades básicas de saúde; a implantação de protocolos clínicos consensuados e a organização de equipes de apoio técnico e referência clínica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outra questão que deve ser considerada, diz respeito à implantação de um cartão de identificação do usuário comum a todos os municípios da Região. Essa iniciativa, aliada à informatização do processo de agendamento e a reorganização das Centrais de Regulação de Acesso, com certeza propiciará maior integração do sistema regional favorecendo o acesso ao usuário a todas as unidades do sistema.

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

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde é um dos grandes desafios a ser enfrentado. Sugere-se assim a estruturação de instâncias destinadas à gestão das relações de trabalho, tanto relacionadas aos aspectos administrativos, quanto aos processos voltados à educação permanente. Faz-se necessário também, a definição de um conjunto de diretrizes regionais que possam subsidiar a elaboração dos PCCS em cada município, específicos para os profissionais de saúde.

Embora os municípios da Região de Saúde Rio Claro venham cumprindo os preceitos constitucionais relativos à destinação de recursos municipais à saúde deve-se buscar a vinculação imediata dos Fundos Municipais de Saúde a todas as SMS.

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília: CONASS, 2008. (Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS, 8.). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/susavancosedesafios.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.
- BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 1, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2009.
- BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 4, 31 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10)*. Brasília: MS. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde [on-line]. Brasília: MS Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: anos 2008-2009
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 3. ed. ampl. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Conjunta Nº 125/SVS, de 26 de março de 2009*. Define ações de controle da hanseníase. Diário Oficial da União, Brasília, p. 73, 27 de março de 2009. Seção 1. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 23 mar. 2009.

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_reducao_mortalidade_mat_neonatal.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise de situação de saúde*. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2007.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_1_completo.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistemas de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. 3. ed. Brasília: MS, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2009.

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

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

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

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

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

- MALTA, Deborah Carvalho et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Rio de Janeiro, vol.16, n. 4, p.233-244, dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2009.
- MEDRONHO, Roberto A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, 2004.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, jun. 2005. (mimeo).
- OLIVETTE, Mario Pires de Almeida et al. Uso do solo agrícola paulista e sua distribuição regional, 1990-2001. *Informações Econômicas*, 2003; 33(10): 41-77. Disponível em: <<ftp://ftp.sp.gov.br/ftpiea/tec4-1003.zip>>. Acesso em: 10 mar. 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação - relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)*. Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2009.
- PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Maria Glória. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do SUS. *Informe Epidemiológico do SUS*, n.2, p.27-57, 1992,
- PENNA, Maria Lúcia Fernandes. *Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde*. Texto elaborado para a Bibliografia Básica do Projeto GERUS - Especialização em gerência de unidades básicas do SUS. Brasília: OPAS, 1997. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf>.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: PNUD. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/>>. Acesso em: 10 mar. 2009.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/indicadores.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2009.
- ROSS, Jurandyr Luciano Sanches (org.). *Geografia do Brasil*. São Paulo: Edusp, 1995.
- SANTOS, Milton. *A natureza do espaço*. São Paulo: Edusp, 2002.
- SANTOS, Milton. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel, 1996.
- SÃO PAULO. Centro de Vigilância Epidemiológica “Alexandre Vranjac” (CVE). Dados Estatísticos [on-line]. São Paulo: CVE. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/>> Acesso em: 10 mar. 2009.
- SÃO PAULO. CEPAM. *Regiões Administrativas e de Governo. Cartograma*. São Paulo: FPFL/SIDAM - Geoprocessamento, 1998.

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

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

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

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

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

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

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

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

SÃO PAULO. *Lei Complementar Estadual nº 870, de 19 de junho de 2000*. Cria a Região Metropolitana de Campinas. Diário Oficial do Estado, p. 2, 20 de junho de 2000. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei%20complementar/2000/lei%20complementar%20n.870,%20de%2019.06.2000.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

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

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br