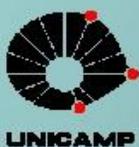


Área de Pesquisa: Programa de Estudos em Sistemas de Saúde

CADERNOS DE PESQUISA EM SAÚDE – Nº. 20 - 2014

# DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE RIO PARDO



## 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

CADERNO DE PESQUISA EM SAÚDE/ Núcleo de  
Estudos de Políticas Públicas/UNICAMP. N. 20, 2014.  
Campinas, SP.: NEPP/UNICAMP/PESS, 2014

(Área de Pesquisa: Programa de Estudos em  
Sistemas de Saúde).

1.Saúde Pública. 2. Sistemas de Saúde. I. Núcleo de  
Estudos de Políticas Públicas. II. 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 PARDO**

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

**AGOSTO/2009**

## Pesquisadores

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

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

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

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

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

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

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

Paulo Eduardo Moreira Rodrigues da Silva  
Médico Pediatra e Doutor em Medicina Interna  
Docente da Faculdade de Ciências  
Médicas/UNICAMP  
Pesquisador do NEPP/UNICAMP

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

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

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

## Pesquisadores de campo

Carla Priscila Linarelli  
Psicóloga

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

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

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

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

Rafaela Rodrigues Cheche  
Psicóloga

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

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

## Consultoras

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

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

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO GERAL</b>	<b>16</b>
<b>2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE RIO PARDO</b>	<b>35</b>
<b>3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE RIO PARDO</b>	<b>70</b>
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	
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>180</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>186</b>

## DIAGNÓSTICO DA REGIÃO DE SAÚDE RIO PARDO

### 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*”<sup>1</sup>.

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*<sup>2</sup> 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 implementação<sup>3</sup>.

---

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

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

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

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.

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 Saúde<sup>4</sup>, 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.<sup>5</sup>

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 sistema.<sup>6</sup>

---

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

<sup>5</sup> 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.

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).

Figura 1 – Representação de Sistema por Níveis Hierarquizados



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

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

Figura 2 - Representação de Rede Temática de Saúde



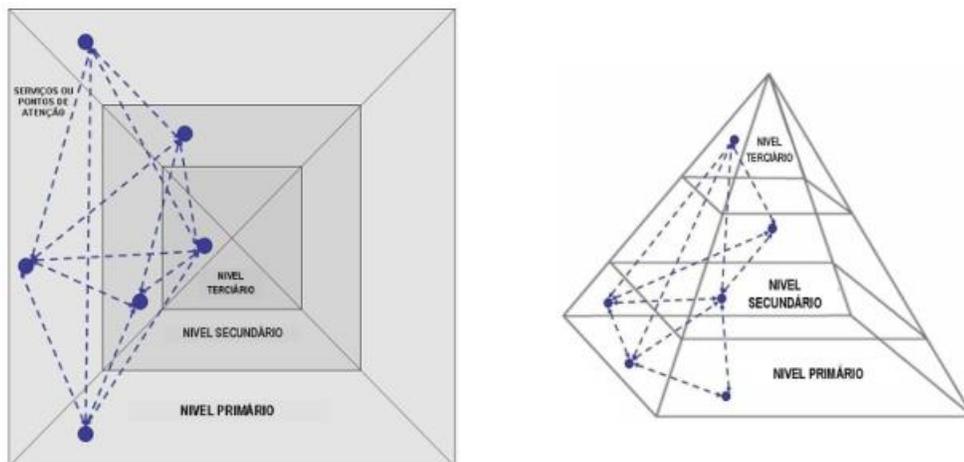
Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo

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 serviços<sup>6</sup>. 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,

<sup>6</sup> 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesse estudo, **cuidado em saúde** é entendido como o conjunto de práticas/intervenções voltadas à promoção, preservação ou recuperação da saúde. Engloba desde as iniciativas singulares de 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.

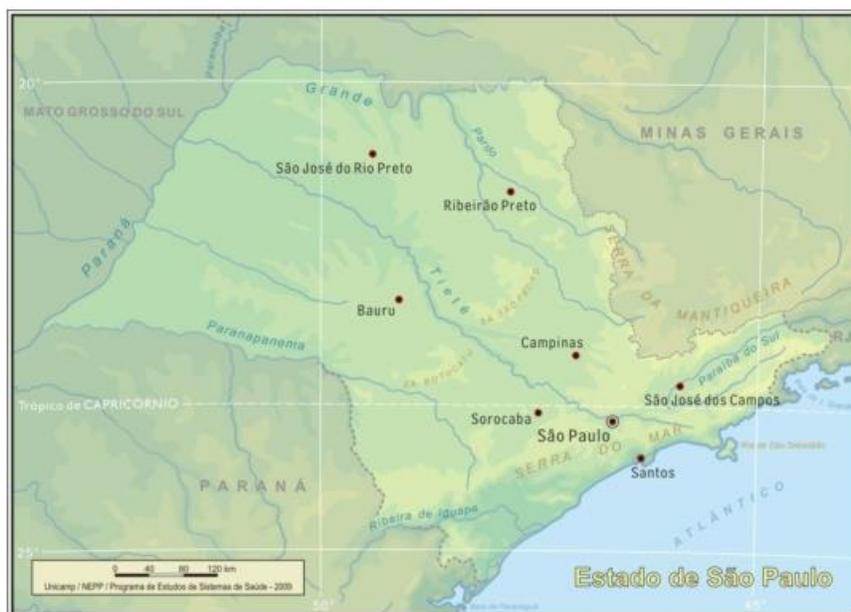
## 1. CARACTERIZAÇÃO GERAL

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

### 1.1. O Estado de São Paulo

Localizado na porção Centro-Sul do país, e atravessado pelo Trópico de Capricórnio, São Paulo faz parte da Região Sudeste, tendo como vizinhos o Paraná, o Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e o Rio de Janeiro. Seu território estende-se do litoral às margens do rio Paraná, com se vê no Mapa 1<sup>7</sup>, que apresenta também os principais compartimentos da geomorfologia e hidrografia.

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



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

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

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

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

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



Ao final dos anos 1990, o executivo estadual passou a se utilizar também de outro modelo de recorte territorial supramunicipal - as regiões metropolitanas <sup>9</sup>. Previstas na Constituição Estadual, e definidas pela Lei Complementar 760/94, são regiões que apresentam "cumulativamente, as seguintes características: elevada densidade demográfica; significativa conurbação; funções urbanas e regionais com alto grau de diversidade; e especialização e integração socioeconômica", e, diferentemente das Regiões Administrativas, as Regiões Metropolitanas têm uma estrutura jurídica que lhes garante certa autonomia, através do Conselho de Desenvolvimento.

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

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

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

---

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

### Mapa 3 - Estado de São Paulo: Regionalização da Saúde.

Regiões de Saúde, Departamentos Regionais de Saúde e Macrorregiões de Saúde.



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



desponta São João da Boa Vista como o polo da região. Como centro mais populoso, porém, pode ser considerada a *conurbação mogiana*, onde Mogi Guaçu e Mogi Mirim congregam mais de 200 mil habitantes.

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

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

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

A malha rodoviária do Estado de São Paulo é a mais densa de todo o país, seja em vias de pista simples, seja em autoestradas. Especialmente no complexo regional campineiro, essa densidade atinge níveis de excelência, em termos de Brasil. Dessa forma, a articulação entre as cidades da Região do DRS São João da Boa Vista se viabiliza em muitas direções, permitindo certa complexidade no aspecto funcional<sup>11</sup> da rede urbana.

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

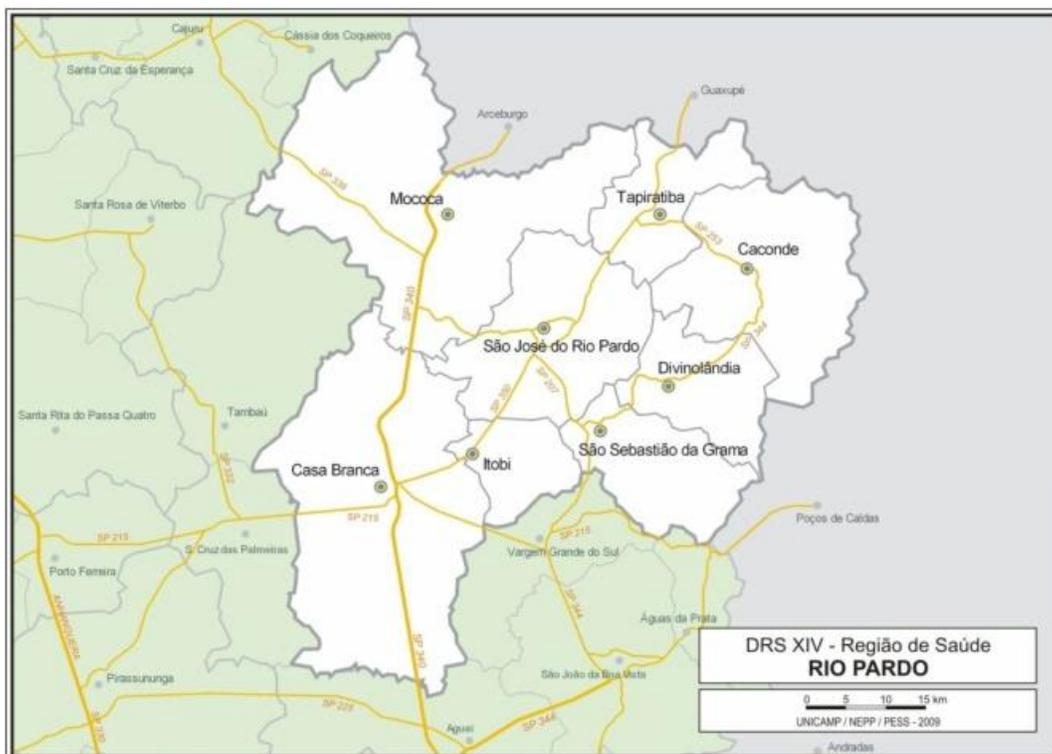
---

<sup>11</sup> Diferentemente do tamanho, a funcionalidade urbana indica a atuação da cidade no seu entorno; ou a capacidade de atração exercida sobre outras cidades

### 1.3. A Região de Saúde Rio Pardo

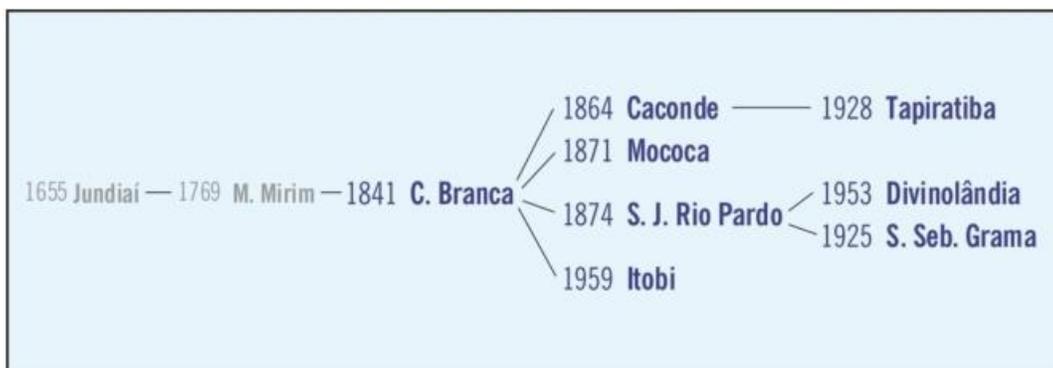
A Região de Saúde Rio Pardo compõe-se de 8 municípios: Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Gramma e Tapiratiba, como destacado em branco no Mapa 5.

Mapa 5 - Região de Saúde Rio Pardo.



A formação territorial da RS Rio Pardo é decorrente da fragmentação, direta e indireta, do município de Casa Branca, como vem detalhado no Quadro 1. É interessante notar que a dinâmica territorial da Região pode ser dividida em dois momentos: no Século XIX, quando foram criados quatro municípios, e no Século XX, quando se emanciparam os outros quatro.

Quadro1 - Genealogia Municipal na RS Rio Pardo.



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

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

Localizada quase inteiramente nos domínios da Serra da Mantiqueira, a Região de Saúde Rio Pardo ocupa a porção paulista do alto vale do Pardo, cujo potencial energético é aproveitado em três pontos da Região. Dada a topografia bastante movimentada, não é possível o aproveitamento integral de suas terras para a agricultura convencional. No entanto, diversos produtos são ali cultivados: café, laranja, milho, feijão, cana-de-açúcar, batata, legumes, eucalipto. Há uma grande quantidade pastos, e a bovinocultura, ao lado da avicultura de corte, destacam-se na pecuária.

Se agropecuária é a atividade mais marcante nos municípios da RS Rio Pardo, dando tom à organização socioeconômica destas áreas, a indústria, articulada ao campo e a outros ramos de transformação, bem como os serviços, também estão presentes, especialmente no caso de Mococa e São José do Rio Pardo. Entre os mais de 390 estabelecimentos industriais instalados em 2007, estão presentes na região empresas nacionais importantes em seus respectivos ramos de atuação (Metalúrgica Mococa, Mococa S.A. Produtos Alimentícios, Mecânica Cairú), além de algumas usinas de produção de açúcar e álcool. O setor de serviços, por sua vez, tem seu dinamismo vinculado à agroindústria local e é bastante expressivo no comércio, com mais de 2100 estabelecimentos (SEADE, 2009)

Dois núcleos urbanos se destacam na RS Rio Pardo, Mococa e São José do Rio Pardo, ambas com população que as classifica como cidades médias.

### 1.3.1. Infraestrutura Urbana e Viária

O sistema rodoviário instalado na RS Rio Pardo inclui um eixo de pista dupla, a SP 340, que leva a Mogi Guaçu e a Campinas, distante 150 km de São José do Rio Pardo. As demais rodovias estaduais interligam todas as sedes municipais, sendo as mais favorecidas Casa Branca e São José do Rio Pardo, como se pode ver no já citado Mapa 5.

As cidades da RS Rio Pardo constituem uma rede de pequena complexidade. São José do Rio Pardo (45 mil habitantes), o polo da RS, atende às demandas dos demais núcleos urbanos, principalmente os de menor porte. Entre os grandes centros fora da Região, atuam principalmente Campinas e Ribeirão Preto.

No tocante à saúde, destaca-se a cidade de Divinolândia, onde funciona o principal equipamento do consórcio municipal que congrega não só os municípios da RS Rio Pardo como os da vizinha RS Mantiqueira.

Esta e outras funcionalidades evidenciaram-se no questionário eletrônico aplicado no âmbito deste Projeto, no qual os gestores municipais responderam sobre diversos temas relativos ao seu município. Uma das questões pedia para listar "as 3 cidades mais procuradas para: Serviços de Saúde, Escolas/faculdades e Compras/lazer", e as mais citadas foram São José do Rio Pardo (18 vezes), São João da Boa Vista (11), Ribeirão Preto (7), Campinas (6), Mococa (5), Divinolândia e Poços de Caldas (4 vezes).

De acordo com o IBGE, no estudo *Regiões de Influência das Cidades 2007*<sup>12</sup>, São José do Rio Pardo é um *Centro de Zona A*, vinculado a Campinas (*Capital Regional A*). Mococa é classificada como *Centro de Zona B*, vinculado a Ribeirão Preto (*Capital Regional B*), mas com pequena influência na Região.

### 1.3.2. Demografia e Condições de Vida

A população total da região é de aproximadamente 200 mil habitantes e nenhum município possui mais de 100 mil habitantes. A distribuição desse contingente e algumas de suas principais características são mostradas na Tabela 1.

---

<sup>12</sup> Este estudo define 4 níveis hierárquicos a saber: Metrópole (subdividido em "Grande Metrópole Nacional", "Metrópole Nacional" e "Metrópole"), Capital Regional ("A", "B" e "C"), Centros sub-Regional ("A" e "B") e Centro de Zona ("A" e "B"). As cidades situadas em regiões metropolitanas ou em grandes aglomerados não foram consideradas neste estudo.

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

Municípios	Área (km <sup>2</sup> ) 2007	Densidade demográfica (hab/km <sup>2</sup> ) 2007	População 2007	Percentual População RS (%) 2007	População urbana (%) 2000
Caconde	470,5	41,0	19.289	8,9	64,3
Casa Branca	865,5	32,0	27.664	12,8	80,7
Divinolândia	222,3	54,9	12.194	5,6	57,2
Itoibi	138,6	57,3	7.940	3,7	83,1
Mococa	854,1	81,2	69.340	32,1	87,4
São José do Rio Pardo	419,0	127,3	53.321	24,7	83,1
São Sebastião da Gramma	252,2	50,0	12.605	5,8	60,2
Tapiratiba	220,6	61,5	13.557	6,3	71,3
RS Rio Pardo	3.442,8	62,7	215.910	100,0	78,9

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta os indicadores demográficos de natalidade, fecundidade e envelhecimento populacional nos municípios da região. Observa-se que todos os municípios apresentam índices de envelhecimento maiores que a média do Estado de São Paulo que é de 41,42, com destaque para os municípios de Casa Branca e Divinolândia. Esses índices elevados de envelhecimento mostram um processo de transição demográfica em estado avançado na região.

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

Municípios	Crescimento populacional* 2000/2008	Natalidade** 2006	Fecundidade*** 2006	Envelhecimento**** 2007
Caconde	0,70	13,36	52,06	46,86
Casa Branca	0,46	12,89	50,12	60,94
Divinolândia	0,22	10,69	39,44	59,55
Itobi	0,89	13,33	48,91	52,06
Mococa	0,80	13,21	48,13	53,75
São José do Rio Pardo	0,90	12,11	43,40	56,28
São Sebastião da Grama	0,18	12,08	44,06	52,19
Tapiratiba	0,67	10,84	38,37	48,93

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)

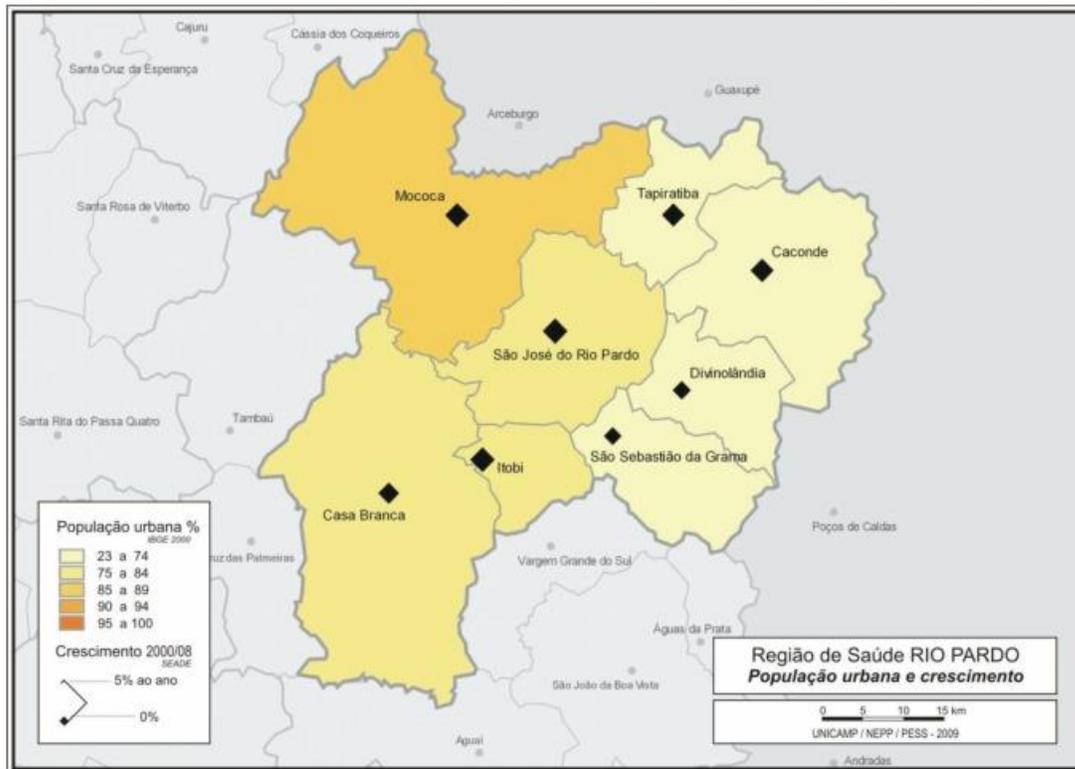
\*\*\*\*Índice de Envelhecimento (Em%)

Quanto às taxas de crescimento populacional, observa-se que todos os municípios apresentam índices bem abaixo da média estadual que é de 1,33. Nesse sentido destacam-se os municípios de São Sebastião da Grama e Divinolândia com índices bastante baixos.

Também no que se refere às taxas de natalidade e fecundidade, todos os municípios apresentam índices abaixo da média do Estado de São Paulo, que é de 15,03 e 52,65, respectivamente.

O Mapa 6 ressalta os baixos percentuais de urbanização da RS Rio Pardo assim como as pequenas taxas de crescimento populacional.

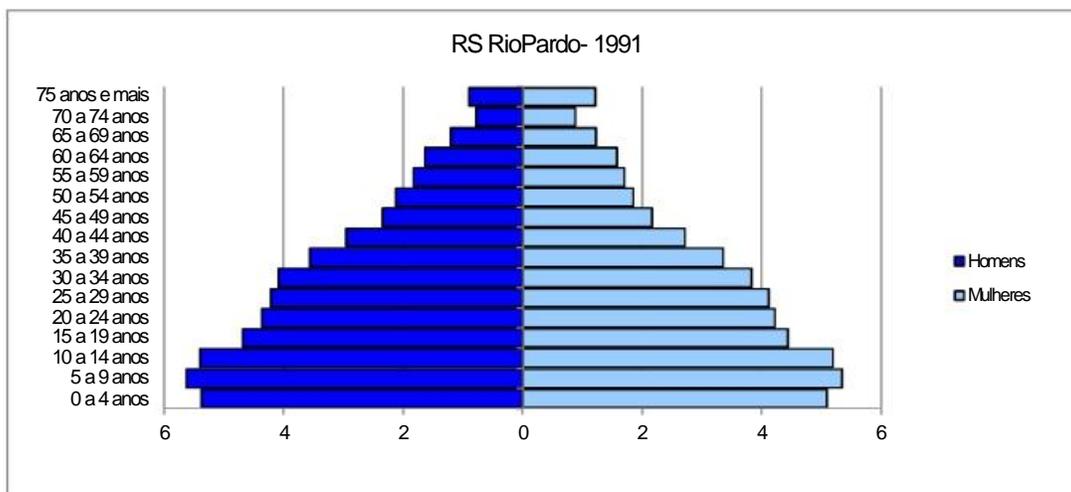
Mapa 6 - Percentual da população urbana no ano 2000 e taxa de crescimento 2000/2008 dos municípios da RS Rio Pardo.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

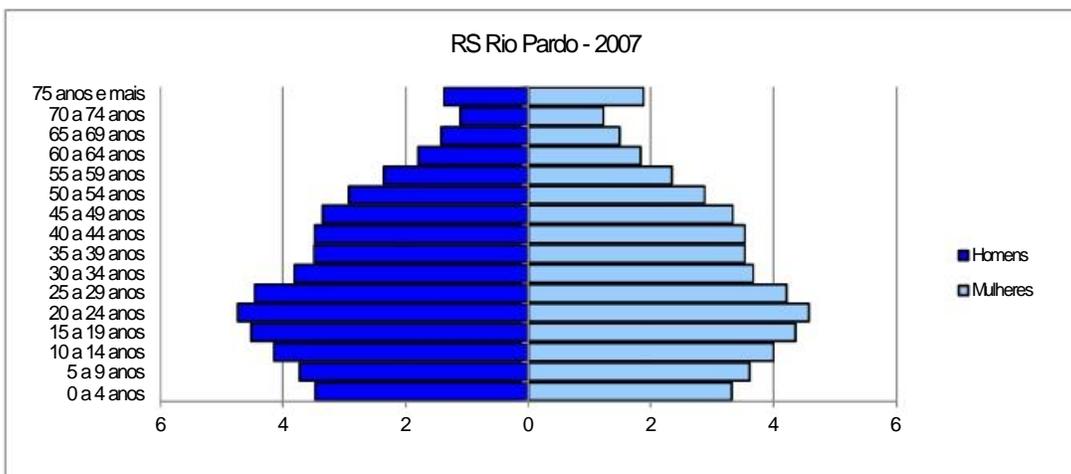
A configuração das pirâmides etárias de 1991 e 2007, apresentadas nos Gráficos 1 e 2, evidencia o processo de envelhecimento na região, com diminuição considerável das faixas inferiores a 19 anos e aumento significativo das faixas relativas à população acima dos 45 anos.

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

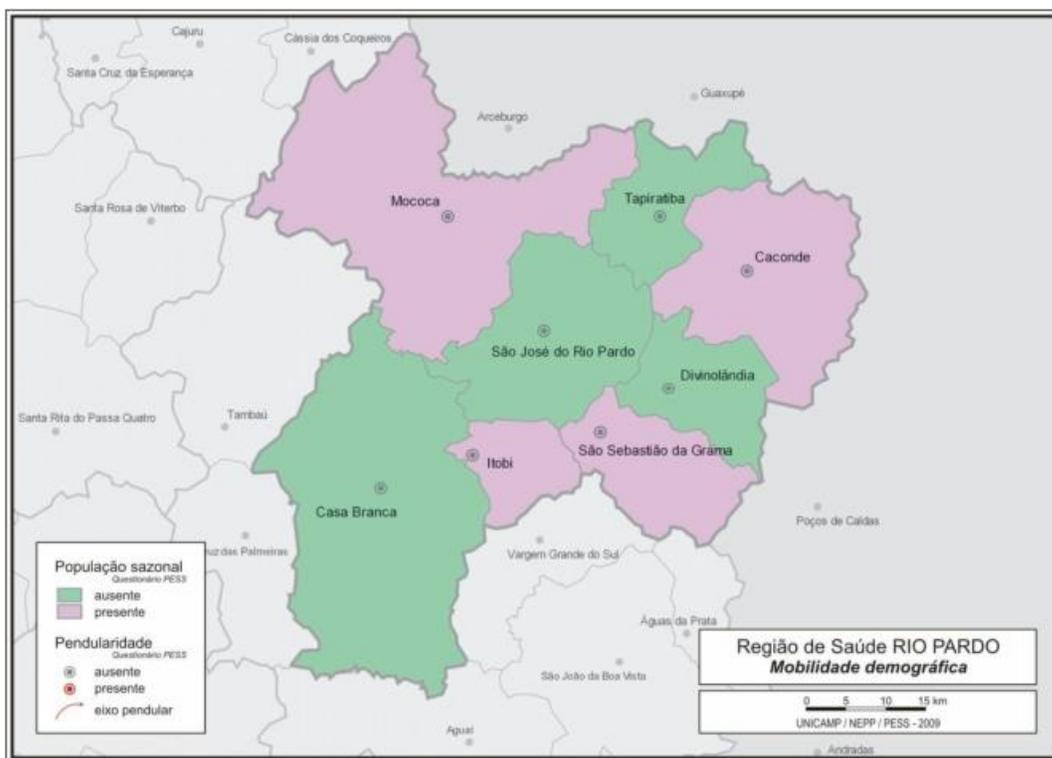
Gráfico 2 - Pirâmide etária. RS Rio Pardo, 2007.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Quanto à mobilidade populacional, representada no Mapa 7, a RS Rio Pardo diferencia-se no contexto das regiões vizinhas, tendo em vista não ter sido detectada a existência de pendularidade e, a sazonalidade não ser preponderante. Nesse aspecto, na pergunta sobre a existência de população sazonal no município, no referido questionário eletrônico, apenas quatro municípios responderam positivamente, informando que a motivação dessa mobilidade é a atividade agrícola, principalmente nas safras de café e cana-de-açúcar.

Mapa 7 - Mobilidade populacional. RS Rio Pardo, 2008.



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

Para se traçar um quadro geral das condições de vida na Região de Saúde Rio Pardo reuniram-se dados diversos, apresentados nas tabelas a seguir. Os percentuais relativos ao abastecimento de água e esgoto, importantes na composição da qualidade de vida da população, são mostrados na Tabela 3, que revela um quadro de excelência, com todos os municípios da Região apresentando índices próximos da cobertura total, tanto do fornecimento de água como da coleta domiciliar de esgoto.

Tabela 3 - Percentual de cobertura de água e esgotopor municípios da RS Rio Pardo.

Municípios	Água*	Esgoto**
	2000	2000
Caconde	98,0	92,6
Casa Branca	97,9	94,0
Divinolândia	98,6	96,2
Itobi	97,3	95,0
Mococa	99,1	98,4
São José do Rio Pardo	99,2	97,8
São Sebastião da Gramma	99,4	98,6
Tapiratiba	99,3	97,6

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

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

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

A renda, traduzida pelos valores de PIB municipal e PIB municipal *per capita*, estão evidenciados no na Tabela 4 e no Mapa 8. Nesse quesito, a Região não apresenta grandes diferenças entre os municípios, que, no entanto, compõem um crescente de PIB *per capita* iniciado por Itobi, com apenas R\$ 6,7 mil até Casa Branca, com R\$ 16,2 mil anuais.

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

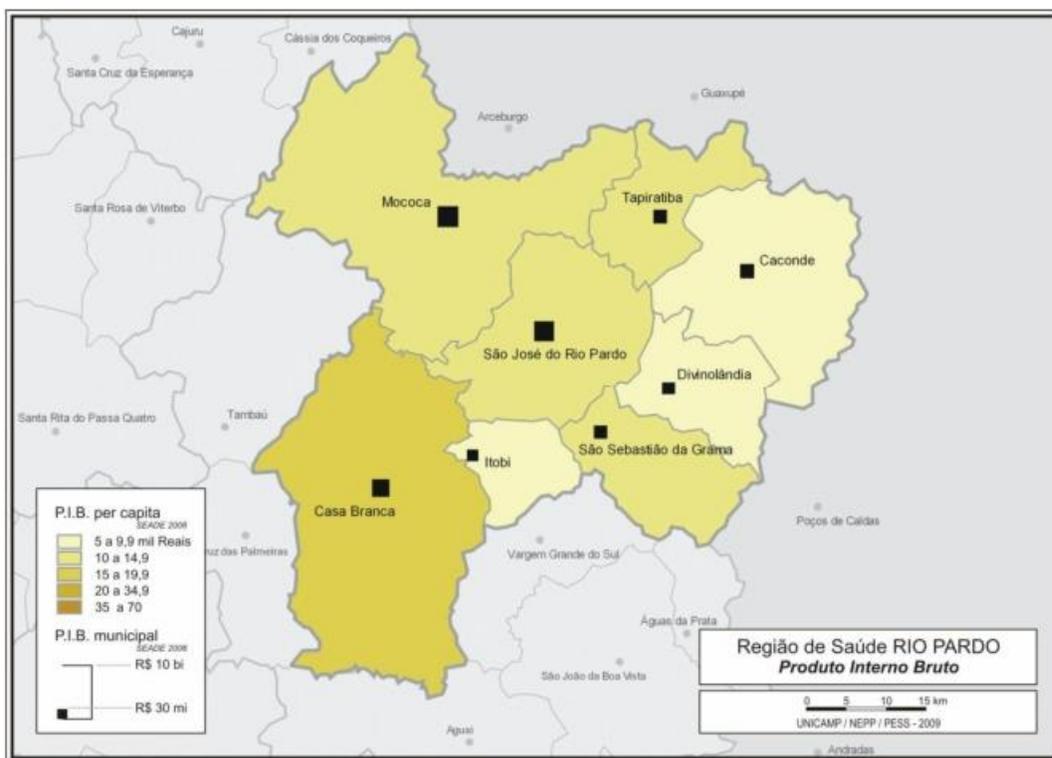
Municípios	PIB Municipal *	PIB per Capita **
	2006	2006
Caconde	181,2	9,4
Casa Branca	451,4	16,2
Divinolândia	118,8	9,8
Itobi	53,1	6,7
Mococa	876,6	12,4
São José do Rio Pardo	755,5	13,9
São Sebastião da Gramma	129,4	10,0
Tapiratiba	147,6	10,7

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

\*em milhões de reais

\*\*em mil reais

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



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Os indicadores mais específicos de desenvolvimento social, indicados na Tabela 5, revelam uma situação preocupante para a Região. Os dados do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)<sup>13</sup> informam que quatro municípios têm mais de 80% da população em condições de vulnerabilidade, chegando a 94,6% em Itobi; os melhores índices estão em Casa Branca, com 35,8% e São José do Rio Pardo, com 52,7%.

Pelo Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)<sup>14</sup>, a RS Rio Pardo apresenta-se dividida, com quatro municípios em pior situação (grupo 5), dois em situação intermediária e dois ostentando o melhor indicador: Mococa e São José do Rio Pardo.

<sup>13</sup> OIPVS, 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.

<sup>14</sup> 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.

O IDHM, por fim, mostra os municípios mais nivelados, com o maior valor (0,815) em São José do Rio Pardo (0,815) e o menor em São Sebastião da Grama (0,778). Pela classificação mais usual, três municípios têm alto desenvolvimento humano, e cinco têm médio desenvolvimento<sup>15</sup>.

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

Municípios	IDHM*	IPVS 2000**	IPRS***
	2000		2004
Caconde	0,782	82,9	5
Casa Branca	0,810	35,8	5
Divinolândia	0,788	87,4	3
Itobi	0,782	94,6	5
Mococa	0,809	62,8	1
São José do Rio Pardo	0,815	52,7	1
São Sebastião da Grama	0,778	82,5	5
Tapiratiba	0,792	72,8	3

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

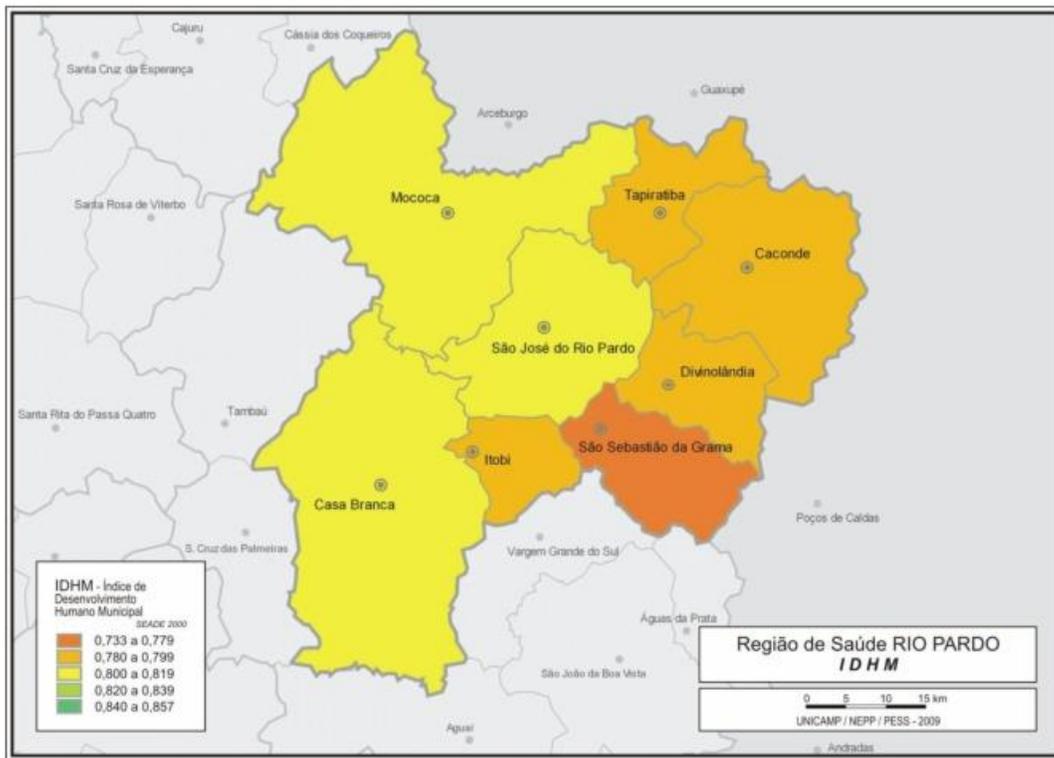
\*IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal 2000

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

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

<sup>15</sup> 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 utilizada 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 Pardo.



Fonte: SEADE. Elaboração própria.

### Conclusões Parciais

A Região de Saúde Rio Pardo não apresenta baixas densidades demográficas, baixas taxas de urbanização e não possui um destaque expressivo no cenário urbano-industrial. Os indicadores demográficos são bastante homogêneos indicando um importante processo de envelhecimento populacional e um baixo índice de crescimento populacional. Estas características devem ser consideradas pelo CGR no direcionamento do SUS na região.

Sua configuração territorial, tomada isoladamente, mostra-se de acordo com as orientações do Pacto de Gestão. Todavia, considerando-se a vizinha RS Mantiqueira percebe-se a pertinência de se rever a inclusão ou não de Casa Branca, Tambaú e Santa Cruz das Palmeiras, especialmente por conta dos acessos rodoviários.

## 2. A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DE SAÚDE RIO PARDO

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

Os dados utilizados neste estudo são provenientes dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, obtidos através do Tabnet/DATASUS e dos bancos de dados disponibilizados para download, bem como da Fundação SEADE, nesse caso através de tabulações do Sistema de Informações dos Municípios Paulistas<sup>16</sup>; 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.

---

<sup>16</sup> 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 10<sup>17</sup>, mostrou que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes em todos os municípios e que, junto com as neoplasias (a segunda causa), as doenças do aparelho respiratório e as causas externas, responderam por mais de 75% das mortes por causas definidas no triênio 2004-2006 (Tabela 1).

Tabela 1 - Mortalidade proporcional por causas definidas, segundo municípios. RS Rio Pardo, 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
Moooca	35,3	18,0	12,2	8,5	7,5	4,7	13,8
S J R Pardo	38,6	17,8	12,7	8,8	5,9	5,0	11,2
Casa Branca	40,0	14,4	11,9	10,5	6,5	5,8	10,9
Caconde	45,0	17,6	9,2	7,8	5,9	6,7	7,8
Tapiratiba	38,0	15,3	13,2	5,4	6,2	10,7	11,2
S S Grama	42,1	18,6	11,6	8,3	6,2	3,3	9,9
Divinolândia	41,0	11,9	11,2	7,5	7,1	6,7	14,6
Itobi	44,1	15,5	8,1	6,2	10,6	4,3	11,2
RS Rio Pardo	38,8	16,8	11,8	8,5	6,8	5,5	11,8

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

<sup>17</sup> 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/>

No sexo masculino, o grupo das causas externas supera as doenças respiratórias no conjunto da região e em São José do Rio Pardo, Caconde, São Sebastião da Grama e Divinolândia e foi o segundo grupo mais frequente em Casa Branca (Tabela 2).

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

Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	X. Doenças do aparelho respiratório	XI. Doenças do aparelho digestivo	IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Todas as outras causas definidas
Moooca	29,8	19,8	11,9	12,8	9,1	3,3	13,2
S J R Pardo	33,8	18,8	12,8	12,6	6,7	4,0	11,4
Casa Branca	37,4	13,1	14,0	12,2	6,3	5,6	11,5
Caconde	41,7	18,8	10,6	9,2	7,3	5,5	6,9
Tapiratiba	37,6	13,5	9,0	12,8	5,3	9,0	12,8
S S Grama	43,3	17,9	12,7	11,2	7,5	-	7,5
Divinolândia	35,1	15,9	13,2	11,3	5,3	4,6	14,6
Itobi	44,2	13,5	7,7	8,7	12,5	2,9	10,6
RS Rio Pardo	35,2	17,4	12,1	12,0	7,5	4,3	11,6

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Entre as mulheres, as doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais têm maior expressão, e as neoplasias aparecem como quinto grupo de causas apenas no município de Divinolândia. (Tabela 3).

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

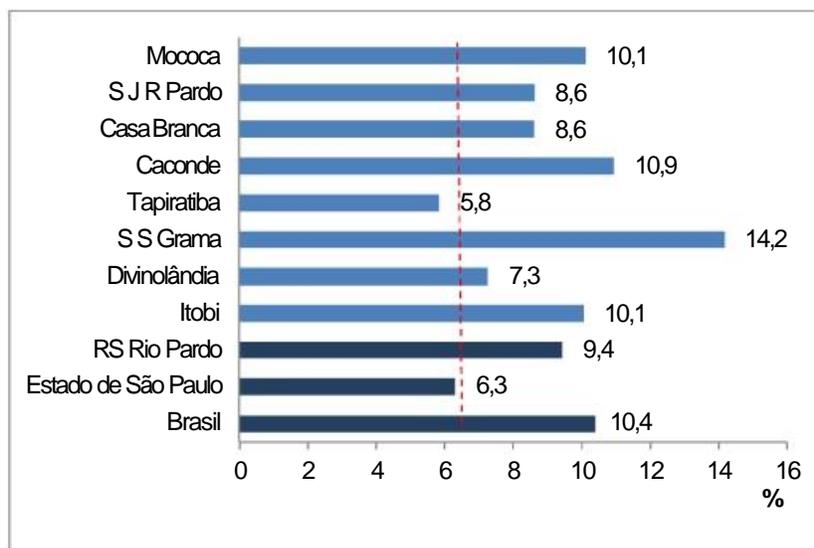
Municípios	IX. Doenças do aparelho circulatório	II. Neoplasias	X. Doenças do aparelho respiratório	IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	XI. Doenças do aparelho digestivo	I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	Todas as outras causas definidas
Mococa	42,6	15,6	11,4	6,4	5,4	5,0	13,6
S J R Pardo	45,2	16,3	12,7	6,5	4,8	3,6	10,8
Casa Branca	45,3	17,3	11,2	6,1	7,0	2,3	10,7
Caconde	50,0	15,7	9,3	8,6	3,6	5,7	7,1
Tapiratiba	38,5	17,4	13,8	12,8	7,3	-	10,1
S S Grama	40,7	19,4	12,0	7,4	4,6	4,6	11,1
Divinolândia	48,7	6,8	11,1	9,4	9,4	0,9	13,7
Itobi	43,9	19,3	7,0	7,0	7,0	3,5	12,3
RS Rio Pardo	44,2	15,9	11,6	7,3	5,7	3,7	11,6

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 Pardo (Gráfico 1). Quatro deles apresentaram valores superiores à média da região no período 2004-2006 (9,4%), a qual já era superior à proporção estadual (6,3), embora menor que à do Brasil em 2005 (10,4%). 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 documento<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* – 2ª edição. Brasília: OPAS, 2008. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2006/indicadores.pdf>.

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

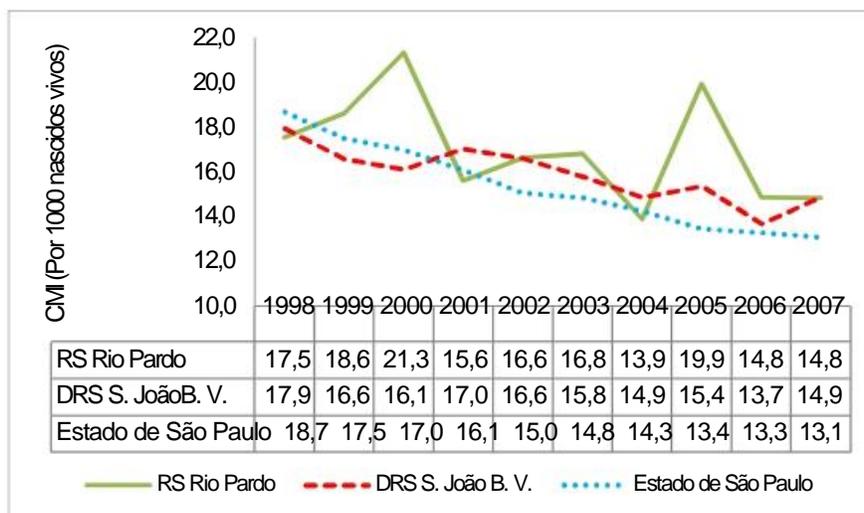


Fonte: MSDATASUS (municípios e RS). MS/SVS (Brasil e São Paulo). Elaboração própria.

## 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 tendência de queda do CMI no Estado de São Paulo, na região do DRS de São João da Boa Vista e na RS Rio Pardo; nessa região, as taxas apresentaram oscilações e quase sempre ficaram acima da média estadual.

Gráfico 2 - Evolução do Coeficiente de Mortalidade Infantil. RS Rio Pardo, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1998-2007.

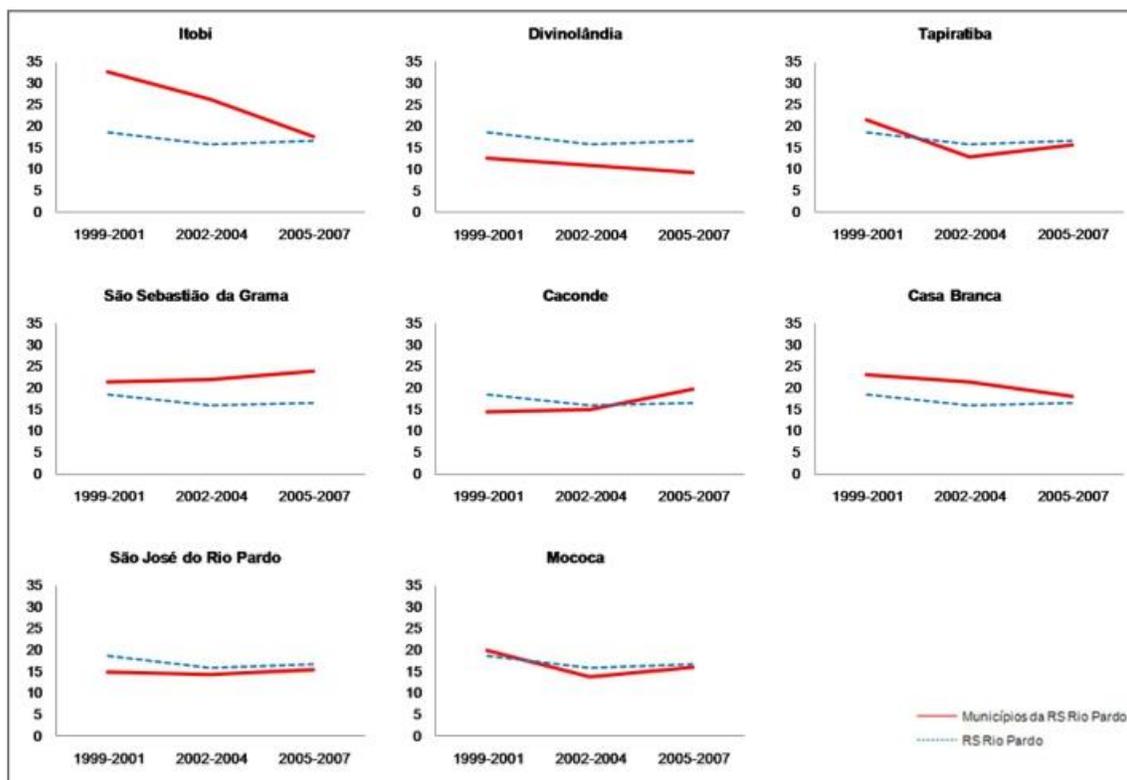


Fonte: SEADE. Elaboração própria.

A redução do CMI também foi verificada nos seus componentes pós-neonatal e neonatal. Este último foi responsável por 75% 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. Itobi, Divinolândia, Casa Branca apresentaram tendência a queda; Tapiratiba e Mococa após declínio no primeiro período tiveram suas taxas aumentadas no último triênio, enquanto que São Sebastião da Gramma, Caconde e São José do Rio Pardo tiveram tendência de aumento do CMI. Ressalta-se, no entanto, que em municípios com menor população, o pequeno número de eventos (mortes e nascimentos) pode refletir uma imprecisão do dado relativo.

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

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

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2005-2007
Mococa	Neonatal	16	19	17	15	11	10	5	16	10	10	13,4
	Pós-neonatal	4	7	6	2	4	6	4	3	2	2	2,6
	Menores 1 ano	20	26	23	17	15	16	9	19	12	12	16,0
S J R Pardo	Neonatal	8	7	11	6	10	7	2	11	8	5	12,7
	Pós-neonatal	4	1	6	5	2	3	6	2	2	1	2,6
	Menores 1 ano	12	8	17	11	12	10	8	13	10	6	15,3
Casa Branca	Neonatal	7	6	8	5	7	6	4	7	6	3	15,1
	Pós-neonatal	-	3	1	3	1	4	3	-	2	1	2,8
	Menores 1 ano	7	9	9	8	8	10	7	7	8	4	17,9
Caconde	Neonatal	6	5	3	3	4	4	1	6	1	5	15,7
	Pós-neonatal	1	1	-	3	1	1	2	-	3	-	3,9
	Menores 1 ano	7	6	3	6	5	5	3	6	4	5	19,6
Tapiratiba	Neonatal	4	4	2	2	1	1	1	1	2	2	11,2
	Pós-neonatal	1	1	3	1	2	1	-	1	-	1	4,5
	Menores 1 ano	5	5	5	3	3	2	1	2	2	3	15,6
S S Grama	Neonatal	3	6	5	1	1	1	4	-	1	3	8,7
	Pós-neonatal	1	1	-	-	2	1	3	3	2	2	15,3
	Menores 1 ano	4	7	5	1	3	2	7	3	3	5	24,0
Divinolândia	Neonatal	1	-	4	1	2	1	1	1	-	-	2,3
	Pós-neonatal	-	2	-	-	-	-	1	1	1	1	7,0
	Menores 1 ano	1	2	4	1	2	1	2	2	1	1	9,4
Itobi	Neonatal	3	1	3	2	1	3	1	-	-	2	7,0
	Pós-neonatal	3	-	4	-	1	1	1	3	-	-	10,5
	Menores 1 ano	6	1	7	2	2	4	2	3	0	2	17,5
RS Rio Pardo	Neonatal	48	48	53	35	37	33	19	42	28	30	12,5
	Pós-neonatal	14	16	20	14	13	17	20	13	12	8	4,1
	Menores 1 ano	62	64	73	49	50	50	39	55	40	38	16,6

Fonte: SEADE. Elaboração própria.

Entre 1998 e 2007, as mortes de crianças menores de um ano passaram de 62 para 38 em toda a região, o que representou uma redução de aproximadamente 40% no período; esta foi mais intensa no período pós-neonatal (43%) do que no neonatal (38%). 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 Pardo, 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 79% e 13% das mortes neonatais no triênio 2004-2006, respectivamente, seguidas pelos grupos das causas mal definidas. 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 transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (CID10 P05-P08), representando 82% de todas as causas perinatais.

Em relação à mortalidade pós-neonatal no triênio 2004-2006, os grupos das malformações congênitas, causas externas e mal definidas foram os de maior peso, cada um com participação relativa de 20% no total das mortes nessa faixa de idade.

A redução da mortalidade infantil ainda é um importante desafio a ser enfrentado pelos gestores e gerentes dos serviços de saúde: quase 55 % das mortes de menores de 1 ano na RS Rio Pardo em 2006 ocorreram devido a causas evitáveis ou reduzíveis<sup>19</sup>, definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (Tabela 5). Destas, 81% são causas reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto, e ao recém-nascido.

---

<sup>19</sup> 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](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400002&lng=es&nrm=iso&lng=pt)

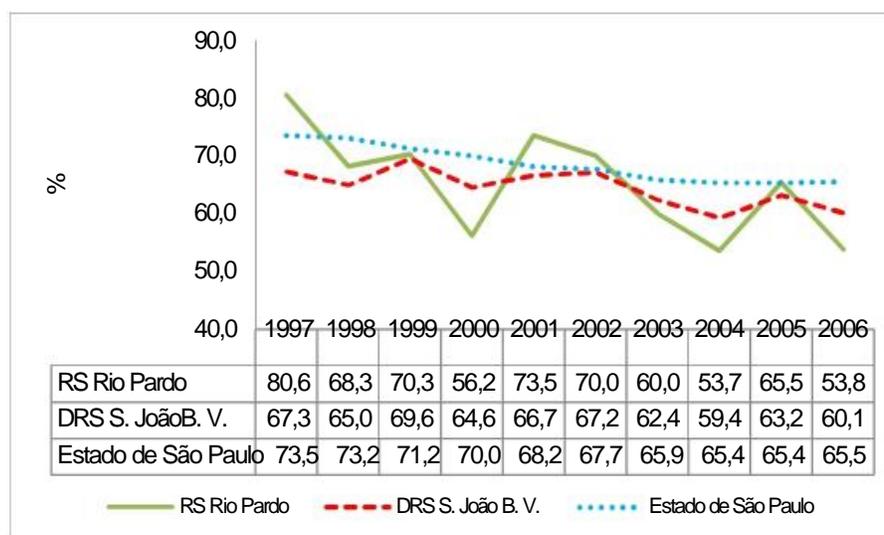
Tabela 5 - Distribuição percentual das causas de morte evitáveis em menores de 1 ano, segundo grupos. RS Rio Pardo, 1997-2006.

Grupos de causas	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Reduzíveis por ações de imunoprevenção	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido	87,9	83,7	77,8	90,2	83,3	82,9	83,3	72,7	77,8	81,0
Reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento	3,4	9,3	8,9	4,9	13,9	5,7	3,3	9,1	5,6	-
Reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde vinculadas às ações adequadas de atenção à saúde	8,6	7,0	13,3	4,9	2,8	11,4	13,3	18,2	16,7	19,0
Todas as causas evitáveis	80,6	68,3	70,3	56,2	73,5	70,0	60,0	53,7	65,5	53,8

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 Pardo essa queda se dá com maior variabilidade, assim como ocorrido no conjunto de municípios que compõem o DRS XIV – São João da Boa Vista (Gráfico 4).

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



Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

O óbito infantil é um “evento sentinela”<sup>20</sup>, indicador do desempenho dos serviços de saúde e de acesso a eles, e sua investigação é uma importante estratégia a ser viabilizada pelos gestores.

### 2.3. Mortalidade Materna

A mortalidade materna é considerada um bom indicador de saúde da mulher, refletindo as condições de saúde e da atenção à saúde da população feminina e suas desigualdades<sup>21</sup>. 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 puerpério<sup>22</sup>. 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 Pardo, ocorridas entre 1998 e 2007.

---

<sup>20</sup> O evento sentinela se refere à ocorrência de uma doença, invalidez ou morte indesejada, que poderia ter sido evitada e ia 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/ht/publicacoes/textos\\_apoio/pub06U1T2.pdf](http://www.opas.org.br/ht/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T2.pdf)

<sup>21</sup> 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>.

<sup>22</sup> RIPSAs. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. RIPSAs – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>.

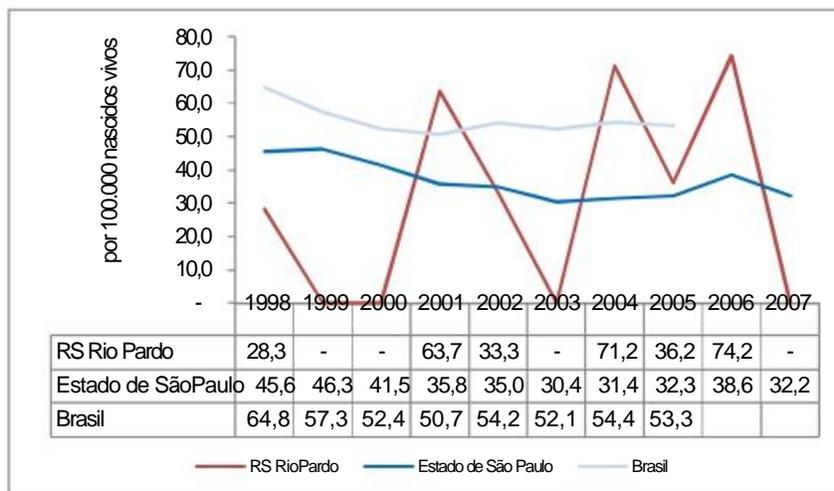
Tabela 6 - Óbitos por Complicação da Gravidez, Parto e Puerpério. RS Rio Pardo, 1998-2007.

Municípios	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mococa	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0
S J R Pardo	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0
Casa Branca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Caconde	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tapiratiba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S S Grama	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Divinolândia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Itobi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
RS Rio Pardo	1	0	0	2	1	0	2	1	2	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. Na RS Rio Pardo, a análise fica prejudicada, devido ao pequeno número de óbitos envolvido. Entretanto, cada morte em si já representa um grave problema de saúde pública e, assim como nas mortes infantis, as maternas também se 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 Pardo 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 internacionais<sup>23</sup>. O *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*<sup>24</sup> 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.

<sup>23</sup> 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.

<sup>24</sup> 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](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pacto_reducao_mortalidade_mat_neonatal.pdf).

## **2.4. Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)**

Com o processo de envelhecimento populacional, o declínio das taxas de natalidade e da carga de morte das doenças infecciosas no Brasil, observa-se um quadro de saúde caracterizado pelo predomínio de doenças crônicas não transmissíveis. Estas, juntamente com as doenças transmissíveis que assumem caráter “crônico” (como HIV/Aids e tuberculose), as doenças genéticas, os transtornos mentais incluindo o uso do álcool e outras drogas, as deficiências físicas e agravos causados pelos acidentes e violências, formam um grupo heterogêneo de doenças denominadas “condições crônicas”<sup>25</sup>, cujo enfrentamento é um importante desafio do sistema de saúde.

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

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

### **2.4.1. Doenças Cardiovasculares**

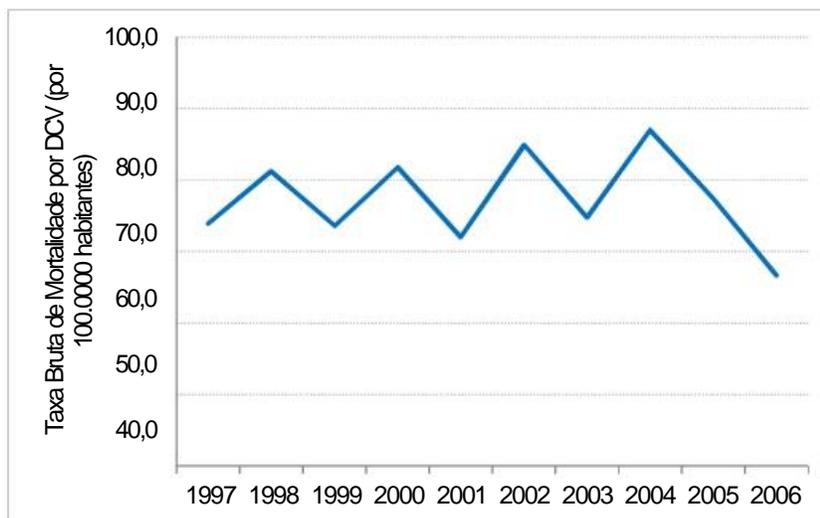
Na RS Rio Pardo, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 38,8% das mortes no triênio 2004-2006 e, junto com as neoplasias, responderam por 55% do total dos óbitos, acima do encontrado no ESP (49%).

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

---

<sup>25</sup> 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](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Manual_final.pdf).

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



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

A Tabela 7 mostra o número de óbitos anual e a taxa médias bruta do coeficiente específico de mortalidade por DCV 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 municípios<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> As taxas calculadas para diferentes municípios podem ser influenciadas pela composição da população por idade, sexo e outros parâmetros e não apenas às variações do número de eventos. Para que sejam comparáveis entre si, os coeficientes que não discriminam faixa etária devem ser padronizados em relação a uma população de referência. Consultar, entre outros: Medronho, R. A. et al. *Epidemiologia*. SP: Atheneu, 2004.

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

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Mococa	41	54	40	40	47	45	40	55	51	44	73,2
S J R Pardo	44	39	39	49	38	57	56	53	47	43	90,8
Casa Branca	24	19	17	25	19	25	11	14	17	12	52,3
Caconde	9	18	10	23	12	20	10	18	17	11	80,6
Tapiratiba	9	12	11	11	7	7	11	7	3	8	44,8
S S Grama	11	8	13	6	8	6	13	13	13	10	95,5
Divinolândia	5	6	11	8	14	8	6	15	7	4	71,4
Itobi	5	8	9	6	4	9	10	9	10	11	128,1
RS Rio Pardo	148	164	150	168	149	177	157	184	165	143	76,9

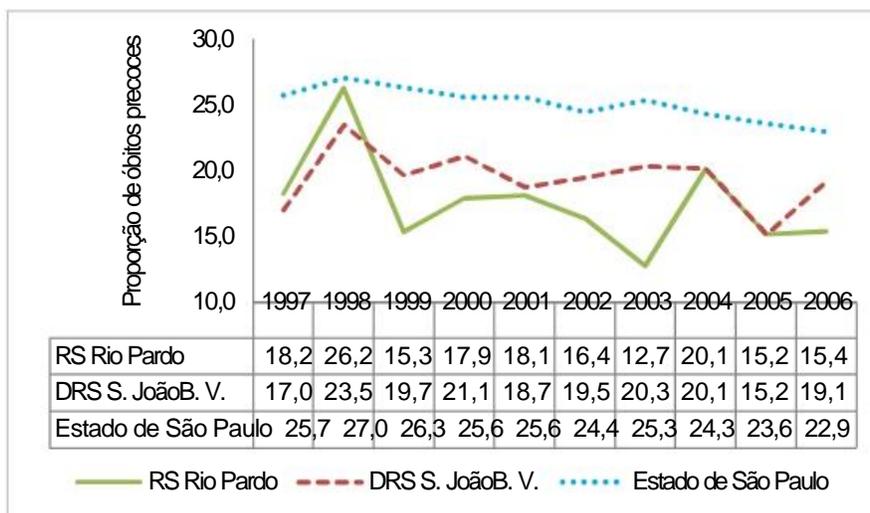
\*Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

A ocorrência de HA e AVC na faixa etária produtiva, além do reflexo na qualidade de vida, têm um custo social elevado, como consequência do absenteísmo, queda da produtividade e retirada precoce da força de trabalho devido a 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 de São João da Boa Vista (Gráfico 7) embora com maior variação. Considerando o conjunto de municípios da RS Rio Pardo, apesar das oscilações verificadas, com períodos de aumento e declínio, a tendência geral é de queda considerando todos os anos da série e, os valores sempre foram menores do que os do Estado.

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



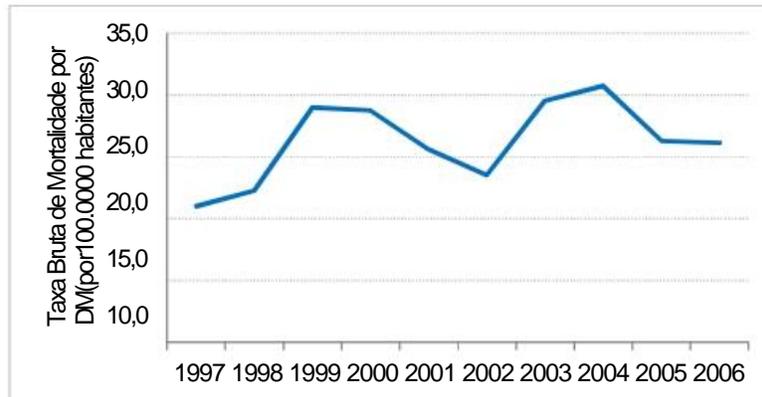
\*Causa básica do óbito CID-10: I60 a I69  
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

#### 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, para a RS Rio Pardo, alternância de períodos de declínio e aumento da mortalidade por DM entre 1997 e 2006, mas com tendência geral de aumento do risco de morte, indicando potencialidade de redução com uma boa gestão do cuidado.

Gráfico 8 - Evolução da Taxa de Mortalidade por Diabetes Mellitus\*. RS Rio Pardo, 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.

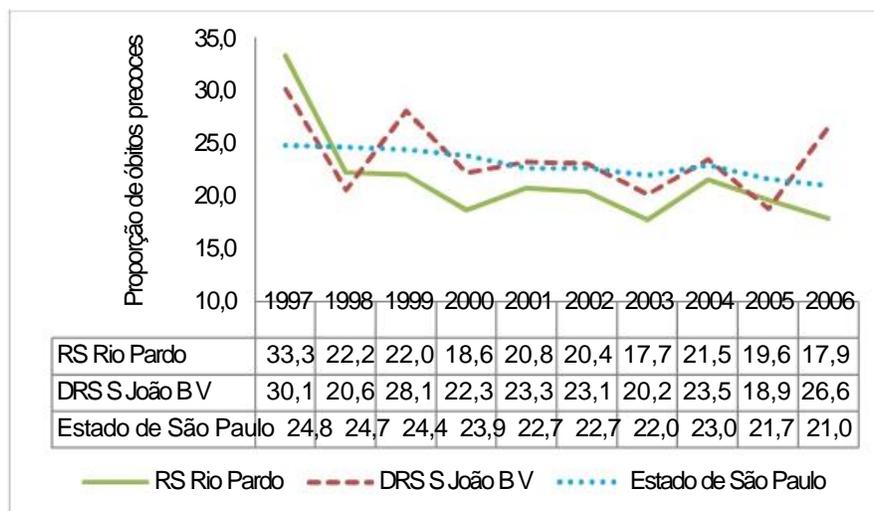
Tabela 8 - Número de óbitos por Diabetes Mellitus\* no período 1997-2006 e taxa bruta de mortalidade no triênio 2004-2006. RS Rio Pardo, 1997-2006.

Municípios	Nº Óbitos										Taxa bruta 2004-2006
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Mococa	16	17	18	19	21	16	15	18	16	17	24,9
S J R Pardo	5	10	17	12	11	9	5	12	7	14	21,0
Casa Branca	6	3	4	11	11	7	13	11	7	5	28,0
Caconde	7	7	5	8	5	2	7	4	12	4	35,0
Tapiratiba	2	3	7	5	2	2	5	11	4	6	52,3
S S Grama	2	0	2	2	0	2	8	2	1	3	15,9
Divinolândia	4	3	5	1	3	10	7	6	6	5	46,7
Itobi	0	2	1	1	0	1	2	1	3	2	25,6
RS Rio Pardo	42	45	59	59	53	49	62	65	56	56	27,7

\*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 apresentou tendência de declínio entre 1997 e 2006, alternando períodos de aumento e redução e com valores na maioria das vezes inferiores aos do ESP e da região que guarda correspondência com o DRS São João da Boa Vista. De forma geral, esses óbitos podem ser considerados evitáveis, indicando problemas na prevenção e controle da doença.

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



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

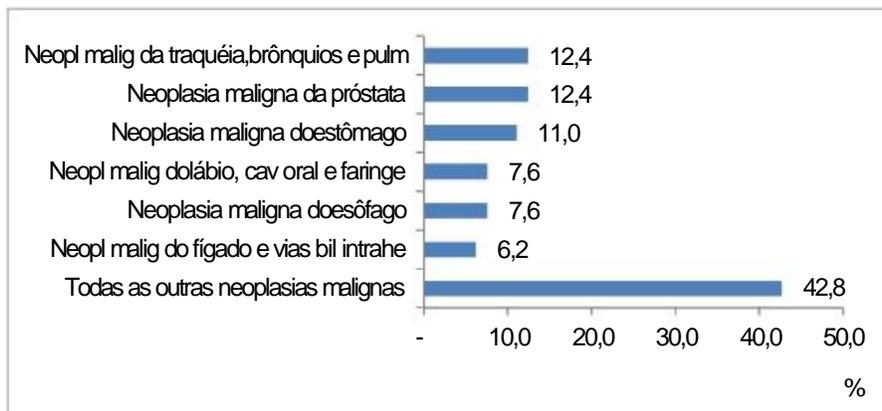
A priorização de ações de promoção à saúde, diagnóstico e controle do DM pode reduzir o número de internações, com impacto favorável sobre a morbimortalidade por essa e outras causas, como o AVC, a doença isquêmica do coração e a HA.

### 2.4.3. Neoplasias

As neoplasias responderam por aproximadamente 17% das mortes na RS Rio Pardo no triênio 2004-2006, com valores semelhantes para mulheres (15,9%) e homens (17,4%).

No sexo masculino, o câncer de traqueia, brônquios e pulmões e o câncer de próstata foram os mais frequentes em 2006, seguidos pela neoplasia de estômago (Gráfico 10).

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



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

Entre as mulheres, a maior expressão foi também a neoplasia de traqueia, brônquios e pulmões (13,2%) seguida pela de mama (12,1%), e cólon, reto e ânus (11%) (Gráfico 11).

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



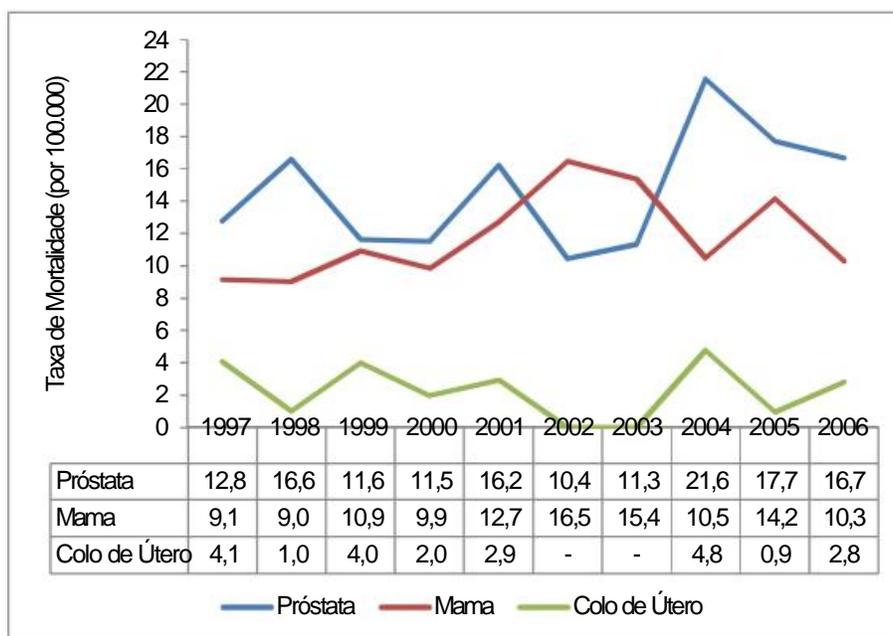
\*Causa básica do óbito CID-10: C00 a C97  
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

No ESP, tem-se observado tendência ascendente das taxas brutas de mortalidade por todas as neoplasias malignas, e esta também é a tendência da RS Rio Pardo. Em 2006 as taxas desta região, do DRS XIV e ESP foram respectivamente: 110,0; 83,3 e 100,1 por 100.000 habitantes (valores sem ajuste por idade).

O risco de morte pelas neoplasias de próstata, mama e colo de útero está apresentado no Gráfico 12. Observou-se no período 1997-2006 uma grande oscilação de valores para todos eles e que, nas mulheres, o risco é maior para o câncer de mama.

Ocorreram em toda a RS Rio Pardo, em 2006, 18 mortes por câncer de próstata, 11 por câncer de mama e 3 de colo de útero.

Gráfico 12 - Evolução da taxa de mortalidade\*por neoplasias malignas selecionadas: próstata, mama e colo de útero\*\*. RS Rio Pardo, 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 colodo úteroC61

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

Municípios	Próstata	Mama	Colo de Útero	Todas as neoplasias malignas, ambos os sexos
Moooca	15,5	6,9	3,9	114,1
S J R Pardo	18,0	17,6	6,3	111,8
Casa Branca	14,0	12,7	-	114,3
Caconde	20,9	7,1	-	108,6
Tapiratiba	20,2	14,8	-	87,2
S S Grama	15,8	16,1	-	116,8
Divinolândia	37,9	5,6	-	82,4
Itobi	33,1	17,6	-	106,7
RS Rio Pardo	18,6	11,6	2,8	109,5

\*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 óbitoCID-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.

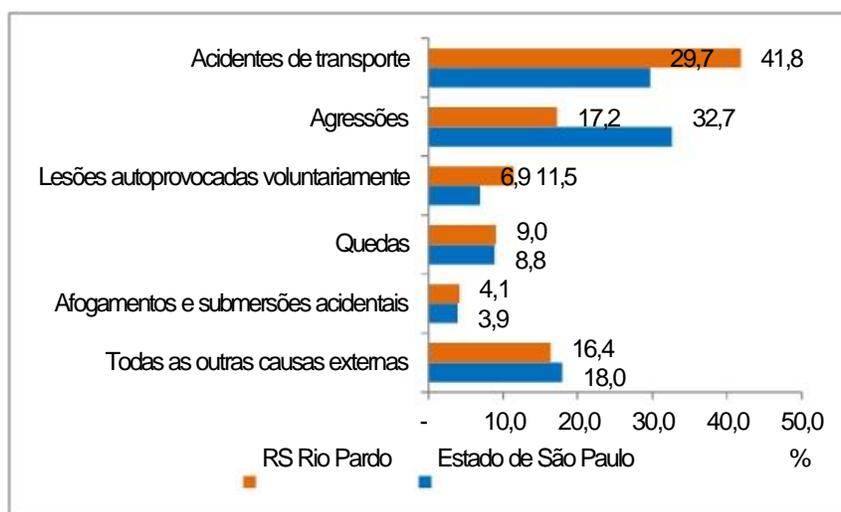
#### 2.4.4. Acidentes e Violências

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 Pardo e ESP é mostrada no Gráfico 13. No ano de 2006, os acidentes de transporte (AT) tiveram a maior participação relativa entre as causas externas na região (42%). No ESP, a maior participação foi do subgrupo que agrega as mortes conseqüentes a agressões (33%).

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

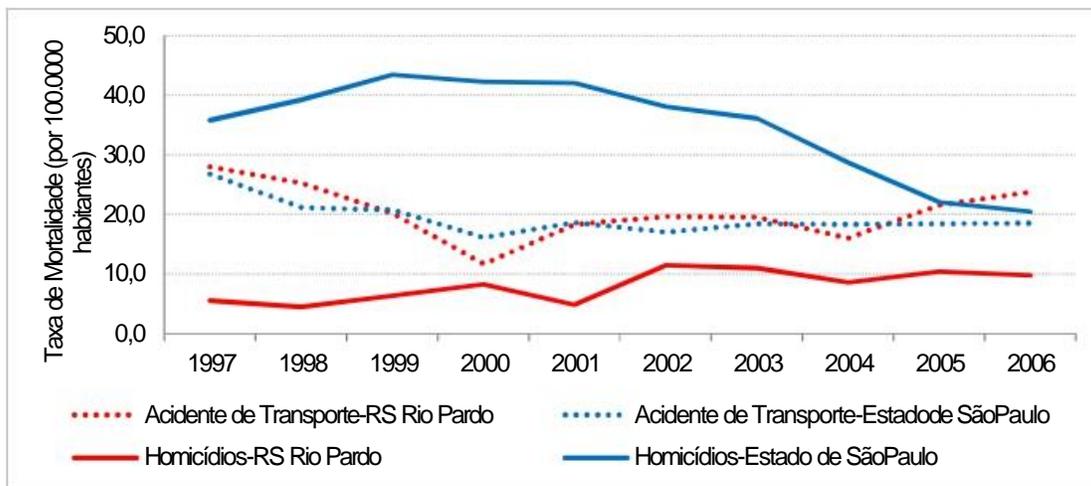


\*Causa básica do óbito CID-10: V01-Y98  
 Fonte: MSDATASUS. Elaboração própria.

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 declinaram de forma importante desde 2001. A RS de Rio Pardo manteve valores sempre inferiores aos do ESP em relação aos homicídios, com tendência a aproximação dos valores nos últimos anos, devido tanto à queda da taxa no ESP como ao aumento das agressões verificadas na RS em 2002 e mantidas desde então; nos anos 2000 e 2006 as taxas da RS foram 8,3 e 9,8 respectivamente, e 42,1 e 20,4 por 100 mil habitantes no ESP.

Em relação aos acidentes de transporte, os valores da região e do Estado foram próximos na série analisada, com a RS Rio Pardo tendo superado as taxas do ESP a partir de 2005.

Gráfico 14 - Evolução da taxa de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte\*. RS Rio Pardo 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 acidentes de transporte (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 acidente de transporte foi sempre mais elevado que o de homicídios em todos os municípios com exceção de Tapiratiba e Casa Branca, onde esses riscos praticamente se igualam.

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 Pardo, 1997-2006.

Municípios		Nº Óbitos										Taxas
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2004-2006
Mococa	Homicídios	2	1	4	6	4	10	10	8	6	5	9,3
	Ac. Transporte	11	22	14	7	14	16	16	6	11	24	20,0
S J R Pardo	Homicídios	4	1	2	3	2	3	2	3	1	3	4,4
	Ac. Transporte	12	9	6	6	10	9	5	15	14	13	26,7
Casa Branca	Homicídios	2	6	5	2	2	3	4	3	6	9	21,9
	Ac. Transporte	18	10	8	4	6	5	8	5	6	8	23,1
Caconde	Homicídios	0	1	0	1	2	4	6	2	1	1	7,0
	Ac. Transporte	6	1	5	2	2	2	4	1	2	3	10,5
Tapiratiba	Homicídios	1	0	1	1	0	0	1	0	4	1	12,5
	Ac. Transporte	2	3	2	1	3	5	3	0	5	0	12,5
S S Grama	Homicídios	1	0	0	2	0	2	0	0	0	1	2,7
	Ac. Transporte	7	1	3	2	0	0	2	3	3	1	18,6
Divinolândia	Homicídios	1	0	1	0	0	0	0	1	3	0	11,0
	Ac. Transporte	0	2	2	2	1	4	1	3	2	2	19,2
Itobi	Homicídios	0	0	0	2	0	2	0	1	1	1	12,8
	Ac. Transporte	0	3	1	0	2	0	2	1	3	0	17,1
RS Rio Pardo	Homicídios	11	9	13	17	10	24	23	18	22	21	9,5
	Ac. Transporte	56	51	41	24	38	41	41	34	46	51	20,5

\*Causa básica do óbito CID-10: homicídios X85 a Y09 e acidentes de transporte V01 a V99  
 Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

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

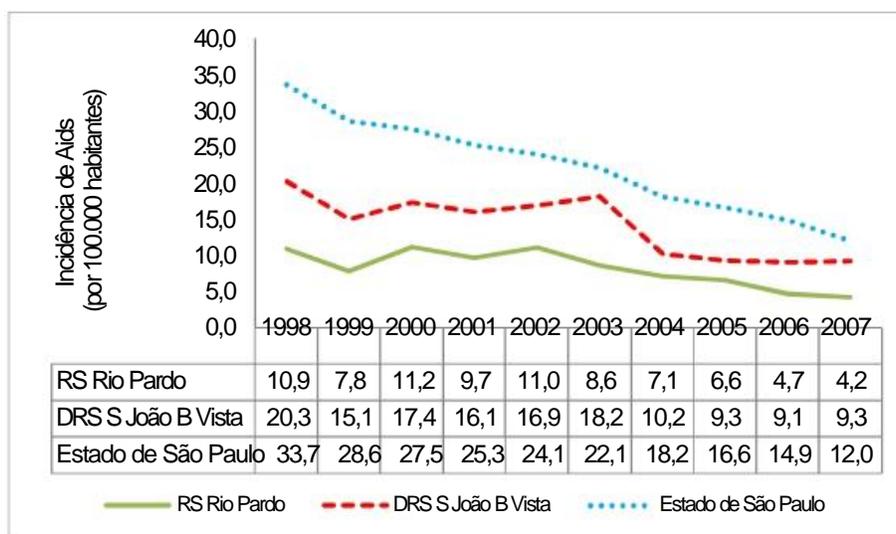
## 2.5. Doenças Transmissíveis

### 2.5.1. Aids

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

Considerando apenas os casos notificados no SINAN<sup>27</sup>, observou-se no período de 1998 a 2007 redução persistente dos coeficientes de incidência da Aids no Estado de São Paulo (Gráfico 15). Essa redução também ocorreu no conjunto dos municípios compreendidos no DRS São João da Boa Vista e na RS Rio Pardo; nesta região, ocorreu um aumento do risco em 2000 e queda progressiva a partir de 2003. No DRS observou-se comportamento semelhante, com queda mais acentuada em 2004 seguido por um período de estabilidade da taxa. Os valores da incidência da Aids na RS Rio Pardo foram sempre inferiores aos do DRS XIV e do ESP.

Gráfico 15 - Incidência da Aids. RS Rio Pardo, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1998-2007.



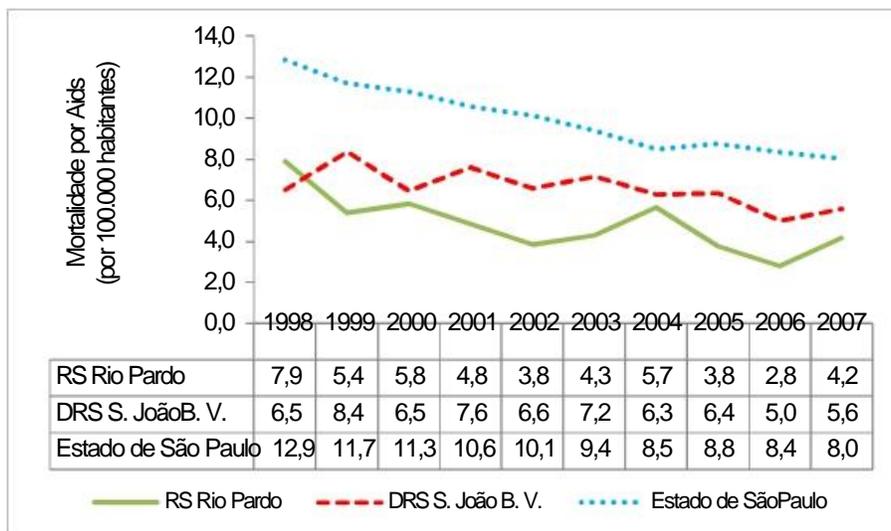
Obs.: Dados até 30/06/08, sujeitos à revisão.

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

<sup>27</sup> Mais recentemente têm sido acrescidos aos casos de Aids notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) os registros do SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais)/SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos) e mortes por Aids declaradas no SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), através de técnicas de relacionamento dos bancos de dados desses sistemas, possibilitando corrigir eventual subnotificação no SINAN.

Nesse mesmo período, os coeficientes brutos de mortalidade por Aids também apresentaram redução conforme mostrado no Gráfico 16.

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



Fonte: Fundação SEADE. Elaboração própria.

A Tabela 11 mostra o número de casos segundo os municípios da RS Rio Pardo entre 1998 e 2007. Mococa teve registro de Aids em todos os anos da série e a maior incidência no triênio 2005-2007). Caconde não teve nenhum caso de residente notificado no SINAN nos anos analisados; Divinolândia apenas um caso notificado em 1998 e São Sebastião da Gramma e Itobi, nenhum caso nos quatro últimos anos da série analisada.

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

Municípios	Casos										Incidência 2005-2007
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Mococa	13	7	9	13	13	11	7	6	7	4	8,2
S J R Pardo	6	5	3	2	0	1	1	6	1	3	6,3
Casa Branca	0	2	11	5	8	5	6	2	2	2	7,3
Caconde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Tapiratiba	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	-
S S Grama	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	-
Divinolândia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Itobi	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	-
RS Rio Pardo	22	16	23	20	23	18	15	14	10	9	5,1

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, prevenção, diagnóstico e acompanhamento laboratorial e clínico adequados são importantes para aumento da sobrevivência e da qualidade de vida das pessoas com HIV/Aids.

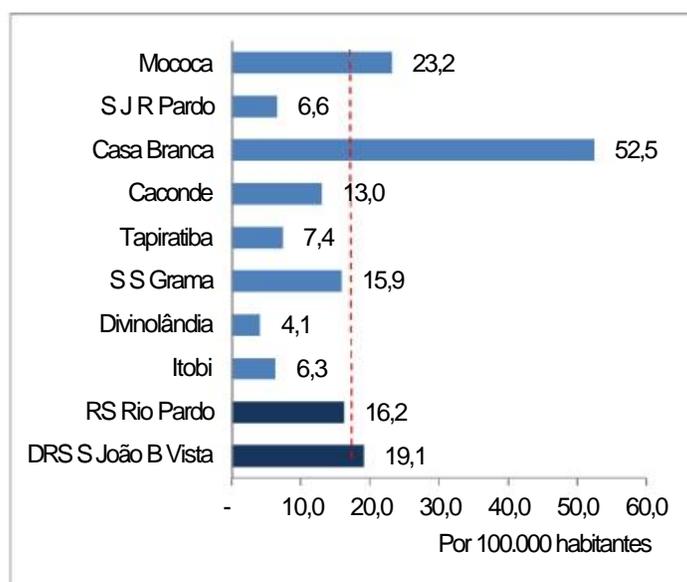
### 2.5.2. Tuberculose

A tuberculose continua presente como um grave problema de saúde pública no país, situação que foi agravada com o surgimento da epidemia da Aids e o aparecimento de tuberculose multirresistente. A redução de 50% das mortes e da prevalência até o ano de 2015 é uma das metas assumidas pelo Brasil junto à ONU. No Estado de São Paulo, a tendência dos coeficientes de incidência e mortalidade por tuberculose é de declínio e as

menores taxas são encontradas no interior do Estado. Em todo o Brasil, a taxa de incidência foi de 38,2 casos/100 mil habitantes em 2007.

A incidência e o número de casos nos anos 2006 e 2007 na RS Rio Pardo são apresentados no Gráfico 17 e Tabela 12 respectivamente, elaborados através de consulta aos dados do sistema TbWeb disponibilizados no site da Divisão de Controle da Tuberculose da SES-SP. A região de saúde obteve uma incidência média no biênio 2006-2007 inferior à observada no conjunto dos municípios do DRS XIV - São João da Boa Vista. Casa Branca e Mococa têm o maior número de casos novos de tuberculose e incidências mais elevadas.

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



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

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

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

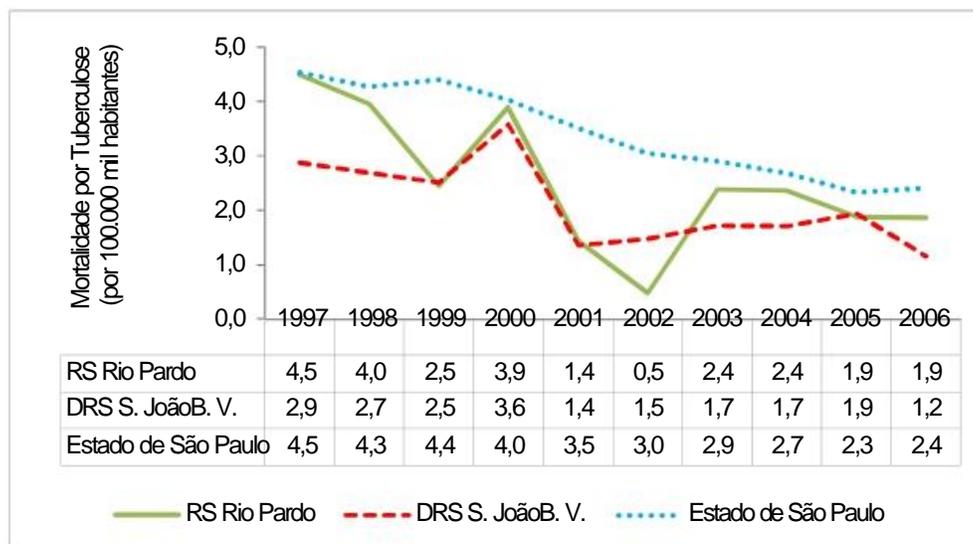
Municípios	2006	2007
Mococa	16	16
S J R Pardo	3	4
Casa Branca	20	9
Caconde	3	2
Tapiratiba	1	1
S S Grama	2	2
Divinolândia	0	1
Itobi	1	0
RS Rio Pardo	46	35

Obs.: Excluídos casos encerrados commudança de diagnóstico.

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

A tendência da mortalidade por tuberculose também é de declínio, apesar da maior variabilidade observada na RS Rio Pardo e no DRS (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 Pardo, DRS São João da Boa Vista e Estado de São Paulo, 1997-2006.



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

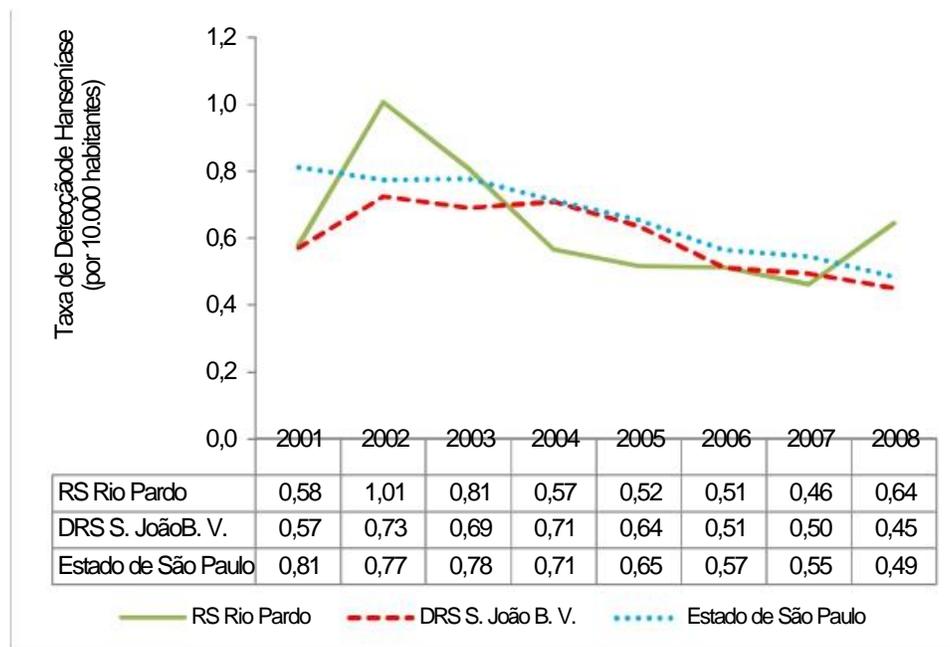
Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

### 2.5.3. Hanseníase

Quanto à hanseníase, o ESP já atingiu a meta de eliminação proposta pela OMS desde 2005<sup>28</sup>, meta também atingida no conjunto do DRS. A magnitude e a carga de morbidade estão apresentadas no Gráfico 19, através da série histórica da taxa de detecção no período de 2001 a 2008. Observa-se redução consistente da taxa de detecção no ESP em todo o período, e no conjunto de municípios compreendidos no DRS XIV a partir de 2005; na RS Rio Pardo verificou-se queda desde 2003, sendo menos intensa a partir de 2005, com aumento no último ano. A RS, o DRS XIV e o ESP estão classificados numa situação de média endemicidade (entre 0,2 e 0,9 casos por 10.000 habitantes).

Gráfico 19 - Taxa de detecção de Hanseníase\*. RS Rio Pardo, DRS São João da Boa Vista 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.

<sup>28</sup> 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.

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

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

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mococa	6	10	9	3	7	8	8	7
S J R Pardo	2	3	1	3	0	0	0	3
Casa Branca	1	2	4	3	2	1	1	0
Caconde	1	2	3	1	0	0	0	2
Tapiratiba	1	0	0	0	0	0	0	1
S S Grama	0	4	0	1	0	0	0	0
Divinolândia	1	0	0	0	1	0	1	1
Itobi	0	0	0	1	1	2	0	0
RS Rio Pardo	12	21	17	12	11	11	10	14

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

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

Essa realidade indica a necessidade de implementação de ações na rede de atenção básica voltadas ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de incapacidades e vigilância de comunicantes, além de garantia de atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário<sup>29</sup>.

#### 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 Pardo, DRS XIV e Estado de São Paulo. O vetor *Aedes aegypti* é encontrado em todos os municípios da RS e esta enfrentou, em 2007, epidemia de grande magnitude em Mococa e pouco menos intensa em Casa Branca. Os dados justificam a

<sup>29</sup> Neste sentido, consultar a Portaria Conjunta (SVS e SAS) nº 125, de 26 de março de 2009, que define ações de controle da hanseníase.

priorização da dengue na agenda da saúde, devido à quantidade de casos, além do grande potencial de transmissão e transcendência.

Tabela 14 – Casos de Dengue segundo local de residência\*. RS Rio Pardo, DRS S Joao B Vista e Estado de São Paulo, 2001-2008.

Municípios	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mococa	1	7	1	-	-	7	527	28
S J R Pardo	1	10	4	-	-	18	14	-
Casa Branca	-	4	1	3	-	-	29	1
Caconde	-	-	-	-	-	-	5	-
Tapiratiba	-	-	-	-	-	-	-	-
S S Grama	-	-	-	-	-	-	1	-
Divinolândia	-	-	-	-	-	-	-	-
Itobi	-	-	-	-	-	-	1	-
RS Rio Pardo	2	21	6	3	-	25	577	29
DRS S João B Vista	146	721	81	15	14	211	1.166	732
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 S. João B. V.. 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, indicando que os gestores relataram problemas de diferentes naturezas, relacionados à: agravos, organização da assistência, condições de vida e trabalho e, organização do cuidado.

Mesmo considerando os diferentes enfoques e respostas muito variadas, foi possível observar que em relação à situação de saúde propriamente dita, a maioria dos municípios, indicou de agravos relacionados às condições crônicas de saúde incluindo: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes e neoplasias. Observa-se ainda que foram indicadas questões relacionadas à saúde da criança e à gravidez como preocupações de pelo menos três municípios.

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

Municípios	Principais Problemas Apontados		
Mococa	Aumento da verba própria para VE	Maior número de veículos	Contratação de médicos especializados / melhores instalações existentes / rapidez na entrega de exames de alto-custo
S J R Pardo	Doenças cardiovasculares / pulmonares	Neoplasias / causas externas	Doenças endócrinas / metabólicas
Casa Branca	Saneamento básico	Programa de hipertensão / diabetes	Saúde do adolescente / usuário de drogas
Caconde	Doença do Aparelho Circulatório	Doenças do Aparelho Respiratório	Neoplasia / insuficiência renal / diabetes
Tapiratiba	Não temos nada a informar	Não temos nada a informar	Não temos nada a informar
S S Grama	Mortalidade infantil	Hipertensão arterial	Doenças cardiovasculares / diabetes / câncer
Divinolândia	Hipertensão e diabetes	Gravidez na adolescência	Quantidade de partos cesáreos
Itobi	Pré-natal	Vigilância epidemiológica	Vigilância sanitária / Saúde da criança

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

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

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

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

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

### 3. O SUS NA REGIÃO DE SAÚDE RIO PARDO

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 Pardo.

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

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

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

#### 3.1. Atenção Básica

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

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

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

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

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

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.”<sup>30</sup>

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.

---

<sup>30</sup> BRASIL. MS. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2006. p.10

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 Pardo.

### 3.1.1. Modelo de Organização na Atenção Básica

No que se refere ao modelo de organização adotado, observa-se, na Tabela 1, a presença do mesmo número de municípios com modelo de unidades básicas tradicionais, presente em quatro, e a presença do modelo híbrido composto de unidades básicas tradicionais e equipes de saúde da família, encontrado também em quatro 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 Pardo, 2008.

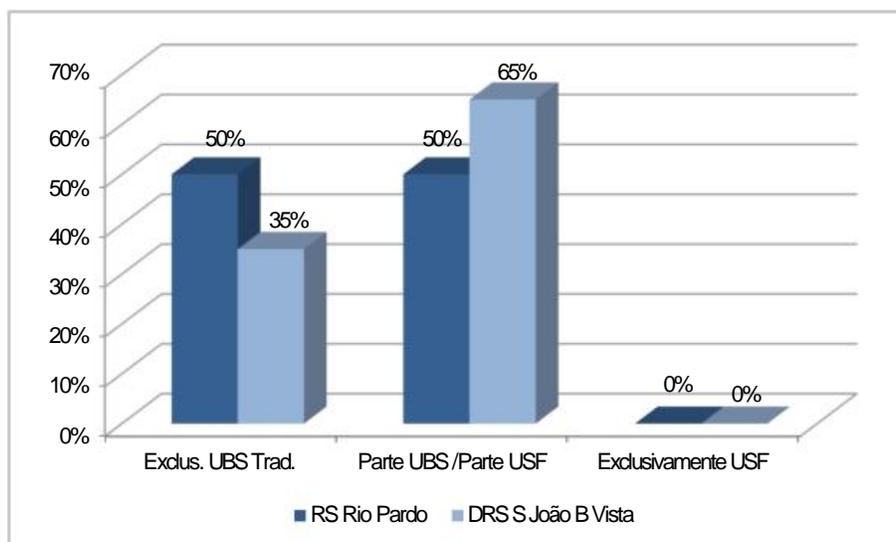
Municípios	Exclusivamente UBS Trad.	USF	Parte UBS/USF
Caconde	x		
Casa Branca			x
Divinolândia	x		
Itobi	x		
Mococa			x
S J R Pardo			x
S S Grama			x
Tapiratiba	x		

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

Quando se comparam esses dados da RS com a o conjunto do DRS XIV – São João da Boa Vista verifica-se que o modelo de unidades básicas tradicionais, sem saúde da família está presente em 50 e 35% dos municípios, respectivamente (Gráfico 1). Já a adoção do modelo híbrido prepondera em 50% dos municípios da RS, em comparação aos resultados

do DRS XIV, que é de 65%. Como já citado, não há nessa Região município com modelo de saúde da família exclusivo, assim como no DRS XIV.

Gráfico 1 - Modelo de organização da Atenção Básica. RS Rio Pardo e DRS São João da Boa Vista, 2008.



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

No tocante às modalidades de equipes de saúde da família<sup>31</sup>, segundo as respostas dos gestores ao questionário da pesquisa, verifica-se que os quatro municípios têm equipes de saúde da família ampliada com outros profissionais e saúde bucal tipo I. Destes municípios apenas São José do Rio Pardo respondeu não ter equipes clássicas.

Quando questionados em relação a projetos de expansão para a rede de Atenção Básica, os gestores de Casa Branca, São José do Rio Pardo e São Sebastião da Gramma responderam que pretendem ampliar cobertura e/ou equipes da SF, e o último também de PACS. Divinolândia refere a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Tapiratiba visa a implantar unidade em região distante do centro. Já Mococa pretende manter a cobertura de SF.

Em relação à cobertura populacional da ESF em dezembro de 2008, observa-se na Tabela 2 que os valores da RS Rio Pardo e da área do DRS XIV foram semelhantes

<sup>31</sup> 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 MS nº 648, de 28 de março de 2006. Além disso, optou-se pela inclusão da modalidade equipe de saúde da família ampliada com outros profissionais, dadas as características comumente encontradas nas regiões estudadas. No que se refere ao NASF (Portaria MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008), considerou-se apenas uma modalidade.

(respectivamente 21% e 22%) e os valores dos municípios variaram entre 20 e 53% de cobertura.

Tabela 2 - Cobertura Populacional\*por equipes de saúde da família. RS Rio Pardo e DRS São João da Boa Vista, 2008.

Municípios	População	Número de ESF**	Cobertura Populacional
Casa Branca	27.664	2	24,7%
Mococa	69.340	4	19,5%
S J R Pardo	53.321	5	31,9%
S S Grama	12.605	2	53,4%
RS Rio Pardo	215.910	13	21,1%
DRS S J oão B Vista	786.883	50	22,2%

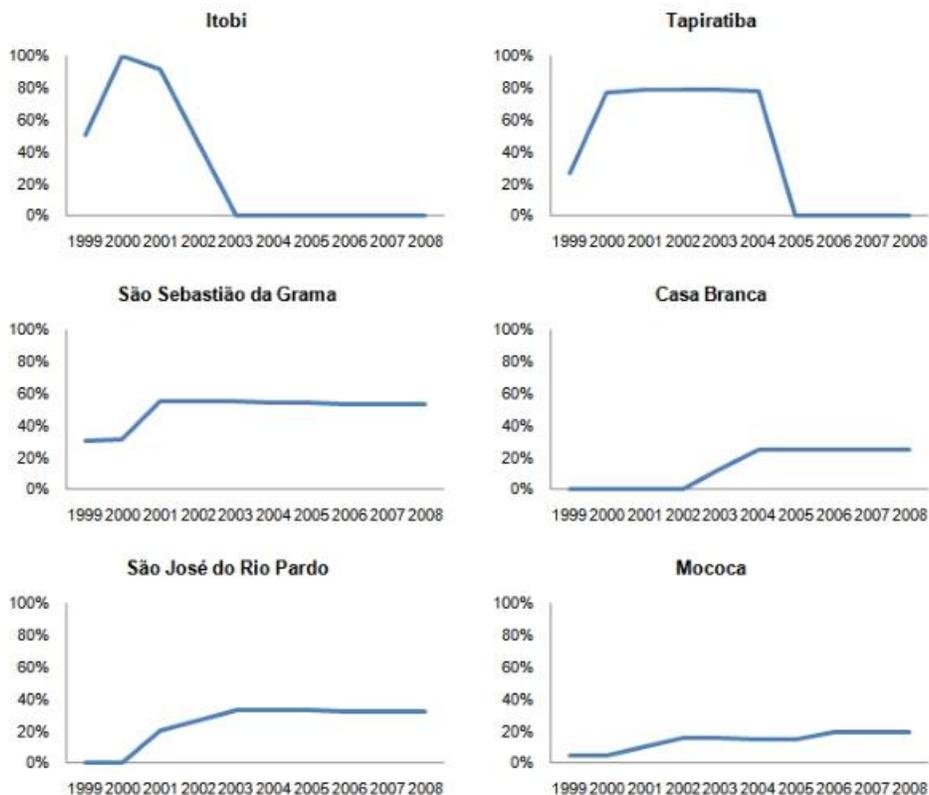
Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

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

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

Nos municípios da região que adotam a estratégia de SF, pode-se observar, no Gráfico 2, a evolução da estimativa de cobertura populacional por equipes ao longo de uma década. Nota-se que os municípios de Itobi e Tapiratiba implantaram o modelo, mas não o mantiveram. São Sebastião da Grama, São José do Rio Pardo, Casa Branca e Mococa vêm apresentando tendência estável na cobertura de SF, sendo que o primeiro tem o maior valor, 53%, e os outros 32, 25 e 20% respectivamente.

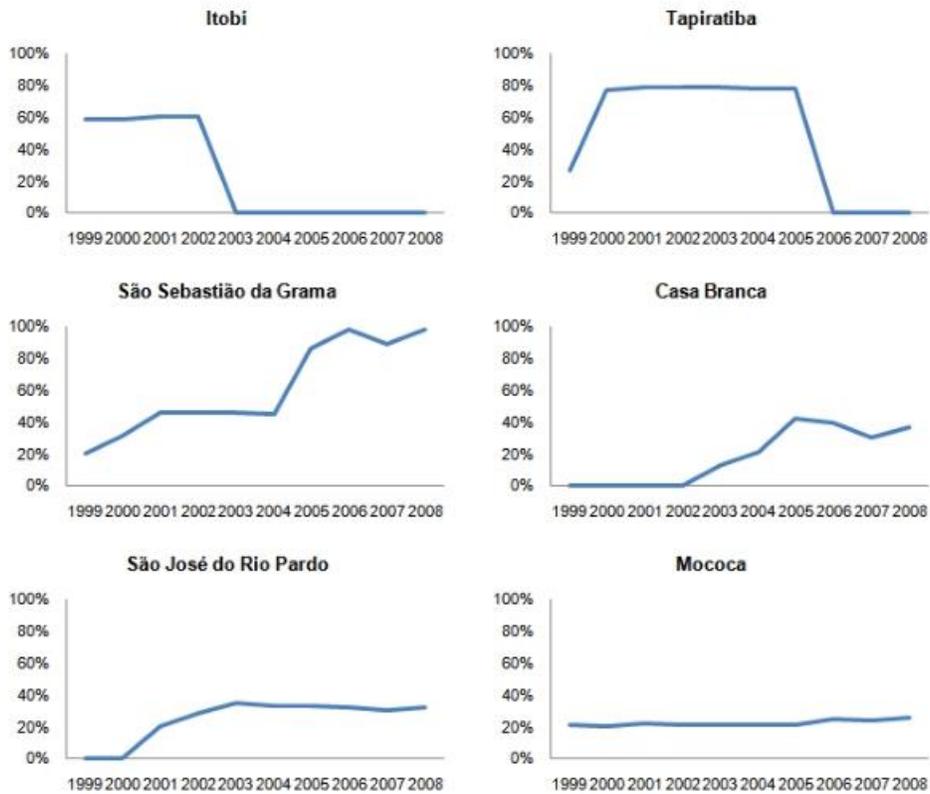
Gráfico 2 - Estimativa de cobertura populacional por equipes de saúde da família por município. RS Rio Pardo, 1999-2008.



Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

Quanto à cobertura populacional por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os dados apresentados no Gráfico 3 mostram o aumento ocorrido em São Sebastião da Grama desde 2005, chegando a quase 100% em 2008. Em Casa Branca e Mococa os valores foram pouco maiores que os observados para as equipes e em São José do Rio Pardo as coberturas foram semelhantes.

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



Fonte: MS/SAS/DAB. Elaboração própria.

### 3.1.2. Capacidade Instalada na Atenção Básica

No que se refere ao número de unidades básicas de saúde observa-se, na Tabela 3, os dados informados pelos gestores no questionário de pesquisa.

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

Municípios	UBS
Caconde	3
Casa Branca	2
Divinolândia	4
Itobi	1
Mococa	4
S J R Pardo	2
S S Grama	1
Tapiratiba	4

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

A avaliação, pelos gestores, da suficiência do número de unidades básicas e equipes de saúde da família em relação às necessidades de cada município está apresentada na Tabela 4.

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

Municípios	UBS		Equipes SF	
	Suficiente	Insuficiente	Suficiente	Insuficiente
Caconde	x			
Casa Branca		x		x
Divinolândia	x			
Itobi		x		
Mococa		x		x
S J R Pardo	x			x
S S Grama		x		x
Tapiratiba	x			

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

Dos oito municípios da Região quatro afirmam que há insuficiência de unidades básicas tradicionais de saúde (Casa Branca, Itobi, Mococa, S. S. Grama), e todos com a ESF consideram insuficientes o número das equipes de SF.

Cabe novamente ressaltar que, no que se refere a projetos de expansão para a Atenção Básica à Saúde, seis municípios apresentam propostas, exceto Itobi e Caconde.

Quanto à localização geográfica das unidades básicas, conforme mostra a Tabela 5, apenas dois gestores apontam como um problema a distribuição das unidades de saúde no respectivo território (Casa Branca e Itobi).

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

Municípios	Bem Distribuídas	Mal Distribuídas
Caconde	X	
Casa Branca		X
Divinolândia	X	
Itobi		X
Mococa	X	
S J R Pardo	X	
S S Grama	X	
Tapiratiba	X	

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

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

Tabela 6 - Presença de profissionais na Atenção Básica, por município. RS Rio Pardo, 2008.

Profissionais	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Itobi	Mococa	SJ R Pardo	SS Grama	Tapitatiba
Agente Comunitário de Saúde		X			X	X	X	
Assistente Social	X				X	X	X	X
Atendente de Enfermagem						X		
Auxiliar de Consultório Dentário	X	X	X	X	X	X	X	X
Auxiliar de Enfermagem	X	X		X	X	X	X	X
Cirurgião-Dentista	X	X	X	X	X	X	X	X
Enfermeiro	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico Sanitarista						X		
Farmacêutico	X		X		X	X		X
Fisioterapeuta	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico Acupunturista								
Médico Clínico	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico de Saúde da Família				X		X	X	
Médico Ginecologista	X	X		X	X	X	X	X
Médico Homeopata								
Médico Pediatra	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico Psiquiatra	X			X	X	X		X
Nutricionista	X				X	X	X	
Profissional de Educação Física								
Psicólogo	X		X	X	X	X	X	X
Técnico de Enfermagem	X	X	X		X	X	X	X
Técnico em Higiene Dental						X	X	
Terapeuta Ocupacional						X		

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

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

Profissionais	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Itobi	Mococa	SJR Pardo	SS Grama	Tapiratib a
Agente Comunitário de Saúde							x	
Assistente Social	x				x		x	
Atendente de Enfermagem							x	
Auxiliare Consultório Dentário				x	x			x
Auxiliare Enfermagem				x				x
Cirurgião-Dentista			x					
Enfermeiro		x	x	x				x
Médico Sanitarista								
Farmacêutico			x		x			
Fisioterapeuta				x	x			
Médico Acupunturista								
Médico Clínico	x	x	x		x			
Médico de Saúde da Família								
Médico Ginecologista		x			x			
Médico Homeopata								
Médico Pediatra	x	x		x				
Médico Psiquiatra	x			x	x	x		x
Nutricionista								
Profissional de Educação Física								
Psicólogo			x	x	x		x	
Técnico de Enfermagem					x		x	x
Técnico em Higiene Dental								
Terapeuta Ocupacional								

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

Os dados mostram que a equipe básica da Atenção Básica<sup>32</sup>, formada por médico clínico ou médico de saúde da família, pediatra, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, cirurgião-dentista dentista e auxiliar de consultório dentário/técnico em higiene dental, está presente em todos os municípios da Região, faltando apenas ginecologista em Divinolândia (Tabela 6). As cargas horárias de enfermeiros e médicos clínicos foram consideradas insuficientes em quatro dos municípios, de pediatras em três e de ginecologistas em dois (Tabela 7).

Em relação a equipe ampliada na Atenção Básica à saúde, há na Região primazia dos seguintes profissionais: fisioterapeutas em todos os oito municípios; psicólogos em sete; assistentes sociais, farmacêuticos e médicos psiquiatras em cinco e nutricionistas em quatro.

### **3.1.3. Outros Aspectos da Atenção Básica**

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

Em relação aos procedimentos de Atenção Básica por habitante, os dados secundários dispostos no DATASUS e analisados sob os parâmetros da Portaria 1.101 de 12 de junho 2002, evidenciam que, em relação às ações de enfermagem, três municípios da Região (Divinolândia, Itobi e Tapiratiba) apresentam-se abaixo dos parâmetros; já em relação às ações médicas, sete dos oito municípios que constituem a Região mostrarem uma produção acima dos parâmetros; estando apenas o município de Tapiratiba adequado aos padrões. No que se refere às ações odontológicas, seis municípios possuem uma produção adequada aos parâmetros e dois, acima. Quanto aos procedimentos realizados por outros profissionais de nível superior, somente o município de Itobi apresenta-se pouco abaixo dos parâmetros.

---

<sup>32</sup> A esse respeito, ver Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, MS, capítulo I, item 3, inciso III.

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

Municípios	Enfermagem/Outros	Médicas Básicas	Odonto Básicas	Outros Prof. Nível Sup.
Caconde	3,58	2,45	1,12	0,50
Casa Branca	4,33	2,62	2,07	0,60
Divinolândia	1,00	2,79	1,68	0,27
Itobi	1,53	1,81	0,40	0,10
Mococa	2,41	2,55	0,79	0,55
S J R Pardo	7,26	2,61	0,72	0,57
S S Grama	3,83	2,51	1,57	1,69
Tapiratiba	0,88	1,55	2,68	1,00

Fonte: SEADE, População, 2007; MS/SAS/DATASUS, Produção, 2007; Portaria GM1.101/2002, Parâmetros. Elaboração própria.

Obs.: Parâmetros de referência:

Enfermagem/Outros: 2,28 a 6,46

Médicas Básicas: 1,06 a 1,67

Odonto Básicas: 0,40 a 1,60

Outros Prof. Nível Sup.: 0,11 a 0,45

No que diz respeito à necessidade de consultas básicas conforme quantitativo populacional verifica-se, pelos dados da Tabela 9, que a RS Rio Pardo produz 155% de consultas básicas considerando-se a necessidade de 100% da população local.

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

Municípios	População	Necessidades de consultas básicas	Produção de consultas básicas	Superávit/déficit	%Produção/necessidades
Caconde	19.289	30.380	47.439	17.059	156%
Casa Branca	27.664	43.571	71.571	28.000	164%
Divinolândia	12.194	19.206	33.725	14.519	176%
Itobi	7.940	12.506	14.317	1.812	114%
Mococa	69.340	109.211	171.004	61.794	157%
S J R Pardo	53.321	83.981	137.412	53.431	164%
S S Grama	12.605	19.853	31.561	11.708	159%
Tapiratiba	13.557	21.352	20.654	-698	97%
RS Rio Pardo	215.910	340.058	527.683	187.625	155%

Fonte: SEADE, População, 2007; MS/SAS/DATASUS, Produção, 2007; Portaria GM1.101/2002, Parâmetros. Elaboração própria.

Merece atenção o fato de sete municípios da Região apresentarem superávit: Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Itobi, Mococa, São José do Rio Pardo, São Sebastião da Grama. Destaca-se assim a grande produção de consultas básicas na Região.

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

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

Municípios	Consultas programadas	Consultas de urgência
Caconde	29.892	17.547
Casa Branca	29.912	41.659
Divinolândia	13.212	20.513
Itobi	13.645	672
Mococa	101.948	69.056
S J R Pardo	107.314	30.098
S S Grama	31.561	-
Tapiratiba	20.654	-
RS Rio Pardo	348.138	179.545

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

Do total de 527.683 das consultas na Atenção Básica ofertadas na Região, observa-se que aproximadamente 66% referem-se a consultas programadas e 34% a consultas de urgência. Os maiores percentuais de consultas de urgência ocorreram em Divinolândia (61%), Casa Branca (58%), e Mococa (40%).

No que se refere ao desenvolvimento de atividades voltadas à promoção de hábitos saudáveis e melhoria da qualidade de vida, os resultados, conforme Tabela 11 indicam a presença dessas ações em seis municípios, sendo que todos eles as desenvolvem

estabelecendo parcerias com outros setores, como educação e assistência social, ou organizações não governamentais.

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

Municípios	Atividade física	Práticas alimentares	Controle tabagismo	Cuidado envelhecimento	Saúde sexual	Meio ambiente
Caconde	x	x				
Casa Branca	x	x		x	x	
Mococa	x	x	x		x	
S J R Pardo	x	x	x		x	
S S Grama	x	x		x		x
Tapiratiba	x					

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

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

No entanto, mesmo entre os municípios que realizam atividades de promoção à saúde, nota-se que essas ações não ocorrem em todas as unidades de Atenção Básica da região. Apenas os municípios de Caconde e São Sebastião da Grama realizam tais ações, numa porcentagem que varia de 76% a 100% de suas unidades.

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

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

- Número insuficiente de profissionais de saúde;
- Alta rotatividade de médicos;
- Processo de avaliação incipiente;
- Assistência fragmentada; e

- Formação inadequada de profissionais de saúde.

Não há referência à fragilidade na infraestrutura das unidades.

Observam-se referências a dificuldades existentes na área de recursos humanos em relação a aspectos da formação profissional, tanto para o desenvolvimento das ações de atenção à saúde, quanto para ações de natureza gerencial. Os gestores também apontaram filas de espera para outros níveis do sistema, o que pode sugerir problemas com a resolubilidade da assistência e a qualidade do cuidado na Atenção Básica.

Deve-se ressaltar que cinco municípios apresentam alguma iniciativa em andamento relativa aos recursos humanos como ampliar contratações, realizar concursos e ofertar capacitações.

### **Conclusões Parciais**

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

- Há presença do modelo híbrido composto de unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família em 50% dos municípios e do modelo de unidades básicas tradicionais também em 50% dos municípios da Região;
- O percentual de cobertura populacional de Saúde da Família na região é de 21%, inferior ao do Estado de São Paulo, que é de 25% (MS/DAB, 2008);
- A metade dos gestores municipais considera o número de unidades básicas e equipes de saúde da família insuficientes
- A maior parte dos municípios considera as unidades de atenção básica adequadas do ponto de vista da localização territorial;
- Há profissionais diversificados nas equipes de atenção básica, principalmente aqueles que compõem a equipe multiprofissional básica; no entanto, há indicações de insuficiência de cargas horárias para alguns profissionais;
- A produção de procedimentos de atenção básica apresenta-se superavitária, exceto em um município;
- A maior parte dos municípios desenvolve algumas atividades de promoção à saúde estabelecendo parcerias com outros setores; sendo importante ampliá-las;

- Os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores na Atenção Básica dos municípios da RS Rio Pardo visando à sua qualificação estão relacionados: 1) à ampliação e capacitação dos profissionais para atuar na atenção básica, 2) à fixação de médicos, 3) ao gerenciamento das unidades básicas e 4) à qualificação do cuidado.

Deve-se investir na qualificação da atenção básica na RS Rio Pardo 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, desenvolvidas pelos municípios da RS Rio Pardo. 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 bem como a existência de setores e recursos humanos responsáveis pelo desenvolvimento por essas áreas 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 RS Rio Pardo.

Tabela 12 – Existência de setor ou profissional responsável, por município. Rio Pardo, 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.
Caconde	x		x		x		x			
Casa Branca	x		x			x		x		
Divinolândia	x		x			x				x
Itobi		x		x		x				
Mococa	x		x		x					x
S J R Pardo	x		x		x					
S S Gramma	x		x		x		x			x
Tapiratiba	x		x							

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

Observa-se que sete municípios responderam possuir setor específico para as vigilâncias epidemiológica e sanitária e um, Itobi, apenas profissionais responsáveis. Entretanto, o mesmo não se observa para o controle de zoonoses, saúde ambiental e do trabalhador.

Em relação ao controle de zoonoses, quatro municípios têm setor e três contam com profissional responsável. Quanto à saúde ambiental e do trabalhador, nota-se de modo geral pouca estrutura nos municípios.

Dois gestores referiram a existência de Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) em seus municípios (São José do Rio Pardo e São Sebastião da Grama), e os demais informam que têm como referência ou o CCZ de São José do Rio Pardo ou de outras RS.

### 3.2.2. Vigilância Epidemiológica

As ações de Vigilância Epidemiológica (notificação de agravos, profilaxia de agravos específicos, investigação de surtos e busca ativa) são totalmente descentralizadas para as unidades básicas de saúde em cinco municípios e parcialmente em outro. Os gestores de Itobi e Mococa informaram que aquelas ações não são realizadas pelas unidades básicas.

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

Municípios	Ações de VE: descentralização para UBS	
	Totalmente	Parcialmente
Caconde	x	
Casa Branca	x	
Divinolândia	x	
Itobi		
Mococa		
S J R Pardo		x
S S Grama	x	
Tapiratiba	x	

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

Através dos dados contidos na Tabela 14 pode-se notar que, em relação às várias categorias profissionais que tradicionalmente compõem as equipes de VE, a maioria dos municípios da região conta com a presença de enfermeiro e médico. Poucos são os municípios que fazem referência à insuficiência de técnicos para o desenvolvimento das atividades dessa área.

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

Municípios	Médico	Insuficiência	Enfermeiro	Insuficiência	Técnicode Enfermagem	Insuficiência	Auxiliar de Enfermagem	Insuficiência
Caconde	x		x		x		x	
Casa Branca	x		x					
Divinolândia			x		x			
Itobi								
Mococa	x	x	x	x	x			
S J R Pardo	x		x				x	
S S Grama	x		x			x	x	
Tapiratiba	x	x	x	x	x	x	x	x

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

### 3.2.3. Vigilância Sanitária

No caso das ações de VS, apenas três dos municípios da Região realizam plenamente as ações, enquanto cinco municípios as desenvolvem parcialmente (Tabela 15). A análise das respostas ao questionário permitiu observar que o Estado apoia ou desenvolve ações em VS na RS Rio Pardo em situações de maior complexidade, como inspeções em hospitais e outros estabelecimentos, produção de alimentos e outras, além de treinamentos e capacitações em geral.

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

Municípios	Ações de VS	
	Totalmente	Parcialmente
Caconde		x
Casa Branca		x
Divinolândia		x
Itobi	x	
Mococa	x	
S J R Pardo	x	
S S Grama		x
Tapiratiba		x

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

Com relação aos profissionais, por categoria, que compõem as equipes de VS, verifica-se nas Tabelas 16 e 17 que as equipes são pouco diversificadas, destacando-se a presença de engenheiros, médico veterinários e fiscais de saúde pública na maior parte dos municípios. Como já citado, parte das atividades de VS na região de saúde está sendo desenvolvida complementarmente pelo Estado.

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

Municípios	Biólogo	Insuf.	Enferm.	Insuf.	Engenh.	Insuf.	Farmac.	Insuf.	Médico	Insuf.	Med. Vet.	Insuf.	Tecnol.	Insuf.
Caconde											x			
Casa Branca					x						x			
Divinolândia					x						x			
Itobi														
Mococa					x		x							
S J R Pardo					x				x		x			
S S Grama					x						x			
Tapiratiba			x	x			x		x	x				

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

### 3.2.4. Controle de Zoonoses

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

Municípios	Tec. Enf.	Insuf.	Aux. Enf.	Insuf.	Fiscal SP	Insuf.
Caconde					x	
Casa Branca						
Divinolândia						
Itobi						
Mococa					x	
S J R Pardo					x	
S S Gramma					x	x
Tapiratiba	x	x	x	x		

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

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

Todos os municípios da RS Rio Pardo desenvolvem as ações voltadas ao controle da dengue, conforme discriminado na Tabela 18. Apenas Tapiratiba não realiza todas as atividades elencadas.

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

Municípios	BA	PCMT	IB	CC	PE	AE
Caconde	x	x	x	x	x	x
Casa Branca	x	x	x	x	x	x
Divinolândia	x	x	x	x	x	x
Itobi		x	x	x	x	x
Mococa	x	x	x	x	x	x
S J R Pardo	x	x	x	x	x	x
S S Grama	x	x	x	x	x	x
Tapiratiba	x	x			x	

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

BA – Busca Ativa (de casos suspeitos da doença)

PCMT – Plano de Controle do Mosquito Transmissor

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

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

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

AE – Ações Educativas

Em relação a outras ações coordenadas pelo controle de zoonoses mostradas na Tabela 19, observa-se que todos os municípios desenvolvem atividades para o controle da raiva animal, como vacinação antirrábica animal e a observação de animal agressor. Já as demais, tanto as associadas ao controle da raiva animal, quanto às associadas ao controle de outras zoonoses – como leptospirose e leishmaniose cutaneomucosa e visceral – são desenvolvidas por parte dos municípios.

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

Municípios	VAR	OAA	PVR	AAGP	GAGP	AEPR	Morcegos*	Roedores*	AE Lepto	C. Leish
Caconde	x	x	x	x	x	x	x	x		
Casa Branca	x	x				x		x	x	
Divinolândia	x	x	x			x				
Itobi	x	x								
Moooca	x	x	x			x				
S J R Pardo	x	x	x			x	x	x	x	x
S S Grama	x	x	x			x	x	x	x	x
Tapiratiba	x	x	x	x		x	x		x	x

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

VAR – Vacinação antirrábica animal

OAA – Observação do animal agressor

PVR – Pesquisa de vírus rábico

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

AEPR - Ações educativas em posse responsável de animais domésticos

AE Lepto – Ações educativas em Leptospirose

C. Leish – Controle da Leishmaniose

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

### 3.2.5. Vigilância Ambiental

A Tabela 20 apresenta aspectos relacionados à saúde ambiental nos municípios da Região, segundo respostas dos gestores no questionário.

Com exceção de Itobi, todos os outros gestores referiram possuir aterro sanitário no município; coleta seletiva e coleta de resíduos de serviços de saúde são realizadas em seis e cinco municípios, respectivamente.

Apenas dois municípios desenvolvem atividades relacionadas ao controle de áreas contaminadas e degradadas e poluição ambiental. Iniciativas de educação ambiental também são pouco referidas.

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

Municípios	Aterro Sanitário	Coleta Seletiva	Coleta de Resíduos Sanitários	Controle de Áreas Contaminadas e Degradadas	Controle de Poluição Ambiental	Educação Ambiental
Caconde	x	x	x	x	x	x
Casa Branca	x	x	x			
Divinolândia	x					
Itobi						
Mococa	x	x				
S J R Pardo	x	x	x			x
S S Grama	x	x	x	x	x	x
Tapiratiba	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 do trabalhador existentes nos municípios da região, conforme informados pelos gestores são apresentados na Tabela 21.

Não há serviço de saúde do trabalhador na região de saúde. Quase nenhuma atividade de vigilância nessa área é realizada pelos municípios, e apenas São José do Rio Pardo e Mococa referem desenvolver alguma atividade específica.

Tabela 21- Atividades e serviços voltados à saúde do trabalhador, por município. RS Rio Pardo, 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
Caconde						
Casa Branca						
Divinolândia						
Itobi						
Mococa						x
S J R Pardo		x			x	
S S Grama						
Tapiratiba						

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

\*Serviço de saúde específico para 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 respostas foram muito diversas, tendo sido citadas questões referentes à estrutura e organização geral da rede de saúde dos municípios.

Foram apontados como avanços, entre outros:

- Redução da mortalidade infantil e queda do índice CPOD em crianças de 12 anos;
- Reestruturação da equipe de VS;
- Implantação da Vigilância em Saúde;
- Contratação de profissionais.

Quanto às dificuldades, quase todos os municípios abordaram aspectos relacionados a recursos humanos, particularmente a insuficiência de profissionais.

### **Conclusões parciais**

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

- Todos os municípios contam com estrutura (setor ou profissional responsável) nas áreas de vigilância epidemiológica e sanitária, o que contribui para a consolidação do processo de municipalização dessas atividades;
- Parte das unidades básicas de saúde dos municípios desenvolve ações de VE;
- Ações de VS são realizadas, totalmente ou parcialmente, por todos os municípios da região, mas contam com o apoio e a complementaridade do Estado;
- As equipes de VS são pouco diversificadas em relação à composição segundo categorias profissionais;
- As ações de controle de zoonoses são bastante desenvolvidas na maioria dos municípios;
- São poucas as iniciativas de vigilância em saúde ambiental e do trabalhador;

### **3.3. Atenção Especializada**

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

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

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

Levou-se em conta ainda a caracterização das Regiões de Saúde de cada mesorregião, correspondente ao território do DRS em termos de população e capacidade instalada, de forma a avaliar a possibilidade de autonomia do conjunto dessas ações de saúde na oferta de procedimentos especializados de média complexidade (ambulatorial ou hospitalar) em volume

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

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

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

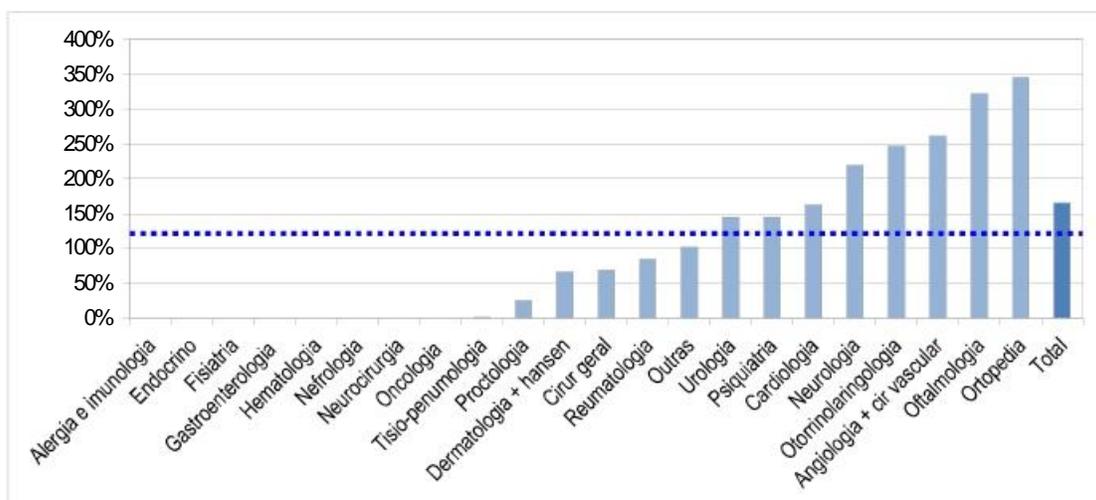
### **3.3.1. Atenção Ambulatorial**

No caso da Atenção Especializada Ambulatorial, considerando a grande variabilidade na forma de sua organização nos municípios, incluindo tanto o atendimento isolado em diferentes unidades de Atenção Básica quanto à concentração em unidades específicas (policlínicas, centros de referência, ambulatórios hospitalares, etc.), e considerando-se 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 Pardo, segundo os parâmetros da Portaria MS 1.101, e a produção apresentada ao SUS em 2007, constata-se que, das 22 especialidades avaliadas (Gráfico 4 e Tabela 22), cerca de 41% das especialidades não são produzidas, 18% possuem produção abaixo das necessidades da Região e 41% com produção acima dessas necessidades. No total, a produção de consultas especializadas da Região responde por 165% das necessidades.

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

RS Rio Pardo, 2007.



Fonte: MSDATASUS. Elaboração própria.

Observa-se também que essas especialidades concentram-se principalmente no município de São José do Rio Pardo e, em segundo lugar, em Mococa e Casa Branca. Nota-se ainda que, um conjunto grande de especialidades encontra-se esparsa pelos municípios, indicando a fragmentação da assistência e ausência de enfoque regional (Tabela 22).

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

Municípios	Alergia e imunologia	Endocrino	Fisiatria	Gastroenterologia	Hematologia	Nefrologia	Neurocirurgia	Oncologia	Tisiopneumologia	Proctologia	Dermatologia + hansen
<b>Necessidade</b>											
Caconde	68	135	405	236	34	34	34	101	338	68	371
Casa Branca	97	194	581	339	48	48	48	145	484	97	533
Divinolândia	43	85	256	149	21	21	21	64	213	43	235
Itobi	28	56	167	97	14	14	14	42	139	28	153
Mococa	243	485	1.456	849	121	121	121	364	1.213	243	1.335
S J R Pardo	187	373	1.120	653	93	93	93	280	933	187	1.026
S S Grama	44	88	265	154	22	22	22	66	221	44	243
Tapiratiba	47	95	285	166	24	24	24	71	237	47	261
Subtotal	756	1.511	4.534	2.645	378	378	378	1.134	3.778	756	4.156
<b>Produção</b>											
Caconde											600
Casa Branca										190	1.588
Divinolândia											0
Itobi											0
Mococa											576
S J R Pardo									3		3
S S Grama											0
Tapiratiba											0
Subtotal	0	0	0	0	0	0	0	0	3	190	2.767
<b>Prod / Necess</b>	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%	25,14%	66,57%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Continuação- Tabela 22

Municípios	Cirurgia	Reumatologia	Outras	Urologia	Psiquiatria	Cardiologia	Neurologia	Otorrinolaringologia	Angiologia+ cirvascular	Oftalmologia	Ortopedia	Total
<b>Necessidade</b>												
Caconde	776	135	169	304	743	675	405	506	68	945	979	7.528
Casa Branca	1.113	194	242	436	1.065	968	581	726	97	1.356	1.404	10.796
Divinolândia	491	85	107	192	469	427	256	320	43	598	619	4.759
Itobi	320	56	69	125	306	278	167	208	28	389	403	3.099
Mococa	2.791	485	607	1.092	2.670	2.427	1.456	1.820	243	3.398	3.519	27.060
S J R Pardo	2.146	373	467	840	2.053	1.866	1.120	1.400	187	2.613	2.706	20.809
S S Gramma	507	88	110	199	485	441	265	331	44	618	640	4.919
Tapiratiba	546	95	119	214	522	474	285	356	47	664	688	5.291
Subtotal	8.690	1.511	1.889	3.401	8.313	7.557	4.534	5.668	756	10.580	10.957	84.259
<b>Produção</b>												
Caconde				1.244	862	970	871	865		1.816	2.148	9.376
Casa Branca	1.239			973	3.073	3.393	3.006	1.267	87	2.110	3.947	20.873
Divinolândia	389						596	8.578		22.486	6.781	38.830
Itobi		16			616	39						671
Mococa	1.658			1.677	5.086	2.179	3.126	1.793		3.245	14.519	33.859
S J R Pardo	2.701	1.260	1.844	1.043	1.791	5.037	2.358	1.509	1.891	4.386	7.753	31.579
S S Gramma												0
Tapiratiba			87		646	706				62	2.680	4.181
Subtotal	5.987	1.276	1.931	4.937	12.074	12.324	9.957	14.012	1.978	34.105	37.828	139.369
<b>Prod / Necess</b>	68,89%	84,43%	102,21%	145,18%	145,25%	163,08%	219,60%	247,23%	261,75%	322,37%	345,23%	165,41%

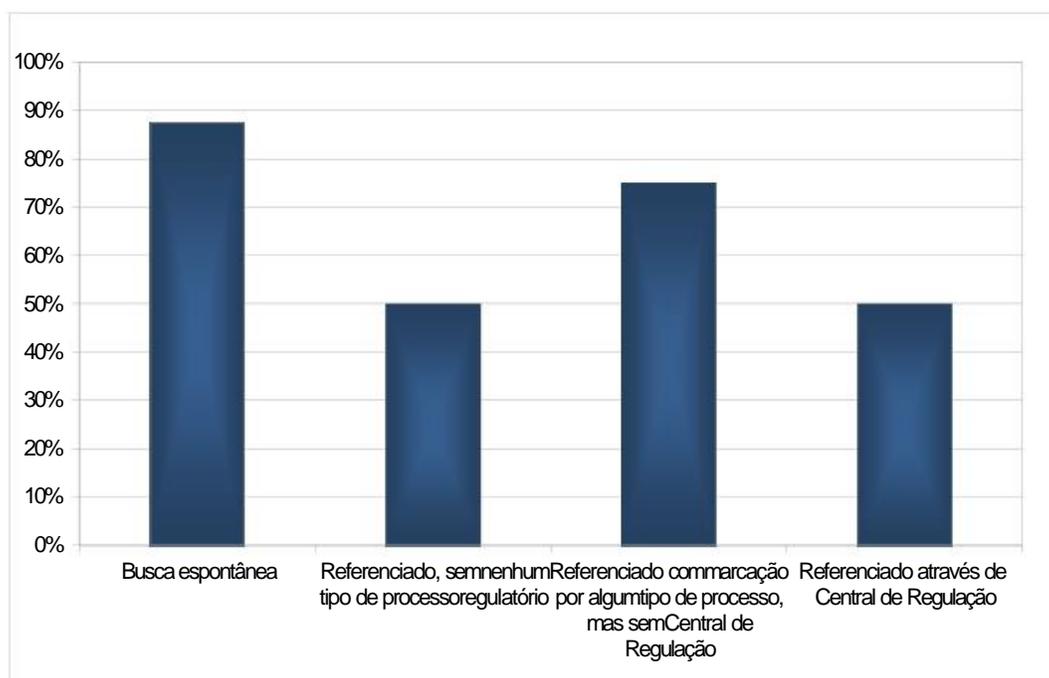
Fonte: MS/DATASUS/MS, 2007. Elaboração própria.

Ao se analisar as especialidades, ressaltam superproduções que devem ser melhor avaliadas, considerando as trocas inter-regionais. Entretanto, as especialidades de Neurologia, Otorrinolaringologia, Angiologia, Oftalmologia e Ortopedia merecem um maior aprofundamento, dada a grande produção apresentada na Região.

No que se refere às trocas inter-regionais, as informações levantadas do questionário respondido pelos gestores mostram que cerca de 25% dos municípios oferecem consultas especializadas para outros municípios e que 50% dos municípios da Região buscam outros municípios para prover suas demandas. Chama atenção, entretanto, a manifestação contraditória dos gestores referindo que não existe assistência ambulatorial especializada nos seus municípios.

Quanto ao acesso à Atenção Especializada, 88% dos municípios indicam que essa demanda tem acesso espontâneo e menos de 75% referem algum tipo de processo regulatório. Menos de 50% dos municípios referem a utilização de uma Central de Regulação (Gráfico 5).

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

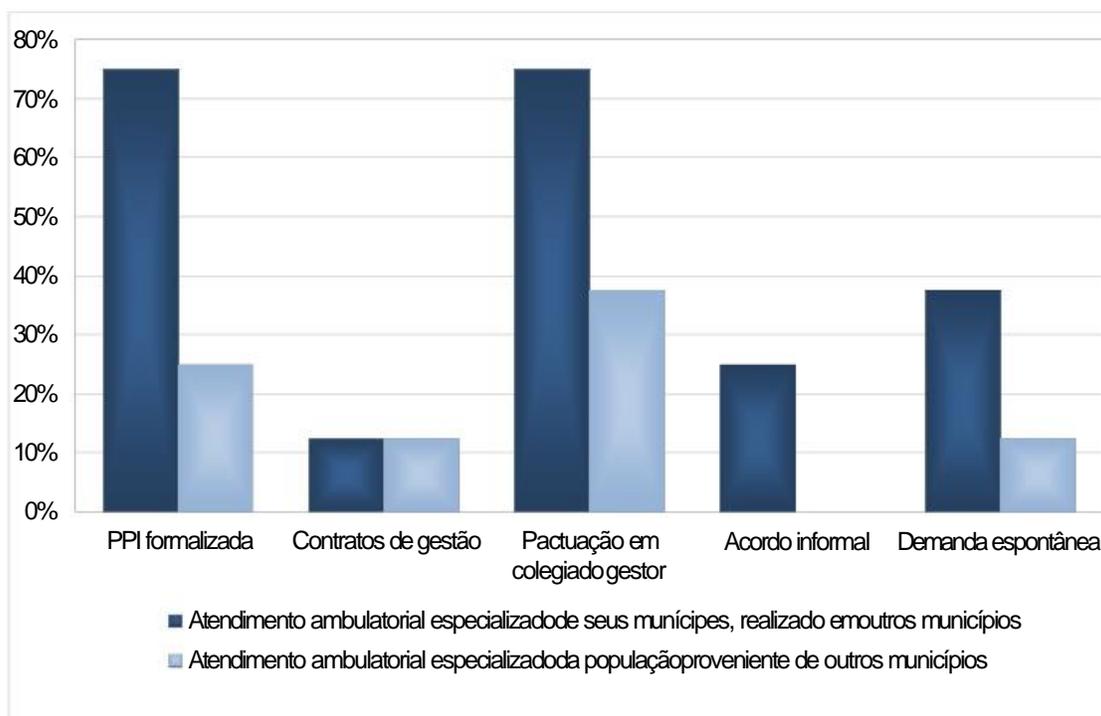


Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Apesar disso, 75% dos municípios indicam que observam a PPI formalizada e a pactuação em colegiado gestor como as duas principais formas para atendimento às demandas referenciadas entre os municípios da Região. No entanto, os gestores referem que essas pactuações são observadas com mais frequência quando os seus os municípios encaminham demandas aos demais. Chama atenção, ainda, a referência a demanda espontânea por 38% dos gestores (Gráfico 6).

Mais de 38% dos municípios também indicam que cumprem os acordos na maioria dos procedimentos acordados e, 25% dos gestores referem não possuir dados sobre o cumprimento dos acordos. Desse modo torna-se imprescindível verificar se o novo processo de elaboração da PPI abordou ou definiu algum encaminhamento às superproduções detectadas.

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

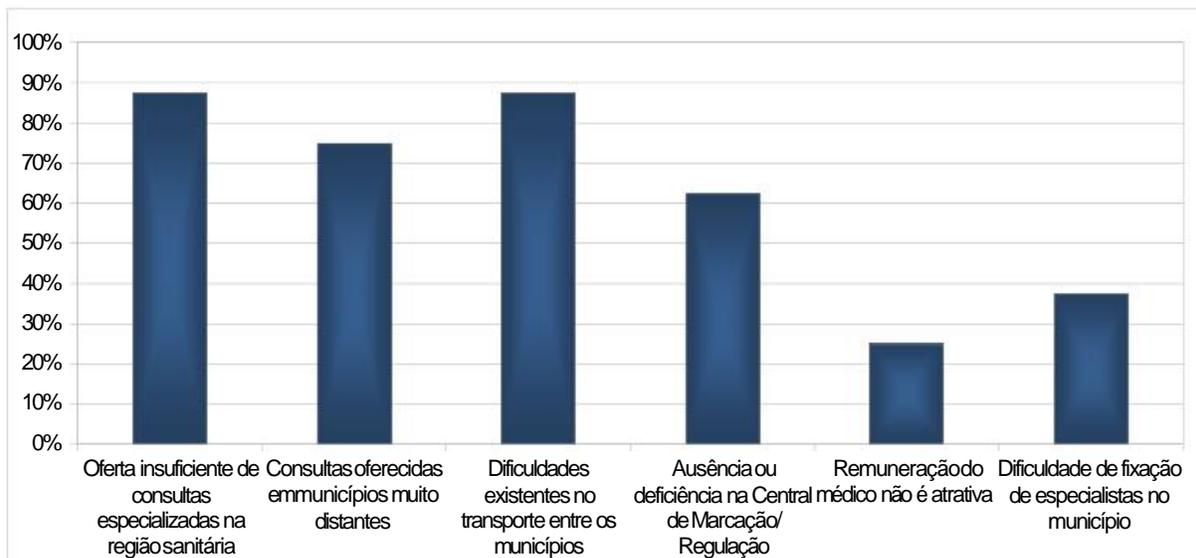


Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

Quanto às dificuldades apontadas na Atenção Ambulatorial Especializada na Região, 88% dos municípios referem a oferta insuficiente de consultas e problemas com o transporte entre os municípios. 75% indicam ainda que as consultas são oferecidas em municípios muito distantes e, 63% referem ausência ou deficiências da Central de Marcação e Regulação.

(Gráfico 7). Observa-se que problemas com fixação e remuneração de médicos é referida, respectivamente, por cerca de 38% e 25% dos gestores.

Gráfico 7 - Dificuldades apontadas pelos gestores quanto à Atenção Ambulatorial Especializada. RS Rio Pardo, 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 suplantiar os problemas detectados, a maioria dos municípios indica que não os possuem. Apenas o município de São Pedro refere à necessidade de reativação da Santa Casa local.

A RS Rio Pardo caracteriza-se, portanto, pela diversidade de especialidades existentes na Região com ausência de produção em muitas, sobre oferta em várias e déficit em outras, além de estarem alocadas de modo disperso nos municípios, demonstrando que não houve um enfoque regional na sua organização, o que contribui com a fragmentação dessa assistência.

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

### 3.3.2. Atenção Hospitalar - Internação

A análise da capacidade instalada de leitos hospitalares na RS Rio Pardo indica que apenas 62% dos leitos existentes estão integrados ao SUS, dos quais 38% filantrópicos e 19% privados. Observa-se ainda, na Tabela 23, a concentração de leitos SUS no município de Casa Branca (43%) e, em segundo lugar, em Divinolândia (19%). Pelos dados, é possível inferir ainda a presença de hospitais de pequeno porte, com menos de 100 leitos em 63% dos municípios, que sabidamente possuem problemas de sustentabilidade, por não respeitarem os princípios de economia de escala, o que leva a déficits constantes. Nesse sentido, observam-se hospitais públicos e filantrópicos de pequeno porte, participantes do SUS.

Tabela 23 - Leitos hospitalares existentes. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Leitos Existentes				Leitos SUS				Percentual SUS			
	Público	Filantró- -pico	Privado	Total	Público	Filantró- pico	Privado	Total	Público	Filantró- pico	Privado	Total
Caconde		75		75		64		64		85,3%		85,3%
Casa Branca	410	43		453	410	30		440	100,0%	69,8%		97,1%
Divinolândia			204	204			195	195			95,6%	95,6%
Itobi Mococa												
S J R Pardo	30	145		175	30	106		136	100,0%	73,1%		77,7%
S S Grama		208		208		150		150		72,1%		72,1%
Tapiratiba		30		30		26		26		86,7%		86,7%
		34		34		21		21		61,8%		61,8%
<b>Total</b>	<b>440</b>	<b>535</b>	<b>204</b>	<b>1.179</b>	<b>440</b>	<b>397</b>	<b>195</b>	<b>1.032</b>	<b>100,0%</b>	<b>74,2%</b>	<b>95,6%</b>	<b>87,5%</b>

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Analisando-se, por outro lado, a necessidade de internações SUS para 70% da população e a produção apresentada em 2007 verifica-se que essa última responde por 153% das necessidades da Região (Tabela 24).

Tabela 24 - Comparação entre a necessidade e produção de internações. RS Rio Pardo, 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 à necessidade de 70% da pop.
Caconde	19.289	1.543	1.080	1.367	287	126,55%
CasaBranca	27.664	2.213	1.549	2.360	811	152,34%
Divinolândia	12.194	976	683	3.165	2.482	463,49%
Itobi Mococa	7.940	635	445		-445	0,00%
S J R Pardo	69.340	5.547	3.883	5.368	1.485	138,24%
S S Grama	53.321	4.266	2.986	4.096	1.110	137,17%
Tapiratiba	12.605	1.008	706	1.316	610	186,43%
	13.557	1.085	759	773	14	101,82%
RS Rio Pardo	215.910	17.273	12.091	18.445	6.354	152,55%
DRS S João B V	786.883	62.951	44.065	57.321	13.256	130,08%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

No entanto, se considerarmos o potencial de internações<sup>33</sup> que podem ser realizadas pelos leitos SUS existentes, observa-se que seria possível atender cerca de 444% das internações necessárias (Tabela 25). Utilizando-se os mesmos critérios para a totalidade de leitos existentes, conclui-se que seriam suficientes para atendimento das necessidades da Região. Pode-se concluir, portanto, que há excesso de leitos na Região.

<sup>33</sup> Para cálculo do potencial de internações por leito foram considerados os seguintes parâmetros: 85% de ocupação média e 6 dias de permanência, em média.

Tabela 25 - Necessidades, produção e potencial de produção de internações. RS Rio Pardo, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Internações 70% da Pop.	Produção Internações 2007	Potencial Produção leitos(1)		Potencial / necessidade - SUS 70% da população	Produção /potencial - SUS 70% da população
				Potencial Leitos SUS	Potencial Leitos Totais		
Caconde	19.289	1.080	1.367	3.328	3.900	308%	41%
CasaBranca	27.664	1.549	2.360	22.880	23.556	1477%	10%
Divinolândia	12.194	683	3.165	10.140	10.608	1485%	31%
Itobi Mococa	7.940	445		0	0	0%	
S J R Pardo	69.340	3.883	5.368	7.072	9.100	182%	76%
S S Grama	53.321	2.986	4.096	7.800	10.816	261%	53%
Tapiratiba	12.605	706	1.316	1.352	1.560	192%	97%
	13.557	759	773	1.092	1.768	144%	71%
RS Rio Pardo	215.910	12.091	18.445	53.664	61.308	444%	34%
DRS S João B V	786.883	44.065	57.321	151.112	217.048	343%	38%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

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

A avaliação mais detalhada dos leitos por especialidades indica que, do total existente, proporcionalmente estão mais disponíveis ao SUS os leitos de outras especialidades (100%), seguidos por leitos de hospital-dia (93%), clínicos (79%) e complementares (76%).

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

Quando solicitados a indicarem as cinco primeiras áreas com demandas reprimidas, 63% dos gestores indicaram a especialidade de ortopedia. Em segundo lugar, cerca de 38% dos gestores indicaram ainda UTI Adulto, UTI Neonatal, Cardiologia e Neurologia como áreas com repressão de demanda.

No que se refere ao acesso à internação, observa-se ainda que 50% buscam internações em outros municípios e cerca de 50% oferecem leitos de internações para os demais municípios. Ainda no que se refere ao acesso, 75% dos gestores indicam que não há qualquer tipo de encaminhamento para internações, 50% referem que existe encaminhamento, mas sem processo de regulação e 37% referem que há encaminhamentos realizados com algum tipo de regulação ou através de central de regulação.

Quanto ao fluxo intrarregional, observa-se que os acordos mais utilizados para atendimento das internações são as pactuações realizadas no Colegiado Gestor da Região (82% dos gestores) e a PPI formalizada (50% dos gestores). No entanto, as respostas dos gestores indicam que essas pactuações são obedecidas com maior frequência quando são feitos encaminhamentos do seu município para os demais municípios, em comparação ao atendimento de demanda externas proveniente de outros municípios. Chama à atenção a referência à demanda espontânea, indicada por 38% dos gestores.

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

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

Como já indicado, cerca de 57% dos leitos SUS na RS Rio Pardo são de entidades privadas disponibilizados através de convênios/contratos com os setores públicos. Nesse aspecto, quando perguntados sobre as dificuldades encontradas para acompanhamento desses instrumentos, os gestores que responderam à questão (03) indicam respostas diferenciadas. Um deles refere-se a dificuldades devidas a mudanças na entidade a ser regulada e outro indica problemas de estrutura e de processos de trabalho da área de regulação.

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

- Central de regulação deficiente ou inexistente (75% dos gestores);
- Gestão hospitalar verticalizada; insumos insuficientes; não implementação de linhas de cuidado; não utilização de protocolos clínicos; número insuficiente de profissionais; e, qualificação inadequada dos profissionais (50% dos gestores); e,
- Equipamentos antigos ou insuficientes e, inexistência de programa de capacitação de recursos humanos (38% dos gestores).

Quanto à existência de projetos voltados à expansão da oferta da Atenção Hospitalar nos municípios, 87% dos municípios indicam que não possuem qualquer projeto. O município de Mococa refere que está em curso a reforma do hospital para aumento do número de leitos e do espaço físico.

### **3.3.3. Atenção de Urgência e Emergência**

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

Na RS Rio Pardo não existe SAMU (Tabela 26). O equipamento mais numeroso e de maior distribuição é a ambulância para remoção presente em 89% dos municípios, num total de 32 unidades. Observa-se ainda 9 Prontos Atendimentos distribuídos em seis municípios e, 9 Prontos Socorros localizados em sete municípios.

Tabela 26 - Número e distribuição das unidades de urgência e emergência. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	SAMU		Remoção ambulância	Pronto Atendimento		Pronto Socorro	
	Suporte Básico	Suporte Avançado		Isolado	Acoplado à unidade	Isolado	Emunidade hospitalar
Caconde			5	1	3	1	1
Casa Branca			nãodisponível	1		1	
Divinolândia			5	1		1	1
Itobi Mococa			2		1		
S J R Pardo			9				1
S S Grama			2		1	1	
Tapiratiba			4	1		1	
			5				1
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>

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 a visão regional. Do percentual de opiniões obtidas dos gestores, observa-se que há insuficiência de ambulâncias e de Pronto Atendimento.

Por outro lado, ao analisarmos a produção de consultas de Urgência e Emergência realizadas na Região (Tabela 27), observa-se uma elevada produção, cerca de três vezes maior, quando comparada com as necessidades da população. Nesse aspecto, ressalta-se o excesso de consultas realizadas em todos os municípios da Região, exceto Itobi, que apresentam produção duas a cinco vezes maior do que as necessidades.

Tabela 27 - Necessidade e produção de consultas de Urgência e Emergência. RS Rio Pardo, 2007.

Municípios	População Seade 2007	Necessidade de consultas urgência 100% da pop	Consultas Urgência/Emergência 2007				Superávit/déficit (Total-necessidade)	Balanco %
			Urgências básicas	Urgência emergência	Acidentado trabalho	Total		
Itobi	7.940	2.978	672	434		1.106	-1.872	37%
S J R Pardo	53.321	19.995	30.098	17.216		47.314	27.319	237%
Caconde	19.289	7.233	17.547	176		17.723	10.490	245%
Mococa	69.340	26.003	69.056	353		69.409	43.407	267%
Tapiratiba	13.557	5.084		17.811		17.811	12.727	350%
Casa Branca	27.664	10.374	41.659	1.676		43.335	32.961	418%
S S Grama	12.605	4.727		23.812		23.812	19.085	504%
Divinolândia	12.194	4.573	20.513	4.570		25.083	20.510	549%
RS Rio Pardo	215.910	80.966	179.545	66.048	0	245.593	164.627	303%
DRS S João B V	786.883	295.081	554.913	408.521	5.443	968.877	673.796	328%

Fonte: MS/DATASUS. Elaboração própria.

Observação: Utilizados os parâmetros da Portaria MS 1.101.

A análise da demanda intrarregional, conforme indicação dos gestores mostra a centralidade da cidade de Mococa com relação ao resgate, que atende a 04 municípios da Região. Por outro lado, ao considerarmos as demandas para os Prontos Atendimentos detecta-se que o município de referência é Caconde, que atende a 04 municípios da Região além de cidades do Sul de Minas Gerais. Esse fato, junto com a grande produção de consultas, indicadas anteriormente, aponta para a necessidade de melhor detalhar essas demandas que, a princípio, indicam uma grave distorção no atendimento.

O detalhamento dos encaminhamentos que necessitam de internação, por áreas de especialidades, aponta para a importância do Município de São José do Rio Preto. Além disso, ressaltam Campinas e Ribeirão Preto, cidades que pertencem a outros DRS, como retaguardas muito utilizadas (Tabela 28).

Entretanto, na área de Saúde Mental, observa-se que os encaminhamentos são realizados para vários municípios, porém com maior concentração em Casa Branca e em

municípios de outras Regiões de Saúde do DRS São João da Boa Vista, especialmente Itapira e Espírito Santo do Pinhal.

Tabela 28 - Especialidades e locais de encaminhamento para internação de Urgência e Emergência. RS Rio Pardo, 2007.

Municípios de destino		Nº de municípios que indicaram encaminhamento para internação de urgência/emergência nas especialidades				
		Pedíatria	GO	Politraum.	CL MED	Psiquiatria
RS Rio Pardo	Caconde					
	Casa Branca					3
	Divinolândia				1	
	Itobi					
	Mococa			2	1	
	São José do Rio Pardo	1	1	2	4	1
	São Sebastião da Gramma					
Tapiratiba						
Outras RS do DRS S João B V	Central de vagas (S João B V)	1	1	2		1
	Mogi Guaçu	2		1		
	Mogi Mirim			2		
	Espírito Sto. Pinhal				1	6
Outras DRS	Itapira					5
	Campinas	3	6	2	2	1
	São Paulo	1		1		
	Ribeirão Preto	3	1	2	1	1

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 Pardo caracteriza-se pela ausência do SAMU, por unidades de Pronto Atendimento em 75% das cidades e Prontos Socorros em 88% dos municípios. Entretanto, deve ser aprofundado o estudo sobre a caracterização dessas unidades assistenciais, de acordo com os parâmetros instituídos pela Política Nacional

de Atenção às Urgências (MS, 2006), tanto no que se refere às unidades não-hospitalares quanto às unidades hospitalares de atenção às urgências.

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

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

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

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

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

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

- Unidades de Assistência em Alta Complexidade são unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada, na respectiva área;
- Os Centros de Referência em Alta Complexidade são Unidades de Assistência de Alta Complexidade que exercem o papel auxiliar, de caráter técnico, ao

gestor nas políticas de atenção às patologias específicas que atende e que possua os seguintes atributos:

- I. Ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004;
- II. Definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 4 (quatro) milhões de habitantes;
- III. Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;
- IV. Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;
- V. Ter adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;
- VI. Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;
- VII. Participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

De um modo geral, observa-se que esses serviços no DRS de São João da Boa Vista estão concentrados em alguns municípios das Regiões de Saúde, dentre os quais se destacam os municípios de Mogi Guaçu, São João da Boa Vista e Itapira, não só pela concentração de serviços, mas também pela variabilidade de serviços aí localizados.

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

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

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

Quanto aos serviços habilitados em oncologia, observa-se a sua presença em duas regiões, mas concentrados nos municípios polos de cada Região. Não foram detectados Centros observando-se a presença de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com

serviço de radioterapia, em São João da Boa Vista e um Serviço Isolado de Quimioterapia em Mogi Guaçu (Tabela 32).

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

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

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

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 30 - Distribuição dos serviços habilitados emalta complexidade emCardiologia. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo					
		Itapira	M Guaçu	M Mirim	Aguai	ES Pinhal	S João BV	Vargem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	SJR Pardo	SS Grama
0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular	0													
0802-Centro ref alta complex cardiovascular	0													
0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionista	0													
0804-Cirurgia cardiovascular pediatrica	0													
0805-Cirurgia vascular	0													
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíacos	0													
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	0													
0901-Cuid.prolongenferm cardiovasculares	0													

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo					
		Itapira	M Guaçu	M Mirim	Aguai	ES Pinhal	S João BV	Vargem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	SJR Pardo	SS Gramma
2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	2		1				1							
2511-Ortopedia - coluna	1		1											
2512-Ortopedia - ombro 2513-	2		1				1							
Ortopedia - mão 2514-	0													
Ortopedia - quadril 2515-	2		1				1							
Ortopedia - joelho 2516-	2		1				1							
Ortopedia - tumor ósseo 2517-	2		1				1							
Outros segmentos ossos	2		1				1							

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

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

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

Tabela 33 - Distribuição dos serviços habilitados emUTI adulto e pediátrico. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo					
		Itapira	M Guaçu	M Mirim	Aguai	ES Pinhal	S João BV	Vargem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	SJR Pardo	SS Gramma
2601-UTI II adulto	6	1	1	1			1					1	1	
2602-UTI II neonatal	1		1											
2603-UTI II pediatrica	0													
2604-UTI III adulto	0													
2605-UTI III neonatal	0													
2606-UTI III pediatrica	0													
2699-UTII	0													

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

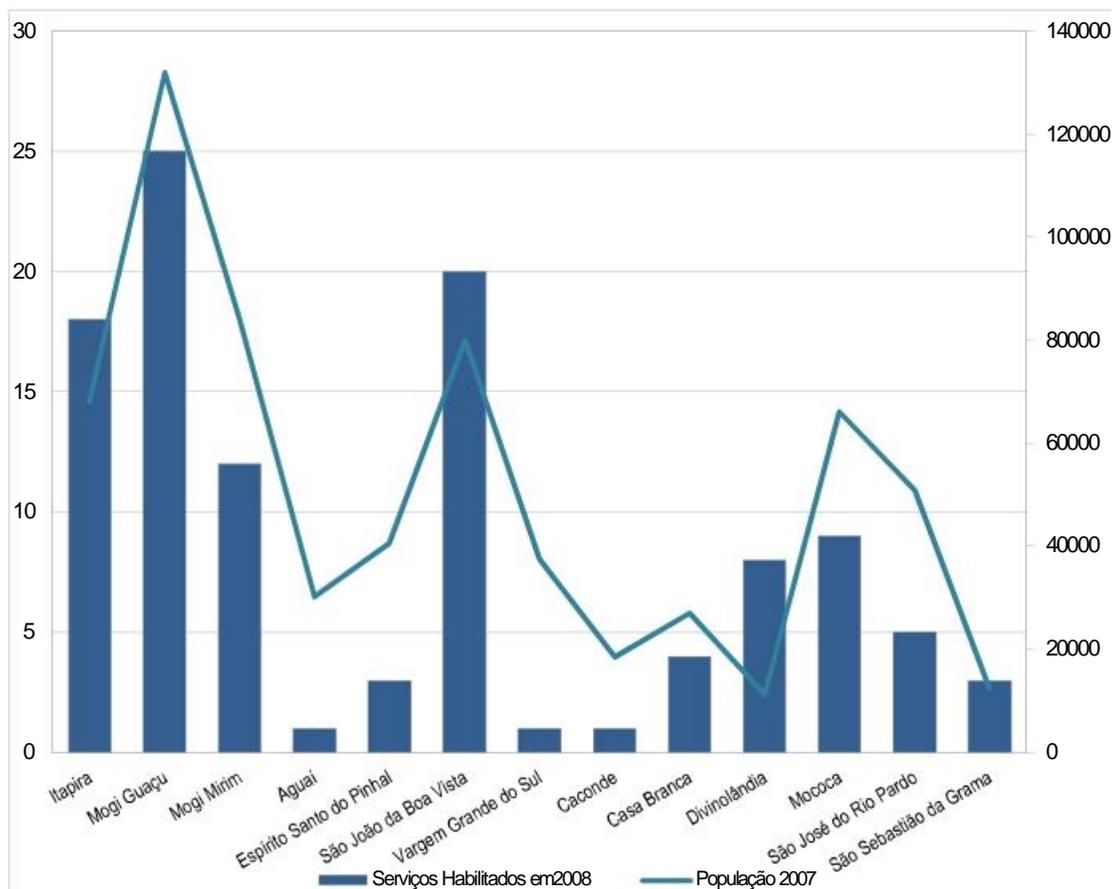
Tabela 34 - Distribuição dos serviços habilitados em Nefrologia e Hemodiálise. DRS São João da Boa Vista, 2009.

Serviços / Habilitações	Total	RS B. Mogiana			RS Mantiqueira				RS Rio Pardo					
		Itapira	M Guaçu	M Mirim	Aguai	ES Pinhal	S João BV	Vargem G Sul	Caconde	Casa Branca	Divinolândia	Mococa	SJR Pardo	SS Gramma
1501-Unidade assist alta complexidade nefrologia	3			1			2							
1503-Hemodiálise II	0													

Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

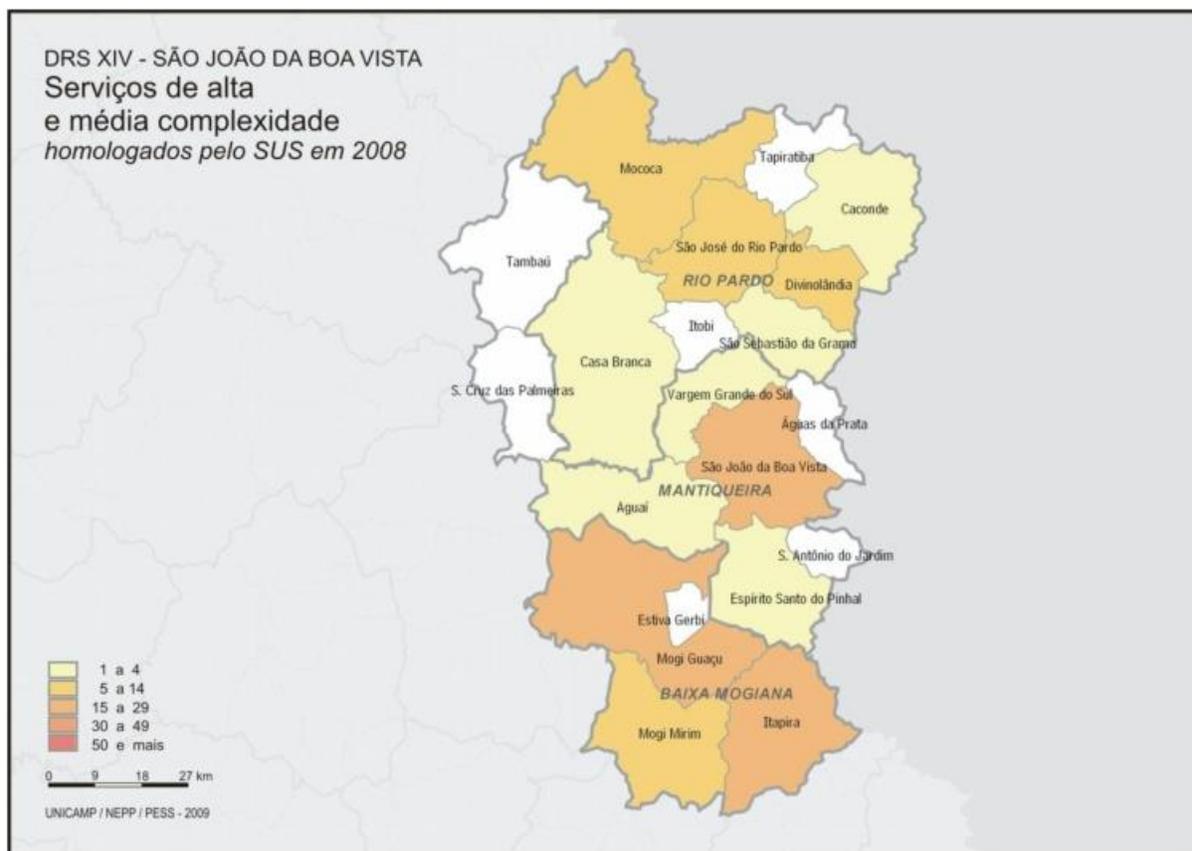
Considerando o conjunto de serviços habilitados (110) no DRS de São João da Boa Vista, observa-se, no Gráfico 8 e no Mapa 1, que a sua distribuição acompanha a da população, com a configuração de dois municípios polos regionais (Mogi Guaçu e São João da Boa Vista) e dois polos secundários (Mogi-Mirim e Itapira).

Gráfico 8 - Concentração dos serviços habilitados de alta complexidade. DRS São João da Boa Vista, 2009.



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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



Fonte: MS/DATASUS, 2009. Elaboração própria.

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

### 3.3.5. Atenção de Alta Complexidade na RS

Além da análise da distribuição e concentração desses serviços no DRS de São João da Boa Vista, os dados sobre a produção de procedimentos em áreas selecionadas (hemoterapia, quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva) da RS Rio Pardo

mostram ausência de produção da maioria dos procedimentos (Tabela 35). Nesse aspecto, observa-se que a RS Rio Pardo produz pequena quantidade de procedimento de hemoterapia pelo município de São José do Rio Pardo.

Contraditoriamente, 75% dos municípios referem que não possuem os serviços nos respectivos territórios, mas cerca de 50% dos municípios da Região referem, no questionário respondido, que cada um desses procedimentos é oferecido nos respectivos municípios, e considerado, em parte, suficientes para seus munícipes. 63% dos gestores referem que também utilizam esses serviços em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas.

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado em parte com algum processo de referência por 25% (02) dos municípios e através de Central de Regulação por 25% (02).

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada (75% dos gestores) e a pactuação no colegiado gestor (62% dos gestores). Entretanto, na avaliação dos gestores essas pactuações são atendidas com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Ainda no que se refere a esses acordos, 11% (01) dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos na maioria e/ou em todos os procedimentos pactuados.

No que se refere às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 75% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda por esses serviços. Por outro lado, a maioria dos municípios não refere possuir qualquer projeto para o enfrentamento dos problemas apontados. Apenas um município refere a implantação de AME como solução e outro que aguarda habilitação em quimioterapia.

Tabela 35 - Produção e necessidade de procedimentos de alta complexidade em áreas selecionadas. RS Rio Pardo, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Hemoterapia (4,0%)	Produção Hemoterapia	%Produção em relação à Necessidade	Necessidade Terapia Renal Substit.	Produção TRS	%Produção em relação à Necessidade
Mococa	69.340	121.345	4.854		0%	2.427		0%
S J R Pardo	53.321	93.312	3.732	2.520	68%	1.866		0%
Casa Branca	27.664	48.412	1.936		0%	968		0%
Caconde	19.289	33.756	1.350		0%	675		0%
Tapiratiba	13.557	23.725	949		0%	474		0%
S S Gramma	12.605	22.059	882		0%	441		0%
Divinolândia	12.194	21.340	854		0%	427		0%
Itobi	7.940	13.895	556		0%	278		0%
RS Rio Pardo	215.910	377.843	15.114	2.520	17%	7.557	0	0%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	55.082	37.726	68%	27.541	52.324	190%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Quimioterapia (0,18%)	Produção Quimioterapia	%Produção em relação à Necessidade	Necessidade Radioterapia (1,22%)	Produção Radioterapia	%Produção em relação à Necessidade
Mococa	69.340	121.345	218		0%	1.480		0%
S J R Pardo	53.321	93.312	168		0%	1.138		0%
Casa Branca	27.664	48.412	87		0%	591		0%
Caconde	19.289	33.756	61		0%	412		0%
Tapiratiba	13.557	23.725	43		0%	289		0%
S S Gramma	12.605	22.059	40		0%	269		0%
Divinolândia	12.194	21.340	38		0%	260		0%
Itobi	7.940	13.895	25		0%	170		0%
RS Rio Pardo	215.910	377.843	680	0	0%	4.610	0	0%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	2.479	3.178	128%	16.800	0	0%

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

Finalizando este tópico, julga-se necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a oferta e a produção de procedimentos e os reclamos sobre insuficiência de vagas e cotas, além da referência à alta demanda para esses serviços de Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade

## **Conclusões Parciais**

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

1. A RS Rio Pardo caracteriza-se pela diversidade de especialidades existentes na Região com um número significativo de especialidade que não são ofertadas na Região, ao lado de sobre oferta em várias delas e déficit em poucas. As especialidades existentes estão 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 em dificuldades de acesso para a população.
2. Na Atenção Especializada Hospitalar, detectou-se excesso de produção de internações, quando comparadas produção e necessidades, embora o número de leitos SUS existentes podem potencialmente cobrir quatro vezes a totalidade das necessidades. Nesse sentido, foi observado ainda que 57% dos leitos da Região são privados, filantrópicos ou não, o que requer a instituição de adequados processos de contratualização e regulação, de modo que esses leitos possam atender às necessidades da Região;
3. Na Atenção à Urgência e Emergência, é possível observar que a Região possui todos os tipos de equipamento, exceto SAMU, sendo o mais frequente a ambulância para remoção e, em segundo lugar, as Unidades de Pronto Atendimento, isoladas ou acopladas a outras unidades. Chama a atenção, entretanto, o grande volume de consultas nessa área, chegando-se a produzir 3 vezes mais do que as necessidades preconizadas pelo MS. Observando os municípios da Região, essa produção é várias vezes maior em cerca de 63% deles. Além disso, é preciso caracterizar com maior

precisão as unidades existentes na região de modo a verificar se as mesmas se adequam à Política Nacional de Assistência às Urgências.

4. Considerando os dados expostos, é possível concluir que a região correspondente ao DRS São João da Boa Vista não é autônoma com relação aos serviços de Alta Complexidade e que as suas diferentes regiões de saúde possuem tipos e número de serviços pouco diversificados. Isso evidencia a necessidade de desenhar um planejamento integrado, em nível do DRS e do Estado, para assegurar acesso adequado, mecanismos de regulação e qualidade da atenção. Quanto a Atenção de Alta Complexidade, observa-se ausência de produção da maioria dos procedimentos e informações conflitantes quanto à oferta de procedimentos de alto custo pelos municípios da Região, o que devem ser melhor estudado, considerando-se o número de consultas e internações especializadas e o excesso de consultas de urgência e emergência.
5. Em termos de polarização, o município de São José do Rio Pardo configura-se como o polo dessa Região de Saúde, embora os municípios busquem com frequência atendimento nos municípios polos das outras regiões de saúde do próprio DRS e de outros DRS, como Campinas.
6. O relacionamento intermunicipal, na Região ocorre principalmente com base na PPI formalizada e nas pactuações ocorridas no CGR da Região, havendo pouca informação se esses acordos são cumpridos.
7. No que se refere ao acesso da população, chama a atenção o elevado percentual de busca sem qualquer forma de referenciamento para as consultas especializadas e para as internações, o que deve ser melhor investigado.
8. Finalmente, caberia assinalar que grande parte dos municípios indica soluções locais, e não regionais, para enfrentamento das dificuldades e limites detectados na Atenção Especializada.

### **3.4. Apoio Diagnóstico e Terapêutico**

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

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

#### **3.4.1. Média e Alta Complexidade**

A avaliação da produção de exames de Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Radiológicos e Ultrassonográficos (Tabela 36 e Gráfico 9) indicam elevada superprodução desses exames, exceto em Anatomia Patológica. A superprodução de exames de Patologia Clínica, Radiológicos e Ultrassonográficos é observada tanto no âmbito de cada município quanto da Região de Saúde e do DRS São João da Boa Vista e, em muitos casos, essa produção é maior do que o dobro das necessidades calculadas.

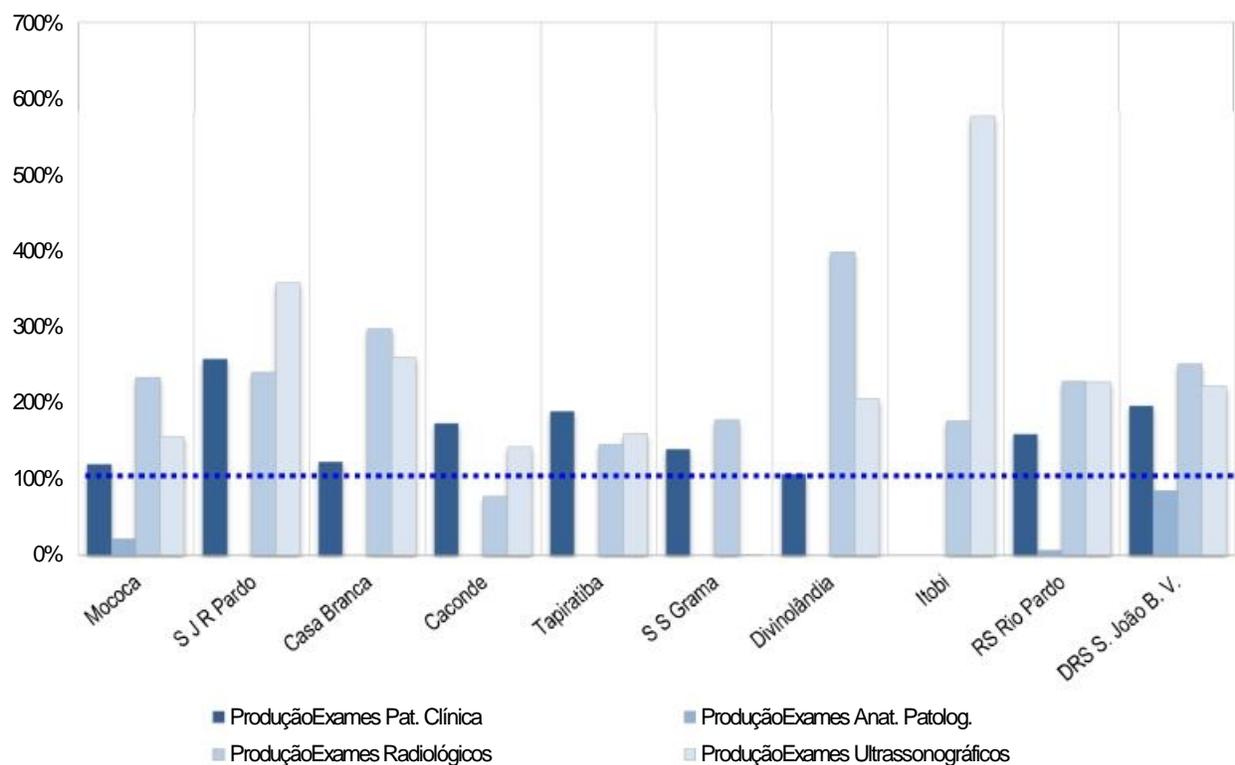
Tabela 36 - Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Rio Pardo, 2007.

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
Mococa	69.340	121.345	60.673	72.953	120%	2.864	644	22%
S J R Pardo	53.321	93.312	46.656	120.172	258%	2.202		0%
Casa Branca	27.664	48.412	24.206	29.771	123%	1.143		0%
Caconde	19.289	33.756	16.878	29.342	174%	797		0%
Tapiratiba	13.557	23.725	11.862	22.495	190%	560		0%
S S Grama	12.605	22.059	11.029	15.396	140%	521		0%
Divinolândia	12.194	21.340	10.670	11.446	107%	504		0%
Itobi	7.940	13.895	6.948		0%	328		0%
RS Rio Pardo	215.910	377.843	188.921	301.575	160%	8.917	644	7%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	688.523	1.353.056	197%	32.498	27.624	85%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% População	Necessidade Radiodiagnóstico (8%)	Produção Exames Radiológicos	%Produção em relação à Necessidade	Necessidade de Ultrassonografia (1,5%)	Produção Exames Ultrassonográficos	%Produção em relação à Necessidade
Mococa	69.340	121.345	9.708	22.670	234%	1.820	2.842	156%
S J R Pardo	53.321	93.312	7.465	17.936	240%	1.400	5.034	360%
Casa Branca	27.664	48.412	3.873	11.599	299%	726	1.889	260%
Caconde	19.289	33.756	2.700	2.114	78%	506	724	143%
Tapiratiba	13.557	23.725	1.898	2.773	146%	356	569	160%
S S Grama	12.605	22.059	1.765	3.150	179%	331	2	1%
Divinolândia	12.194	21.340	1.707	6.819	399%	320	659	206%
Itobi	7.940	13.895	1.112	1.961	176%	208	1.202	577%
RS Rio Pardo	215.910	377.843	30.227	69.022	228%	5.668	12.921	228%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	110.164	277.335	252%	20.656	45.993	223%

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

Gráfico 9 – Exames de média complexidade, produção em relação à necessidade. RS Rio Pardo, 2007.



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

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

Tabela 37 - Opinião dos gestores acerca da suficiência de oferta de procedimentos diagnósticos e compra de exames por iniciativa dos municípios, em percentuais. RS Rio Pardo, 2008.

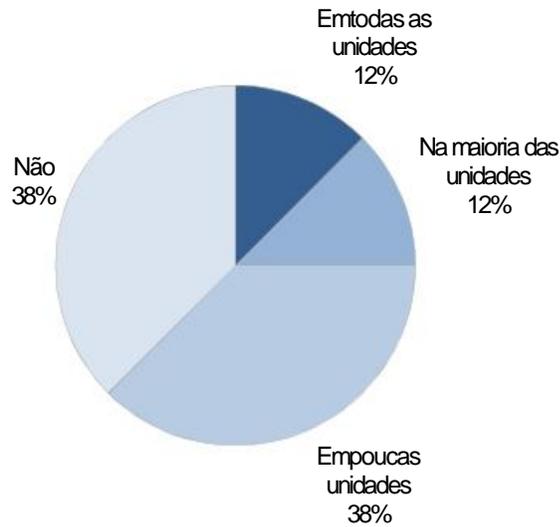
Tipos de Procedimentos	Município oferta com recursos próprios, além da PPI	Oferta Insuficiente		Oferta Suficiente	
		No município	Em outros municípios	No município	Em outros municípios
Coloscopia	0,00	0,00	25,00	50,00	0,00
Ecocardiografia	0,00	12,50	50,00	12,50	12,50
RX-simples	0,00	25,00	12,50	75,00	0,00
Mamografia	0,00	25,00	25,00	12,50	37,50
Patologia e Análise Clínicas	12,50	25,00	12,50	62,50	12,50
Ultrassonografia RX-	12,50	25,00	12,50	37,50	12,50
contrastado	12,50	25,00	25,00	25,00	12,50
ECG	12,50	12,50	0,00	62,50	12,50
EEG	12,50	25,00	25,00	25,00	12,50
Endoscopia (colonoscopia, EDA, retossig, e outros)	25,00	37,50	37,50	0,00	12,50

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

Diante da demanda e da avaliação de insuficiência de cotas e exames, os municípios da RS Rio Pardo acabam financiando a compra de procedimentos com recursos próprios, além das cotas estabelecidas na PPI, especialmente em Patologia e Análise Clínicas, Ultrassonografia, RX-contrastado, ECG, EEG e Endoscopia.

No que se refere ao acesso aos exames, dados do questionário respondido pelos gestores municipais indicam que apenas em 12% dos municípios existe coleta descentralizada em todos os Pontos de Atenção da Rede Básica (Gráfico 10).

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



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

Quanto ao envio dos resultados dos exames, os gestores consideram adequado o processo de envio dos seguintes exames: a) ECG e Mamografia (mais de 75% dos gestores); b) Colposcopia, Ultrassonografia e EEG (cerca de 63% dos gestores); e c) Patologia e Análises Clínicas, Endoscopia, Rx-simples, EEG e Ecocardiografia (cerca de 50% dos gestores). Chama atenção o envio de exames de RX-contrastado, considerado adequado por apenas 38% dos gestores.

No que se refere ao acesso aos exames, mais de 70% dos gestores consideram que não há dificuldades no caso dos exames de RX-simples e ECG; cerca de 50% indicam também que não há dificuldades de acesso para os exames de Colposcopia, Ultrassonografia e Mamografia. Entretanto, nos exames de Endoscopia, Ecocardiografia, RX-contrastado e EEG 50% a 63% dos gestores indicam dificuldades de acesso.

Por outro lado, 88% desses gestores indicam como maior problema a alta demanda e a baixa oferta desses exames. Os gestores referem ainda problemas, de modo pontual, como a distância dos municípios para realização de exames, a falta de protocolos e o pedido excessivo de exames. Entretanto, a maioria dos municípios não indica qualquer projeto para resolver as dificuldades apontadas, exceto um gestor que indica a criação do AME como alternativa e outro que se refere à necessidade de implantação de protocolos e de sistema de regulação.

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. Além disso, é necessário verificar com mais detalhes as dificuldades de acesso aos exames referidos pelos gestores.

A análise da produção dos exames de alta complexidade incluindo tomografia, ressonância, radiologia intervencionista, medicina nuclear e hemodinâmica, na RS Rio Pardo, mostra que na Região são realizados apenas exames de Tomografia com superprodução, quando comparado com o cálculo de necessidades para 70% da população (Tabela 38).

Tabela 38 - Produção e necessidade de procedimentos de apoio diagnóstico de alta complexidade. RS Rio Pardo, 2007.

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames de Tomografia (0,20%)	Produção Exames Tomografia	%Produção emRelação à Necessidade	Necessidade Exames Ressonância (0,04%)	Produção Exames Ressonância	%Produção emRelação à Necessidade
Mococa	69.340	121.345	243	628	259%	49		0%
S J R Pardo	53.321	93.312	187	637	341%	37		0%
CasaBranca	27.664	48.412	97		0%	19		0%
Caconde	19.289	33.756	68		0%	14		0%
Tapiratiba	13.557	23.725	47		0%	9		0%
S S Grama	12.605	22.059	44		0%	9		0%
Divinolândia	12.194	21.340	43		0%	9		0%
Itobi	7.940	13.895	28		0%	6		0%
RS Rio Pardo	215.910	377.843	756	1.265	167%	151	0	0%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	2.754	5.916	215%	551	282	51%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames Radiol. Interv. (0,01%)	Produção Exames Radiol. Interv.	%Produção emrelação à Necessidade	Necessidade Exames Medicina Nuclear (0,14%)	Produção Exames Medicina Nuclear	%Produção emRelação à Necessidade
Mococa	69.340	121.345	12		0%	170		0%
S J R Pardo	53.321	93.312	9		0%	131		0%
CasaBranca	27.664	48.412	5		0%	68		0%
Caconde	19.289	33.756	3		0%	47		0%
Tapiratiba	13.557	23.725	2		0%	33		0%
S S Grama	12.605	22.059	2		0%	31		0%
Divinolândia	12.194	21.340	2		0%	30		0%
Itobi	7.940	13.895	1		0%	19		0%
RS Rio Pardo	215.910	377.843	38	0	0%	529	0	0%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	138	39	28%	1.928	0	0%

Municípios	População SEADE 2007	Necessidade de Consultas 70% da População	Necessidade Exames Hemodinâmica (0,03%)	Produção Exames Hemodinâmica	%Produção emRelação à Necessidade
Mococa	69.340	121.345	36		0%
S J R Pardo	53.321	93.312	28		0%
CasaBranca	27.664	48.412	15		0%
Caconde	19.289	33.756	10		0%
Tapiratiba	13.557	23.725	7		0%
S S Grama	12.605	22.059	7		0%
Divinolândia	12.194	21.340	6		0%
Itobi	7.940	13.895	4		0%
RS Rio Pardo	215.910	377.843	113	0	0%
DRS S. João B. V.	786.883	1.377.045	413	0	0%

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

Apesar de 75% dos gestores indicarem, no questionário respondido, que serviços responsáveis por esses procedimentos não existirem nos respectivos municípios, contraditoriamente 50% a 63% desses gestores referem realizar os procedimentos nos municípios, e apenas 13% a 25% indicam que buscam esses procedimentos em outros municípios e consideram insuficientes as cotas estabelecidas.

O acesso dessa demanda a outros municípios é realizado, em parte, com algum processo de referência por 25% (dois) dos municípios e através de Central de Regulação pelos mesmos municípios, ou seja, observa-se uma baixa manifestação dos municípios da Região quanto às formas de acesso.

Quanto aos acordos estabelecidos entre os municípios para atendimento às demandas referenciadas, são utilizadas principalmente a PPI formalizada e a pactuação no colegiado gestor. Entretanto, na avaliação dos gestores essas pactuações são atendidas com maior frequência quando o seu município encaminha demandas para os demais. Ainda no que se refere a esses acordos, 11% (um) dos municípios avaliam que os acordos são obedecidos na maioria e/ou em todos os procedimentos pactuados.

No que diz respeito às dificuldades apontadas para esses serviços de alta complexidade, 75% dos municípios referem insuficiência de cotas e vagas e a alta demanda

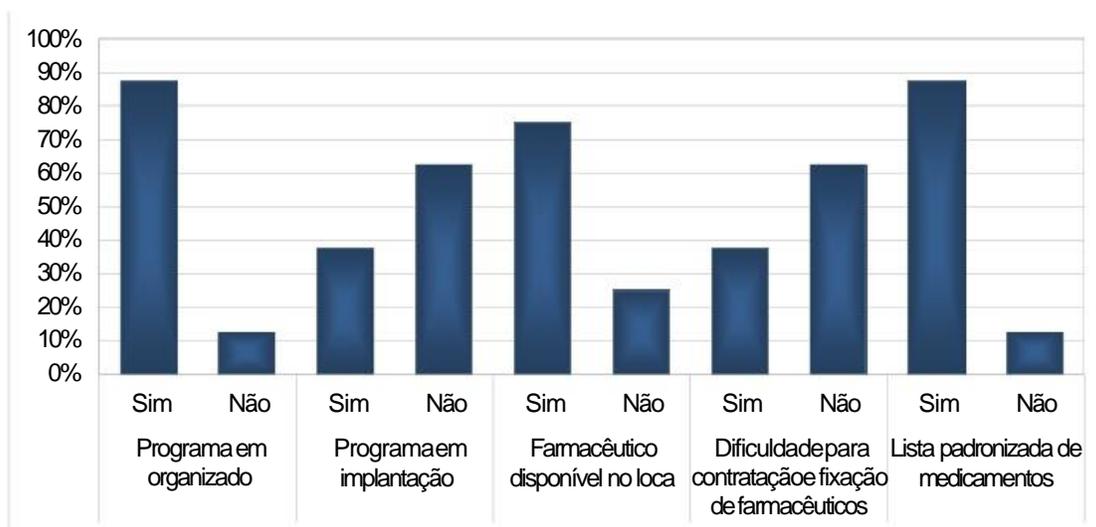
desses serviços. Por outro lado, os municípios não referem possuir qualquer projeto para enfrentamento dos problemas apontados.

Finalizando este tópico, julga-se necessário aprofundar a análise dos dados de demanda e de produção, uma vez que se detecta uma grave divergência entre a produção e a oferta 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 88% dos municípios da RS Rio Pardo (Gráfico 11), estando em implantação ainda em 38% deles. Na Região, 75% dos municípios possuem farmacêutico disponível e 38% referem dificuldades para contratação e fixação desse profissional. 88% dos municípios referem possuir lista padronizada de medicamentos.

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



Fonte: UNICAMP/NEPP/PSS. 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 as responsabilidades indicadas pelos gestores municipais incluem, além da Farmácia Básica, outros medicamentos como alto custo, saúde mental e demais programações, não especificadas.

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

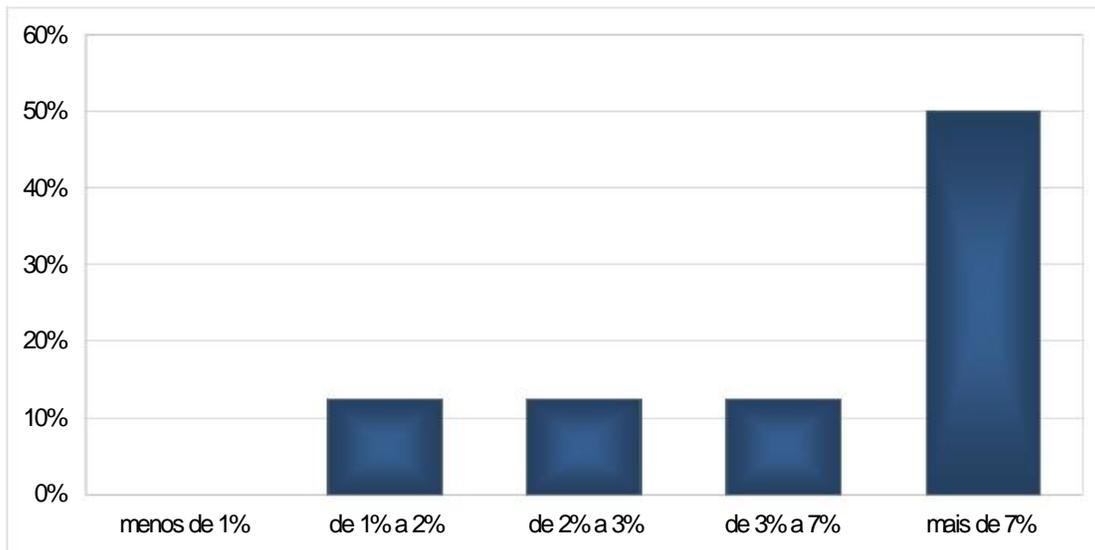
RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Responsabilidades assumidas
Caconde	Embora não necessitemos de farmacêutico, temos uma contratada, fornecemos quase a totalidade de medicamentos de que necessita a comunidade, já ficamos na Região.
Casa Branca	O município fornece uma relação ampliada de medicamentos básicos não fornecidos pelo programa dose certa.
Divinolândia	Medicamentos de saúde mental; medicamentos básicos da contrapartida do município.
Itobi	Fornecimento de medicação existente na farmácia alto custo.
Mococa	Fornecer medicamentos da AB; fornecer medicamentos de alto custo; fornecer medicamentos de saúde mental - insumos.
S J R Pardo	Manutenção da cessa básica da Dose Certa e Dose Certa em Saúde Mental; aprimoramento e desenvolvimento dos programas de alto custo.
S S Gramma	Medicamentos básicos de programas.
Tapiratiba	Alto custo; diabetes; dose certa; DST AIDS; glaucoma; hanseníase; tuberculose.

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 várias faixas, sendo que a maioria (50%) refere gastar mais de 07% do orçamento em saúde (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Percentual de gastos municipais com Assistência Farmacêutica. RS Rio Pardo, 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, 63% dos municípios indicam problemas com a organização dos processos relacionados à cadeia de compra, estoque e distribuição. São indicados ainda inúmeros problemas pontuais e muito diversificados pelos municípios incluindo: falta de recursos humanos, estrutura física inadequada, pouca disponibilidade de medicamentos, não adesão à padronização, falta de capacitação dos profissionais e deficiência na informatização do setor.

Com relação às propostas elaboradas para enfrentamento dessas dificuldades, 62% dos municípios não possuem propostas, outros 38% indicam propostas pontuais e isoladas.

### **Conclusões Parciais**

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

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

### **3.5. Apoio Logístico**

O Sistema de Apoio Logístico deve ser visto como elemento essencial para o desenvolvimento do sistema de saúde.

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

#### **3.5.1. Transporte Sanitário de Pacientes**

Observou-se que todos os municípios da RS Rio Pardo possuem transporte sanitário de pacientes, notando-se uma diversificação nos meios de locomoção utilizados: ambulâncias, ônibus e microônibus. A responsabilidade por esse sistema de transporte nessa região

sanitária é preponderantemente das Secretarias Municipais de Saúde. 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 39.

Tabela 39 - Transporte de pacientes por dia, por municípios. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Número de pacientes transportados por dia		
	11 a 20	21 a 50	51 a 100
Caconde		x	
Casa Branca		x	
Divinolândia	x		
Itobi		x	
Mococa			x
São José do Rio Pardo			x
São Sebastião da Gramma		x	
Tapiratiba		x	

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

### 3.5.2. Transporte Sanitário de Resíduos de Serviços de Saúde

Observou-se que a coleta de resíduos hospitalares em quatro municípios é realizada por empresa contratada, em três pela própria Prefeitura e, um município não informou. Esses resíduos são em muitos casos encaminhados para outros municípios do Estado, conforme o Mapa 2.

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



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

### 3.5.3 Processos de Gestão de Insumos Farmacêuticos

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

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

Processos de gestão de insumos farmacêuticos	Quantidade de municípios
Armazenamento e distribuição dos medicamentos	8
Dispensação de medicamentos	8
Padronização de lista de medicamentos além da RENAME	5
Realização de processos de licitação e compra	5
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos	5
Planejamento de compras de médio prazo	4
Planejamento de compras de curto prazo	3
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	2

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

Pode-se observar que os processos de armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos são realizados por todos os municípios dessa Região. Os processos de padronização de lista de medicamentos; realização de processos de licitação e compra e acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços de saúde com medicamentos são referidos por cinco municípios; quatro municípios dessa Região informam que realizam o planejamento de compras de médio prazo; três referem realizar o planejamento de compras de curto prazo e, em dois municípios o acompanhamento de processos de licitação e compra são realizados por outro setor da Prefeitura.

Analisando-se os processos de informatização relacionados à Assistência Farmacêutica, verifica-se que na RS Rio Pardo: quatro municípios contam com sistemas informatizados para o controle de estoque e dispensação; três afirmam possuir sistema informatizado para distribuição de medicamentos para as unidades de saúde, conforme Tabela 41. Dos sistemas apresentados, nenhum possui controle com código de barras.

Tabela 41 - Informatização de processos da Assistência Farmacêutica, por número de municípios. RS Rio Pardo, 2008.

Processos informatizados				
	Controle de estoque com estoque mínimo	Controle da dispensação de medicamentos	Controle da distribuição de medicamentos para as unidades de saúde	Identificação dos medicamentos sem código de barras
Total	4	4	3	2

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

### 3.5.4. Processos de Gestão de Materiais e Insumos

Com relação à estrutura e processos referentes à gestão de materiais e insumos na RS Rio Pardo, verifica-se que cinco secretarias municipais de saúde responsabilizam-se por esses processos e duas afirmam que não, como mostra a Tabela 42.

Tabela 42 - Existência de estrutura e processos de gestão de materiais e insumos nas Secretarias Municipais de Saúde. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Sim	Não
Mococa	x	
S J R Pardo	x	
Casa Branca		x
Caconde	x	
S S Grama		
Tapiratiba	x	
Divinolândia	x	
Itobi		x
Total	5	2

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

Quanto à adequação e constituição da equipe profissional para a gestão de materiais e insumos, apenas um dos oito gestores de saúde da Região afirma que tal composição está adequada, e quatro a avaliam como não adequada. O processo mais desenvolvido esta relacionado ao levantamento de necessidades. O processo menos desenvolvido é o de acompanhamento de processos de licitação e compras, que são realizados por outro setor da prefeitura, conforme Tabela 43.

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

Processos de Gestão de Materiais	Nº de municípios
Levantamento de necessidades	5
Realização de processos de licitação e compra	3
Distribuição dos materiais de acordo com desempenho serviço	3
Controle de estoques	3
Acompanhamento e avaliação dos gastos dos serviços	3
Planejamento de compras de curto prazo	2
Padronização da descrição de materiais	2
Controle de qualidade do produto recebido	2
Acompanhamento de processos de licitação e compra realizados por outro setor da prefeitura	2

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

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

### 3.5.5. Central de Marcação

Em relação às Centrais de Marcação, a RS Rio Pardo apresenta como característica predominante a comunicação com as unidades de saúde por telefonia. Em nenhum município da Região ocorre a integração das unidades de saúde por meio de sistema on-line, conforme mostra a Tabela 44.

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

Municípios	Integrada por sistema de telefonia	Integrada por sistema on-line	Sistema de marcação informatizado	Equipe suficiente e qualificada	Integrada à central regional
Mococa	x				x
S J R Pardo	x				x
Casa Branca					
Caconde	x			x	
S S Grama					
Tapiratiba	x			x	x
Divinolândia	x			x	x
Itobi					
Total	5	0	0	3	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 45 indicando o número de municípios que as realizam.

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

	Consultas de especialidades	Exames de laboratório clínico	Exames gráficos	Exames de imagem	Exames de patologia	Internações
Nº de municípios	5	4	4	5	3	2

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

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

### 3.5.6 Informatização

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

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

Municípios	Sim	Não
Moooca	x	
S J R Pardo		x
Casa Branca		x
Caconde	x	
S S Grama	x	
Tapiratiba		x
Divinolândia		x
Itobi		x
Total	3	5

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

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

- **Capacidade Instalada**

No que se refere ao número de computadores oito municípios possuem até cinquenta computadores destinados ao SUS. Nesse aspecto, aponta-se a necessidade de análise representativa desse quantitativo em cada município.

Cinco municípios referem possuir até 50% de seus computadores em rede; um município até 75% e dois municípios até 100%, conforme Tabela 47.

Tabela 47 - Quantidade de equipamentos e percentual de computadores em rede, por município.

RS Rio Pardo, 2008.

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

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

- **Sistema Informatizado Integrado**

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

Tabela 48 - Características dos sistemas utilizados, por município. RS Rio Pardo, 2008.

	Sistema Operacional	Banco de dados utilizado		Forma de acesso	
	Windows	SQL Server	Firebird	via web	via rede interna
Nº de municípios	3	1	2	2	1

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

Quanto à existência de um sistema informatizado integrado para organização do serviço de saúde, pode-se observar que todos municípios referem utilizar software desenvolvido por iniciativa da própria Secretaria Municipal de Saúde. Os usuários do sistema são identificados por um cartão com número e nome do usuário, referido por dois municípios e um município informou não utilizar cartão de identificação.

Sobre os processos de atendimento informatizados, a dispensação de medicamentos, é o de maior frequência, seguido dos processos de agendamento local e externo; prescrição médica e encaminhamentos, conforme Tabela 49.

Tabela 49 - Processos de atendimento informatizados, por município

RS Rio Pardo, 2008.

Processos	Nº de municípios
Dispensação de medicamentos	2
Agendamento local	1
Prescrição médica	1
Encaminhamentos	1
Agendamento externo	1

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

Embora existam acessos a consultas e aos relatórios informatizados disponíveis, conforme mostra a Tabela 50, a quantidade reduzida desses relatórios não favorece a disponibilização de informações para o planejamento. Dos três municípios que afirmam possuir sistema informatizado, dois contam com algum tipo de relatório e apenas um emite relatórios de natureza mais complexa, que podem subsidiar a gestão.

Tabela 50 - Consultas e Relatórios informatizados, por município. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Por tipo de serviço de saúde	Por processos de atendimento	Por tipo de diagnóstico	Por idade dos usuários	Por sexo dos usuários	Por risco dos usuários
Mococa	x		x	x	x	-
Caconde						
S S Grama	x					

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

Dados obtidos neste estudo mostram que a maioria dos oito municípios da Região apresenta prontuários em papel. Apenas um município da RS Rio Pardo (São Sebastião da Grama) afirma utilizar prontuário eletrônico.

#### ● Grau de Informatização

Na RS Rio Pardo, existem sete hospitais vinculados ao SUS localizados nos seguintes municípios: Caconde, Casa Branca, Divinolândia, Mococa, São José do Rio Pardo, Sebastião da Grama e Tapiratiba. Analisando o percentual de informatização hospitalar, observou-se uma grande variabilidade, cujos dados são apresentados na Tabela 51.

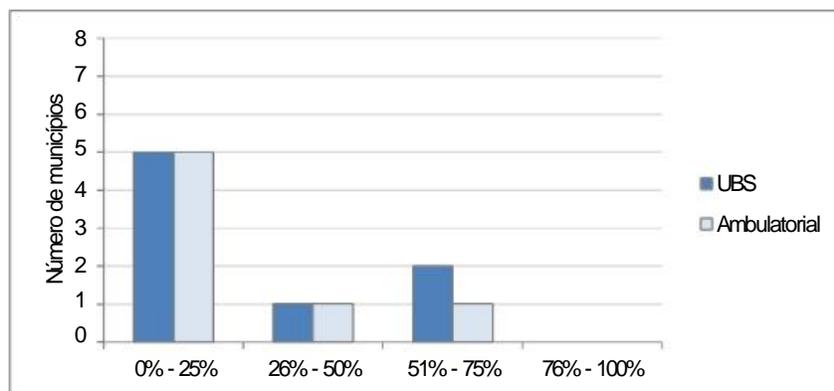
Tabela 51 - Percentual de informatização das unidades hospitalares conveniadas ao SUS, por município. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Percentual de informatização			
	1% - 25%	26% - 50%	51% - 75%	76% - 100%
Mococa	x			
S J R Pardo				x
Casa Branca	x			
Caconde			x	
S S Grama	x			
Tapiratiba	x			
Divinolândia				x

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

O Gráfico 13 apresenta o nível de informatização das unidades básicas de saúde e unidades ambulatoriais, que se concentram na faixa de 0% a 25% na RS Rio Pardo.

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

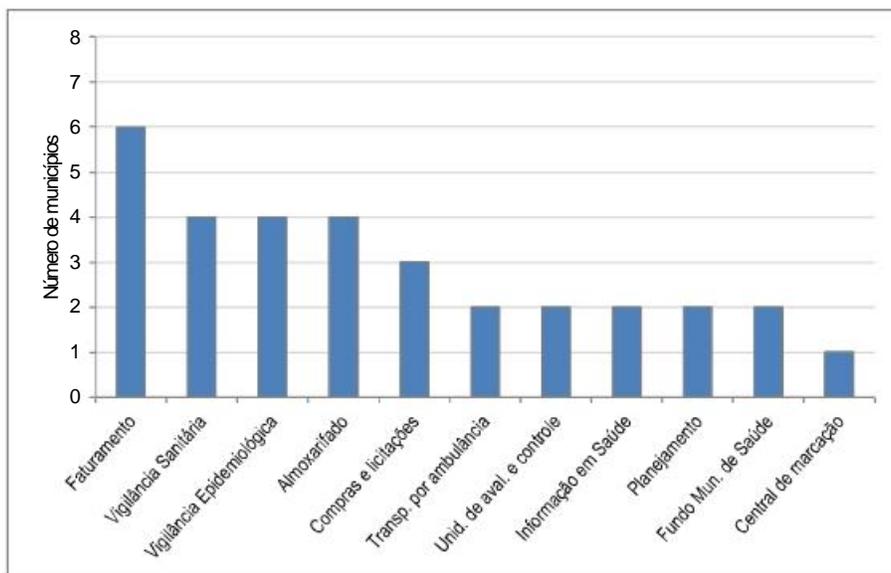


Fonte: UNICAMP/NEPP/PESS. Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo.

#### ● Outros Sistemas Informatizados

Sobre os outros setores informatizados (Gráfico 14), é possível inferir que, na Região, o setor de faturamento é o mais informatizado (presente em seis dos oito municípios), reproduzindo a tendência nacional. Os setores mais informatizados são de almoxarifado e das vigilâncias, possivelmente por se tratarem de áreas estratégicas. Como se sabe, a informatização da vigilância epidemiológica traz benefícios, tanto para a notificação de casos, como para a criação de um ambiente colaborativo para a definição de ações e condutas em saúde.

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



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

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

### Conclusões Parciais

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

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

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

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

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

### **3.6. Gestão do SUS**

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

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

#### **3.6.1. Gestão Regional do SUS**

A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do *Pacto de Gestão*. Para qualificar o processo de regionalização, foram instituídos os Colegiados de Gestão Regional – CGR que tem como suas principais atribuições: a) instituir um processo de planejamento regional; b) atualizar e acompanhar a programação pactuada e integrada da atenção à saúde; c) elaborar o processo regulatório com definição de fluxos e protocolos e d) priorizar as linhas de investimento.<sup>34</sup>

O CGR Rio Pardo encontra-se em processo de estruturação e de aprimoramento da sua atuação enquanto instância de gestão regional.

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

---

<sup>34</sup> BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 - Pacto de Gestão

No que diz respeito ao entendimento sobre o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo, a maior parte dos gestores municipais entrevistados acredita que esse processo foi bem definido, tendo ocorrido uma discussão bastante positiva. O processo possibilitou um maior conhecimento dos gestores sobre os problemas existentes, havendo uma maior clareza do que se deve fazer.

Quanto à configuração das regiões de saúde, a maior parte dos membros do CGR, acredita que a configuração regional definida é adequada, pois:

- Os municípios já vinham se organizando regionalmente dessa forma;
- Os municípios conseguiram acomodar os interesses comuns, havendo um bom entrosamento entre eles.

Quanto às pautas das reuniões do Colegiado, os gestores avaliam que não há pertinência dos assuntos, destacando que *“tanto a pauta, quanto os encaminhamentos sempre ficam a desejar”*. Ainda segundo os gestores, a *“secretaria do CGR ainda não está organizada”*.

Já no que diz respeito à periodicidade das reuniões do CGR, a maior parte dos membros do CGR a avalia como adequada. Além da reunião mensal do colegiado, também ocorre mensalmente uma reunião técnica, com a participação de um técnico de cada município. A participação nas reuniões é satisfatória, porém, segundo os gestores entrevistados, os representantes dos municípios de Itobi, São José do Rio Pardo e Tapiratiba frequentemente estão ausentes. Alguns gestores acreditam que há dois motivos que explicam essa situação. Um deles seria o fato de alguns prefeitos não compreenderem a importância dos CGR, e, o outro motivo seria que os municípios menores não conseguem mandar profissionais para as reuniões, devido ao tamanho reduzido das equipes municipais.

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 que

- “as determinações da Secretaria Estadual vieram impostas”;
- “as decisões tiveram que ser tomadas em um tempo muito curto, com pouco espaço para as discussões”.

Especificamente quanto à atuação do DRS no processo de regionalização em curso, a avaliação dos gestores é positiva, destacando o fato de o DRS ser muito parceiro, discutindo e ouvindo as demandas dos municípios.

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

- “O processo de formulação do Plano foi aparentemente democrático”;
- “O Plano Operativo contou apenas com os recursos dos municípios”

Quanto à formulação da Programação Pactuada Integrada, os gestores observaram os seguintes aspectos positivos:

- “A interação entre os municípios e o DRS foi muito positiva, quanto ao processo de negociação”;
- “Houve um amadurecimento com relação ao conhecimento da realidade e dos recursos de cada município”;
- “A sua elaboração permite o acompanhamento das ações pactuadas”.

Quanto ao processo de planejamento regional, ressalta-se mais uma vez que esta 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 Pardo**

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

- **Formação dos Gestores Municipais de Saúde**

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

No que se refere à formação dos secretários municipais de saúde da RS Rio Pardo, observou-se que cinco desses gestores (63%) tem formação na área da saúde e três deles (37%) tem formação em outras áreas do conhecimento, como educação, administração, direito, entre outras. Dentre os três profissionais com graduação em cursos da área da saúde, dois possuem formação específica em saúde pública. Entre os cinco profissionais que possuem formação em cursos de outras áreas, apenas um apresenta formação específica em saúde pública.

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

As estruturas organizacionais das Secretarias Municipais de Saúde são avaliadas por quatro gestores municipais (50%) como totalmente adequadas; por três gestores (38%) como parcialmente inadequadas e por um gestor (12%) como totalmente inadequada. Alguns gestores dessa região referem que as secretarias municipais se encontram em processo de adequação das estruturas às competências da gestão municipal.

Segundo informações obtidas através de questionário, todos os municípios da RS Rio Pardo fazem parte de consórcios municipais de saúde, organizados em função da oferta de procedimentos de Atenção Especializada e de Apoio Diagnóstico Terapêutico.

Além dos consórcios, apenas o município de Mococa utiliza-se de outros tipos de organizações de apoio à gestão, como entidades filantrópicas com o propósito de apoiar as secretarias no desenvolvimento de suas atividades. Este estudo não pretendeu aprofundar a especificidade da participação dos consórcios e de outros tipos de organização no apoio a gestão municipal, todavia se supõe existir contribuições nos processos de gestão.

- **Gerenciamento das Unidades de Saúde**

Um fator que contribui para a organização das atividades realizadas nos serviços de saúde é a existência de gerentes nessas unidades. Apenas três municípios dessa região (37%) afirmam possuir cargos de gerência nas unidades de saúde. Desse total, nenhum dos três municípios relata a existência de gerentes em todas as unidades de saúde.

Quanto aos aspectos considerados para a escolha dos gerentes de unidades de saúde, os gestores municipais apontaram os seguintes, de acordo com a Tabela 52. Dentre os três municípios que apresentam gerentes em unidades de saúde, um município informou que os gerentes são definidos por indicação.

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

Municípios	Carga horária profissional	Profissional de nível superior	Profissional concursado	Exigência de formação em Saúde Pública	Outras
Caconde		x			
Casa Branca		x			
Divinolândia					
Itobi					
Mococa					
S J Rio Pardo					x
SS da Gramma					
Tapiratiba					

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

- **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 Pardo, a partir das bases constitucionais e legais do planejamento em saúde.

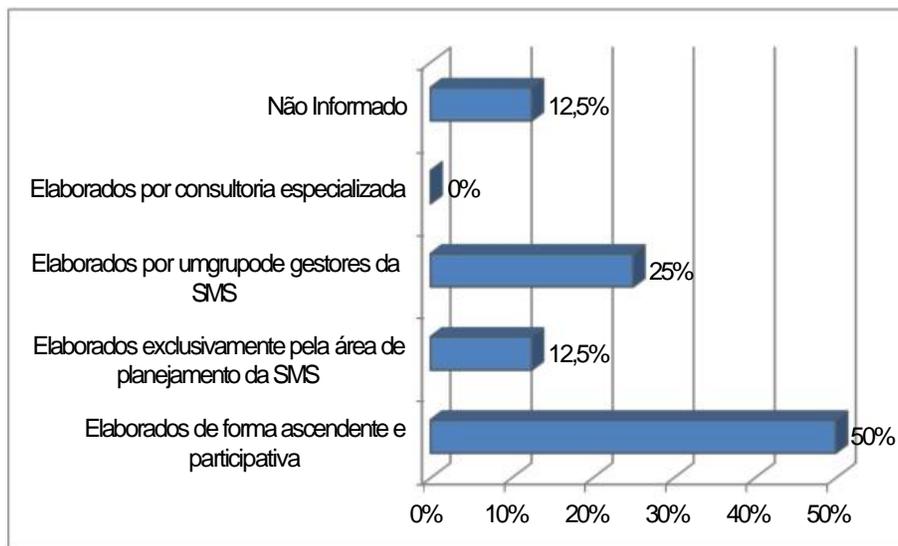
O Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)<sup>35</sup> propõe uma atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de governo na planificação da saúde. O SUS pressupõe que cada esfera realize o seu planejamento, buscando articular entre si os respectivos planos de saúde, a fim de fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do Sistema, e, ao mesmo tempo, contemplar as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locais. São instrumentos do PlanejaSUS os Planos de Saúde e suas respectivas Programações Anuais de Saúde e os Relatórios de Gestão.

Na RS Rio Pardo, três municípios (50%) 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 (12,5%), esses planos e relatórios são elaborados exclusivamente pela área de planejamento das Secretarias Municipais de Saúde. Nos outros dois municípios da região (25%), os instrumentos de gestão são elaborados por grupo de gestores do nível central da SMS. Nenhum município dessa Região contrata consultoria especializada para a elaboração do Plano e/ou Relatório de Gestão. Isso pode ser visualizado no gráfico a seguir apresentado (Gráfico 15). O município de Itobi não respondeu essa questão.

---

<sup>35</sup> 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 Pardo, 2008.



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

Quanto à utilização dos planos municipais de saúde como instrumentos no processo de gestão do SUS municipal, seis gestores municipais (75%) afirmam que o plano é parcialmente utilizado; um gestor (12,5%) apontou que o utiliza totalmente, e um gestor (12,5%) relata que o plano não é utilizado.

Por outro lado, quanto à utilização do relatório de gestão como instrumento no processo de gestão do SUS municipal, três municípios (38%) o utilizam sistematicamente; quatro municípios (50%) utilizam-no parcialmente e um município (12%) refere não utilizá-lo.

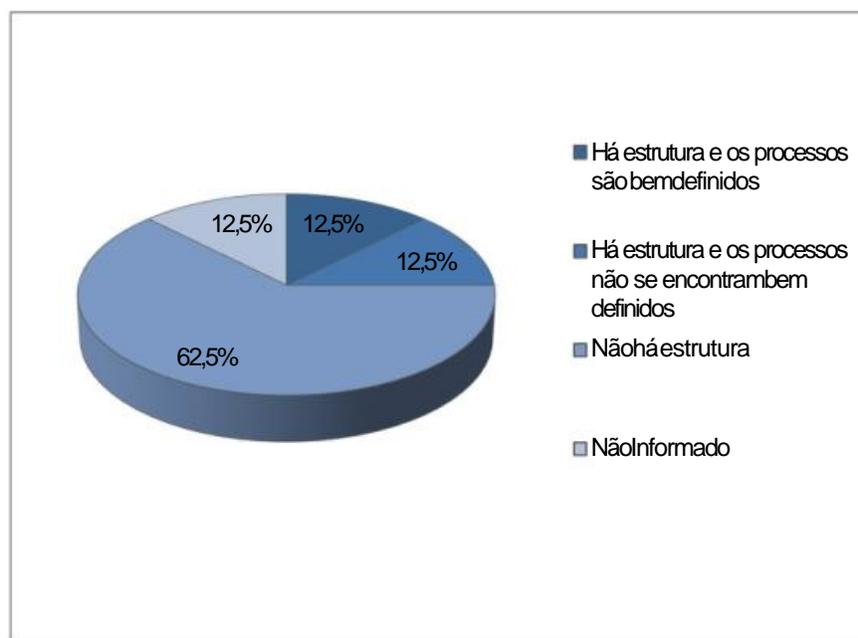
- **Avaliação e Controle do SUS**

Quanto ao processo de avaliação e controle do SUS na RS Rio Pardo, apenas um município (12,5%) refere possuir estruturas e processos bem definidos; cinco municípios (63%) afirmam não possuir estruturas e processos voltados à avaliação e controle do SUS e um município (12,5%) afirma possuir estruturas e processos, porém mal definidos (Gráfico 16). O município de São Sebastião da Grama não respondeu à questão (12,5%). Isso parece demonstrar que há dificuldades, na maior parte dos municípios, com aspectos relacionados à regulação do sistema.

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

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

RS Rio Pardo, 2008.



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

- **Financiamento**

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

Dentre os municípios que compõem a RS Rio Pardo, (100%), possui fundo municipal, sob a responsabilidade de outra estrutura da Prefeitura Municipal.

Quanto aos recursos da saúde alocados no Fundo Municipal, os dados fornecidos pelos gestores mostram que um dos municípios (12,5%) da região alocam todos os recursos no Fundo, inclusive os municipais; seis municípios (75%) alocam apenas os recursos municipais e os estaduais. O município de Itobi (12,5%) não respondeu a essa questão.

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

Os dados da Tabela 53 mostram que todos os municípios da RS Rio Pardo vêm aplicando, desde 2002, mais de 15% do seu orçamento próprio em saúde. Isso atende inclusive os preceitos constitucionais da Emenda 29.

Tabela 53 - Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000 em%

RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Caconde	16,58	15,69	16,03	16,61	21,70	19,71
Casa Branca	17,54	16,52	16,13	15,04	15,39	15,82
Divinolândia	18,63	17,33	16,65	19,86	17,77	17,88
Itobi	19,93	21,57	20,79	17,77	15,21	16,25
Mococa	16,59	18,13	15,32	16,70	17,55	20,61
S J Pardo	18,77	21,07	22,09	20,85	22,09	22,65
S S Gramma	22,37	23,19	20,45	18,15	18,53	15,63
Tapiratiba	15,97	21,42	16,91	20,80	21,63	21,52
RS Rio Pardo	18,30	19,37	18,05	18,22	18,73	18,76

Fonte: MSS/IOPS, 2008. Elaboração própria.

A Tabela 54 evidencia a variação, entre os municípios da Região, no tocante ao total de gastos per capita em saúde, que oscila entre R\$ 160,98 (Itobi) e R\$ 307,95 (São José do Rio Pardo). 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 os municípios de Mococa, São José do Rio Pardo e Tapiratiba estão acima da média estadual.

Tabela 54 - Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante, em reais.

RS Rio Pardo, 2008

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Caconde	91,86	88,94	104,03	130,49	175,22	182,85
Casa Branca	108,28	109,06	135,02	158,73	182,57	200,56
Divinolândia	100,78	95,23	99,21	129,14	134,59	161,42
Itobi	115,76	120,82	118,34	119,34	142,94	160,98
Mococa	129,95	150,46	163,51	190,68	212,58	275,35
S J Pardo	169,27	201,95	233,31	241,62	273,59	307,85
S S Gramma	132,70	140,45	137,97	159,91	159,03	166,17
Tapiratiba	111,53	147,02	144,20	197,32	225,10	269,93
RS Rio Pardo	120,02	131,74	141,95	165,90	188,20	215,63

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A maior parte dos municípios da RS Rio Pardo gasta menos de 10% do total de recursos da saúde em medicamentos conforme demonstrado na Tabela 55. Alguns municípios gastam somente 3,28% dos seus recursos com medicamentos, como é o caso de Tapiratiba. Por outro lado, Itobi é o município com maior gasto da região com medicamentos (11,09%). Esses dados não permitem detectar nenhuma tendência regional, tendo em vista que há bastante variação entre os anos e entre os municípios. O percentual de recursos destinados a medicamentos, no ano de 2007, no Estado de São Paulo foi de 13,60%. A média da região no que diz respeito à destinação desses recursos, está abaixo da média estadual.

Tabela 55 - Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde, em%

RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Caconde	5,56	7,81	10,21	13,52	11,02	10,71
Casa Branca	4,69	2,18	3,65	6,67	4,35	5,07
Divinolândia	4,14	5,14	0,00	0,00	1,90	1,65
Itobi	10,26	4,54	17,29	6,22	7,60	11,09
Mococa	0,00	5,81	1,86	0,00	1,09	5,65
S J Pardo	0,00	5,05	4,82	5,86	6,00	4,56
S S Gramma	12,83	6,16	5,92	5,91	0,00	12,92
Tapiratiba	7,22	5,70	8,56	7,24	5,17	3,28
RS Rio Pardo	5,59	5,30	6,54	5,68	4,64	6,87

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

As despesas com terceiros abrangem os gastos com prestadores de serviços contratados e conveniados pelo SUS municipal. Incluem-se aqui os organismos de apoio à gestão, tais como OS, OSCIP, Universidades e outros. No âmbito desse tipo de gasto, destaca-se com valor bem acima da média regional os municípios de São José do Rio Pardo e Mococa, com 46,00% e 41,27% dos respectivos orçamentos destinados a essa modalidade de despesa (Tabela 56). A média estadual do percentual de recursos destinados a serviços de terceiros, em 2007, foi de 19,9%, menor que a média regional.

Tabela 56 - Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde, em%  
RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Caconde	3,54	8,22	11,45	8,65	7,49	12,68
Casa Branca	19,75	30,90	32,97	29,53	34,95	29,62
Divinolândia	5,99	5,74	7,47	7,49	6,15	5,47
Itobi	10,03	11,55	9,47	10,80	15,78	13,24
Mococa	35,38	52,09	48,19	49,57	51,51	41,27
S J Pardo	37,45	42,87	42,34	40,92	40,76	46,00
S S Grama	14,62	16,34	21,72	3,09	13,01	6,45
Tapiratiba	27,36	23,73	24,98	14,30	7,39	22,12
RS Rio Pardo	19,27	23,93	24,82	20,54	22,13	22,11

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

A despesa com investimento abrange os recursos financeiros destinados a reforma, construção e ampliação de serviços de saúde, bem como os equipamentos e mobiliários. Destaca-se nessa Região (Tabela 57) o município de Divinolândia, que está com percentual bem acima da média regional. Por outro lado, a média estadual em 2007 foi de 5,26%, mais que dobro da média regional.

Tabela 57 - Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde, em%  
RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Caconde	9,57	0,40	2,83	0,35	8,77	1,01
Casa Branca	6,44	0,06	4,11	1,05	3,00	3,69
Divinolândia	3,50	0,14	0,13	1,78	4,18	9,49
Itobi	0,35	0,12	0,31	0,43	0,00	0,00
Mococa	1,26	1,21	1,50	4,16	1,90	2,24
S J Pardo	3,46	1,01	0,37	0,94	1,42	1,70
S S Grama	7,11	0,12	0,03	0,00	3,12	0,67
Tapiratiba	0,91	8,59	3,23	2,54	5,67	0,18
RS Rio Pardo	4,08	1,46	1,56	1,35	3,51	2,37

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

Sabe-se que a força de trabalho é imprescindível tanto no processo de gestão quanto no da atenção a Saúde. Além disso, a natureza do processo de trabalho em saúde se caracteriza por requerer profissionais especializados. Isso acaba por gerar um alto impacto dos gastos com pessoal nos recursos destinados à saúde. Os dados referentes à RS Rio Pardo mostram que em todos os municípios, o percentual destinado a recursos humanos é maior do que os percentuais destinados a custeio, capital e serviços de terceiro, com exceção dos municípios de Mococa e São José do Rio Pardo, que destinam a serviços técnicos de terceiros-pessoa jurídica percentual acima do destinado às despesas com pessoal.

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

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Caconde	46,68	47,69	46,75	45,45	41,94	49,30
Casa Branca	64,04	63,55	56,16	57,88	52,84	43,41
Divinolândia	55,90	61,20	58,07	54,84	50,81	45,43
Itobi	68,71	74,70	72,93	69,93	61,18	53,14
Mococa	37,65	33,23	34,02	26,99	29,12	31,67
S J Pardo	38,60	41,53	42,28	42,11	40,57	40,17
S S Gramma	54,82	57,14	47,58	50,39	37,26	39,95
Tapiratiba	51,97	47,12	48,35	41,89	45,71	46,48
RS Rio Pardo	52,30	53,27	50,77	39,94	37,28	37,05

Fonte: MS/SIOPS, 2008. Elaboração própria.

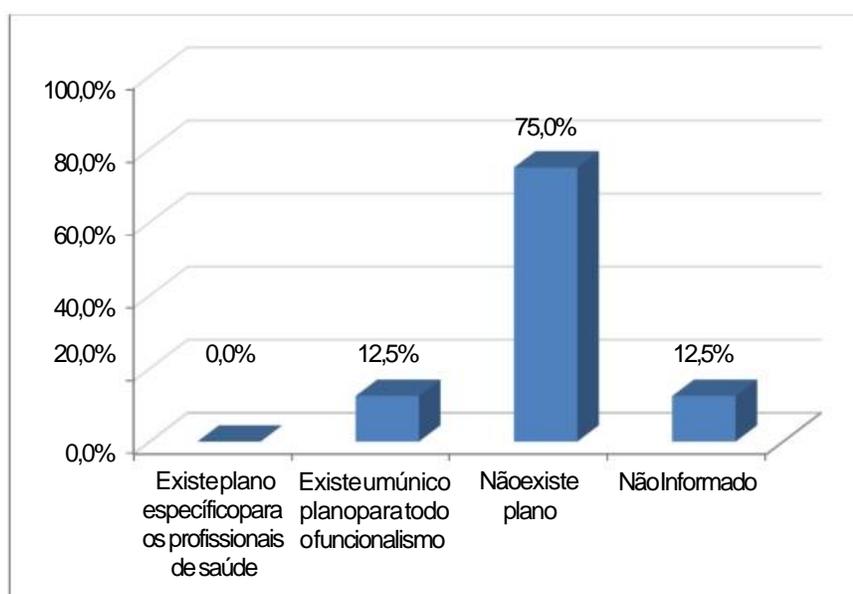
### ● **Gestão dos Recursos Humanos em Saúde**

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 na RS Rio Pardo, três gestores municipais (37,5%) avaliam tais mecanismos como adequados, três gestores (37,5%) os avaliam como parcialmente adequados e dois gestores (25%) avaliam os mecanismos de contratação como totalmente inadequados.

Os Planos de Cargos, Carreiras e Salários consistem em importante instrumento para a gestão dos recursos humanos, bem como uma diretriz do Ministério da Saúde. Na RS Rio Pardo, seis municípios(75%) afirmam não possuir plano; apenas um dos municípios (12,5%) possui plano geral para a administração municipal como um todo. Nenhum município apresenta um plano específico para os profissionais e saúde, visando atender às características específicas desses trabalhadores (Gráfico 17). O Município de São Sebastião da Grama (12,5%) não respondeu à questão.

Gráfico 17 - Existência de Plano de cargos, carreiras e salários. RS Rio Pardo, 2008.



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

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

Na Tabela 59 são apontadas as formas pelas quais os municípios da região vêm realizando a contratação de profissionais. Todos os municípios contratam seus trabalhadores

por meio de concurso público, em que pese alguns municípios também utilizarem outros mecanismos de contratação.

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

Municípios	Concurso Público	Contratação Temporária	Contratação por meio de organizações	Outras
Caconde	x			
Casa Branca	x	x	x	
Divinolândia	x			
Itobi				x
Mococa	x	x	x	
São José do Rio Pardo	x	x	x	
S Sebastião da Gramma	x			
Tapiratiba	x	x		

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

Um dos maiores entraves da gestão dos recursos humanos em saúde se refere à dificuldade para contratação e fixação de profissionais de saúde, especialmente o profissional médico. Na Tabela 60, pode-se verificar a existência de várias causas ligadas à dificuldade de contratação e fixação de médicos na RS Rio Pardo. Dos oito municípios que compõem a Região, quatro dos municípios investigados (50%) apontam os baixos salários como um entrave à fixação desses profissionais. Por outro lado, dois municípios (25%) não referem nenhuma dificuldade para a contratação e fixação de médicos nos serviços de saúde.

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

Municípios	Nenhuma	Baixos Salários	Ambiência inadequada	Ausência ou inadequação de PCCS	Baixa participação dos profissionais nos processos decisórios	Retaguarda técnica insuficiente	Outros
Caconde		x		x			
Casa Branca		x					
Divinolândia		x		x		x	
Itobi							x
Mococa		x		x		x	
S J Rio Pardo	x						
S S da Gramma	x						
Tapiratiba			x				

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

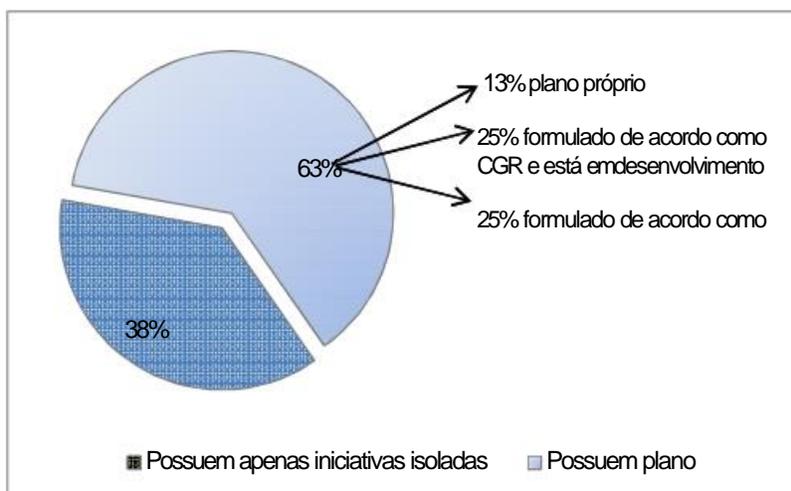
Outro aspecto considerado neste estudo, diz respeito aos processos de educação permanente. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS é considerada como uma estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e desenvolvimento de trabalhadores do setor. A Portaria 1.996/MS reitera 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.

Em relação aos processos de educação permanente na RS Rio Pardo pode-se observar, no Gráfico 18, que a maior parte dos municípios não possui um plano organizado direcionado às iniciativas de educação permanente. Verificou-se que apenas um município (12,5%) possui plano próprio; três municípios (37,5%) não possuem plano próprio de educação permanente, desenvolvendo somente iniciativas isoladas. Além disso, outros dois municípios da região (25%) informaram ter plano regional formulado respeitando as prioridades definidas no CGR e em desenvolvimento, e dois municípios (25%) informam

possuir o plano regional de educação permanente, todavia esse plano ainda não está em desenvolvimento.

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



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

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

Todavia, verifica-se que a maior parte das Secretarias Municipais de Saúde da Região, especialmente as dos municípios de pequeno e médio porte, não possui estrutura própria para a gestão de recursos humanos. Muitos municípios possuem apenas uma área com características específicas de departamento de pessoal, subordinadas, na maior parte das vezes, às áreas financeiras e administrativas da Prefeitura. Além disso, em grande parte dos municípios em que existe um setor específico, a Gestão do Trabalho é separada da área voltada à Educação Permanente, assim como as duas são pouco articuladas com as outras áreas estratégicas das Secretarias.

Conforme mostra a Tabela 61, 3 municípios (37,5%) da RS Rio Pardo não apresentam estruturas próprias voltadas à gestão dos Recursos Humanos em Saúde, dois municípios (25%) possuem estrutura, porém somente voltadas aos procedimentos administrativos. Apenas um município (12,5%) possui estrutura responsável pelos procedimentos administrativos e pelos de educação permanente, o que evidencia a necessidade de uma melhor estruturação dessas Secretarias para contribuir com a qualificação do processo da gestão das relações de trabalho.

Tabela 61 - Existência de setor próprio voltado à gestão de recursos humanos, por município. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Não existe	Existe para procedimentos administrativos	Existe para procedimentos de educação permanente	Existe para procedimentos administrativos e de educação permanente
Caconde				
Casa Branca				
Divinolândia				
Itobi	x	x		
Mococa				
S J Rio Pardo	x	x		
S S Gramma	x			x
Tapiratiba				

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

Outro aspecto avaliado neste estudo diz respeito aos sistemas de informações gerenciais que se constituem em instrumentos essenciais à gestão do trabalho, contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho. A folha de pagamento, na maior parte dos municípios brasileiros, é a única fonte de informações em relação aos servidores, não havendo dados disponíveis quanto à lotação real dos trabalhadores, sua qualificação e previsão de aposentadoria. Na RS Rio Pardo nenhum dos municípios informou possuir sistema de informação específico para recursos humanos. O município de São Sebastião da Gramma não respondeu a essa questão.

Quanto aos canais de negociação coletiva, sabe-se que se constituem em mecanismos necessários para o enfrentamento adequado dos conflitos resultantes das relações entre gestores e trabalhadores. O estabelecimento de acordos e parcerias internas é fundamental para o adequado desempenho do trabalho. Todavia, essa não é a realidade na maioria dos municípios da Região, já que apenas três gestores municipais (38%) relatam a existência desses mecanismos nas SMS.

Ainda em relação à gestão de recursos humanos em saúde na RS Rio Pardo, vale destacar que a maior parte dos gestores, seis (75%), consideram que os salários se encontram em geral adequados frente à remuneração dos outros municípios da região, e dois municípios (25%) relatam a existência de grandes inadequações dos salários de seus profissionais. Um dos grandes desafios da gestão do trabalho em saúde no SUS diz respeito

à remuneração de seus profissionais. Sabe-se que a remuneração não é o único fator que garante a motivação dos trabalhadores, entretanto, trata-se de um importante incentivo, que vem colaborando para a fixação ou não dos profissionais.

- **Controle Social**

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

Os dados colhidos através do questionário da pesquisa mostram que sete secretários municipais dessa Região (88%) consideram que a composição dos Conselhos Municipais de Saúde obedece ao que preconiza a legislação vigente; apenas um gestor (12%) avalia que a composição ainda não está de acordo com as exigências legais. O município de Itobi afirma ainda que o Conselho Municipal não é atuante.

No que se refere ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, seis gestores municipais (75%) referem que esse órgão se reúne regularmente, respeitando a periodicidade definida; um município (12,5%) afirma que o conselho se reúne eventualmente. O município de Itobi (12,5%) não respondeu a questão.

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 três municípios da Região (38%) realizam as Conferências Municipais de Saúde com a periodicidade mínima exigida, e cinco municípios (63%) não atendem à exigência legal.

### **Conclusões Parciais**

Este estudo evidenciou algumas fragilidades significativas nas estruturas e processos de gestão municipal e de gestão regional do SUS na RS Rio Pardo. Sem dúvida, afigura-se como imprescindível o desenvolvimento de ações no sentido de aprimorá-las, considerando a sua importância para o processo de estruturação das redes regionais de atenção à saúde.

Quanto às formas de organização e gestão regional na RS Rio Pardo, deve-se ressaltar que, no momento atual, é essencial o aprimoramento dos seus instrumentos e mecanismos

de gestão, tendo em vista o processo de regionalização do SUS em curso no Estado de São Paulo.

Nesse sentido, é fundamental que as instâncias de gestão instituem o processo de planejamento regional, definam as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a PPI da atenção à saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento regional.

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

Observou-se que todos os municípios da RS Rio Pardo se organizaram em forma de consórcio. Importa destacar que o crescimento recente do número de consórcios regionais parece expressar uma tendência na gestão do SUS regional, baseada na percepção de que os consórcios são uma boa alternativa para a organização de serviços de saúde, especialmente na atenção especializada.

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

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

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

A gestão dos recursos humanos em saúde é um dos maiores desafios a serem superados na gestão do SUS na RS Rio Pardo. Alguns dos municípios investigados apontaram dificuldades para contratação e fixação de médicos. Nesse sentido, há a necessidade de uma revisão das estratégias até aqui adotadas, e 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. A maior parte dos municípios da região não possui estruturas e processos voltados ao planejamento e gestão de recursos humanos nas secretarias, o que acaba por dificultar a implementação da política voltada ao setor. Outra fragilidade detectada diz respeito à ausência de informações básicas referentes ao conjunto de sua força de trabalho e a outros dados necessários à gestão dessa área. Observou-se ainda que os municípios vêm tendo dificuldades em elaborar e implantar os planos de educação permanente, apresentando apenas iniciativas isoladas, sem articulação com as outras prioridades definidas para a gestão municipal.

Entende-se que o enfrentamento desses desafios no âmbito dos sistemas de gestão municipal e regional, é essencial para a qualificação do processo de estruturação da regionalização, já em curso nessa região de saúde, devendo ser compartilhado entre municípios e SES-SP.

### **3.7. Gestão do Cuidado**

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

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

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

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

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

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

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

Na adesão ao *Pacto pela Vida*<sup>36</sup> foram definidos patologias e agravos a serem prioritariamente enfrentados no país. No Estado de São Paulo, durante o processo de formulação do Plano Estadual de Saúde, outras patologias e agravos foram incorporados nessa priorização<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> BRASIL, MS Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.

<sup>37</sup> Além da dengue, tuberculose, hanseníase, malária e influenza priorizadas no *Pacto pela Vida* o Plano Estadual de São Paulo ampliou o número de doenças emergentes a serem enfrentadas. Ver página 85 do Plano

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

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

### **3.7.1 Protocolos Clínicos**

A utilização de Protocolos Clínicos constitui-se em prática admitida por cinco dos oito municípios que compõem a Região Sanitária Rio Pardo.

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.

Quando se analisa a declaração dos municípios dessa região quanto à utilização de protocolos clínicos, observa-se o mesmo padrão de utilização para Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Câncer de Colo Uterino: quatro municípios declaram utilizá-los na atenção básica e quatro na atenção ambulatorial especializada (Tabela 62).

Tabela 62 - Utilização de protocolos clínicos para hipertensão, diabetes e câncer de colo uterino. RS Rio Pardo, 2008.

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Caconde	x			
Casa Branca		x		
Divinolândia				
Itobi				
Mococa	x	x		
São José do Rio Pardo	x	x		
São Sebastião da Gramma	x	x		
Tapiratiba				

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

No que diz respeito a protocolos referentes ao câncer de mama, nota-se que quatro municípios declaram utilizá-los na atenção básica sendo que destes, três também os utilizam na atenção ambulatorial especializada (Tabela 63). Assim mesmo, não se pode inferir nada a respeito da articulação desses protocolos

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Caconde	x			
Casa Branca				
Divinolândia				
Itobi				
Mococa	x	x		
São José do Rio Pardo	x	x		
São Sebastião da Gramma	x	x		
Tapiratiba				

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

Já no que diz respeito à atenção pré e neonatal, nota-se na Tabela 64 que três municípios da região referem utilizar-se de protocolos na atenção básica, quatro na atenção ambulatorial especializada.

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Caconde	x			
Casa Branca		x		
Divinolândia				
Itobi				
Mococa	x	x		
São José do Rio Pardo		x		
São Sebastião da Gramma	x	x		
Tapiratiba				

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

A utilização de protocolos para tumor de próstata é referida por um município na atenção básica e por outros três na atenção ambulatorial especializada (Tabela 65).

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Caconde	x			
Casa Branca		x		
Divinolândia				
Itobi				
Mococa		x		
São José do Rio Pardo		x		
São Sebastião da Gramma				
Tapiratiba				

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

No caso do enfrentamento de violências e acidentes, para os quais seria também necessário o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção, pode-se observar que a utilização de protocolos é apontada por apenas um município na atenção básica e por outros quatro na atenção especializada de urgência e emergência. Mococa refere utilizar esse protocolo também na atenção ambulatorial e hospitalar especializada (Tabela 66).

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Caconde	x			
Casa Branca				x
Divinolândia				
Itobi				
Mococa		x	x	x
São José do Rio Pardo				x
São Sebastião da Gramma				x
Tapiratiba				

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

Pode-se afirmar que entre os cinco municípios que referem utilizar protocolos, apenas Casa Branca refere não utilizá-los na Atenção Básica para nenhum dos agravos priorizados. Entre os demais municípios todos referem utilizá-los para hipertensão arterial; diabetes, câncer de colo uterino e mama e no atendimento pré-natal e neonatal. Para violência e acidentes e tumor de próstata a utilização na atenção básica é referida apenas pelo município de Caconde.

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

Considerando que nessa região sanitária, apenas um município não dispõe de serviços ambulatoriais especializados, outro não dispõe de leitos contratados pelo SUS e

todos tem algum tipo de serviço de urgência e emergência, pode-se afirmar que a utilização de protocolos clínicos na atenção básica é mais significativa que em qualquer componente da atenção especializada.

Embora a maioria dos municípios da região refira utilizar-se de protocolos clínicos para os agravos priorizados, nota-se uma grande variação nessa utilização, com menor referência a utilização de protocolos para tumor de próstata entre todos os agravos priorizados.

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

- Resistência e falta de envolvimento dos médicos;
- Falhas no apoio diagnóstico e terapêutico em relação ao preconizado nos protocolos;
- Déficit e rotatividade de profissionais dificultando o uso.

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 desta região sanitária a presença dessas atividades em cinco dos oito municípios. Essa atividade está mais presente na atenção básica, onde cinco municípios referem sua existência. Já em relação à atenção especializada três desses municípios mantêm essa atividade na área ambulatorial, um na hospitalar e dois na urgência e emergência (Tabela 67).

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

Municípios	Atenção Básica	Atenção Especializada		
		Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência
Caconde	x	x		
Casa Branca				
Divinolândia				
Itobi				
Mococa	x		x	
São José do Rio Pardo	x	x		x
São Sebastião da Gramma	x	x		x
Tapiratiba	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, observa-se que elas são desenvolvidas por técnicos dos próprios municípios; são contínuas e programadas em três municípios e ocorrem sob demanda das equipes também em três. São atividades de natureza bastante diversificadas e um município as considera ainda incipientes.

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

- Falta de profissionais capacitados para o desempenho dessa função;
- Ausência de política ou decisão que apóie essa iniciativa.

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

### 3.7.3. Processos de Capacitação

A Tabela 68 abaixo apresenta o número de processos de capacitação desenvolvidos nas regiões sanitárias que guardam correspondência com o DRS de São João da Boa Vista, voltados ao enfrentamento dos agravos priorizados.

Tabela 68 - Número de municípios que desenvolveram processos de capacitação no último ano nas regiões que compõem a Região do DRS São João da Boa Vista, 2008.

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

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

Em relação a esses processos de capacitação voltados ao enfrentamento das patologias e dos agravos priorizados, pode-se observar que nessa região, não foram desenvolvidas iniciativas de capacitação durante o último ano para hipertensão arterial, pré-natal e perinatais e para o enfrentamento de violências e acidentes.

Dos municípios da Região, três afirmam realizar processos de capacitação por iniciativa própria. Cabe ressaltar que entre os que os realizam dois afirmam constituir em processos contínuos e programados e dois em processos pontuais. Esses processos em dois dos municípios são demandados pelas equipes, ocorrem para várias equipes conjuntamente e são ministrados por técnicos do próprio município. Apenas um município refere solicitar apoio de universidades ou outras instituições para realização das capacitações.

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:

- Ausência de política específica para educação dos profissionais;
- Falta de recursos financeiros para apoiar essas iniciativas;
- Déficit de profissionais na rede;
- Inexistência de motivação por parte dos profissionais tendo em vista o não reconhecimento por parte da SMS, a respeito das capacitações realizadas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A Gestão dos Recursos Humanos em Saúde é um dos grandes desafios a serem enfrentados. 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 Pardo 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 congregiar 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 Pardo, 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](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](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](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](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://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/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](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](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](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](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. 2. ed. rev. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad21.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad21.pdf)>. Acesso em: 18 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: MS, 2007. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/pactos/pactos\\_vol4.pdf](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](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](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](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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida\\_Vol3RegionSolidariaCoop.pdf](http://bvsms.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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS\\_livro\\_1a6.pdf](http://bvsms.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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](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](mailto:nepp@nepp.unicamp.br)

Homepage: [www.nepp.unicamp.br](http://www.nepp.unicamp.br)