

Área de Pesquisa : Programa de Estudos em Sistemas de Saúde

CADERNOS DE PESQUISA NEPP – N.º. 10 - 2014

**A REDE HOSPITALAR NA REGIÃO
METROPOLITANA DE CAMPINAS**



CADERNOS DE PESQUISA NEPP

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 NEPP / Núcleo de Estudos de Políticas Públicas / UNICAMP. – n.10, 2014. – Campinas,SP.: PESS/NEPP/UNICAMP, 2014.

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

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

Considerações Éticas:

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

A REDE HOSPITALAR NA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

**RELATÓRIO DE PESQUISA ELABORADO NO ÂMBITO DO
PROJETO FAPESP FASE II**

**AVALIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA REGIÃO
METROPOLITANA DE CAMPINAS VISANDO AO
DESENVOLVIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**ORGANIZAÇÃO
DOMENICO FELICIELLO**

Pesquisadores

Carmen Cecília de Campos Lavras
Médica Sanitarista e Doutora em
Saúde Coletiva. Assessora da Pró-
Reitoria de Desenvolvimento
Universitário da Unicamp.
Pesquisadora Associada do
NEPP/UNICAMP.

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

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

Paulo Eduardo M. Rodrigues da Silva
Médico Pediatra e Doutor em Medicina
Interna. Pesquisador do NEPP e Pró-
Reitor de Desenvolvimento
Universitário da UNICAMP.

Selma Loch
Médica Sanitarista e Mestre em
Engenharia da Produção. Diretora do
Departamento de Saúde Pública da
Secretaria Municipal de Saúde de
Florianópolis.

Participante da Instituição Parceira

Maria Célia Silva Caiado
Arquiteta Urbanista e Doutora em
demografia pelo IFCH/Unicamp.
Diretora Adjunta Técnica da
Agemcamp.

Assistente Técnico

Sonia Maria Prieto Romolo Brito
Graduada em Letras. Doutora em
Teoria e História Literária pela
UNICAMP. Pesquisadora Associada
do NEPP/UNICAMP.

Assistente Administrativo

Magali Cristina Moreira
Graduada em Administração.
Especialista em Sistema de Gestão da
Qualidade.

Renata Juliani Frascarelli
Graduada em Gestão de Recursos
Humanos. Especialista em Gerenciamento
de Projetos.

Bolsistas

Ana Carolina Soares Bertho
Fabiola Bentivoglio
Fabricio de Paula Silva
Kellen Cristina Morelli
Tiago Cerqueira Sássi

Pesquisadores Auxiliares

Gisela de Conti Ferreira Onushic
Médica Especialista em Patologia Clínica
e Mestre em Gestão de Saúde. Diretora
de Assistência do Hospital Estadual de
Sumaré.

SUMÁRIO

1. Introdução	07
2. O Hospital no Âmbito das Redes de Atenção à Saúde no SUS	09
3. Metodologia	16
4. Apresentação de Resultados	17
5. Problemas e Fragilidades da Rede Hospitalar da RMC	69
6. Considerações Finais e Recomendações	78
Referências	81
Anexos - Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas – Abril de 2007	82

A REDE HOSPITALAR DA REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS

1. INTRODUÇÃO

O estudo da rede hospitalar da Região Metropolitana de Campinas, proposto na Fase II do Projeto FAPESP, traçou como objetivo específico aprofundar o diagnóstico da Rede de Serviços Hospitalares na RMC buscando melhor identificar os elementos e fatores que vêm determinando suas fragilidades e contribuir com a definição de uma nova lógica de organização. Neste sentido, buscou-se caracterizar em detalhe os diagnósticos institucionais das unidades hospitalares de referência realizados na Fase I (cerca de 30 unidades), buscando melhor identificar:

- As unidades funcionais componentes;
- As principais funções que cumprem, enquanto integrantes de uma rede de serviços;
- Suas potencialidades em relação à prestação de serviços em âmbito regional;
- As dificuldades apresentadas no processo de articulação com outros pontos de atenção e com os sistemas logísticos e de apoio.

Através deste estudo pretendeu-se subsidiar a elaboração de propostas de intervenção, que visassem à integração das unidades hospitalares entre si, e dessa rede com as demais redes de serviços do sistema metropolitano de saúde da Região Metropolitana de Campinas.

Para a realização do estudo propunha-se o desenvolvimento de um conjunto de ações e atividades resumidas no quadro a seguir.

AÇÕES	ATIVIDADES
1. Pesquisa documental nos bancos de dados do CNES/DATASUS para análise do cadastro atual dos hospitais contratados e ou conveniados pelo SUS	<ul style="list-style-type: none"> Definição dos dados a serem levantados Levantamento e tabulação de dados Análise dos dados
2. Levantamento de dados quantitativos dos recursos humanos das unidades quanto à profissão, especialidade e modalidades de vínculo empregatício utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> Definição dos dados a serem levantados Levantamento e tabulação de dados Análise dos dados
3. Estudo do fluxo de internações originadas dos 19 municípios da RMC e direcionadas às unidades hospitalares em estudo, de modo a identificar suas demandas bem como possíveis estrangulamentos e necessidades de redirecionamento destes fluxos	<ul style="list-style-type: none"> Definição das unidades incluídas no estudo Realização do estudo
4. Realização de pesquisa documental dos contratos existentes entre o poder público e os hospitais da RMC , para levantamento de dados que permitam avaliar elementos desestruturadores da rede advindos do processo de contratualização, enfocando os seguintes elementos: <ul style="list-style-type: none"> Recursos financeiros aplicados pelas três esferas de governo; Formas jurídicas do instrumento contratual; Conteúdo das cláusulas e adequação ao objeto do contrato; Adequação dos contratos às necessidades de organização do sistema loco-regional de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Definição das unidades participantes do estudo Definição dos instrumentos de levantamento de dados Levantamento e análise dos documentos Sistematização dos dados e elaboração de sínteses
5. Realização de entrevistas junto aos dirigentes hospitalares dos hospitais vinculados ao SUS na RMC, a partir de roteiro pré-definido buscando detectar suas visões quanto às potencialidades e fragilidades da unidade hospitalar , bem como das ações atualmente desencadeadas para enfrentamento dos principais obstáculos	<ul style="list-style-type: none"> Definição dos instrumentos de levantamento de dados Realização das entrevistas Sistematização dos dados e elaboração de sínteses
6. Realização de seminário interno, entre os pesquisadores de campo, para apresentação e socialização dos dados coletados e analisados e sistematização das principais conclusões	<ul style="list-style-type: none"> Agregação e sistematização de dados dos diversos enfoques Elaboração de documento síntese Realização de Seminário para apreciação dos dados e elaboração de conclusões preliminares
7. Realização de oficina de trabalho com gestores públicos municipais de saúde para divulgação do diagnóstico elaborado e definição de propostas de reorganização da rede hospitalar da Região Metropolitana de Campinas	<ul style="list-style-type: none"> Organização de Oficina de Trabalho para discussão do documento preliminar e indicação de estratégias e ações Realização da Oficina Elaboração de Relatório da Oficina Revisão de documento preliminar com indicação de estratégias e ações
8. Elaboração Relatório Final FAPESP	Realização de Relatório Técnico da FAPESP

Entretanto algumas ações foram prejudicadas devido às mudanças nas administrações municipais ocorridas em 2009, o que ocasionou a troca dos gestores municipais de saúde de parte significativa dos 19 municípios da região, bem como mudanças dos responsáveis pela direção da AGEMCAMP, parceira pública neste projeto e, no Departamento Regional de Saúde de Campinas da SES – SP, responsável por parcela importante de unidades hospitalares no SUS regional. Ou seja, ocorreram mudanças importantes dos gestores públicos do SUS da região o que dificultou particularmente as pesquisas de campo.

Paralelamente, foi realizado diagnóstico do setor saúde pelo PESS / NEPP / UNICAMP, em 2008, junto às regiões de saúde que compreendem os 44 municípios dos DRS

Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, no âmbito do Projeto de Apoio à Regionalização do SUS no Estado de São Paulo¹. Este diagnóstico permitiu o levantamento de informações detalhadas dos diferentes elementos componentes das Redes de Atenção à Saúde destas regiões, incluindo a atenção de média e alta complexidade hospitalar.

Por outro lado, o fato de ter sido desenvolvido um Plano Metropolitano de Saúde, por solicitação dos 19 prefeitos da região, ocorrido em 2008, possibilitou um maior entendimento de algumas dos problemas enfrentados pela Rede Hospitalar Metropolitana.

Julgamos que os projetos indicados conseguiram compensar em parte as dificuldades encontradas nas pesquisas de campo. Assim sendo, serão expostos a seguir os dados e informações coletadas no período, bem como as análises e avaliações realizadas pela equipe de pesquisadores e as recomendações para reorganização da referida rede hospitalar.

2. O HOSPITAL NO ÂMBITO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Inicialmente é necessário assinalar que do ponto de vista conceitual das Redes de Atenção à Saúde, as unidades hospitalares são abordadas como unidades assistenciais complexas, muitas vezes formadas por um conjunto de Pontos de Atenção e de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos. Na grande maioria das vezes combinam pontos que fornecem procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e em regime de internação, de apoio diagnóstico e terapêutico e, de urgência e emergência. Ou seja, o fato de denominarmos uma unidade assistencial de “hospital”, porque possui serviços de internação, nem sempre revela o conjunto de Pontos de Atenção e de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos reunidos sob uma mesma administração.

Por outro lado, a vinculação da unidade hospitalar ao SUS pode ocorrer de diferentes formas dependendo do tipo de prestador (público, filantrópico, privado e sindicato), da origem do capital social e da vinculação administrativa (administração pública direta e indireta, empresa privada, fundação privada, cooperativa, serviço social autônomo, economia mista e sindicato) e, das necessidades locais das Redes de Atenção à Saúde.

Deste modo é possível observar desde unidades hospitalares públicas que colocam a totalidade de recursos a serviço do SUS, conforme rege a legislação, até unidades privadas

¹ - Este projeto refere-se à parceria estabelecida entre PESS / NEPP / UNICAMP com a SES – SP para a realização de diagnóstico de saúde de 11 Regiões de Saúde, correspondentes aos DRS Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista, visando o apoio da universidade ao processo de regionalização no Estado de São Paulo.

que oferecem apenas poucos procedimentos que são contratados / conveniados pelos gestores públicos do SUS, municipais ou estaduais.

Além disso, encontramos hoje no “hospital contemporâneo” a figura de serviços terceirizados, ou seja, em qualquer tipo de unidade hospitalar pública, filantrópica ou privada, coexistem Pontos de Atenção ou de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos contratados de terceiros, levando a configuração de uma complexa rede de pontos com diferentes vinculações administrativas às instituições hospitalares e ao SUS.

Além desses aspectos jurídico-administrativos, duas questões devem ser observadas quando tratamos de unidades hospitalares. Uma delas se refere à produção com base na economia de escala e de escopo e, a outra, relaciona-se ao acesso dos usuários do SUS aos Pontos de Atenção e Apoio Diagnóstico e Terapêutico, que garanta a universalidade e a integralidade da ação, segundo os princípios constitucionais de saúde.

No que se refere à produção com base na economia de escala² e de escopo³ devem ser considerados alguns elementos que interferem no volume e no custo da produção, incluindo:

- Capacidade instalada, como tamanho da planta física, número de leitos e consultórios, equipamentos, etc., que permita realizar um volume de produção ótimo, no qual se consiga adequar os fatores de produção e os custos fixos e variáveis a um preço médio o mais baixo possível.
- Preços dos insumos utilizados na produção, podendo ocorrer economias nas compras de grandes quantidades.
- Custo da administração por unidade de produção. Muitas vezes com o mesmo custo administrativo é possível produzir mais, contanto que a capacidade física instalada e os fatores de produção permitam aumentos. Por outro lado, no caso dos hospitais, existem custos administrativos relacionados a um conjunto de serviços de suporte à internação, como alimentação, lavanderia, segurança, limpeza, entre outros, que podem tornar-se proporcionalmente muito elevados dependendo do tamanho da planta física. Ou seja, os custos de serviços de apoio

² A economia de escala refere-se à forma de organização de uma empresa que permite ganhos no volume de produção ou nos custos quando ocorre o aumento da produção e o aumento dos custos são proporcionalmente menores, ou seja, ocorre uma produtividade maior com a máxima utilização dos fatores que interferem nessa produção. Conseqüentemente, pode-se produzir mais a custos menores (Bannock et alii, 1977; Seldon & Pennance, 1977).

³ A economia de escopo ocorre quando existem ganhos de custos ao se produzirem dois ou mais produtos conjuntamente ao invés de produzi-los separadamente, devido à utilização de fatores comuns de produção como, matéria prima, trabalhadores, entre outros.

à internação para um hospital de menos de 50 leitos podem ser iguais aos de unidades com 100 leitos.

- Produtividade do trabalho, relacionada à produção de volume adequado com as horas de trabalho empregadas, de modo que não haja ociosidade. No caso de hospitais é clássico o exemplo de plantões à distância que muitas vezes apresentam ociosidade devido ao tamanho pequeno do hospital, à sua demanda e à sua área de cobertura (municípios com pouca população). Outro exemplo pode ser relacionado à pulverização de especialidades numa dada região e localizadas em instituições diversas, ao invés de estarem aglutinadas num único local levando a ganhos de economia de escala.
- Especialização do processo de trabalho. Na medida em que determinado processo de trabalho é organizado de maneira ótima com as ações e atividades claramente definidas, bem como com distribuição adequada de responsabilidades entre os trabalhadores, pode ocorrer produtividade ótima, ou mesmo ganhos de produção, com os recursos empregados. No caso da saúde esta especialização também pode se refletir na qualidade dos serviços, na medida em que equipes especializadas produzem um volume de serviços que permita avaliar e adequar os processos de trabalho, minimizando os riscos para os usuários.

Estas questões de economia de escala e escopo acabam se refletindo no financiamento do SUS na medida em que os municípios podem estar apresentando gastos em saúde com uma baixa eficiência, ou seja, altos gastos e baixa produção de serviços por não observarem os ganhos de economia de escala e escopo que poderiam atingir.

No entanto, as questões relacionadas à economia de escala e escopo devem ser analisadas em conjunto com as necessidades de saúde da população, coberta por uma determinada Rede de Atenção à Saúde, bem como com as formas de acesso dos usuários aos diferentes Pontos de Atenção e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, de modo a garantir a universalidade e a integralidade.

De um modo geral, os estudiosos em economia da saúde sugerem que os serviços passíveis de ganhos de economia de escala e escopo deveriam ser concentrados de modo que possam ocorrer custos menores, além de se beneficiarem de aumentos de produtividade e qualidade.

Por outro lado a concentração ou desconcentração de Pontos de Atenção e de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, numa dada região de saúde, deve levar em conta também os custos com o transporte e deslocamento dos usuários, além de questões técnicas relacionadas ao tipo de atenção. Por exemplo, a atenção de urgência e emergência deve estar

localizada de forma estratégica de modo a minimizar o risco de morte dos pacientes, assim como os serviços de maternidade devem estar localizados de modo a permitir o acesso adequado na hora do parto.

Ainda no que se refere ao acesso, tanto a dificuldade de transporte quanto o agendamento por um prazo muito longo pode provocar um nível de absenteísmo elevado, a procura de outros serviços ou à desistências por parte do usuário, diminuindo a capacidade de resposta dos serviços.

Os elementos acima assinalados refletem-se diretamente nas formas de implementação do SUS no Brasil, originando novas alternativas de organização do sistema, a partir da utilização das contribuições advindas da economia da saúde.

Neste aspecto, estas novas contribuições ajudaram a colocar em cheque a excessiva municipalização da atenção à saúde, na ausência da constituição de um nível regional, na medida em que as municipalidades isoladamente não teriam a capacidade de garantir todo o espectro de serviços necessários ao atendimento integral aos cidadãos, havendo a necessidade de implementar um processo de regionalização cooperativa e participativa, que permitisse que um conjunto de municípios, integrantes de uma mesma região sanitária, organizasse de modo adequado a Rede de Atenção à Saúde.

No processo de regionalização do SUS, implementado a partir da NOAS 2001 / 2202 e mais recentemente do Pacto pela Saúde (2006), foram definidos novos instrumentos de gestão incluindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), resgatando o papel do gestor estadual na organização do sistema público de saúde e na definição e configuração das instâncias regionais desse sistema.

2.1. Processo de Regionalização do SUS no Estado de São Paulo, a Região Metropolitana de Campinas e a Rede Hospitalar

No Estado de São Paulo os novos instrumentos de regionalização foram implementados de modo um tanto empírico, na medida em que não ocorreu um estudo aprofundado com base nas necessidades de saúde da população e menos ainda utilizando os princípios de economia de escala e escopo.

Assim, as regiões sanitárias, desenhadas no âmbito do PDR Estadual, foram definidas principalmente a partir de relações de cooperação historicamente estabelecidas entre

municípios vizinhos⁴, enquanto a PPI foi discutida e definida a partir da série histórica de produção do conjunto de serviços de atenção à saúde existente nos municípios.

No caso da Região Metropolitana de Campinas, como já indicado na Fase I do presente projeto da FAPESP, não ocorreu a sua incorporação na discussão do desenho das regiões de saúde correspondentes ao DRS Campinas, criando conflitos, que persistem até o momento, decorrentes não só da divisão do DRS em quatro regiões de saúde, que não se adequam ao desenho da Região Metropolitana de Campinas, mas também pela criação de instâncias de gestão diferenciadas.

Neste último aspecto, convive-se com a presença da Câmara Temática de Saúde da Região Metropolitana de Campinas ao lado dos CGRs das regiões de saúde, especialmente de Campinas e Oeste VII que possuem a maioria de seus municípios participantes da Região Metropolitana de Campinas.

Observa-se ainda que os Colegiados de Gestão Regionais (CGR) que têm como suas principais atribuições⁵: 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; não conseguiram implementar tais responsabilidades de uma forma adequada, devido, em parte, às demandas burocráticas e administrativas da SES SP⁶, mas também em decorrência da falta de estrutura técnico-administrativa de suporte às ações e projetos regionais.

Mesmo tendo participado na elaboração do PDR Estadual e posteriormente da PPI, ainda persiste nos CGRs a visão centrada no município e com baixa incorporação de novos olhares possibilitados pelas concepções de Redes Regionais de Atenção à Saúde e da economia da saúde.

Por outro lado, a Câmara Temática de Saúde, pelo fato de ter sido incorporada ao presente projeto da FAPESP, tendo participado e acompanhado a realização do Diagnóstico de Saúde da região e, posteriormente o Plano Metropolitano de Saúde⁷, adquiriu um entendimento diferenciado quanto à organização da Rede Regional de Atenção à Saúde. No entanto, ainda não incorporou concretamente os conceitos de gestão da Rede de Atenção à Saúde e de economia de escala e escopo, embora vários projetos, decorrentes do plano, caminhem nesta direção.

⁴ Esta situação pode ser constatada nas informações coletadas junto aos CGR das Regiões de Saúde correspondentes ao DRS Campinas no âmbito do projeto de Apoio à Regionalização da SES – SP, desenvolvido pelo PESS / NEPP / UNICAMP, 2009. No prelo.

⁵ Brasil / MS Portaria MS / GM N.º 399 / 2006- Anexo II - Pacto de Gestão

⁶ Segundo dados levantados nas entrevistas com os gestores municipais de saúde componentes dos CGR Campinas e Oeste VII, in Projeto de Apoio à Regionalização da SES SP, 2009.

⁷ PESS / NEPP/ UNICAMP e AGEMCAMP – Plano Metropolitano de Saúde, dezembro de 2008, mimeografado.

No que se refere ao Diagnóstico de Saúde da Região Metropolitana de Campinas, realizado durante a Fase I do Projeto FAPESP, destacam-se a seguir algumas características da rede hospitalar regional, apontadas pelos gestores destas unidades (ver texto integral no Anexo 1):

- Baixa capacidade instalada de leitos hospitalares, especialmente no SUS, quando comparada com o Estado de São Paulo, com conseqüente baixa produção, considerando o número de internações por mil habitantes;
- Distribuição heterogênea de leitos hospitalares na Região Metropolitana de Campinas, com grande concentração em Campinas (52%) e em segundo lugar, em Americana, Indaiatuba e Sumaré (26%);
- Diversidade da rede hospitalar regional em termos de tamanho das unidades, observando-se um percentual elevado (50%) de unidades de pequeno porte, com menos de 100 leitos hospitalares, sendo 7 públicas municipais e 9 privadas (8 filantrópicas);
- Presença de diferentes formatos jurídicos para gestão destas unidades com a presença de: Organizações Sociais, OSCIP, Consórcios, Administração Direta Municipal e Estadual, Autarquia Municipal, Hospitais Universitários Público e Privado. De forma geral observa-se que das 32 unidades avaliadas, 65% são privadas (das quais 95% sem fins lucrativos) e 35% são públicas (77% vinculadas aos governos municipais);
- Segundo os dados do CNES (de 2003 a 2006) esse conjunto de unidades hospitalares avaliadas possuía 3.903 leitos, correspondendo a 73% do total de leitos (5.344) existentes na Região Metropolitana de Campinas. Essas unidades ofertavam ao SUS regional cerca de 82% dos seus leitos (3.202), que correspondiam a 60% do total de leitos da região;
- Do conjunto de leitos ofertados ao SUS (3.202) cerca de 16% estavam localizados em hospitais psiquiátricos, 22% em hospitais de pequeno porte (com menos de 100 leitos), 26% em hospitais de médio porte (com 100 a 200 leitos) e, 36% em hospitais de grande porte (com mais de 200 leitos);
- Nestes quatro segmentos apontados foram detectadas várias fragilidades comuns relacionadas às formas de contratação e remuneração do SUS cujos recursos cobrem, em média, de 50% a 70% dos gastos hospitalares, devido à defasagem da tabela SUS e a falta de revisão periódica dos tetos contratados e / ou conveniados.

Estes elementos diagnósticos foram retomados no processo de elaboração do Plano Metropolitano de Saúde, realizado por solicitação do Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Campinas em 2008 e, do qual destacam-se os seguintes elementos estratégicos e projetos definidos no âmbito desse plano:

Objetivo Estratégico 2: Reorganização da Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar) com lógica metropolitana.

Projetos Priorizados:

2.1 Reorganizar a atenção especializada (ambulatorial. e hospitalar) de média e alta complexidade na Região Metropolitana de Campinas tendo como referência a implantação das seguintes linhas de cuidado: hipertensão; diabetes; idoso; Câncer de mama; Câncer de colo; pré-natal e atenção ao parto; atendimento neonatal; violência e acidentes; e, tumor de próstata.

2.2 Reorganizar a rede hospitalar da RMC vocacionando unidades e estabelecendo novos modelos de relacionamento com o SUS

2.3 Definir as singularidades existentes em relação ao atendimento no SUS metropolitano nas seguintes especialidades: Ortopedia; Neurologia; Psiquiatria; Reumatologia e; Oftalmologia.

Portanto, a necessidade de elaborar um diagnóstico aprofundado da Rede Hospitalar da Região Metropolitana de Campinas também foi explicitada pelos gestores municipais de saúde visando sua reorganização no processo da implantação do Pacto pela Saúde em curso.

Nesse sentido, o diagnóstico a seguir apresentado, bem como as recomendações explicitadas foram elaborados considerando as fragilidades indicadas no processo de regionalização, no âmbito do DRS Campinas e, buscando incorporar as novas contribuições advindas das concepções sobre Redes de Atenção à Saúde e da economia da saúde.

3. METODOLOGIA

Para a realização do diagnóstico da Rede Hospitalar da Região Metropolitana de Campinas foram agregados dados e informações coletadas dos sistemas de informação do SUS, das entrevistas realizadas com os gestores municipais de saúde, no âmbito dos CGR, de questionário respondido pelos gestores municipais de saúde e, das reuniões e oficinas realizadas junto à Câmara Técnica de Saúde da Região Metropolitana de Campinas.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados através de questionários, buscaram detectar não só as fragilidades na capacidade instalada apontadas pelos gestores, mas um conjunto de informações relacionadas ao acesso dos usuários do SUS, as formas de pactuação entre os gestores, que permitissem a organização da RAS na região e, os processos de regulação realizados pelos gestores públicos de saúde.

Esses dados foram agregados e sistematizados em itens, incluindo:

- Capacidade Instalada da Rede Hospitalar
 - Caracterização institucional
 - Leitos e Internações hospitalares
 - Serviços habilitados de média e alta complexidade
- Caracterização das internações hospitalares
 - Perfil de morbidade hospitalar
 - Fluxos e demandas regionais
 - Fluxo de internações segundo agravos priorizados
- Acesso aos serviços hospitalares
 - Formas de acesso
 - Pactuações intra-regionais para atendimento a demandas
- Problemas e fragilidades da atenção hospitalar
 - Problemas e fragilidades referidas pelos gestores municipais
 - Problemas e fragilidades apontadas pelo diagnóstico

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1. Capacidade Instalada da Rede Hospitalar

Em termos de capacidade instalada da rede hospitalar e considerando as indicações realizadas acima, serão analisadas nesta seção dados relativos a leitos hospitalares, produção de internações e serviços habilitados de alta complexidade, além de algumas características institucionais das unidades hospitalares.

A rede hospitalar de diferentes sistemas de saúde caracteriza-se pela presença de hospitais públicos, privados não lucrativos e lucrativos, tanto em diferentes países quanto no Brasil. Entretanto o Brasil possuía um percentual maior de leitos lucrativos (31% segundo dados da pesquisa AMS-IBGE, 2002) quando comparado aos demais países, incluindo os EUA e países da Europa⁸. No entanto, no período de 1992 a 2003 detecta-se queda significativa da participação dos hospitais e leitos lucrativos no sistema público de saúde, inclusive quanto ao volume de recursos recebidos do SUS.

Observando a evolução dos leitos SUS na Região Metropolitana de Campinas, no período de 2005 a 2008 (Tabela 1 e Gráfico 1) é possível detectar um pequeno aumento do número de leitos, da ordem de 03%, devido ao crescimento de leitos públicos, especialmente na cidade de Campinas.

Tabela 1 – Evolução dos Leitos Hospitalares Integrados ao SUS. RMC 2005 a 2008

Região / Município	2005				2006				2007				2008			
	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total	Público	Filantropico	Privado	Total
Americana	164	246	-	410	151	246	-	397	124	246	-	370	140	246	-	386
Artur Nogueira	8	-	-	8	8	-	-	8	8	-	-	8	-	-	-	8
Campinas	897	705	18	1.620	898	705	18	1.621	832	703	18	1.553	1.142	680	-	1.822
Cosmópolis	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57
Hortolândia	68	-	-	68	68	-	-	68	68	-	-	68	68	-	-	68
Indaiatuba	-	353	-	353	6	285	-	291	6	285	-	291	6	263	-	269
Itatiba	-	68	-	68	-	68	-	68	-	62	-	62	-	59	-	59
Jaguariúna	52	-	-	52	52	-	-	52	52	-	-	52	65	-	-	65
Monte Mor	-	38	-	38	-	38	-	38	-	38	-	38	-	38	-	38
Nova Odessa	46	-	-	46	46	-	-	46	50	-	-	50	52	-	-	52
Paulínia	87	-	-	87	88	-	-	88	88	-	-	88	88	-	-	88
Pedreira	45	-	-	45	45	-	-	45	-	-	39	39	-	-	39	39
Santa Bárbara d'Oeste	-	83	-	83	-	75	-	75	-	76	-	76	-	84	-	84
Sumaré	220	10	-	230	220	10	-	230	192	10	-	202	232	10	-	242
Valinhos	-	87	-	87	-	87	-	87	-	80	-	80	-	70	-	70
Vinhedo	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57	-	57
Total	1.587	1.704	18	3.309	1.582	1.628	18	3.228	1.420	1.614	57	3.091	1.793	1.564	39	3.396
Percentual	47,96%	51,50%	0,54%	100,00%	49,01%	50,43%	0,56%	100,00%	45,94%	52,22%	1,84%	100,00%	52,80%	46,05%	1,15%	100,00%

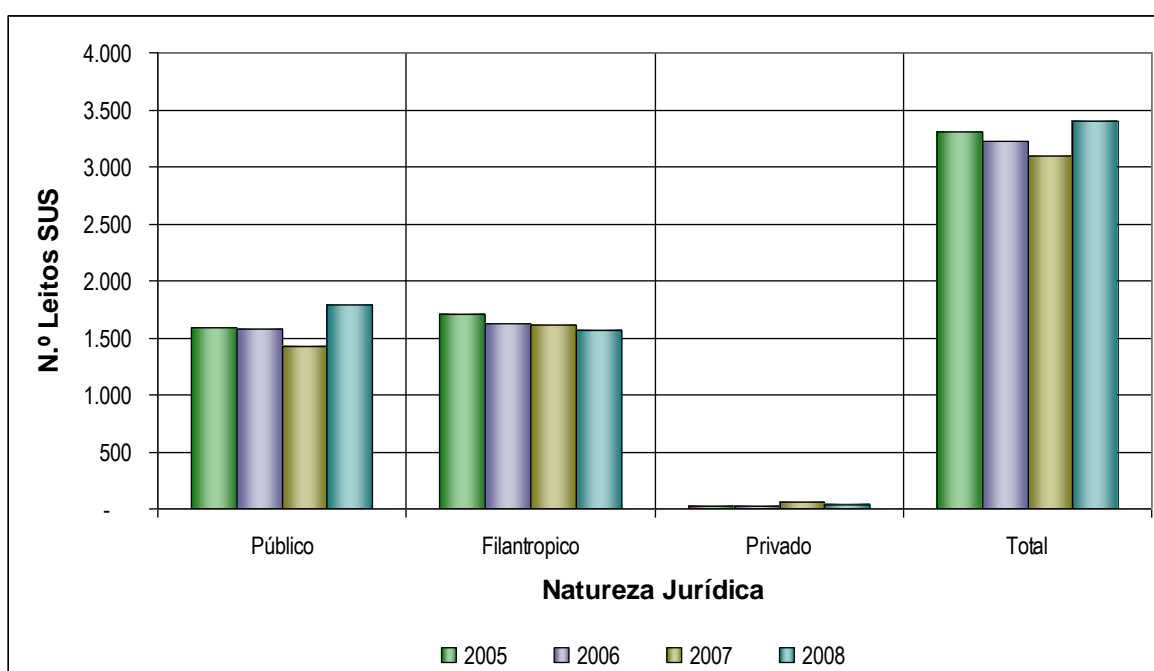
Fonte: MS/DATASUS. Tabulações PESS,/NEPP/UNICAMP

⁸ IPEA - Marinho, A. Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no sistema único de saúde brasileiro. Texto para discussão n° 1041, Rio de Janeiro, setembro de 2004.

Constata-se ainda a baixa participação do setor privado e a participação majoritária do setor filantrópico, acima de 50%, que apresenta tendência de queda no período, ao final do qual o setor público atinge cerca de 53% dos leitos no sistema.

Portanto, é possível afirmar que o número de leitos da rede hospitalar da Região Metropolitana de Campinas tem se mantido praticamente constante e dependente das instituições públicas e filantrópicas dessa região.

Gráfico 1 – Distribuição dos Leitos SUS segundo Natureza Jurídica. RMC 2005 a 2008

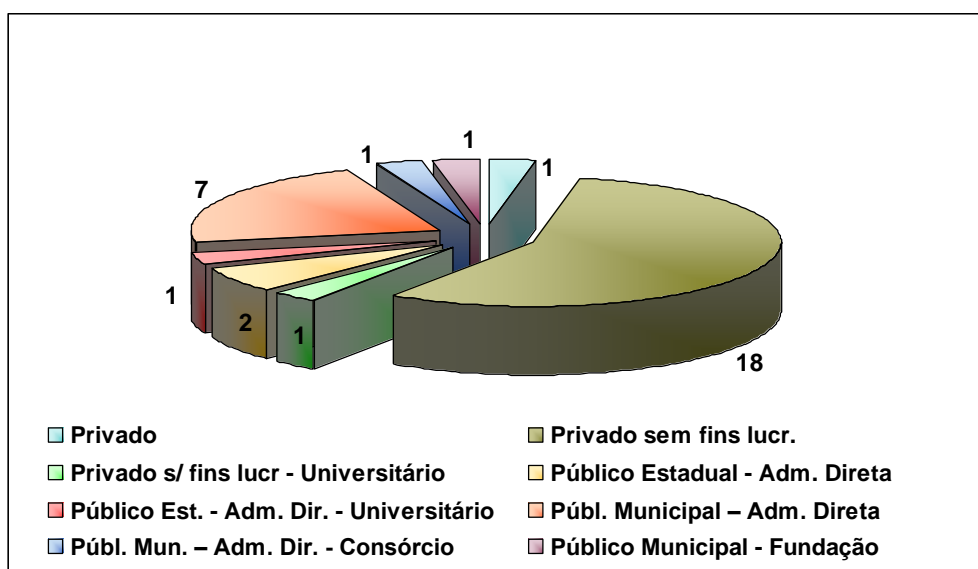


Fonte: MS/DATASUS. Tabulações PESS,/NEPP/UNICAMP

▪ Caracterização institucional

Quanto à caracterização das unidades hospitalares da Região Metropolitana de Campinas observa-se que das 32 unidades estudadas, cerca de 63% (20) são privadas e a maioria dessas (18) são sem fins lucrativos (Gráfico 2 e Quadro 1)

Gráfico 2 - RMC 2007- Natureza Jurídica das Instituições Hospitalares



Fonte: MS / DATASUS/. CNESnet Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

Quadro 1 -- Caracterização dos hospitais que oferecem serviços ao SUS. RMC, 2007

Município	Hospital	Natureza Jurídica	Total Leitos	Leitos SUS	Cadastro CNESnet
Americana	1. H. Municipal Dr. Waldemar Tebaldi	Público Municipal - Fundação	114	101	16/02/2007
Americana	2. Hospital Infantil André Luiz	Público Municipal – Adm.Direta	30	30	22/02/2007
Americana	3. H. São Francisco – Irmandade de Misericórdia	Privado sem fins lucrativos	90	46	13/01/2006
Americana	4. Seara Hospital Psiquiátrico	Privado sem fins lucrativos	200	200	25/02/2003
A. Nogueira	5. H. e Maternidade de Artur Nogueira	Público Municipal – Adm. Direta	8	8	09/03/2007
Campinas	6. Instituto Penido Burnier	Privado	18	18	30/09/2004
Campinas	7. Caism Unicamp	Público Estadual - Adm. Direta	134	134	25/02/2003
Campinas	8. Sobrapar Campinas	Privado sem fins lucrativos	19	19	25/02/2003
Campinas	9. Centro Infantil de Investigação Hematológica Boldrini	Privado sem fins lucrativos	77	60	25/02/2003
Campinas	10. Maternidade de Campinas	Privado sem fins lucrativos	281	157	25/07/2003
Campinas	11. Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	Privado sem fins lucrativos	112	112	25/02/2003
Campinas	12. Hospital das Clinicas da UNICAMP	Público Estadual – Adm. Direta – Universitário	550	550	25/02/2003
Campinas	13. Hospital Irmãos Penteados	Privado sem fins lucrativos	133	41	25/07/2003
Campinas	14. H. Maternidade Celso Pierro	Privado sem fins lucrativo – Universitário	268	233	25/02/2003
Campinas	15. H. Municipal Dr. Mário Gatti	Público Municipal - Adm. Direta	188	188	25/02/2003
Campinas	16. H. Albert Sabin	Privado sem fins lucrativos	144	56	25/02/2003
Campinas	17. Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	Privado sem fins lucrativos	92	42	25/02/2003
Cosmópolis	18. H. Beneficente Sta. Gertudres	Privado sem fins lucrativos	67	57	03/06/2004
Hortolândia	19. H. Maternidade Municipal Gov. Mário Covas	Público Municipal – Administração Direta	68	68	16/03/2005
Indaiatuba	20. Instituto Indaiá OSCIP	Privada sem fins lucrativos	200	200	25/02/2003
Indaiatuba	21. H. Augusto de Oliveira Camargo	Privado sem fins lucrativos	153	91	13/09/2003
Itatiba	22. Santa Casa de Itatiba	Privado sem fins lucrativos	98	68	25/07/2003
Jaguariuna	23. H. Municipal Walter Ferrari	Público Municipal – Adm. Direta	65	52	25/07/2003
Monte Mor	24. Assoc. Hospital Beneficente Sagrado coração de Jesus	Privado sem fins lucrativos	45	38	25/02/2003
N. Odessa	25. H. Maternidade de Nova Odessa	Público Municipal – Adm. Direta	42	42	25/07/2003
Paulínia	26. H. Municipal de Paulínia	Público Municipal – Adm. Direta	88	88	25/02/2003
Pedreira	27. H. Maternidade Humberto Piva	Público Municipal – Adm. Direta Consórcio	55	45	16/04/2007
S B D'Oeste	28. H. Santa Bárbara	Privado sem fins lucrativos	114	84	27/03/2007
Sumaré	29. H. Estadual de Sumaré	Público Estadual – Adm. Direta	220	220	14/04/2007
Sumaré	30. H. Conceição Imaculada	Privado sem fins lucrativos	10	10	23/12/2004
Valinhos	31. Irmandade S. Casa Misericórdia de Valinhos	Privado sem fins lucrativos	118	87	02/02/2005
Vinhedo	32. Santa Casa de Vinhedo	Privado sem fins lucrativos	102	57	03/09/2003
TOTAL			3.903	3.202	

Fonte: MS / DATASUS/. CNESnet Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

Nesse conjunto de unidades, a maioria encontra-se sob gestão municipal (81%) e algumas sob gestão estadual (19%), essas últimas indicadas no quadro adiante (Quadro 2). De forma geral, muitas das unidades sob gestão estadual se caracterizam por serem unidades da administração direta do governo estadual (3) ou filantrópicas (2), além de oferecerem serviços de média e alta complexidade e, caracterizarem-se como unidades de referência regional⁹. Em termos de volume de leitos, dos 3.202 leitos SUS ofertados por essas unidades hospitalares da região 32% estão localizados em hospitais sob gestão estadual e 68% em hospitais sob gestão municipal.

Quadro 2 - Unidades Hospitalares sob Gestão Estadual. RMC, 2007

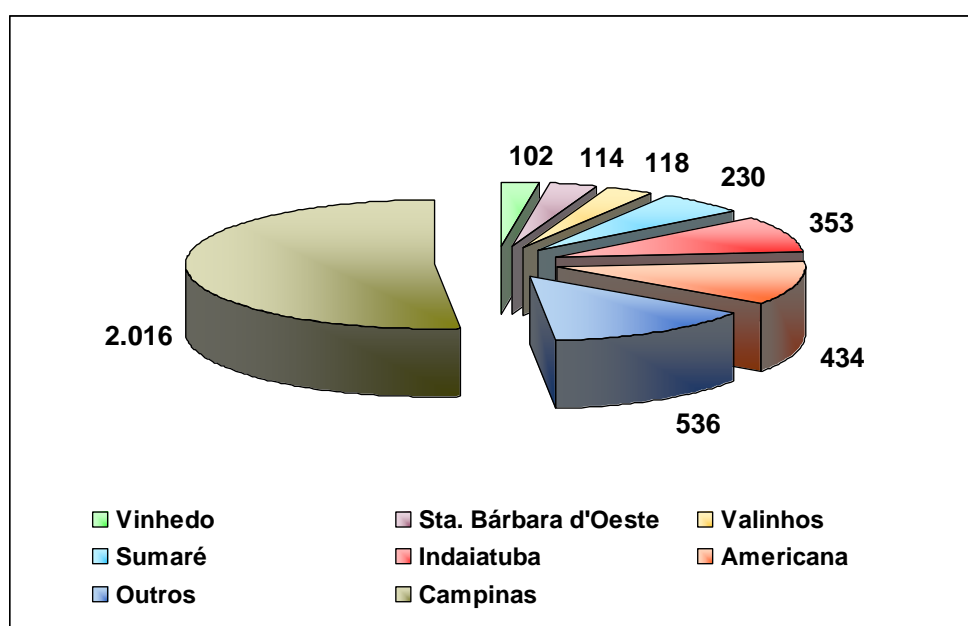
Hospital	Leitos SUS
Boldrini Campinas	60
Hospital das Clinicas da Unicamp de Campinas	550
Caism Unicamp	134
Sobrapar Campinas	19
Consaude Pedreira	45
Hospital Estadual Sumaré	220
Total	1.028

Fonte: MS / DATASUS/. CNESnet Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

Em termos de distribuição geográfica (Gráfico 3), de 3.903 leitos totais dessas unidades hospitalares, 52% estão concentrados especialmente em Campinas e, em segundo lugar, nos municípios de Americana, Indaiatuba e Sumaré, que juntos concentram 26% dos leitos. Os municípios de Engenheiro Coelho, Holambra e Santo Antônio da Posse não possuem unidades hospitalares, embora esses dois últimos municípios estejam incluídos no consórcio que administra o hospital de Pedreira.

⁹ - Para maiores detalhes verificar adiante os dados sobre fluxo regional de internações.

Gráfico 3 - Distribuição de Leitos das Unidades Hospitalares Pesquisadas. RMC, 2007



Fonte: MS / DATASUS/. CNESnet Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

▪ Leitos e Internações hospitalares

Quanto à capacidade instalada de leitos observa-se na Tabela 01 e Gráfico 03 que a Região Metropolitana de Campinas possui um volume menor de leitos quando a comparamos com o Brasil e o Estado de São Paulo, tanto no que se refere ao número total de leitos por mil habitantes, quanto ao número de leitos SUS por mil habitantes.

Tabela 01 – Número de Leitos Existentes e SUS. Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Campinas. 2007

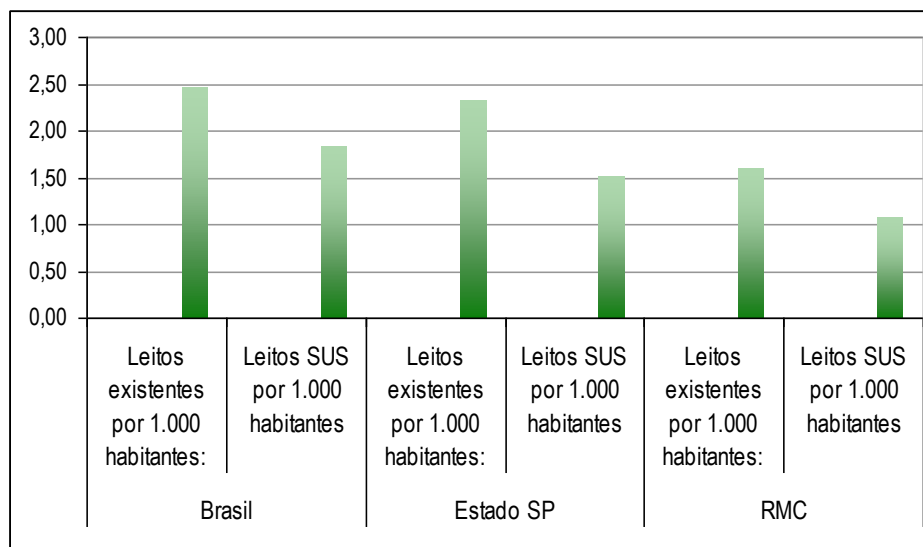
Especialidade	Total Brasil		Total Est. SP		Total RMC	
	Existentes	%SUS	Existentes	%SUS	Existentes	%SUS
Cirúrgicos	112.258	67,54%	23.829	58,34%	1.318	60,32%
Clínicos	147.010	73,22%	29.328	57,14%	1.261	60,90%
Complementares	36.479	53,73%	10.338	50,73%	514	52,72%
Obstétrico	62.754	77,55%	10.720	62,15%	644	62,89%
Pediátrico	66.688	82,30%	10.528	65,78%	475	73,68%
Outras Especialidades	68.665	82,47%	20.435	85,86%	535	95,51%
Hospital/DIA	6.598	62,97%	1.876	57,46%	148	67,57%
Total	500.452	73,41%	107.054	63,63%	4.895	65,37%

Fonte: MS / DATASUS/. CNESnet Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

Nota: Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento

A Tabela 2 indica ainda que tanto o Estado de São Paulo quanto a Região Metropolitana de Campinas possuem um percentual menor do total de leitos integrados aos SUS, quando comparados com o Brasil. Em termos de leitos por mil habitantes a taxa da região, de 1,6 leitos / 1.000 habitantes, é inferior a do Brasil (2,5 leitos / 1.000 habit.) e do Estado de São Paulo (2,3 leitos / 1.000 habit.)

Gráfico 4 – Leitos por mil habitantes. Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Campinas. 2007



Fonte: MS / DATASUS/. CNESnet Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

Alguns indicadores disponibilizados pelos Cadernos de Saúde do DATASUS permitem observar mais algumas especificidades dos leitos de internação na Região Metropolitana de Campinas (Tabelas 3 e 4). Em primeiro lugar destaca-se que a média de permanência em dias, nos hospitais da Região Metropolitana de Campinas é menor do que aquela observada para o Brasil e o Estado de São Paulo. Ou seja, devido ao menor volume de leitos existentes, os hospitais buscam diminuir o período de internação, embora esta média mais baixa também possa estar relacionada à utilização de diferentes tecnologias, como no caso de cirurgias ambulatoriais de baixa permanência hospitalar.

Por outro lado, essa média menor de permanência não parece se refletir na qualidade da atenção uma vez que a mortalidade hospitalar mostra-se abaixo daquela apresentada pelo Estado de São Paulo, cujos hospitais possuem média de permanência de mais de sete dias. Nesta mesma direção, o valor médio da AIH da Região Metropolitana de Campinas é muito próximo do valor observado no Estado de São Paulo, o que indica que podem estar sendo

realizados praticamente os mesmos volumes de procedimentos¹⁰. Destaca-se ainda a mortalidade hospitalar na Região Metropolitana de Campinas que se apresenta abaixo da do Estado de São Paulo, falando a favor da qualidade das internações na região.

Tabela 3 – Indicadores Hospitalares Selecionados para as Internações SUS. Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Campinas, 2007

Região	Número de Internações	Valor Total R\$	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Brasil	11.330.096	7.617.769.441,99	672,35	5,83	389.338	3,44
Estado SP	2.322.631	1.927.431.470,01	829,85	7,04	111.083	4,78
RMC	143.467	115.267.920,95	803,45	5,74	6.276	4,37

Fonte: MS/DATSUS/Cadernas de Saúde, SIH/SUS, 2007

Comparando-se ainda o número de internações por 100 habitantes observa-se que a Região Metropolitana de Campinas apresenta uma taxa menor que o Brasil e o Estado de São Paulo¹¹, embora com um valor médio gasto por habitante maior que o do Brasil e abaixo do Estado de São Paulo.

Tabela 4 – Internações por Habitante e Valor Médio por Habitantes, nas Internações SUS. Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Campinas, 2007

Região	Valores Médios Anuais, 2007	
Brasil	Internações/100 hab. (local de residência)	5,98
	Valor médio por habitante (R\$):	40,23
Estado SP	Internações/100 hab. (local de residência)	5,53
	Valor médio por habitante (R\$):	46,26
RMC	Internações/100 hab. (local de residência)	5,02
	Valor médio por habitante (R\$):	42,07

Fonte: MS/DATASUS?Cadernos de Saúde, SIH?SUS, 2007

¹⁰ Esta avaliação deve ser considerada apenas indicativa, uma vez que seria necessário comparar à composição das internações, em termos de morbidade assistida, os respectivos procedimentos realizados (alta e média complexidade), a tecnologia empregada, bem como os elementos que entram na composição dos custos dessas internações.

¹¹ Nestes aspectos é preciso considerar o percentual da população vinculada aos planos de saúde nas diferentes regiões comparadas (Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Campinas), que utiliza com menor frequência as internações no SUS.

Com o objetivo de minimizar algumas das variáveis que possam intervir nas comparações indicadas até agora foi realizado um estudo sobre necessidades e potencial de internações, considerando-se a população dependente do SUS na Região Metropolitana de Campinas, em torno de 70% (Tabela 5).

Tabela 04 – Necessidade e Produção de Internações para População SUS. RMC, 2007

Município	População SEADE 2007	Necessidade de internações (8% da população total)	Necessidade de Internações 70% da população	Produção Internações SUS 2007	Déficit / superávit 70% da população	% de produção em relação a necessidade de 70% da pop
Americana	200.536	16.043	11.230	8.694	-2.536	77,42%
Artur Nogueira	40.823	3.266	2.286		-2.286	0,00%
Campinas	1.050.288	84.023	58.816	73.419	14.603	124,83%
Cosmópolis	53.751	4.300	3.010	1.881	-1.129	62,49%
Engenheiro Coelho	12.968	1.037	726		-726	0,00%
Holambra	9.149	732	512		-512	0,00%
Hortolândia	190.545	15.244	10.671	4.756	-5.915	44,57%
Indaiatuba	179.592	14.367	10.057	9.723	-334	96,68%
Itatiba	94.994	7.600	5.320	5.205	-115	97,84%
Jaguariúna	37.283	2.983	2.088	2.807	719	134,44%
Monte Mor	44.614	3.569	2.498	1.692	-806	67,72%
Nova Odessa	46.383	3.711	2.597	1.832	-765	70,53%
Paulínia	73.040	5.843	4.090	5.092	1.002	124,49%
Pedreira	40.093	3.207	2.245	2.320	75	103,33%
Santa Bárbara d'Oeste	184.882	14.791	10.353	5.457	-4.896	52,71%
Santo Antônio de Posse	21.219	1.698	1.188		-1.188	0,00%
Sumaré	227.798	18.224	12.757	13.388	631	104,95%
Valinhos	99.179	7.934	5.554	4.692	-862	84,48%
Vinhedo	57.671	4.614	3.230	2.509	-721	77,69%
Total RMC	2.664.808	213.185	149.229	143.467	-5.762	96,14%

Fonte: MS / DATASUS/ Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

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

Neste sentido, a Tabela 5 nos indica que o conjunto de leitos SUS da Região Metropolitana de Campinas produz 96% das necessidades de internações correspondentes a 70% da população que depende do SUS. Por outro lado, se os leitos SUS possuísem 80% de ocupação e 5 dias de média de permanência, seria possível produzir cerca de 118% das necessidades de 70% da população. Ou seja, os leitos SUS existentes seriam suficientes para internar 118% da população, SUS dependente, anualmente (Tabela 6).

Tabela 6 – Necessidades e Potencial de Internação dos Leitos da Região Metropolitana de Campinas, 2007.

MUNICÍPIO	População SEADE 2007	Necessidade de Internações 70% da Pop.	Produção Internações 2007	Potencial Produção leitos		Potencial / necessidade - SUS 70% da população	Produção / potencial - SUS 70% da população
				Potencial Leitos SUS	Potencial Leitos Totais		
Americana	200.536	11.230	8.694	20.072	34.632	179%	43%
Artur Nogueira	40.823	2.286		0	3.900	0%	
Campinas	1.050.288	58.816	73.419	94.744	177.632	161%	77%
Cosmópolis	53.751	3.010	1.881	2.964	3.484	98%	63%
Engenheiro Coelho	12.968	726		0	0	0%	
Holambra	9.149	512		0	0	0%	
Hortolândia	190.545	10.671	4.756	3.536	3.536	33%	135%
Indaiatuba	179.592	10.057	9.723	13.988	19.916	139%	70%
Itatiba	94.994	5.320	5.205	3.068	6.864	58%	170%
Jaguariúna	37.283	2.088	2.807	3.380	3.380	162%	83%
Monte Mor	44.614	2.498	1.692	1.976	2.340	79%	86%
Nova Odessa	46.383	2.597	1.832	2.704	2.704	104%	68%
Paulínia	73.040	4.090	5.092	4.576	5.512	112%	111%
Pedreira	40.093	2.245	2.320	2.028	2.548	90%	114%
Santa Bárbara d'Oeste	184.882	10.353	5.457	4.368	7.020	42%	125%
Santo Antônio de Posse	21.219	1.188		0	0	0%	
Sumaré	227.798	12.757	13.388	12.584	12.792	99%	106%
Valinhos	99.179	5.554	4.692	3.640	9.880	66%	129%
Vinhedo	57.671	3.230	2.509	2.964	5.304	92%	85%
Total RMC	2.664.808	149.229	143.467	176.592	301.444	118,34%	81%

Fonte: MS / DATASUS/ Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

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

Considerando-se os leitos por especialidades, observa-se que o volume maior de leitos disponíveis ao SUS na região são os leitos Cirúrgicos e Clínicos e, em segundo lugar os leitos obstétricos e de outras especialidades (Tabela 7).

Tabela 7 - Número de leitos de internação existentes por tipo de prestador segundo especialidade. RMC, Nov/2007

Especialidade	Público		Filantrópico		Privado		Sindicato		Total	
	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Cirúrgicos	501	495	565	272	252	28			1.318	795
Clínicos	379	375	662	380	220	13			1.261	768
Complementares	193	173	198	98	123				514	271
Obstétrico	195	192	361	203	88	10			644	405
Pediátrico	190	190	224	154	61	6			475	350
Out. Especialidades	49	49	466	462	20				535	511
Hospital/DIA	40	40	60	60	48				148	100
Total	1.547	1.514	2.536	1.629	812	57			4.895	3.200

Fonte: MS/DATASUS/CNES.

Nota: Leitos complementares: Unidades de Tratamento Intensivo, Unidades Intermediárias, Unidades de Isolamento

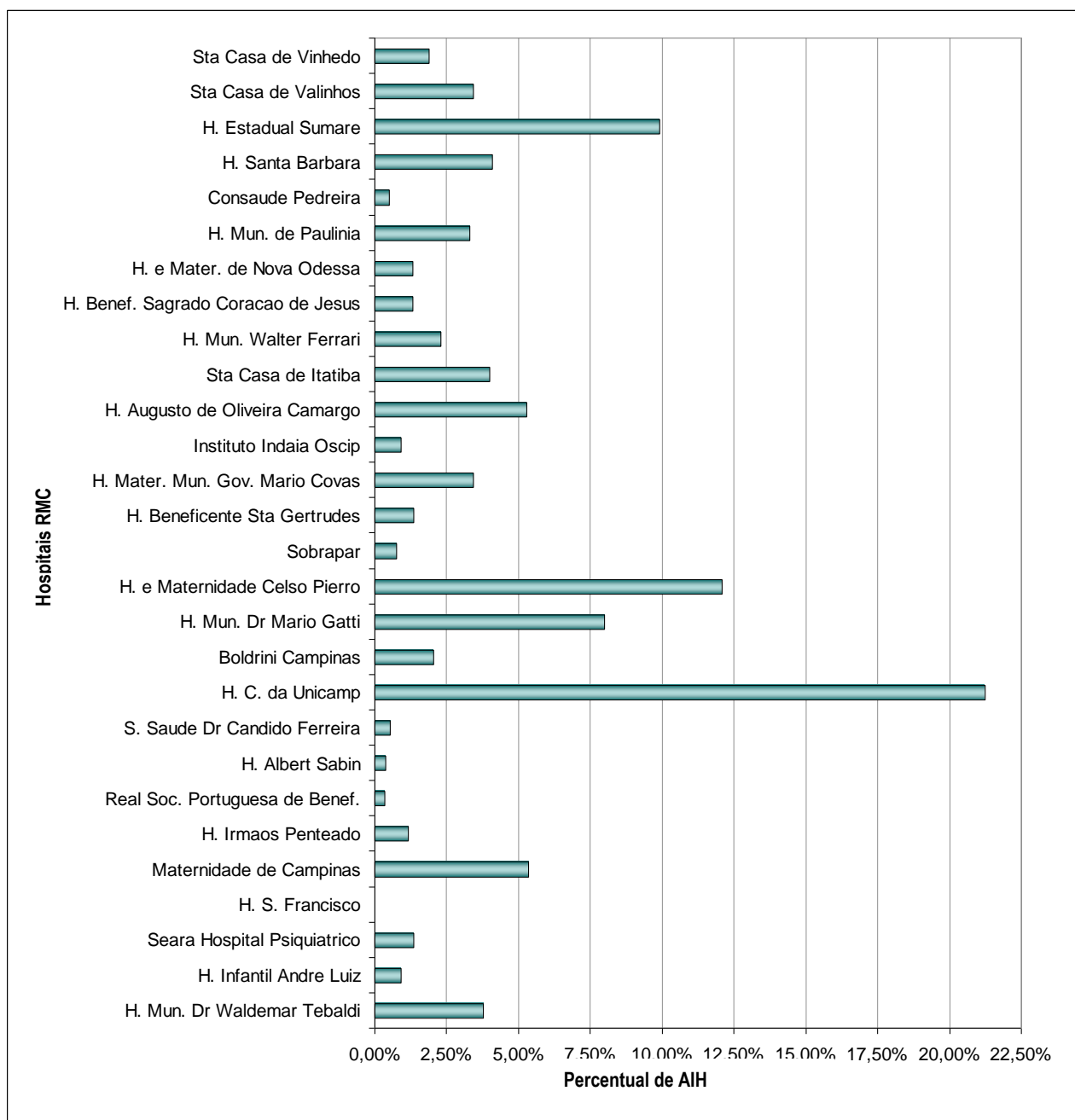
Tomando como base os dados expostos até agora é possível afirmar que faltam leitos hospitalares no SUS da Região Metropolitana de Campinas, embora os leitos existentes venham sendo utilizados de modo otimizado, tendo em vista a baixa média de permanência, o que tem propiciado a realização de 96% das internações necessárias, quando consideramos 70% da população usuária do SUS regional.

Por outro lado, ao analisarmos as internações hospitalares realizadas pelas unidades estudadas (Gráfico 5) é possível observar:

- Cerca de 53% do volume das internações realizadas no período de 2006 a 2008 foram produzidas por apenas 6 unidades hospitalares da Região Metropolitana de Campinas incluindo quatro hospitais de Campinas (HC da UNICAMP, Hospital Celso Pierro da PUC-Campinas, Hospital Municipal Mário Gatti e Maternidade de Campinas), o Hospital Estadual de Sumaré e o Hospital Augusto de Oliveira Camargo de Indaiatuba;

- Destas unidades destacam-se os hospitais universitários, dos quais o HC da UNICAMP realizou 21% das internações no período de 2006 a 2008 e o Hospital e Maternidade Celso Pierro, da PUC-Campinas, produziu 12% das internações;
- Observa-se ainda outro grupo de 6 hospitais, formado na sua maioria por unidades públicas municipais, que no conjunto produziram cerca de 22% do total de internações no período de 2006 a 2008, incluindo: Hospital Municipal de Santa Bárbara, Santa Casa de Valinhos, Hospital Municipal de Paulínia, Hospital Municipal Governador Mário Covas de Hortolândia, Santa Casa de Itatiba e, Hospital Municipal Waldemar Tebaldi de Americana;
- Quanto à distribuição das internações entre os municípios da RMC 51% são realizadas pelos hospitais de Campinas, 09% pelas unidades hospitalares de Sumaré, 07% de Indaiatuba, 06% de Americana e 04% de Santa Bárbara D' Oeste, perfazendo 77% do total de internações.

Gráfico 5 – Distribuição das Internações Hospitalares do SUS pelos Hospitais da R.M.C. 2006 a 2008



Fonte: MS/DATASUS. SIH, 2006, 2007 e 2008. Tabulações PESS/NEPP/UNICAMP

Avaliando em conjunto o Gráfico 5 e o Quadro 3, que classifica as unidades hospitalares segundo porte em termos de número de leitos, é possível verificar que as unidades de grande porte e algumas de médio porte (com mais de 130 leitos) possuem produção acima de 5% do total de internações no período de 2006 a 2008.

Várias unidades de médio porte e algumas de pequeno porte possuem produção entre 2,5% e 5% do total de internações no período de 2006 a 2008 e, as demais unidades possuem produção abaixo de 2,5%, incluindo os hospitais psiquiátricos.

Quadro 3 -- Caracterização dos hospitais que oferecem serviços ao SUS segundo Porte. RMC, 2007

Porte da Unidade	Município	Hospital	Natureza Jurídica	Total Leitos	Leitos SUS
Grande Porte (200 Leitos ou mais)	Campinas	1. Hospital das Clínicas da UNICAMP	Público Estadual – Adm. Direta – Universitário	550	550
	Campinas	2. Maternidade de Campinas	Privado sem fins lucrativos	281	157
	Campinas	3. H. Maternidade Celso Pierro	Privado sem fins lucrativo – Universitário	268	233
	Sumaré	4. H. Estadual de Sumaré	Público Estadual – Adm. Direta	220	220
	Americana	5. Seara Hospital Psiquiátrico	Privado sem fins lucrativos	200	200
	Indaiatuba	6. Instituto Indaiá OSCIP	Privada sem fins lucrativos	200	200
Médio Porte (entre 100 e 199 leitos)	Campinas	7. H. Municipal Dr. Mário Gatti	Público Municipal - Adm. Direta	188	188
	Indaiatuba	8. H. Augusto de Oliveira Camargo	Privado sem fins lucrativos	153	91
	Campinas	9. H. Albert Sabin	Privado sem fins lucrativos	144	56
	Campinas	10. Caism Unicamp	Público Estadual - Adm. Direta	134	134
	Campinas	11. Hospital Irmãos Penteado	Privado sem fins lucrativos	133	41
	Valinhos	12. Irmandade S. Casa Misericórdia de Valinhos	Privado sem fins lucrativos	118	87
	Americana	13. H. Municipal Dr. Waldemar Tebaldi	Público Municipal - Fundação	114	101
	S B D'Oeste	14. H. Santa Bárbara	Privado sem fins lucrativos	114	84
	Campinas	15. Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	Privado sem fins lucrativos	112	112
Pequeno Porte (abaixo de 100 Leitos)	Vinhedo	16. Santa Casa de Vinhedo	Privado sem fins lucrativos	102	57
	Itatiba	17. Santa Casa de Itatiba	Privado sem fins lucrativos	98	68
	Campinas	18. Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	Privado sem fins lucrativos	92	42
	Americana	19. H. São Francisco – Irmandade de Misericórdia	Privado sem fins lucrativos	90	46
	Paulínia	20. H. Municipal de Paulínia	Público Municipal – Adm. Direta	88	88
	Campinas	21. Centro Infantil de Investigação Hematológica Boldrini	Privado sem fins lucrativos	77	60
	Hortolândia	22. H. Maternidade Municipal Gov. Mário Covas	Público Municipal – Administração Direta	68	68
	Cosmópolis	23. H. Beneficente Sta. Gertudres	Privado sem fins lucrativos	67	57
	Jaguariuna	24. H. Municipal Walter Ferrari	Público Municipal – Adm. Direta	65	52
	Pedreira	25. H. Maternidade Humberto Piva	Público Municipal – Adm. Direta Consórcio	55	45
	Monte Mor	26. Assoc. Hospital Beneficente Sagrado Coração de Jesus	Privado sem fins lucrativos	45	38
	N. Odessa	27. H. Maternidade de Nova Odessa	Público Municipal – Adm. Direta	42	42
	Americana	28. Hospital Infantil André Luiz	Público Municipal – Adm. Direta	30	30
	Campinas	29. Sobrapar Campinas	Privado sem fins lucrativos	19	19
	Campinas	30. Instituto Penido Burnier	Privado	18	18
	Sumaré	31. H. Conceição Imaculada	Privado sem fins lucrativos	10	10
A. Nogueira	32. H. e Maternidade de Artur Nogueira	Público Municipal – Adm. Direta	8	8	
TOTAL				3.903	3.202

Fonte: MS/DATASUS/CNES. Tabulações PESS/NEPP/UNICAMP

Observações: a) destacados em verde os hospitais que produzem mais de 5% do total de internações; b) destacados em azul as unidades que produzem entre 2,5% e 5% e, c) em preto as demais unidades que produzem abaixo de 2,5 % das internações, incluindo os hospitais psiquiátricos destacados em roxo

Portanto é possível concluir que na rede hospitalar da Região Metropolitana de Campinas os hospitais universitários da UNICAMP e PUC-Campinas são centrais para a produção de internações, acompanhados em segundo lugar por dois hospitais públicos – Hospital Estadual de Sumaré e Hospital Municipal Mário Gatti de Campinas e, por dois hospitais privados sem fins lucrativos – Maternidade de Campinas e Hospital Augusto de Oliveira Camargo de Indaiatuba. Em conjunto, estas unidades hospitalares são responsáveis por mais de 60% das internações hospitalares da região. Neste aspecto, ressalta-se ainda a centralidade da cidade de Campinas no atendimento hospitalar, o que será melhor detalhado adiante.

▪ **Serviços habilitados de média e alta complexidade**

Conforme já indicado os hospitais são unidades complexas que possuem um conjunto de Pontos de Atenção e de Apoio de Média e Alta Complexidade. No presente item serão apresentados dados sobre os serviços habilitados de média e alta complexidade das unidades analisadas.

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

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

Nesse tópico será avaliada, inicialmente, a distribuição, no âmbito da Região Metropolitana de Campinas, dos principais serviços que realizam procedimentos para tratamento clínico nas áreas de: Saúde Mental; Cardiologia; Neurologia e Neurocirurgia; Oncologia; Traumatologia - ortopedia; UTI Adulto e Pediátrica; Nefrologia e Hemodiálise.

Segundo a política do Ministério da Saúde¹², 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;

¹² - O Ministério da Saúde publicou um conjunto elevado de portarias e normas sobre Média e Alta Complexidade que podem ser consultadas no site - http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=824.

- VII. Participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor, tendo como base a Política de Educação Permanente para o SUS, do Ministério da Saúde.

No caso da Região Metropolitana de Campinas é possível observar a distribuição desses serviços, conforme Tabela 8 e Gráfico 6 a seguir.

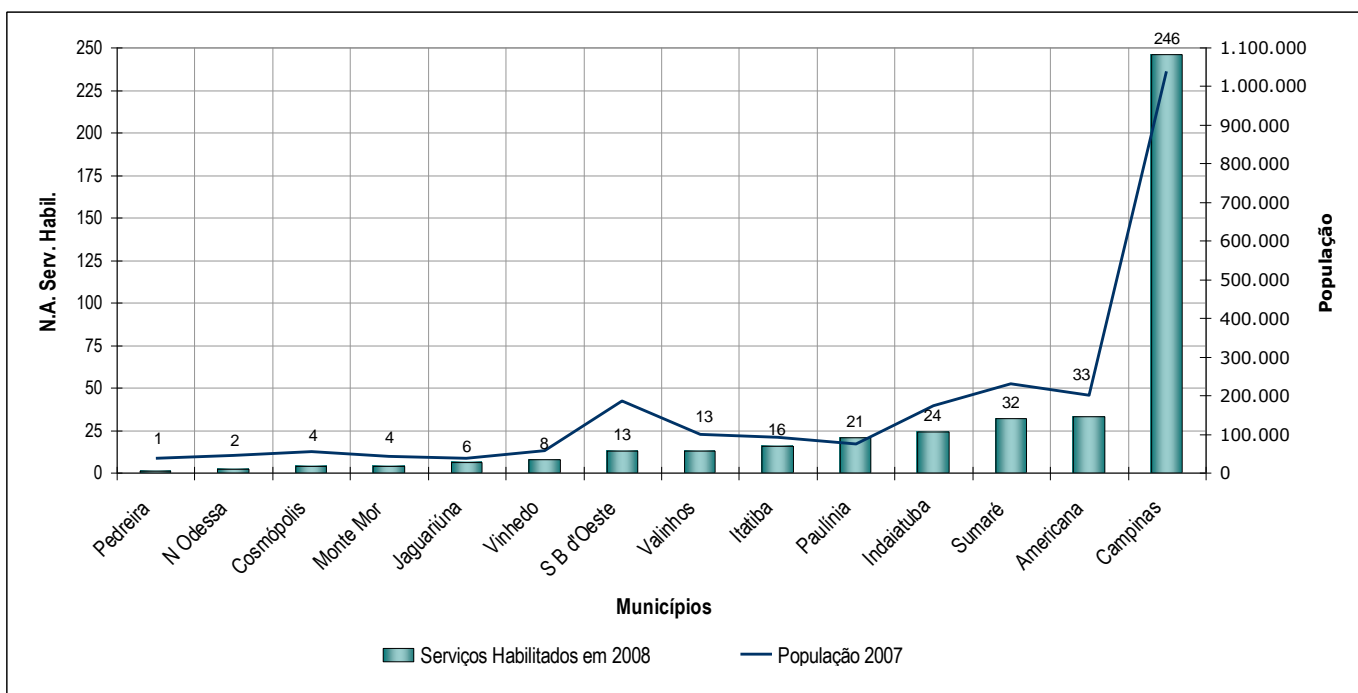
Tabela 8 – Distribuição dos Serviços Habilitados nos Municípios da Região Metropolitana de Campinas, 2008

Municípios RMC	Serviços Habilitados em 2008	População 2007
Pedreira	1	38.152
N Odessa	2	45.625
Cosmópolis	4	53.561
Monte Mor	4	42.824
Jaguariúna	6	36.804
Vinhedo	8	57.435
S B d'Oeste	13	184.318
Valinhos	13	97.814
Itatiba	16	91.479
Paulínia	21	73.014
Indaiatuba	24	173.508
Sumaré	32	228.696
Americana	33	199.094
Campinas	246	1.039.297
Total	423	2.361.621

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Observa-se que a concentração de serviços acompanha a distribuição da população na região (gráfico 07) e, a forte concentração de serviços no Município de Campinas (58%). Despontam ainda, embora com menor importância, os municípios de Americana, Sumaré, Indaiatuba e Paulínia, que em conjunto concentram 26% desses serviços (Tabela 07).

Gráfico 07 – Distribuição da População e dos Serviços Habilitados na Região Metropolitana de Campinas, 2007 - 2008



Fonte: MS/DATSUS/CNES 2008 e SEADE 2007.

Quanto aos serviços habilitados em Saúde Mental (Tabela 9) observa-se a existência de três unidades hospitalares nos municípios de Campinas (Classe I), Americana e Indaiatuba (Classe II). Um maior detalhamento destas unidades está contido no relatório sobre Atenção à Saúde Mental na Região Metropolitana de Campinas, que compõem o presente relatório da FAPESP. Esses serviços se concentram em apenas três hospitais (Tabela 10) de natureza filantrópica, que disponibilizam 512 leitos psiquiátricos ao SUS e maiores detalhes poderão ser obtidos no relatório sobre Atenção à Saúde Mental na Região Metropolitana de Campinas que integra o presente relatório da FAPESP.

Os serviços habilitados em cardiologia estão presentes apenas no município de Campinas, sendo constituídos por um Centro e duas Unidades Assistenciais de Alta Complexidade, além de demais serviços, estando ausente apenas o Cuidado Prolongado em Enfermagem (Tabela 11). No que se refere a estes serviços, observa-se que apenas três hospitais de Campinas possuem estes serviços, sendo duas unidades públicas (municipal e estadual) e duas delas se constituem em hospitais universitários (Tabela 12).

Observam-se serviços Habilitados de Traumatologia – Ortopedia nos municípios de Campinas, Americana, Paulínia e Sumaré, constituídos por sete Unidades Assistenciais e serviços que abrange todo o espectro de sub-especialidades (Tabela 13). Esses serviços estão localizados em hospitais públicos, principalmente de Campinas (Tabela 14).

Quanto aos serviços habilitados de oncologia, observa-se sua presença apenas em Campinas que possui um Centro (Cacon) e Várias Unidades (Unacon), estando ausente uma unidade com serviço de oncologia pediátrica (Tabela 15). O único Centro existente localiza-se no HC da UNICAMP e, as demais Unidades estão localizadas no Hospital Universitário da PUC-Campinas, no Hospital Municipal Mário Gatti e no hospital filantrópico Boldrini (Tabela 16)

Os serviços habilitados de UTI encontram-se mais distribuídos na Região Metropolitana de Campinas, especialmente os de UTI Adulto Tipo II que estão presentes em 07 municípios, embora concentrados em Campinas. Os serviços de UTI Neonatal e Pediátricos do Tipo III estão presentes apenas em Campinas (Tabela 17). A distribuição destes serviços pelas 19 unidades hospitalares pode ser observada na Tabela 18.

Os serviços habilitados em nefrologia são observados em cinco municípios, embora concentrados em Campinas que possui sete Unidades Assistenciais de Alta Complexidade em Nefrologia (Tabela 19). A distribuição destas Unidades pelos Hospitais da região pode ser observada na Tabela 20.

Considerando o conjunto de unidades hospitalares que possuem serviços habilitados, é possível observar que as unidades que concentram esses serviços localizam-se principalmente em Campinas e, especialmente nos dois Hospitais Universitários e no Hospital Municipal Mário Gatti (Tabela 21)

Tabela 9 – Distribuição de Serviços Habilitados em Saúde Mental na Região Metropolitana de Campinas, segundo Regiões de Saúde do DRS VII, 2008

Serviços / Habilitações	Total	RS Campinas				RS Oeste VII									RS Jundiá
		Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré	Itatiba
0601-Atenção à saúde mental - classe I	1	1													
0602-Atenção à saúde mental - classe II	2		1					1							
0603-Atenção à saúde mental - classe III															
0604-Atenção à saúde mental - classe IV															
0607-Atenção à saúde mental - classe VII															
0608-Atenção à saúde mental - classe VIII															
0611-Atenção à saúde mental - classe XI															
0614-Atenção à saúde mental - classe XIV															

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 10 – Distribuição de Serviços Habilitados em Saúde Mental na Região Metropolitana de Campinas, segundo Hospitais, 2008

Município	Hospital	Serviços / Habilitações							
		0601-Atenção à saúde mental - classe I	0602-Atenção à saúde mental - classe II	0603-Atenção à saúde mental - classe III	0604-Atenção à saúde mental - classe IV	0607-Atenção à saúde mental - classe VII	0608-Atenção à saúde mental - classe VIII	0611-Atenção à saúde mental - classe XI	0614-Atenção à saúde mental - classe XIV
Americana	SEARA HOSPITAL PSIQUIATRICO		x						
Campinas	SERVICO DE SAUDE DR CANDIDO FERREIRA	x							
Indaiatuba	INSTITUTO INDAIA OSCIP		x						
I	Tota	1	2						

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 11 – Distribuição de Serviços Habilitados em Cardiologia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Regiões de Saúde do DRS 07, 2008

Serviços / Habilitações	Total	RS Campinas						RS Oeste VII							RS Jundiá
		Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré	Itatiba
0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular	2	2													
0802-Centro ref alta complex cardiovascular	1	1													
0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionista	2	2													
0804-Cirurgia cardiovascular pediátrica	1	1													
0805-Cirurgia vascular	3	3													
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíacos	1	1													
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	1	1													
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares															

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 12 – Distribuição de Serviços Habilitados em Cardiologia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Hospitais, 2008

Município	Hospital	Serviços / Habilitações							
		0801-Unid assist alta complexidade e cardiovascular	0802-Centro ref alta complex cardiovascular	0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionista	0804-Cirurgia cardiovascular pediátrica	0805-Cirurgia vascular	0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíaco	0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	0901-Cuid. prolong enferm cardiovasculares
Campinas	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS		x	x	x	x	x	x	
	HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS	x		x	x	x			
	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	x				x			
	Total	2	1	2	2	3	1	1	0

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 13 – Distribuição de Serviços Habilitados em Traumatologia - Ortopedia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Regiões de Saúde do DRS 07, 2008

Serviços / Habilitações	Total	RS Campinas				RS Oeste VII										RS Jundiaí
		Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré	Itatiba	
2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	6	3						1				1			1	
2511-Ortopedia - coluna	7	4						1				1			1	
2512-Ortopedia - ombro	7	4						1				1			1	
2513-Ortopedia - mão	4	3													1	
2514-Ortopedia - quadril	7	4						1				1			1	
2515-Ortopedia - joelho	7	4						1				1			1	
2516-Ortopedia - tumor ósseo	6	4						1				1				
2517-Outros segmentos ossos	7	4						1				1			1	

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 14 – Distribuição de Serviços Habilitados em Traumatologia - Ortopedia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Hospitais, 2008

Município	Hospital	Serviços / Habilitações							
		2501-Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	2511-Ortopedia - coluna	2512-Ortopedia - ombro	2513-Ortopedia - mão	2514-Ortopedia - quadril	2515-Ortopedia - joelho	2516-Ortopedia - tumor ósseo	2517-Outros segmentos ósseos
Americana	HOSPITAL MUNICIPAL DR WALDEMAR TEBALDI	x	x	x		x	x	x	x
Campinas	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS		x	x	x	x	x	x	x
	HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS	x	x	x	x	x	x	x	x
	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	x	x	x		x	x	x	x
	CAISM CENTRO ATENCAO INTEGRAL DE SAUDE DA MULHER		x	x	x	x	x	x	x
Paulínia	HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULINIA	x	x	x		x	x	x	x
Sumaré	HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	x	x	x	x	x	x		x
	Total	5	7	7	4	7	7	6	7

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 15 – Distribuição de Serviços Habilitados em Oncologia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Regiões de Saúde do DRS 07, 2008

Serviços / Habilitações	Total	RS Campinas				RS Oeste VII									RS Jundiá
		Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré	Itatiba
1706-Unacon															
1707-Unacon com Serviço de radioterapia	3	3													
1708-Unacon com Serviço de hematologia	1	1													
1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica															
1710-Unacon exclusiva de hematologia	1	1													
1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	1	1													
1712-Cacon	1	1													

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 16 – Distribuição de Serviços Habilitados em Oncologia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Regiões de Saúde do DRS 07, 2008

Município	Hospital	Serviços / Habilitações						
		1706-Unacon	1707-Unacon com Serviço de radioterapia	1708-Unacon com Serviço de hematologia	1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica	1710-Unacon exclusiva de hematologia	1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	1712-Cacon
Campinas	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS							x
	HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS		x	x		x		
	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS		x					
	BOLDRINI CAMPINAS		x				x	
	Total		3	1		1	1	1

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 17 – Distribuição de Serviços Habilitados em UTI na Região Metropolitana de Campinas, segundo Regiões de Saúde do DRS 07, 2008

Serviços / Habilitações	Total	RS Campinas				RS Oeste VII									RS Jundiaí
		Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré	Itatiba
2601-UTI II adulto	10	4	1			1	1				1	1	1		
2602-UTI II neonatal	5	2	1				1						1		
2603-UTI II pediátrica	4	1	1				1						1		
2604-UTI III adulto	2	2													
2605-UTI III neonatal	2	2													
2606-UTI III pediátrica	4	4													
2699-UTI I	8	5				1					1			1	

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 18 – Distribuição de Serviços Habilitados em UTI na Região Metropolitana de Campinas, segundo Hospitais, 2008

Município	Hospital	Serviços / Habilitações						
		2601-UTI II adulto	2602-UTI II neonatal	2603-UTI II pediátrica	2604-UTI III adulto	2605-UTI III neonatal	2606-UTI III pediátrica	2699-UTI I
Americana	HOSPITAL MUNICIPAL DR WALDEMAR TEBALDI	x	x	x				
Campinas	HOSPITAL ALBERT SABIN DE CAMPINAS							x
	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	x			x	x	x	
	HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS	x	x	x				
	HOSPITAL IRMAOS PENTEADO							x
	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	x					x	x
	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	x						
	MATERNIDADE DE CAMPINAS		x					x
	BOLDRINI CAMPINAS						x	
	SOBRAPAR CAMPINAS							x
	CAISM CENTRO ATENCAO INTEGRAL DE SAUDE DA MULHER				x	x	x	
Indaiatuba I	HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO	x	x	x				
	INSTITUTO INDAIA OSCIP							
Itatiba	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA							x
Paulínia	HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULINIA	x						x
Stá. Bárbara D'Oeste	HOSPITAL SANTA BARBARA	x						
Sumaré	HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	x	x	x				
Valinhos	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS							x
Vinhedo	SANTA CASA DE VINHEDO	x						
	Total	10	5	4	2	2	4	8

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 19 – Distribuição de Serviços Habilitados em Nefrologia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Regiões de Saúde do DRS 07, 2008

Serviços / Habilitações	Total	RS Campinas				RS Oeste VII									RS Jundiaí
		Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Americana	Cosmópolis	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S B d'Oeste	Sumaré	Itatiba
1501-Unidade assist alta complexidade nefrologia	11	7	1				1						1	1	
1503-Hemodiálise II															

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 20 – Distribuição de Serviços Habilitados em Nefrologia na Região Metropolitana de Campinas, segundo Hospitais, 2008

Município	Hospital	Serviços / Habilitações	
		1501-Unidade assist alta complexidade nefrologia	1503-Hemodiálise II
Americana	HOSPITAL MUNICIPAL DR WALDEMAR TEBALDI	x	
Campinas	HOSPITAL ALBERT SABIN DE CAMPINAS	x	
	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	x	
	HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS	x	
	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	x	
	Total	5	0

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Tabela 21 – Distribuição de Serviços Habilitados Selecionados na Região Metropolitana de Campinas, segundo Hospitais, 2008

Município	Hospital	Serviços / Habilitações				
		UTI	Unidade assist alta complexidade nefrologia	Unacon / Cancon	Unid.assist alta complex traumato - ortopedia	Centro / Unidade Alta Complex Cardio-vascular
Americana	HOSPITAL MUNICIPAL DR WALDEMAR TEBALDI	x	x		x	
Campinas	HOSPITAL ALBERT SABIN DE CAMPINAS	x	x			
	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	x	x	x	x	x
	HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS	x	x	x	x	x
	HOSPITAL IRMAOS PENTEADO	x				
	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	x		x	x	x
	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE BENEFICENCIA	x	x			
	MATERNIDADE DE CAMPINAS	x				
	BOLDRINI CAMPINAS	x		x		
	SOBRAPAR CAMPINAS	x				
	CAISM CENTRO ATENCAO INTEGRAL DE SAUDE DA MULHER	x			x	
Indaiatuba	HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO	x				
Itatiba	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA	x				
Paulínia	HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULINIA	x			x	
Sta. Bárbara D'Oeste	HOSPITAL SANTA BARBARA	x				
Sumaré	HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	x			x	
Valinhos	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS	x				
Vinhedo	SANTA CASA DE VINHEDO	x				
	Total	17	5	4	7	3

Fonte: MS/DATASUS/CNES, 2008

Por outro lado, analisando-se a produção de alguns procedimentos selecionados de alta complexidade, incluindo hemoterapia, terapia renal substitutiva, quimioterapia e radioterapia, realizados na Região Metropolitana de Campinas, observa-se que essa produção está concentrada no município de Campinas, caracterizando-se por uma elevada produção destes procedimentos quando comparada com as necessidades de 70% da população, dependente do SUS (Tabela 27).

Esta superprodução é duas a quatro vezes maior que as necessidades calculadas, chamando atenção para um estudo mais aprofundado da demanda para esses procedimentos. Neste sentido, é necessário avaliar se as demandas para esse tipo de procedimento são decorrentes do fato de a região, e especialmente o Município de Campinas, constituir-se em referência para esses serviços de alta complexidade em saúde.

Outra questão a ser avaliada refere-se aos parâmetros de necessidades da Portaria MS 1.101 que vêm sendo utilizados e que podem estar inadequados face à demanda real por estes serviços, uma vez que se sabe que estes parâmetros foram construídos com base em produção histórica de procedimentos e não sobre necessidades reais de atenção à saúde.

Tabela 22 – Produção de Procedimentos Selecionados de Alta Complexidade. Região Metropolitana de Campinas, 2007.

Município	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
Campinas	1.050.288	1.838.004	73.520	641.491	873%	36.760	119.386	325%
Sumaré	227.798	398.647	15.946	193	1%	7.973	15.003	188%
Americana	200.536	350.938	14.038	16.886	120%	7.019	13.170	188%
Hortolândia	190.545	333.454	13.338	10	0%	6.669		
S B d'Oeste	184.882	323.544	12.942	11.536	89%	6.471	13.732	212%
Indaiatuba	179.592	314.286	12.571	214	2%	6.286	41.462	660%
Valinhos	99.179	173.563	6.943			3.471		
Itatiba	94.994	166.240	6.650	70	1%	3.325		
Paulínia	73.040	127.820	5.113	7	0%	2.556		
Vinhedo	57.671	100.924	4.037			2.018		
Cosmópolis	53.751	94.064	3.763			1.881		
Nova Odessa	46.383	81.170	3.247			1.623		
Monte Mor	44.614	78.075	3.123			1.561		
Artur Nogueira	40.823	71.440	2.858			1.429		
Pedreira	40.093	70.163	2.807			1.403		
Jaguariúna	37.283	65.245	2.610			1.305		
S A Posse	21.219	37.133	1.485			743		
E Coelho	12.968	22.694	908			454		
Holambra	9.149	16.011	640			320		
RMC	2.664.808	4.663.414	186.537	670.407	359%	93.268	202.753	217%

Tabela 22 (Continuação)

Município	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
Campinas	1.050.288	1.838.004	3.308	37.684	1.139%	22.424	144.166	6.43%
Sumaré	227.798	398.647	718			4.863		
Americana	200.536	350.938	632			4.281		
Hortolândia	190.545	333.454	600			4.068		
S B d'Oeste	184.882	323.544	582			3.947		
Indaiatuba	179.592	314.286	566			3.834		
Valinhos	99.179	173.563	312			2.117		
Itatiba	94.994	166.240	299			2.028		
Paulínia	73.040	127.820	230			1.559		
Vinhedo	57.671	100.924	182			1.231		
Cosmópolis	53.751	94.064	169			1.148		
Nova Odessa	46.383	81.170	146			990		
Monte Mor	44.614	78.075	141			953		
Artur Nogueira	40.823	71.440	129			872		
Pedreira	40.093	70.163	126			856		
Jaguariúna	37.283	65.245	117			796		
S A Posse	21.219	37.133	67			453		
E Coelho	12.968	22.694	41			277		
Holambra	9.149	16.011	29			195		
RMC	2.664.808	4.663.414	8.394	37.684	449%	56.894	144.166	2.53%

Fonte: MS/DATASUS. SIH/SUS, 2008

4.2. Caracterização das internações hospitalares

Neste item serão caracterizadas as internações hospitalares do ponto de vista da morbidade atendida, segundo capítulos do CID 10¹³ e segundo a origem destas internações, de modo a observar se as unidades hospitalares possuem um perfil diferenciado em termos de demanda assistida.

▪ Perfil de morbidade hospitalar

Quanto à demanda assistida, segundo origem das internações a Tabela 23 e o Gráfico 7 indicam a classificação das internações realizada em 2006, 2007 e 2008 segundo capítulo do CID 10 e local de moradia do indivíduo internado, segundo as seguintes regiões:

- Municípios da Região Metropolitana de Campinas;
- Outros Municípios do DRS VII;
- Outros Municípios do Estado de São Paulo;
- Municípios de outros Estados do Brasil

**Tabela 23 – Internações segundo Capítulos do CID 10 e Local de Residência.
Região Metropolitana de Campinas 2006, 2007 e 2008**

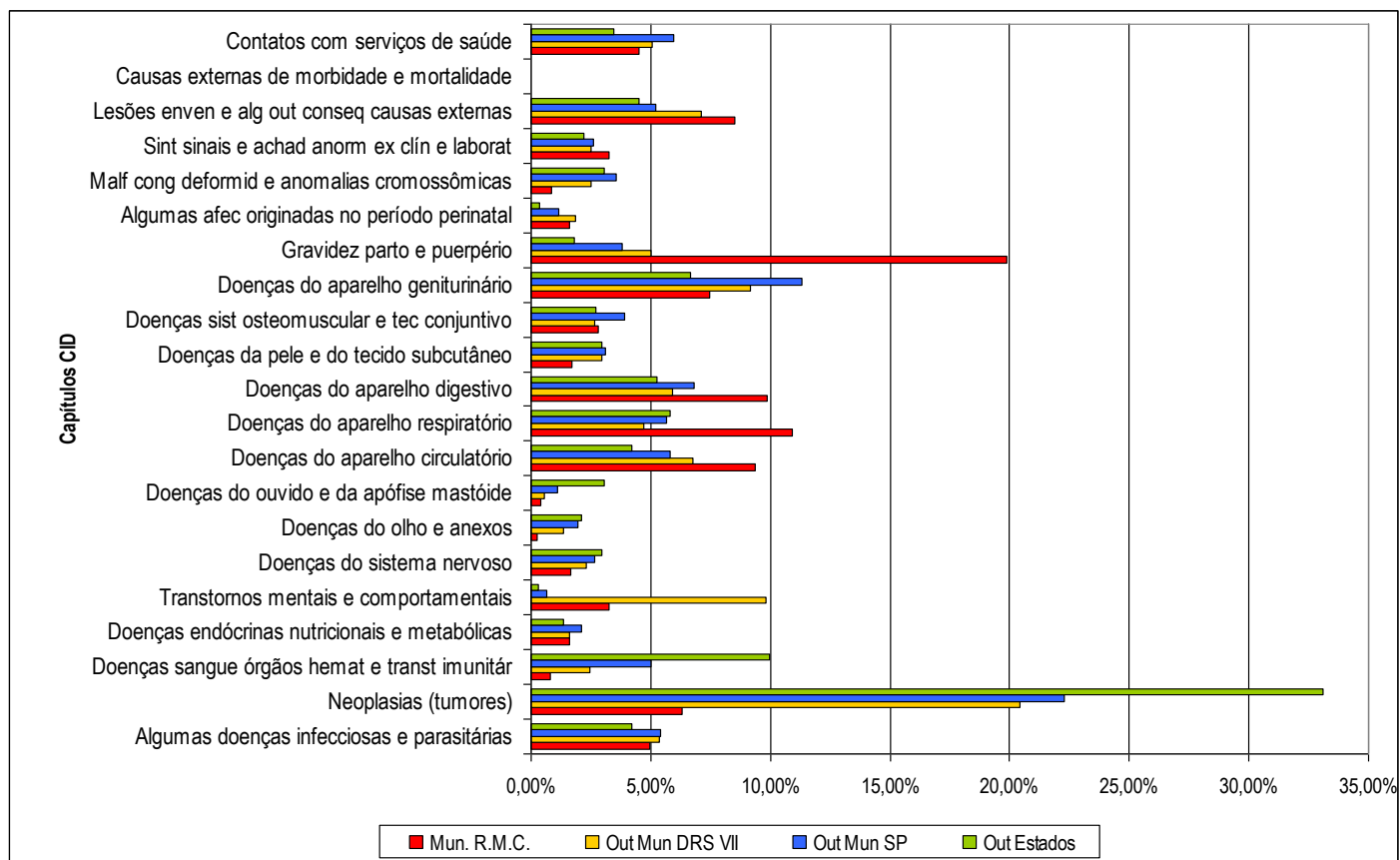
Capítulos - CID 10		Mun. R.M.C.		Out Mun DRS VII		Out Mun SP		Out Estados	
I.	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18288	4,93%	502	5,36%	1059	5,40%	228	4,19%
II.	Neoplasias (tumores)	23357	6,30%	1915	20,43%	4368	22,26%	1799	33,08%
III.	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3034	0,82%	231	2,46%	983	5,01%	543	9,99%
IV.	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5882	1,59%	149	1,59%	408	2,08%	73	1,34%
V.	Transtornos mentais e comportamentais	12099	3,26%	918	9,79%	124	0,63%	17	0,31%
VI.	Doenças do sistema nervoso	6204	1,67%	214	2,28%	516	2,63%	160	2,94%
VII.	Doenças do olho e anexos	986	0,27%	126	1,34%	382	1,95%	114	2,10%
VIII.	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1430	0,39%	52	0,55%	221	1,13%	166	3,05%
IX.	Doenças do aparelho circulatório	34748	9,38%	634	6,76%	1141	5,81%	230	4,23%
X.	Doenças do aparelho respiratório	40494	10,93%	442	4,72%	1110	5,66%	317	5,83%
XI.	Doenças do aparelho digestivo	36556	9,86%	554	5,91%	1337	6,81%	285	5,24%
XII.	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	6239	1,68%	276	2,94%	610	3,11%	161	2,96%
XIII.	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10483	2,83%	247	2,64%	763	3,89%	146	2,68%
XIV.	Doenças do aparelho geniturinário	27643	7,46%	859	9,16%	2224	11,33%	361	6,64%
XV.	Gravidez parto e puerpério	73703	19,89%	469	5,00%	750	3,82%	99	1,82%
XVI.	Algumas afec originadas no período perinatal	5963	1,61%	174	1,86%	226	1,15%	18	0,33%
XVII.	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3099	0,84%	234	2,50%	694	3,54%	166	3,05%
XVIII.	.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	12035	3,25%	235	2,51%	509	2,59%	121	2,23%
XIX.	Lesões enven e alg out conseq causas externas	31634	8,54%	667	7,12%	1026	5,23%	244	4,49%
XX.	Causas externas de morbidade e mortalidade	64	0,02%	1	0,01%	3	0,02%	1	0,02%
XXI.	Contatos com serviços de saúde	16664	4,50%	474	5,06%	1171	5,97%	189	3,48%
Total		370605	100,00%	9373	100,00%	19625	100,00%	5438	100,00%

Fonte: MS/DATSUS. Elaboração PESS / NEPP / UNICAMP

¹³ 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, sinais e sintomas, etc..

Considerando as dez principais causas de internação, em termos proporcionais em cada região, observa-se que os Capítulos do CID 10 mais freqüentes são praticamente os mesmos, exceto no caso de Transtornos Mentais e Comportamentais e, Gravidez, Parto e Puerpério, cujas internações originam-se em sua maioria dos municípios da RMC e, em segundo lugar de municípios do DRS VII. Ou seja, as principais causas de internações, originadas das diferentes regiões são muito semelhantes, embora com percentuais diversificados.

Gráfico 07 – Percentual de Internações Segundo Local de Moradia e Capítulo do CID 10. RMC 2006, 2007 e 2008



Fonte: Elaboração PESS / NEPP / UNICAMP

Observando as internações com local de residência nos **Municípios da RMC** (370.605 internações – 91,5%) é possível verificar que, além das internações devido a Gravidez, Parto e Puerpério (20%) as causas de internações mais freqüentes relacionam-se aos capítulos (Gráfico08):

- Doenças do Aparelho Respiratório (11%);
- Doenças do Aparelho Digestivo (10%);
- Doenças do Aparelho Circulatório (9%);
- Causas Externas (8%);
- Doenças do Aparelho Geniturinário (7%);
- Neoplasias (6%).

Quando analisamos as internações com local de residência em **Outros Municípios do DRS VII** (9.373 internações – 2,3%) ressaltam as internações devido a:

- Neoplasias (20%),
- Transtornos Mentais e Comportamentais (10%),
- Doenças do Aparelho Geniturinário (9%),
- Causas Externas (7%) e,
- Doenças do Aparelho Circulatório (7%).

A avaliação das internações com residência em **Outros Municípios do Estado de São Paulo** (19.625 internações – 4,8%) indica como principais causas de internação:

- Neoplasias (22%),
- Doenças do Aparelho Geniturinário (11%),
- Doenças do Aparelho Digestivo (7%) e,
- Doenças do Aparelho Circulatório (6%).

Por fim as internações originadas a partir de **Municípios de Outros Estados do Brasil** (5.438 internações – 1,4%) indicam como principais causas de internação:

- Neoplasias (33%)
- Doenças do Sangue (10%)
- Doenças do Aparelho Geniturinário (7%), e
- Doenças do Aparelho Respiratório (6%);

Avaliando, por outro lado, as causas de internações nas 28 unidades hospitalares incluídas nesse estudo (Tabela 24) é possível estabelecer as seguintes conclusões:

- O perfil da maioria das unidades hospitalares é muito semelhante quando consideramos os Capítulos do CID 10, que apresentam mais de 3% de internações. Neste caso, os Capítulos mais freqüentes, em termos de internações, são

- 2. Neoplasias (tumores)
 - 9. Doenças do aparelho circulatório
 - 10. Doenças do aparelho respiratório
 - 11. Doenças do aparelho digestivo
 - 14. Doenças do aparelho geniturinário
 - 15. Gravidez, parto e puerpério
 - 19. Lesões e envenenamentos e outras causas externas
-
- As internações por Gravidez, Parto e Puerpério são as mais freqüentes em 17 das 23 unidades estudadas;

 - Destacam-se os hospitais psiquiátricos que apresentam 100% das internações no grupo de Transtornos Mentais e Comportamentais e, os hospitais especializados como a Maternidade de Campinas, Sobrapar, e Boldrini de Campinas e o Hospital Infantil André Luiz de Americana que apresentam internações mais direcionadas de acordo com a clientela atendida;

Tabela 24 - Perfil de Atendimento da Demanda dos Hospitais da Região Metropolitana de Campinas, Segundo Capítulos do CID. RMC AIH do Período 2006 a 2008

Município	Hospital	Cap. 1	Cap. 2	Cap. 3	Cap. 4	Cap. 5	Cap. 6	Cap. 7	Cap. 8	Cap. 9	Cap. 10	Cap. 11	Cap. 12	Cap. 13	Cap. 14	Cap. 15	Cap. 16	Cap. 17	Cap. 18	Cap. 19	Cap. 20	Cap. 21	Total
Americana	SEARA HOSPITAL PSQUIATRICO	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Campinas	SERVICO DE SAUDE DR CANDIDO FERREIRA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Indaiatuba	INSTITUTO INDAIA OSCIP	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Americana	HOSPITAL INFANTIL ANDRE LUIZ	19,3%	0,0%	0,5%	1,8%	0,0%	3,5%	0,0%	0,1%	0,1%	40,8%	6,0%	1,9%	0,1%	5,4%	0,0%	12,2%	0,1%	5,3%	2,8%	0,0%	0,0%	100,0%
Campinas	MATERIDADE DE CAMPINAS	0,1%	2,1%	0,0%	1,5%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,8%	1,0%	0,2%	0,2%	0,0%	8,2%	67,8%	3,8%	0,1%	2,6%	0,8%	0,0%	10,5%	100,0%
Campinas	SOBRAPAR CAMPINAS	0,0%	29,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,6%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	22,8%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	37,1%	0,0%	9,0%	0,0%	0,1%	100,0%
Campinas	BOLDRINI CAMPINAS	2,3%	36,3%	44,7%	0,0%	0,0%	0,6%	0,2%	0,1%	1,1%	10,2%	1,0%	0,6%	1,5%	0,6%	0,0%	0,0%	0,2%	0,7%	0,0%	0,0%	0,1%	100,0%
Americana	HOSPITAL MUNICIPAL DR WALDEMAR TEBALDI	1,4%	3,5%	0,2%	0,5%	0,0%	1,3%	0,0%	0,2%	10,5%	8,6%	13,6%	0,4%	5,0%	9,3%	29,9%	1,6%	0,4%	2,1%	9,6%	0,0%	1,9%	100,0%
Americana	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE AMERICANA	2,6%	9,0%	1,3%	5,1%	1,3%	5,1%	1,3%	0,0%	15,4%	11,5%	11,5%	1,3%	3,8%	14,1%	1,3%	0,0%	1,3%	0,0%	12,8%	0,0%	1,3%	100,0%
Campinas	HOSPITAL ALBERT SABIN DE CAMPINAS	9,7%	4,7%	0,5%	2,2%	4,7%	0,2%	0,0%	0,0%	12,7%	28,4%	21,8%	1,2%	0,5%	12,7%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	100,0%
Campinas	HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	9,3%	11,4%	0,7%	1,8%	1,5%	2,7%	0,8%	0,5%	9,4%	7,2%	7,2%	1,2%	2,2%	8,3%	14,9%	2,1%	1,1%	2,6%	8,6%	0,0%	6,5%	100,0%
Campinas	HOSPITAL E MATERIDADE CELSO PIERRO CAMPINAS	2,7%	7,8%	0,3%	1,7%	2,3%	1,2%	0,7%	0,6%	12,3%	11,3%	8,9%	3,0%	3,6%	8,1%	18,1%	1,3%	0,9%	5,1%	7,8%	0,0%	2,2%	100,0%

Município	Continuação																					Total	
		Cap. 2	Cap. 3	Cap. 4	Cap. 5	Cap. 6	Cap. 7	Cap. 8	Cap. 9	Cap. 10	Cap. 11	Cap. 12	Cap. 13	Cap. 14	Cap. 15	Cap. 16	Cap. 17	Cap. 18	Cap. 19	Cap. 20	Cap. 21		
Campinas	HOSPITAL IRMAOS PENTEADO	10,4%	3,6%	0,2%	2,3%	1,8%	0,5%	0,0%	2,5%	8,6%	33,9%	17,5%	0,6%	0,2%	7,5%	0,0%	0,2%	0,6%	1,9%	7,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Campinas	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI CAMPINAS	11,6%	7,9%	0,3%	1,1%	0,1%	2,4%	0,2%	0,3%	11,9%	13,5%	13,2%	0,9%	3,8%	6,1%	0,0%	0,4%	1,0%	3,8%	12,8%	0,0%	8,7%	100,0%
Campinas	REAL SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICENCIA	51,0%	0,3%	0,7%	4,1%	4,7%	3,5%	0,0%	0,0%	13,5%	6,2%	1,6%	0,0%	0,1%	13,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	100,0%
Cosmópolis	HOSPITAL BENEFICENTE SANTA GERTRUDES	2,8%	1,4%	0,5%	4,8%	0,5%	1,3%	0,0%	0,1%	11,3%	12,3%	12,0%	0,6%	4,0%	8,7%	25,4%	0,5%	0,1%	3,1%	5,6%	0,0%	5,0%	100,0%
Hortolândia	HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL GOVERNADOR MARIO COVAS	5,9%	3,5%	0,4%	1,6%	0,2%	1,2%	0,0%	0,1%	10,2%	18,6%	9,5%	2,8%	1,2%	5,6%	27,4%	1,7%	0,3%	0,8%	6,3%	0,2%	2,7%	100,0%
Indaiatuba	HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO	3,2%	4,7%	0,3%	1,7%	0,1%	2,7%	0,1%	0,3%	9,7%	12,0%	9,6%	1,2%	2,1%	6,8%	25,7%	1,5%	0,5%	1,5%	11,6%	0,0%	4,7%	100,0%
Itatiba	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA	3,2%	5,0%	0,6%	2,5%	0,2%	2,0%	0,1%	0,1%	11,4%	13,0%	8,6%	1,9%	6,0%	10,1%	16,5%	0,5%	0,4%	4,2%	11,6%	0,0%	2,2%	100,0%
Jaguarúna	HOSPITAL MUNICIPAL WALTER FERRARI	3,6%	3,6%	0,8%	2,9%	0,4%	1,6%	0,2%	0,3%	11,7%	14,5%	17,3%	2,7%	2,8%	7,5%	14,4%	0,6%	0,5%	3,1%	10,1%	0,1%	1,6%	100,0%
Monte Mor	ASSOCIACAO HOSPITAL BENEFICENTE SAGRADO CORACAO DE JESUS	3,1%	0,6%	0,7%	1,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	4,7%	16,7%	6,6%	0,8%	1,4%	6,2%	30,1%	0,3%	0,4%	1,3%	6,8%	0,0%	18,3%	100,0%
Nova Odessa	HOSPITAL E MATERNIDADE DE NOVA ODESSA	2,7%	2,1%	1,1%	2,7%	0,1%	2,0%	0,0%	0,2%	8,3%	15,2%	11,3%	1,0%	3,6%	7,4%	20,4%	0,6%	0,5%	5,4%	7,4%	0,1%	8,1%	100,0%
Paulínia	HOSPITAL MUNICIPAL DE PAULINIA	3,4%	4,1%	0,3%	2,1%	0,7%	0,7%	0,0%	0,1%	10,0%	13,5%	16,6%	3,5%	4,7%	6,6%	21,0%	1,1%	0,6%	1,6%	7,1%	0,0%	2,4%	100,0%

Município	Hospital	Cap. 1	Cap. 2	Cap. 3	Cap. 4	Cap. 5	Cap. 6	Cap. 7	Cap. 8	Cap. 9	Cap. 10	Cap. 11	Cap. 12	Cap. 13	Cap. 14	Cap. 15	Cap. 16	Cap. 17	Cap. 18	Cap. 19	Cap. 20	Cap. 21	Total
	Continuação																						
Pedreira	PEDREIRA		0,8%	0,6%	1,1%	0,3%	1,3%	0,0%	0,0%	5,4%	12,3%	10,5%	1,1%	5,6%	3,3%	39,5%	0,2%	0,1%	1,5%	12,9%	0,0%	0,8%	100,0%
Sta. Bárbara D'Oeste	HOSPITAL SÍT BARBARA	3,9%	3,3%	1,0%	1,3%	0,1%	1,4%	0,0%	0,0%	9,9%	11,0%	11,1%	1,4%	2,1%	9,5%	24,8%	2,1%	0,2%	7,5%	6,9%	0,0%	2,6%	100,0%
Sumaré	HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	1,4%	5,6%	0,3%	0,6%	0,0%	1,3%	0,0%	0,9%	8,2%	11,2%	15,6%	2,5%	3,4%	6,2%	20,4%	2,9%	1,3%	1,6%	12,7%	0,0%	3,9%	100,0%
Valinhos	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS	3,0%	3,9%	0,3%	2,8%	0,2%	2,5%	0,0%	0,1%	13,8%	10,8%	11,0%	1,1%	4,1%	9,0%	18,8%	0,6%	0,2%	9,1%	8,5%	0,0%	0,4%	100,0%
Vinhedo	SANTA CASA DE VINHEDO	4,3%	4,2%	0,8%	2,5%	0,2%	1,4%	0,0%	0,2%	12,5%	14,5%	10,6%	1,9%	3,0%	10,0%	17,4%	0,5%	0,9%	5,2%	7,9%	0,0%	1,9%	100,0%
	Total	4,9%	6,3%	0,8%	1,6%	3,3%	1,7%	0,3%	0,4%	9,4%	10,9%	9,9%	1,7%	2,8%	7,5%	19,9%	1,6%	0,8%	3,2%	8,5%	0,0%	4,5%	100,0%

FONTE: MS/DATASUS. Elaboração PESS / NEPP / UNICAMP

Observações – Capítulos CID 10

- | | |
|--|---|
| 1. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 12. Doenças da pele e do tecido subcutâneo |
| 2. Neoplasias (tumores) | 13. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo |
| 3. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 14. Doenças do aparelho geniturinário |
| 4. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 15. Gravidez parto e puerpério |
| 5. Transtornos mentais e comportamentais | 16. Algumas afec originadas no período perinatal |
| 6. Doenças do sistema nervoso | 17. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas |
| 7. Doenças do olho e anexos | 18. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat |
| 8. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 19. Lesões enven e alg out conseq causas externas |
| 9. Doenças do aparelho circulatório | 20. Causas externas de morbidade e mortalidade |
| 10. Doenças do aparelho respiratório | 21. Contatos com serviços de saúde |
| 11. Doenças do aparelho digestivo | |

Legenda:

- Capítulo do CID 10 com maior freqüência de internações na unidade hospitalar
- 7 Principais Capítulos do CID 10 com maior freqüência de internações no grupo de hospitais estudados
- Capítulo do CID 10 com internações acima de 3%, não incluídos nos dois grupos anteriores
- Capítulo do CID 10 sem internações

Resumidamente é possível concluir que não existem diferenças significativas quanto as 10 principais causas de internação, considerando a residência do indivíduo atendido, tanto no que se refere à demanda global das unidades hospitalares da RMC, quanto à demanda de cada unidade hospitalar. As diferenças ocorrem devido à especialização da unidade hospitalar, como no caso dos hospitais de saúde mental e às unidades especializadas, como Sobrapar e Boldrini.

4.3. Fluxos e demandas regionais

Estudo do NEPO / UNICAMP¹⁴ com internações hospitalares do período de 2005 – 2006 já apontava a distribuição das internações na Região Metropolitana de Campinas segundo o local de residência e de internação, conforme mostrado na Tabela 25 e Gráfico 08 a seguir.

Observa-se a concentração das internações na cidade de Campinas (38%) e em segundo lugar nos municípios de Sumaré (8%), Hortolândia (8%), Indaiatuba (7%) e Americana (7%).

Tabela 25 – Movimento de Internação Intra-Metropolitana 2005 - 2006

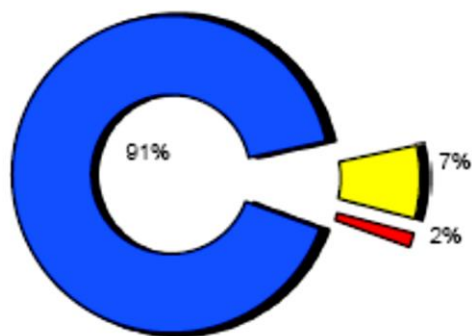
Município Residência	Município de Internação										Total
	Americana	Campinas	Hortolândia	Indaiatuba	Itatiba	Paulínia	Santa Bárbara d'Oeste	Sumaré	Valinhos	Outros	
Americana	6,09	0,47	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	6,78
Campinas	0,07	36,84	0,04	0,29	0,01	0,10	0,00	0,43	0,22	0,06	38,05
Hortolândia	0,19	1,95	3,11	0,18	0,00	0,03	0,01	2,22	0,01	0,01	7,70
Indaiatuba	0,03	0,68	0,00	6,07	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	6,80
Itatiba	0,01	0,15	0,00	0,02	4,09	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	4,28
Paulínia	0,01	0,44	0,00	0,01	0,00	2,87	0,00	0,02	0,00	0,00	3,35
Santa Bárbara d'Oeste	0,59	0,46	0,00	0,32	0,00	0,00	4,42	0,40	0,00	0,00	6,19
Sumaré	0,13	1,92	0,01	0,15	0,00	0,26	0,00	5,53	0,00	0,02	8,04
Valinhos	0,05	0,47	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,04	3,60	0,05	4,34
Outros	0,24	3,24	0,01	0,33	0,00	0,23	0,01	0,92	0,02	9,48	14,47
Total	7,40	46,62	3,17	7,63	4,10	3,50	4,44	9,66	3,85	9,63	100,00

Fonte: MS / SIH/SUS. Elaboração NEPO / UNICAMP.

Considerando-se a região é possível verificar que apenas 9% das internações são provenientes de outros municípios do Estado de São Paulo (7%) ou de outras Unidades Federadas (2%), conforme indicado no Gráfico 08.

¹⁴ NEPO / UNICAMP – Sumário de Dados das Regiões Metropolitanas. Projeto QUALISUS. Volume Região Metropolitana de Campinas. Campinas, SP, 2007. Arquivo PDF.

Gráfico 0 – Distribuição das Internações da Região Metropolitana de Campinas por Origem.. RMC 2005 - 2006

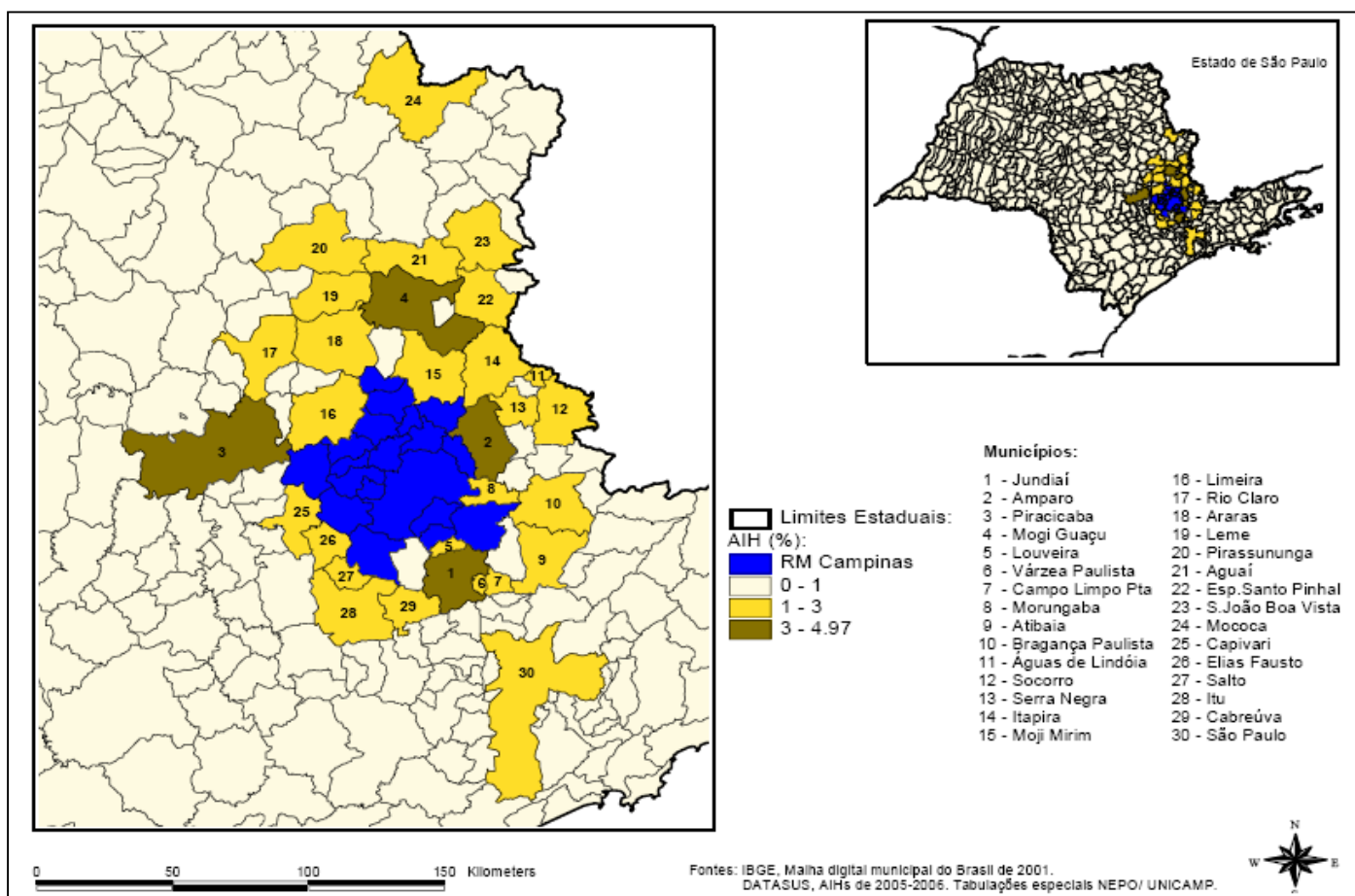


■ Intra-RM ■ Extra-RM mesma UF ■ Extra-RM outra UF

Fonte: MS / SIH/SUS. Elaboração NEPO / UNICAMP.

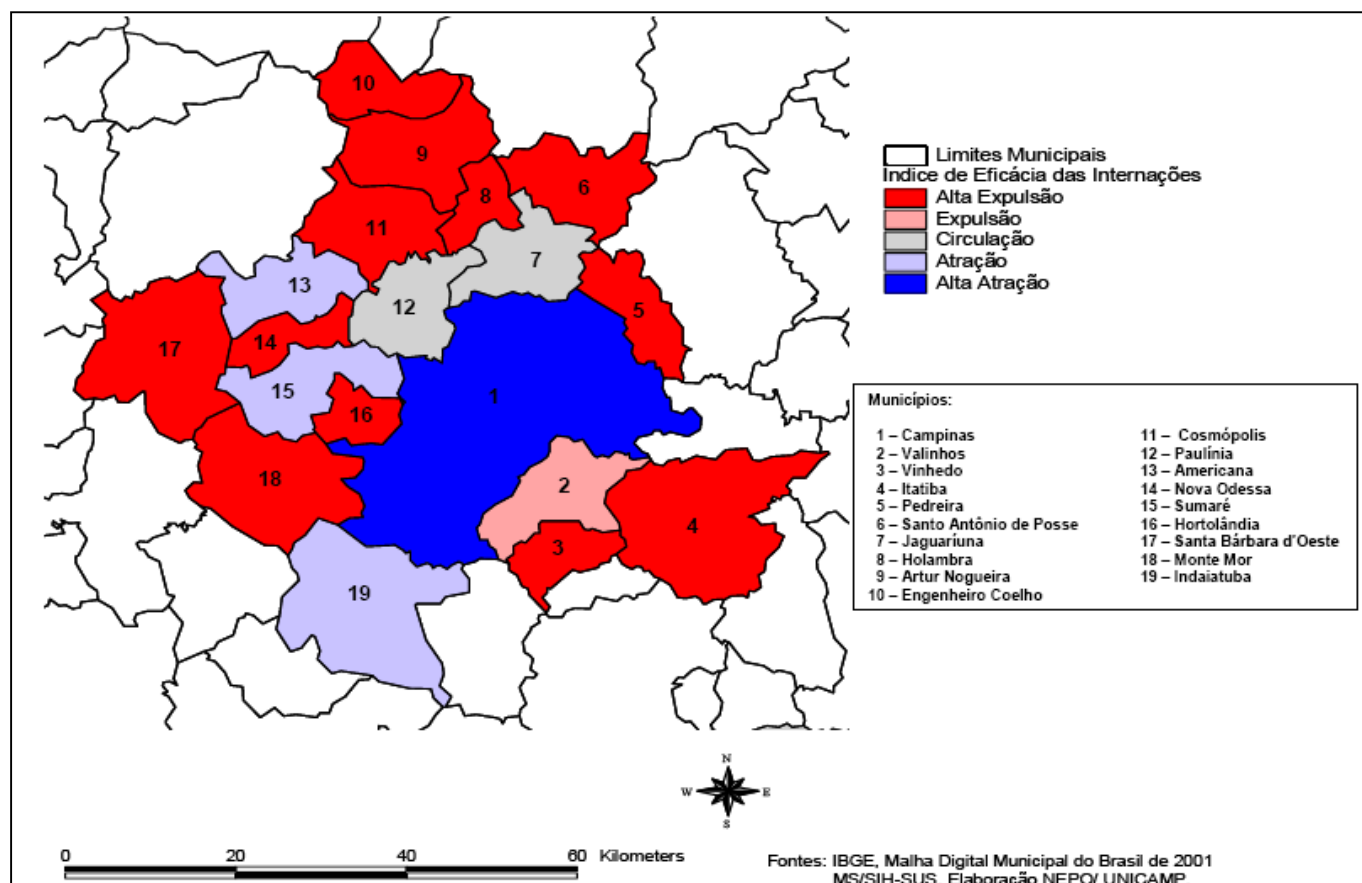
O detalhamento das demandas provenientes de outros municípios do Estado de São Paulo, extra Região Metropolitana de Campinas, pode ser observado no Mapa 01, no qual ressaltam os municípios de Jundiá e Amparo do DRS Campinas, Mogi Guaçu do DRS São João da Boa Vista e, Piracicaba do DRS Piracicaba, com demandas maiores que 3%.

Mapa 1 – Origens das Internações na RMC segundo Municípios do Estado de São Paulo, em percentual. SP 2005 - 2006



O estudo do NEPO/UNICAMP avaliou ainda o Índice de Eficácia das Internações ¹⁵. A partir desse índice, os municípios foram classificados como de: alta expulsão, expulsão, circulação, atração e alta atração, conforme Mapa 2.

Mapa 2 – Índice de Eficácia das Internações. RMC 2005 - 2006



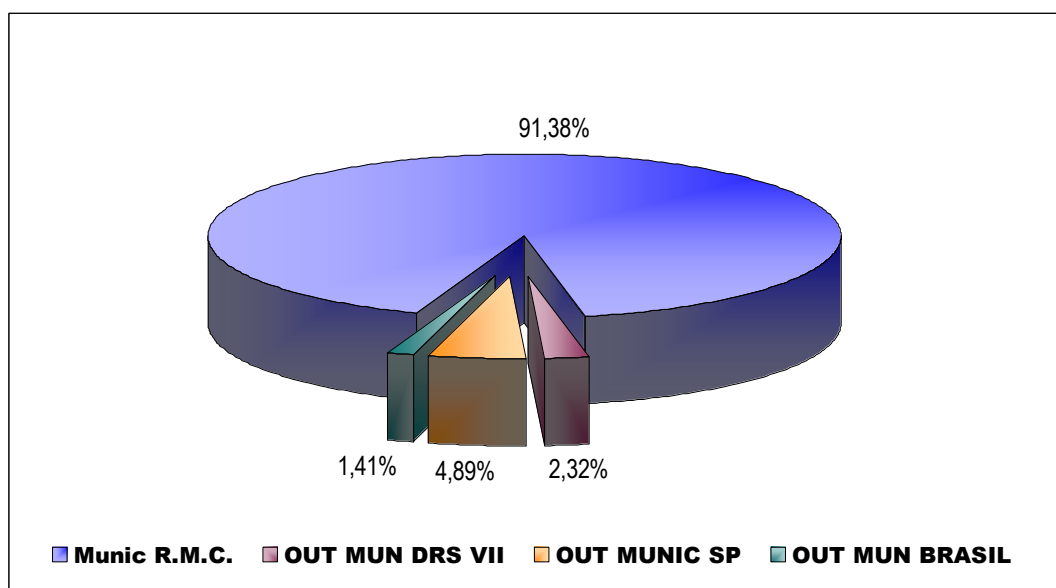
Considerando a origem das internações, segundo local de residência, realizadas no conjunto das 28 unidades hospitalares estudadas para o período de 2006, 2007 e 2008 (Gráfico 9) é possível verificar os mesmos percentuais, na medida em que mais de 91% são de indivíduos que moram nos municípios da Região Metropolitana de Campinas. Ou seja, apenas 9% das internações

¹⁵ Índice de Eficácia das Internações: este índice foi calculado com referência ao Índice de Eficácia Migratória, mas ao invés de considerar os fluxos migratórios, considerou os fluxos de internação hospitalar intra-metropolitanos para cada município das Regiões Metropolitanas. Foi calculado a partir do quociente entre o saldo das internações hospitalares (subtração entre o total de pessoas que se internam dentro do município e o total de pessoas que se internam fora do município) e o volume bruto de movimentos de internação (soma entre o total de pessoas que se internam dentro do município e o total de pessoas que se internam fora do município). Este índice varia, portanto, de -1 a 1, sendo que o valor -1 se refere à baixa eficácia ou alta expulsão e o valor 1 se refere à alta eficácia ou alta atração. NEPO / UNICAMP – Sumário de Dados das Regiões Metropolitanas. Projeto QUALISUS. Volume Região Metropolitana de Campinas. Campinas, SP, 2007. Arquivo PDF.

realizadas originam-se de habitantes fora da região, sendo 1,4% de municípios de outros Estados, 4,9% de outros municípios do Estado de São Paulo e, 2,3% de outros municípios do DRS VII.

Portanto, a principal demanda, externa à RMC, que busca suas unidades hospitalares origina-se de outros municípios do Estado de São Paulo, fora da região correspondente ao DRS VII.

Gráfico 9 - Percentual de AIH Atendidas nos Hospital Segundo Região de Residência. RMC 2006, 2007 e 2008



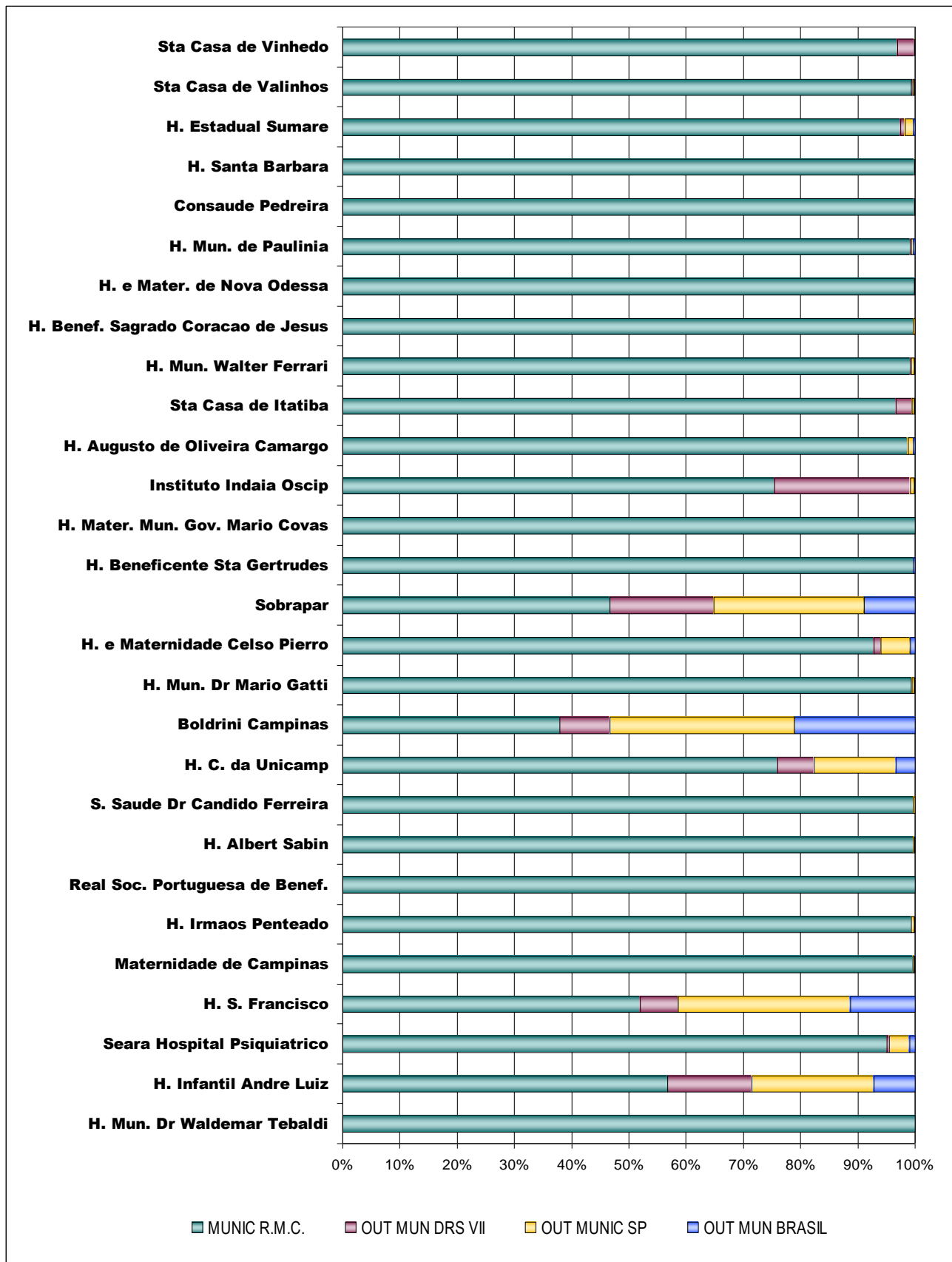
Fonte: MS/DATSUS. Elaboração PESS / NEPP / UNICAMP

Por outro lado, se considerarmos cada unidade hospitalar e analisarmos a origem das internações, segundo local de moradia, é possível verificar que apenas 21% (6 em 28 unidades) das unidades possuem mais de 20% de suas respectivas demandas originadas fora da Região Metropolitana de Campinas (Gráfico 10 e Tabela 26).

Esse grupo é constituído pelos hospitais que atendem clientela diferenciadas (Boldrini, Sobrapar, Hospital Infantil André Luiz e Indaiá) e, por dois hospitais gerais (HC da UNICAMP e Hospital São Francisco de Americana).

Nos demais hospitais as demandas foram da Região Metropolitana de Campinas são menos significativas, sendo menores que 10%.

Gráfico 10 – Origem das Internações Hospitalares dos Hospitais da RMC. RMC 2006,2007 e 2008



Fonte: MS /DATSUS. Elaboração PESS / NEPP / UNICAMP

Tabela 26 – Origem das Internações dos Hospitalais da RMC, Segundo Local de Residência. RMC 2006,2207 e 2008.

Município	Hospitais	Volume de AIH por Região de Origem e Hospital						% AHI – Hospital em Relação ao Total da Região				Percentual AIH - Hospital por Região de Origem				
		MUN RMC	OUT MUNIC DRS VI	OUT MUNIC SP	OUT MUNIC BRASIL	TOTAL	%	Munic R.M.C.	OUT MUN DRS VII	OUT MUNIC SP	OUT MUN BRASIL	MUN R.M.C.	OUT MUN DRS VII	OUT MUNIC SP	OUT MUN BRASIL	Total
Americana	H. Mun. Dr Waldemar Tebaldi	15.200	0	0	0	15.200	3,77%	4,12%	0,00%	0,00%	0,0%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	H. Infantil Andre Luiz	2.108	548	790	267	3.713	0,92%	0,57%	5,86%	4,00%	4,7%	56,77%	14,76%	21,28%	7,19%	100,00%
	Seara Hospital Psiquiátrico	5.230	23	197	49	5.499	1,36%	1,42%	0,25%	1,00%	0,9%	95,11%	0,42%	3,58%	0,89%	100,00%
	H. S. Francisco de Americana	78	10	45	17	150	0,04%	0,02%	0,11%	0,23%	0,3%	52,00%	6,67%	30,00%	11,33%	100,00%
Campinas	Maternidade de Campinas	21.460	3	49	29	21.541	5,34%	5,82%	0,03%	0,25%	0,5%	99,62%	0,01%	0,23%	0,13%	100,00%
	Hospital Irmaos Penteado	4.645	6	20	8	4.679	1,16%	1,26%	0,06%	0,10%	0,1%	99,27%	0,13%	0,43%	0,17%	100,00%
	Real Soc. Portuguesa Benef.	1.442	0	0	0	1.442	0,36%	0,39%	0,00%	0,00%	0,0%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
	H. Albert Sabin de Campinas	1.556	0	2	2	1.560	0,39%	0,42%	0,00%	0,01%	0,0%	99,74%	0,00%	0,13%	0,13%	100,00%
	S. Saude Dr Candido Ferreira	2.111	0	5	1	2.117	0,52%	0,57%	0,00%	0,03%	0,0%	99,72%	0,00%	0,24%	0,05%	100,00%
	H. C.da Unicamp	65.166	5.400	12.233	2.881	85.680	21,24%	17,68%	57,77%	62,01%	50,7%	76,06%	6,30%	14,28%	3,36%	100,00%
	Boldrini Campinas	3.151	725	2.675	1.755	8.306	2,06%	0,85%	7,76%	13,56%	30,9%	37,94%	8,73%	32,21%	21,13%	100,00%
	H. Mun. Dr Mario Gatti	32.086	56	132	28	32.302	8,01%	8,70%	0,60%	0,67%	0,5%	99,33%	0,17%	0,41%	0,09%	100,00%
	H. e Mater. Celso Pierro	45.292	571	2529	404	48.796	12,10%	12,29%	6,11%	12,82%	7,1%	92,82%	1,17%	5,18%	0,83%	100,00%
Sobrapar Campinas	1.407	548	790	267	3.012	0,75%	0,38%	5,86%	4,00%	4,7%	46,71%	18,19%	26,23%	8,86%	100,00%	
Cosmópolis	H. Benef. Santa Gertrudes	5.499	0	2	15	5.516	1,37%	1,49%	0,00%	0,01%	0,3%	99,69%	0,00%	0,04%	0,27%	100,00%
Hortolândia	H. Mat. Mun. Gov. Mario Covas	13.785	0	0	1	13.786	3,42%	3,74%	0,00%	0,00%	0,0%	99,99%	0,00%	0,00%	0,01%	100,00%
Indaiatuba	Instituto Indaia Oscip	2.740	859	26	4	3.629	0,90%	0,74%	9,19%	0,13%	0,1%	75,50%	23,67%	0,72%	0,11%	100,00%
	H. Augusto de Oliveira Camargo	20.994	23	197	49	21.263	5,27%	5,70%	0,25%	1,00%	0,9%	98,73%	0,11%	0,93%	0,23%	100,00%
Itatiba	Sta Casa de Itatiba	15.544	458	64	16	16.082	3,99%	4,22%	4,90%	0,32%	0,3%	96,65%	2,85%	0,40%	0,10%	100,00%
Jaguariúna	H. Mun. Walter Ferrari	9.156	10	45	17	9.228	2,29%	2,48%	0,11%	0,23%	0,3%	99,22%	0,11%	0,49%	0,18%	100,00%
Monte Mor	H. Bf. Sagrado Coracao de Jesus	5.299	0	8	3	5.310	1,32%	1,44%	0,00%	0,04%	0,1%	99,79%	0,00%	0,15%	0,06%	100,00%
Nova Odessa	H. e Mater.de Nova Odessa	5.313	1	4	4	5.322	1,32%	1,44%	0,01%	0,02%	0,1%	99,83%	0,02%	0,08%	0,08%	100,00%
Paulínia	H. Mun. de Paulínia	13.238	5	59	34	13.336	3,31%	3,59%	0,05%	0,30%	0,6%	99,27%	0,04%	0,44%	0,25%	100,00%
Pedreira	Consaude Pedreira	1.992	0	3	0	1.995	0,49%	0,54%	0,00%	0,02%	0,0%	99,85%	0,00%	0,15%	0,00%	100,00%
Sta B. d'Oeste	H. Santa Barbara	16.467	0	25	5	16.497	4,09%	4,47%	0,00%	0,13%	0,1%	99,82%	0,00%	0,15%	0,03%	100,00%
	H. Estadual Sumaré	38.988	312	592	86	39.978	9,91%	10,58%	3,34%	3,00%	1,5%	97,52%	0,78%	1,48%	0,22%	100,00%
Valinhos	Sta Casa de Valinhos	13.776	27	38	26	13.867	3,44%	3,74%	0,29%	0,19%	0,5%	99,34%	0,19%	0,27%	0,19%	100,00%
Vinhedo	Sta Casa de Vinhedo	7.417	220	12	3	7.652	1,90%	2,01%	2,35%	0,06%	0,1%	96,93%	2,88%	0,16%	0,04%	100,00%
TOTAL		368.612	9.347	19.726	5.684	403.369	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%	91,38%	2,32%	4,89%	1,41%	100,00%

Fonte: MS/ DATSUS. Elaboração PESS / NEPP / UNICAMP

Analisando as internações dos municípios da RMC nas unidades hospitalares estudadas (Tabela 27) é possível verificar que o principal volume de demanda, geralmente acima de 85% a 90%, provém dos municípios onde as unidades estão localizadas. Fazem exceção a esta situação as unidades abaixo indicadas que apresentam um volume significativo maior de demandas provenientes de outros municípios, além do município sede.

- Seara Hospital Psiquiátrico – apresenta demandas importantes do município sede de Americana, e também de Santa Bárbara d'Oeste e Nova Odessa, perfazendo mais de 86% de sua demanda de internações;
- Hospital das Clínicas da UNICAMP – recebe demandas importantes de Hortolândia, Sumaré, Indaiatuba e Cosmópolis, além de Campinas, somando cerca de 79% das internações;
- Boldrini – Além de Campinas apresenta demandas importantes de Sumaré, Hortolândia, Americana e Monte-Mor num total de 81% das internações;
- Instituto Indaiá – É uma unidade que recebe demandas significativas de um número elevado de municípios incluindo: Indaiatuba, Santa Bárbara D'Oeste, Valinhos, Hortolândia, Cosmópolis, Nova Odessa, Monte Mor, Sumaré, Americana e Campinas, totalizando 90% das internações;
- Sobrapar – Apresenta demandas importantes de Campinas e Sumaré e, em segundo lugar de Hortolândia, Americana e Monte Mor, perfazendo cerca de 76% de sua demanda;
- Hospital do Consórcio CONSAUDE Pedreira – Considerando o fato de tratar-se de um Consórcio entre os municípios de Pedreira, Santo Antônio da Posse, Holambra e Artur Nogueira, esta unidade atende à população apenas desses municípios;

Tabela 27 – Distribuição das Internações dos Municípios da Região Metropolitana de Campinas. RMC, 2006 a 2008

Município	Hospitais	Eng. Coe-lho	Americana	Artur Nogueira	Cosmópolis	Holambra	Hortolândia	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S. Barbara d'Oeste	Sto Antônio de Posse	Sumaré	Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Itatiba	Municípios da RMC
Americana	Hosp Mun Dr Waldemar Tebaldi	0,00%	99,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,19%	0,00%	0,43%	0,00%	0,12%	0,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	100,00%
Americana	Hospital Infantil Andre Luiz	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Americana	Seara Hospital Psiquiatrico	0,00%	45,73%	0,39%	1,50%	0,11%	2,44%	0,17%	6,05%	1,17%	34,52%	0,11%	2,55%	0,44%	0,89%	1,83%	0,22%	1,55%	0,11%	0,22%	100,00%
Americana	Hospital Sao Francisco	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Campinas	Maternidade de Campinas	0,00%	0,01%	0,29%	0,30%	0,10%	3,56%	0,07%	0,12%	0,43%	0,08%	0,14%	2,21%	90,84%	0,13%	0,93%	0,10%	0,35%	0,14%	0,18%	100,00%
Campinas	Hospital Irmãos Penteado	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,00%	0,52%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,56%	98,62%	0,04%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%	0,00%	100,00%
Campinas	Soc Portuguesa de Beneficencia	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Campinas	Hospital Albert Sabin (2007)	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,26%	99,49%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,00%	100,00%
Campinas	Serv de Saúde Dr Candido Ferreira	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,64%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%	99,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,00%	100,00%
Campinas	Hospital das Clinicas da Unicamp	0,16%	1,99%	2,58%	2,81%	0,66%	8,76%	1,71%	0,98%	2,42%	2,12%	1,59%	8,60%	55,23%	3,10%	1,91%	1,93%	1,70%	1,13%	0,61%	100,00%
Campinas	Boldrini Campinas	0,00%	3,95%	0,89%	1,58%	0,10%	5,92%	1,78%	1,09%	3,26%	4,54%	1,88%	9,08%	50,44%	7,21%	1,88%	1,38%	3,46%	0,89%	0,69%	100,00%
Campinas	Hosp Municipal Dr Mario Gatti	0,02%	0,06%	0,14%	0,05%	0,03%	1,57%	0,06%	0,14%	0,11%	0,04%	0,03%	0,94%	95,50%	0,33%	0,21%	0,19%	0,31%	0,23%	0,03%	100,00%
Campinas	Hosp e Mater Celso Pierro	0,05%	0,92%	0,48%	0,43%	0,10%	2,31%	0,59%	0,12%	0,22%	0,43%	0,15%	1,59%	89,51%	0,92%	0,60%	0,41%	0,71%	0,39%	0,08%	100,00%
Campinas	Sobrapar Campinas	0,89%	3,91%	0,53%	2,13%	0,71%	9,59%	2,13%	0,71%	1,24%	0,18%	0,89%	28,42%	36,41%	2,66%	3,02%	1,78%	2,84%	0,53%	1,42%	100,00%
Cosmópolis	Hosp Beneficente Santa Gertrudes	0,11%	0,00%	0,88%	98,69%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Hortolândia	Hosp Mat Munic Gov Mario Covas	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	97,71%	0,00%	0,02%	0,15%	0,00%	0,00%	0,93%	0,89%	0,00%	0,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Indaiatuba	Instituto Indaia Oscip	0,00%	4,26%	2,37%	5,52%	0,16%	7,26%	1,10%	5,05%	2,84%	16,09%	0,16%	4,73%	3,15%	30,91%	5,05%	1,42%	8,04%	0,95%	0,95%	100,00%
Indaiatuba	Hosp Augusto de Oliveira Camargo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,20%	99,73%	0,03%	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	100,00%
Itatiba	Sta Casa de Misericordia de Itatiba	0,00%	0,00%	0,02%	0,04%	0,00%	0,04%	0,02%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%	0,02%	0,00%	0,04%	0,00%	99,73%	100,00%
Jaguariúna	Hospital Municipal Walter Ferrari	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,29%	0,04%	97,15%	0,00%	0,00%	0,04%	0,53%	0,07%	1,53%	0,00%	0,04%	0,29%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Monte Mor	Hosp Benef Sag Coracao de Jesus	0,00%	0,07%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,39%	0,33%	0,13%	98,95%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Nova Odessa	Hosp e Mater de Nova Odessa	0,00%	0,23%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	98,72%	0,00%	0,12%	0,00%	0,87%	0,00%	0,00%	0,06%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Paulínia	Hospital Municipal de Paulinia	0,08%	0,15%	0,45%	5,40%	0,08%	0,58%	0,00%	0,00%	86,34%	0,08%	0,00%	4,80%	1,88%	0,03%	0,05%	0,03%	0,05%	0,03%	0,00%	100,00%

Continuação

Município	Hospitais	Eng. Coelho	Americana	Artur Nogueira	Cós-mópolis	Holambra	Hortolândia	Jaguariúna	Nova Odessa	Paulínia	S. Barbara d'Oeste	Sto Antônio de Posse	Sumaré	Campinas	Indaiatuba	Monte Mor	Pedreira	Valinhos	Vinhedo	Itatiba	Municípios da RMC
Pedreira	Consaude Pedreira	0,00%	0,00%	25,10%	0,00%	10,94%	0,05%	0,05%	0,00%	0,00%	0,00%	17,57%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%	46,08%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Sta B. d'Oeste	Hospital Santa Barbara	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	99,83%	0,00%	0,11%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Sumaré	Hospital Estadual Sumare	0,01%	0,85%	0,36%	0,42%	0,07%	21,69%	0,14%	3,24%	0,27%	5,57%	0,18%	57,82%	3,50%	0,20%	5,24%	0,13%	0,22%	0,05%	0,08%	100,00%
Valinhos	Sta Casa de Valinhos	0,00%	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,14%	0,00%	0,00%	0,02%	0,09%	0,02%	0,14%	4,30%	0,05%	0,00%	0,05%	94,75%	0,29%	0,14%	100,00%
Vinhedo	Sta Casa de Vinhedo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,34%	0,04%	0,00%	0,00%	0,25%	99,28%	0,00%	100,00%
Total		0,05%	5,74%	1,07%	2,36%	0,34%	8,46%	2,67%	2,08%	3,42%	5,57%	0,66%	8,68%	38,32%	6,68%	2,39%	1,23%	4,01%	2,23%	4,05%	100,00%

Fonte: MS /DATSUS. Elaboração PESS / NEPP / UNICAMP

Legenda:

- Percentual da demanda originada do Município sede da Unidade Hospitalar
- Percentual de demanda, maior de 3,0% originada de Municípios da RMC

4.4. Acesso aos serviços hospitalares

Para avaliar as formas de acesso das diferentes demandas para estas unidades hospitalares, foram utilizados dados levantados através de questionários e entrevistas junto aos gestores municipais dos 19 municípios da Região Metropolitana de Campinas, tanto no que se refere às internações quanto aos serviços de média e alta complexidade.

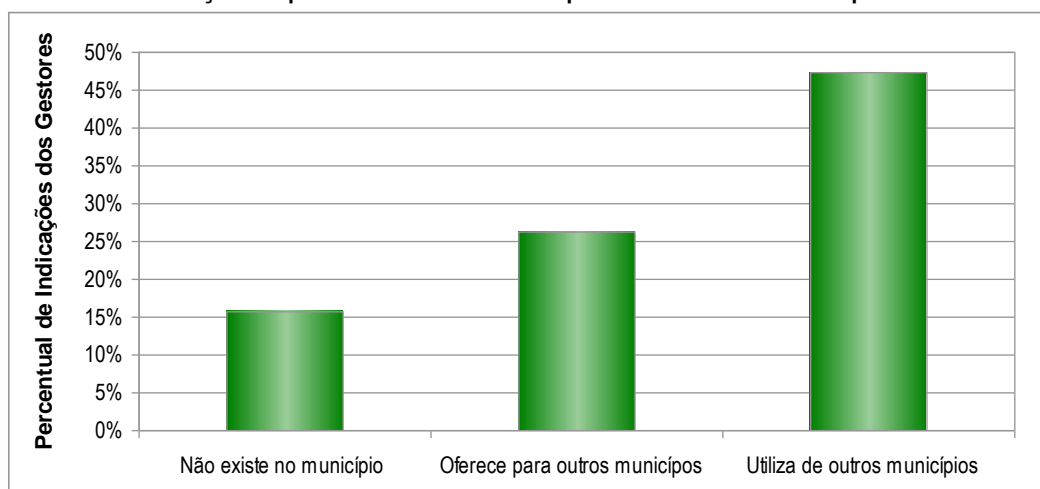
▪ Acesso à internação hospitalar

De acordo com as respostas dos gestores pode-se constatar que mais de 25% dos municípios da RMC referem ofertar internações para demais municípios e mais de 45% indicam que buscam outros municípios para internações (Gráfico 11).

As formas como estas demandas são encaminhadas para demais municípios, segundo a opinião dos gestores municipais de saúde, estão ilustradas no Gráfico 12, no qual se constata: um elevado percentual de busca espontânea para internação (maior de 60%); um alto percentual de encaminhamentos com alguma forma de marcação, mas sem a participação da Central de Regulação (mais de 60%); e, um significativo percentual de encaminhamentos através da Central de Regulação (cerca de 47%).

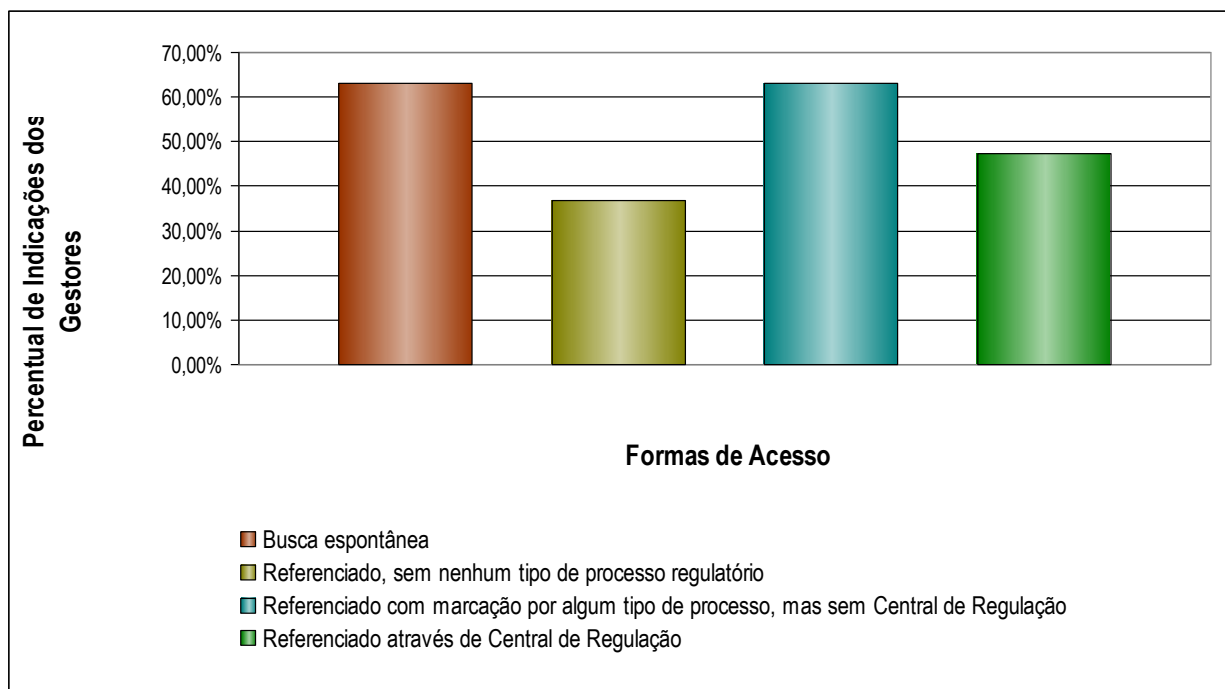
Neste aspecto é possível concluir que persiste um percentual significativo de internações que são realizadas à margem de processos adequados de encaminhamento, seja porque se originem da porta de entrada dos próprios hospitais (ponto-socorro e ambulatórios de especialidades), seja devido ao inadequado encaminhamento pelos Pontos de Atenção da Rede Básica ou de Atenção Especializada Ambulatorial, dada a inexistência de protocolos clínicos e linhas de cuidado organizadas.

Gráfico 11 – Acesso aos Serviços Hospitalares de Acordo com Opinião dos Gestores Municipais de Saúde. RMC



Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Gráfico 123 – Formas de Acesso aos Serviços Hospitalares de Acordo com Opinião dos Gestores Municipais de Saúde. RMC 2008



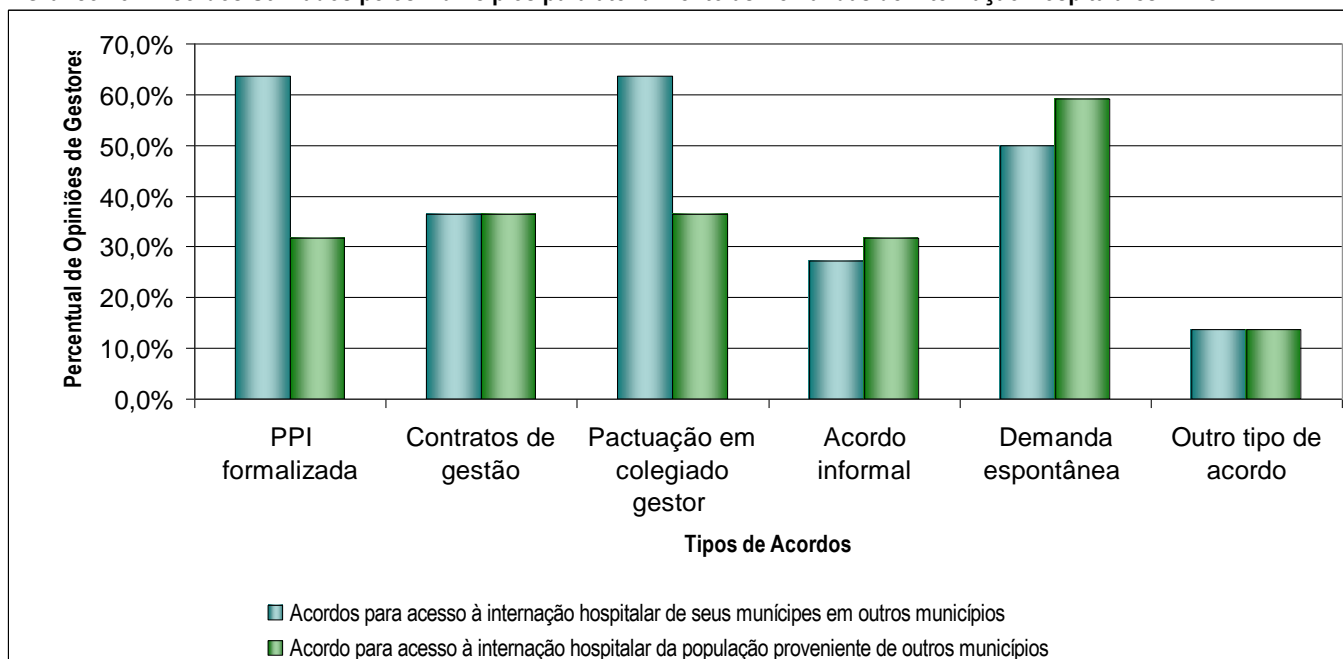
Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Para o atendimento dessas demandas intermunicipais, o processo de regionalização possui como principal instrumento a Pactuação e Programação Integrada (PPI), que estabelece o volume de procedimentos a serem produzidos em cada município da região, incluindo as demandas advindas de outros municípios. Com a implantação do Pacto pela Saúde novas formas de pactuação são possibilitadas na medida em que os gestores municipais, reunidos nos respectivos Colegiados de Gestão Regional podem discutir e acordar novas formas de atendimento dessas demandas.

Neste aspecto foram coletados dados junto aos gestores municipais para avaliar o tipo de pactuação utilizada para o atendimento hospitalar, bem como o cumprimento das mesmas. Quanto aos tipos de acordos para atendimento das demandas intermunicipais foram levantadas as opiniões dos gestores municipais no que se refere às demandas encaminhadas pelo seu respectivo município, assim como das demandas encaminhadas pelos municípios vizinhos (Gráfico 13).

Pelo gráfico é possível observar que as duas formas mais utilizadas para atendimento às demandas por internação hospitalar é a PPI e a pactuação realizada no CGR. No entanto, estas pactuações são observadas com maior frequência quando o próprio município encaminha demandas para os municípios vizinhos.

Gráfico 13 – Acordos Utilizados pelos Municípios para atendimento às Demandas de Internação Hospitalares. RMC



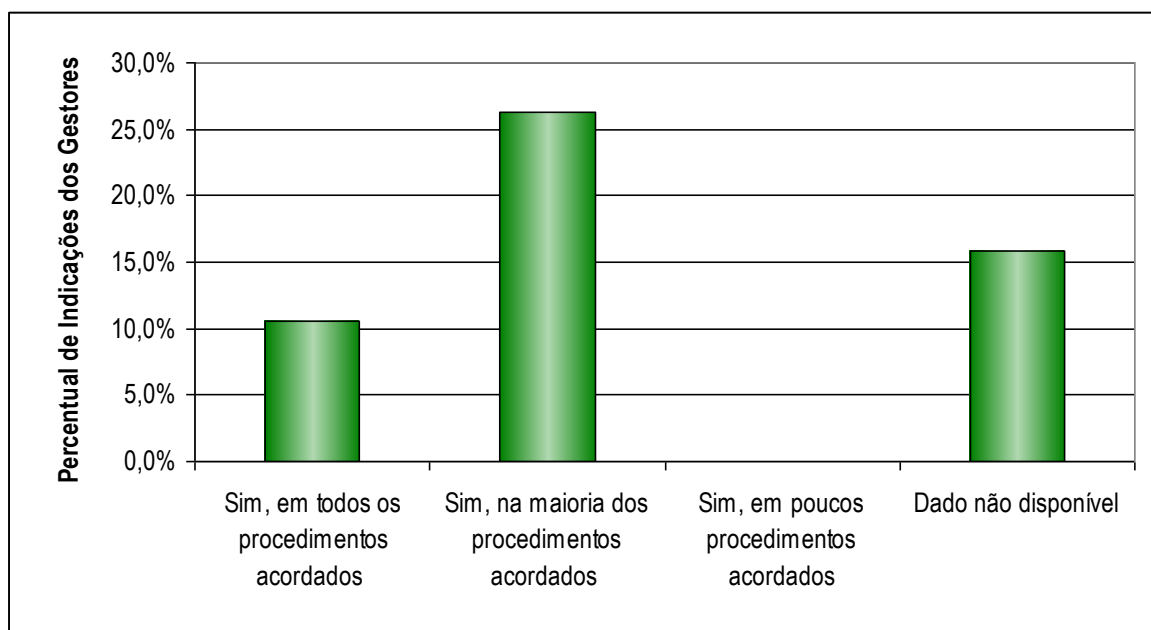
Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Constata-se novamente a indicação importante de demandas espontâneas para atendimento intermunicipal, decorrentes provavelmente do atendimento realizado nas portas dos respectivos hospitais, seja no pronto-socorro, seja em ambulatórios de especialidades.

Observa-se ainda a baixa opinião dos gestores quanto à utilização de contratos de gestão (36%) para cumprimento de acordos de atendimento de demandas intermunicipais para internação. Neste aspecto, é importante relembrar que cerca de 47% dos leitos da região são filantrópicos o que requer a utilização adequada de contratos de gestão para garantir o atendimento às demandas intermunicipais.

Por outro lado, quando questionados sobre o cumprimento destes acordos, os gestores municipais indicaram: a) são cumpridos em todos os procedimentos de acordo com 10% dos gestores; b) são cumpridos na maioria dos procedimentos segundo 26% dos gestores; e, c) 16% dos gestores não possuem informação a respeito (Gráfico 14).

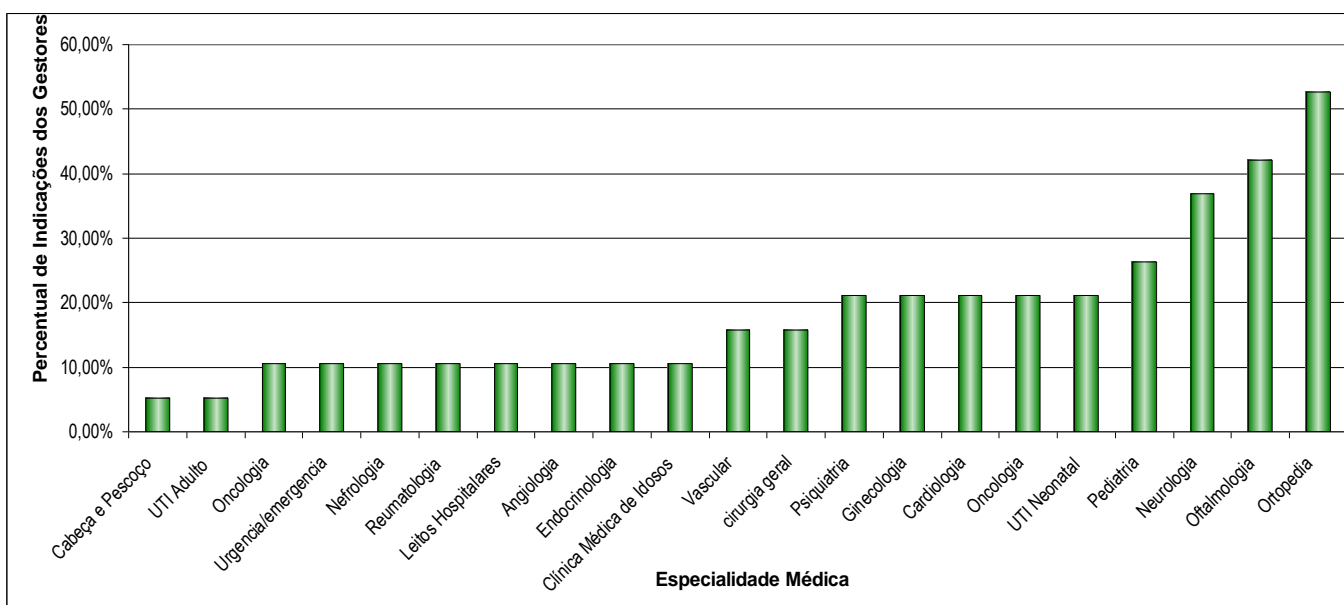
Gráfico 14 – Cumprimento dos Acordos para Atendimento de Demandas de Internação Segundo Gestores Municipais de Saúde. RMC 2008



Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Pelas indicações de gestores e técnicos em saúde é possível definir demandas reprimidas de internações em diversas áreas, conforme ilustrado no Gráfico 15 abaixo, no qual se observa que as internações em Neurologia, Oftalmologia e Ortopedia são consideradas insuficientes por mais de 37% dos gestores municipais e, as internações em Psiquiatria, Ginecologia, Cardiologia, Oncologia, UTI Neonatal e Pediatria são consideradas insuficientes por mais de 20% desses gestores.

Gráfico 15 Demandas Reprimidas em Internações Hospitalares, Segundo Gestores Municipais de Saúde. RMC 2008.



Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

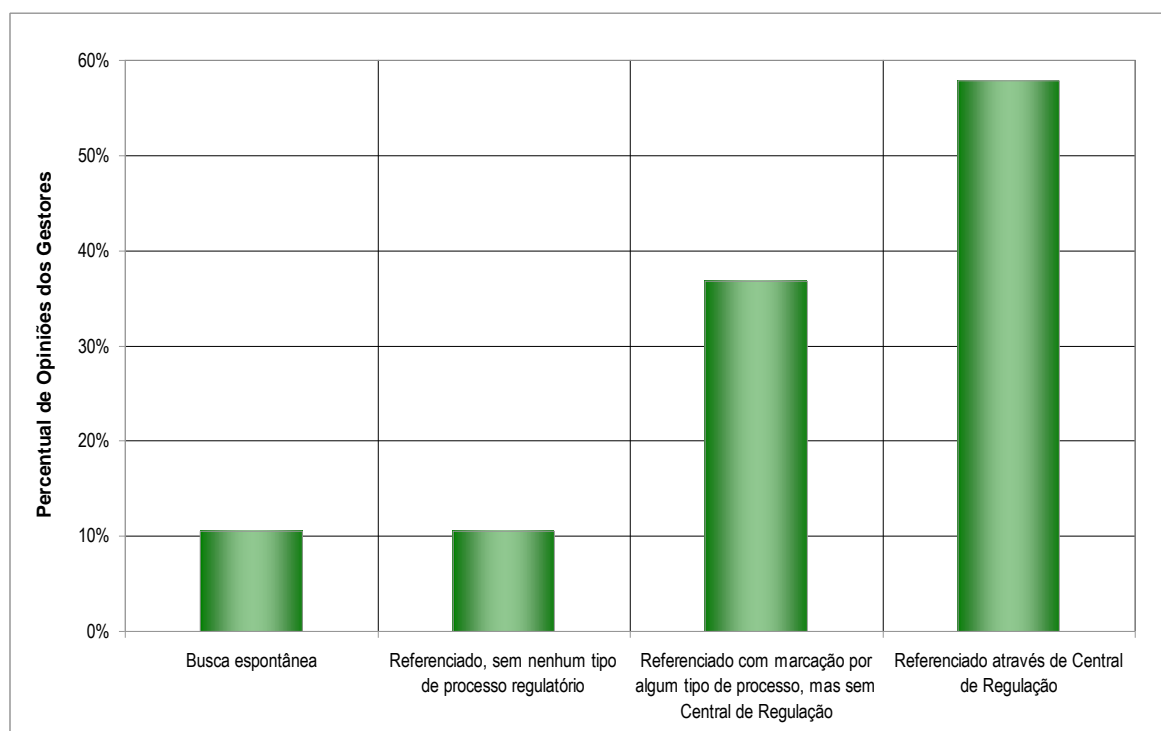
Esses estrangulamentos acabam se refletindo nos Prontos Socorros hospitalares, nos quais encontramos muitos pacientes internados em macas, aguardando vagas para internação. Na realidade, este problema é decorrente da espera para realização de procedimentos de alta complexidade ou de internações eletivas, ocasionando o agravamento do quadro clínico e alimentando a lotação dos Prontos Socorros.

4.5. Acesso aos Serviços de Alta Complexidade

Para avaliar o acesso aos serviços de Alta Complexidade existentes nos hospitais foram também utilizados dados de questionários e entrevistas realizados com os gestores municipais de saúde. Os dados estão apresentados nos Gráficos 16, 17 e 18 abaixo.

Em primeiro lugar destaca-se que são realizados encaminhamentos com a utilização de Centrais de Regulação, segundo 58% dos gestores municipais de Saúde, persistindo ainda um volume significativo de encaminhamentos que não utilizam a Central de Regulação (37%) ou referenciados sem nenhum processo de regulação (10%).

Gráfico 16 – Formas de Acesso da Demanda para os Serviços Especializados de Alta Complexidade Ambulatorial, Segundo Opinião dos Gestores Municipais de Saúde. RMC 2008



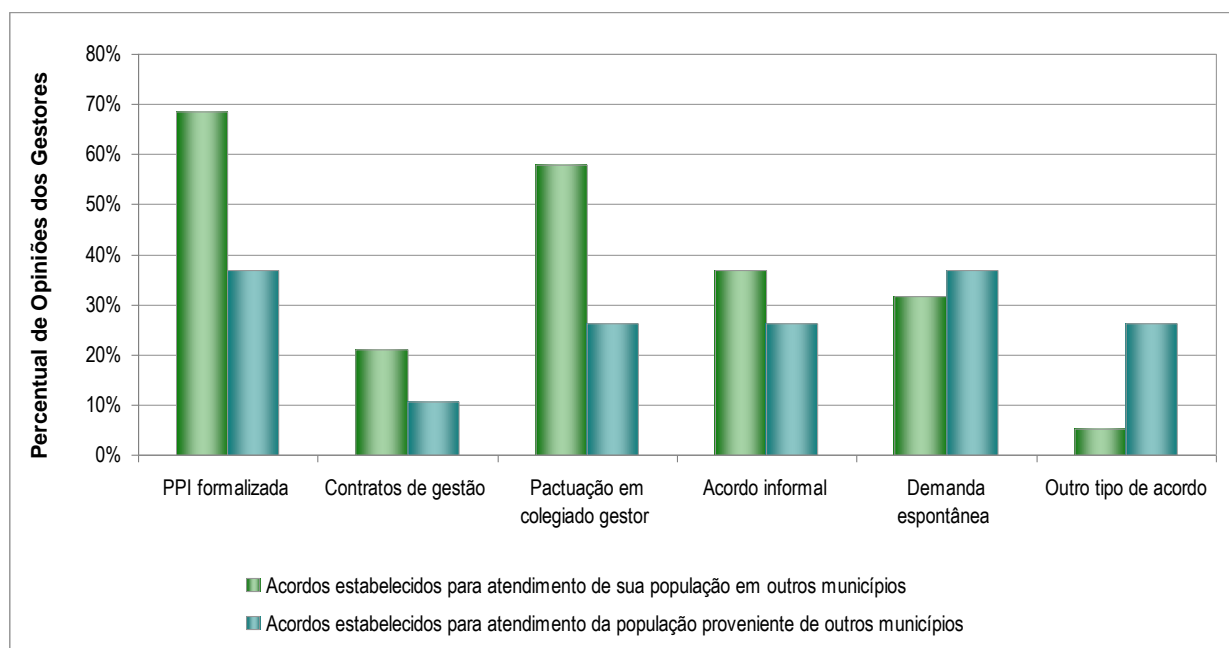
Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Quanto ao tipo de pactuação utilizada para atendimento dessas demandas (Gráfico 17) observa-se a predominância da PPI e da pactuação em colegiado gestor regional, no entanto, estas pactuações são observadas com maior frequência quando o próprio município encaminha demandas para os municípios vizinhos.

Constata-se novamente a presença importante de demandas espontâneas (cerca de 35%) para atendimento intermunicipal, decorrentes provavelmente do atendimento realizado nos respectivos hospitais ou em seus ambulatórios de especialidades.

Observa-se ainda a baixa opinião dos gestores quanto à utilização de contratos de gestão (20%) para cumprimento de acordos de atendimento de demandas intermunicipais para internação. Neste aspecto, é importante lembrar que cerca de 56% dos hospitais da região são filantrópicos o que requer a utilização adequada de contratos de gestão para garantir o atendimento às demandas intermunicipais.

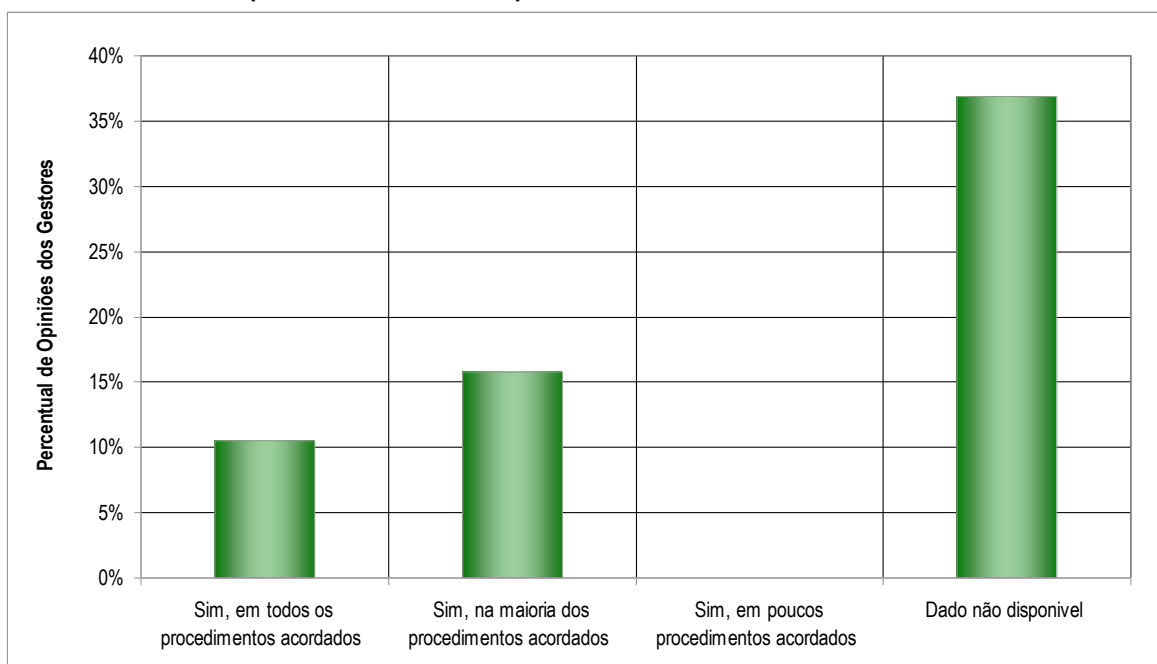
Gráfico 17 – Tipos de Acordos Estabelecidos, entre Gestores Municipais de Saúde, para Atendimento de Demandas para os Serviços Especializados de Alta Complexidade Ambulatorial. RMC 2008.



Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Quanto ao cumprimento dos acordos (Gráfico 18), chama atenção o fato de 37% dos gestores não possuírem dados a respeito, enquanto cerca de 10% opinam que os acordos são cumpridos em todos os procedimentos e 15% indicam que são cumpridos na maioria dos procedimentos.

Gráfico 18 – Cumprimento dos Acordos Estabelecidos para Atendimento das Demandas para Serviços Especializados de Alta Complexidade Ambulatorial. RMC 2008.



Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Com relação ao acesso para internações e serviços especializados de alta complexidade, os dados apresentados permitem concluir a existência de fragilidades nos mecanismos de encaminhamento e pactuação das demandas intermunicipais, especialmente a ocorrência de demandas espontâneas ou sem processos adequados de referenciamento, provavelmente devido a ausência de protocolos clínicos e linhas de cuidado adequadamente organizadas e, de mecanismos eficazes de regulação e gestão dessas demandas.

5. PROBLEMAS E FRAGILIDADES DA REDE HOSPITALAR DA RMC

Considerando o conjunto de dados apresentados, bem como as indicações dos gestores municipais de saúde e dos gerentes das unidades hospitalares incluídas neste estudo, é possível sistematizar um conjunto de fragilidades observadas na rede hospitalar da Região Metropolitana de Campinas, que nos indicam algumas estratégias que podem ser recomendadas para uma adequada organização desta rede.

Neste sentido, apresentam-se a seguir dois grupos de fragilidades. Um primeiro grupo é decorrente da visão dos próprios gestores municipais de saúde e dos administradores hospitalares e, o outro grupo, decorrente da análise dos conjuntos de dados avaliados pelo grupo de pesquisadores do presente trabalho.

5.1. Problemas e fragilidades referidas pelos gestores municipais

Quanto às fragilidades indicadas pelos gestores municipais de saúde e administradores hospitalares, foram sistematizados os dados obtidos através de questionários e entrevistas, bem como aqueles apontados em diversas reuniões e oficinas de trabalho realizadas e, apresentados nos quadros a seguir.

Inicialmente, no processo de elaboração do Plano Metropolitano de Saúde, os gestores municipais dos 19 municípios da região apontaram um conjunto de estrangulamentos e dificuldades, conforme Quadro 4.

Como pode ser observado, é apontado um conjunto de problemas relacionados à dificuldade de acesso a serviços de referência de média e alta complexidade, especialmente no HC da UNICAMP, tendo em conta a centralidade deste hospital na rede regional. São indicados também estrangulamentos nos Serviços de Ortopedia, Reumatologia, Cardiologia e Psiquiatria, bem como nos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Quadro 4 – Fragilidades Apontadas pelos Gestores Municipais de Saúde no Processo de Elaboração do Plano Metropolitano de Saúde 2008

Fragilidades Apontadas
1. Dificuldade de acesso aos serviços de referência de média e alta complexidade, especialmente no HC UNICAMP;
2. Estrangulamentos no SADT;
3. Baixa resolutividade na média complexidade particularmente devido a: estrangulamentos existentes em algumas especialidades (ortopedia, neurologia, cardiologia e psiquiatria);
4. Insuficiência geral de leitos, particularmente para retaguarda de urgência e emergência; de idosos e, psiquiatria;
5. Inadequação na utilização dos leitos existentes especialmente devido às internações: por causas evitáveis, por interesse acadêmico em detrimento do interesse público, para realização de exames, por inadequação da capacitação dos profissionais dos Prontos Socorros
6. Programação (PPI) definida em função da oferta de serviços e não da demanda existente;
7. Conjunto de mecanismos gerenciais deficientes (protocolos, governabilidade dos gestores municipais);
8. Falha na capacitação dos profissionais;
9. Incompatibilidade no desenho RMC/ CGR (divisão dos municípios);

É referida ainda insuficiência de leitos para retaguarda às urgências e emergências, para idosos e psiquiatria, que foram confirmados tanto nas visitas aos hospitais quanto nos contatos com gestores de saúde. Neste sentido vale ressaltar a ocorrência freqüente de internações em macas, nos prontos-socorros hospitalares, aguardando vagas para internação por vários dias.

Além disso, é citada a inadequação na utilização dos leitos devido a vários fatores, entre eles as internações desnecessárias ou por causas evitáveis. Aponta-se ainda a elaboração inadequada da PPI realizada em função da produção histórica dos municípios e não de acordo com as necessidades de saúde da população regional.

Nos questionários e entrevistas dos gestores de saúde (Quadro 5) é possível detectar, além dos problemas já citados, que 11 dos 19 municípios (58%) referem à falta de leitos e vagas como o problema mais freqüente. Em segundo lugar são citadas várias fragilidades relacionadas ao processo de regulação das internações, especialmente com relação à Central de Vagas do DRS VII.

Quadro 5 – Problemas Apontados pelos Gestores Municipais de Saúde quanto à Atenção Hospitalar. RMC 2008.

Município	Problemas Apontados
Americana	Grande demanda na urgência e emergência em trauma Dificuldade de acesso para referência Falta de profissionais especializados
Artur Nogueira	Não há vagas pela central As demandas de ginecologia nunca encontram vagas quando se consegue falar no CAISM, O sistema que eles usam pode ser considerado inadequado, pois todos os municípios precisam ligar das 7 às 8 da manhã, tornando impossível agendar.
Cosmópolis	Falta de vagas através da central de vagas da DRS VII
Hortolândia	Faltam vagas em UTI: adulto, neonatal, pediatria Dificuldade de exames de média e alta complexidade, para o procedimento cirúrgico
Jaguariúna	Deficiência na regulação Baixa oferta
Nova Odessa	Dificuldade em falar com a Central de Regulação da DRSVII (urgência) Número insuficiente de vagas principalmente de UTI
Paulínia	Numero de salas cirúrgicas inadequado
Santa Bárbara D'oeste	Baixa remuneração da tabela SUS
Santo Antonio de Posse	Uso do serviço de urgência (Pronto Socorro) pelos pacientes portadores de doenças que necessitam tratamento hospitalar e, não tendo acesso aos mesmos apresentam quadro de dor ou outros sinais e sintomas que requerem constantemente assistência. Complicações de saúde secundárias.
Sumaré	Central de Regulação da DRSVII funciona mal (ou não funciona); Hospital Estadual muito autônomo e pouco se relaciona com o município (não há diálogo sobre as necessidades e prioridades); Pouca integração do hospital da Unicamp nos processos de planejamento e pactuação regional; Atenção Básica ainda pouca resolutiva e, portanto, ainda é alto o número de internações sensíveis à atenção básica.
Campinas	Leitos insuficientes e falta de financiamento
Indaiatuba	Falta de vaga em hospitais do SUS; Falta de acesso à consulta em ambulatório;
Monte Mor	Dificuldade em conseguir leito via Central de Regulação; Déficit de RH, principalmente profissional médico, na Central de Regulação; Ausência de Equipamentos de Suporte para Assistência Especializada;
Pedreira	Falta de vagas
Valinhos	Falta de vagas ofertadas pela central de vagas.
Vinhedo	Falta de vagas
Itatiba	Falta de leitos hospitalares
Engenheiro Coelho	Falta de vagas

Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Os gestores de saúde foram ainda questionados quanto aos principais fatores que interferem de modo muito significativo e significativo no cumprimento de metas na assistência hospitalar, cujas respostas estão sintetizadas no Gráfico 19.

Pode-se observar que o principal elemento, indicado por 65% dos gestores, refere-se à não utilização de protocolos clínicos, provocando a má utilização dos leitos e da internação para a assistência, na medida em que os profissionais de saúde não conseguem abordar de modo clinicamente adequado os pacientes, levando ao agravamento do quadro clínico e à internação.

Em seguida é referida a falta de profissionais (50% dos gestores), a inexistência de programas de capacitação de recursos humanos (50% dos gestores) e a qualificação inadequada dos profissionais (40% dos gestores), ou seja, um conjunto de deficiências relacionado aos recursos humanos em saúde, das unidades hospitalares.

A área física inadequada é referida por 40% dos gestores e, 35% referem Central de Regulação deficiente ou inexistente, gestão hospitalar verticalizada e não operacionalização das comissões (óbito, ética, prontuário e CCIH).

Gráfico 19 - Principais Fatores que Interferem no Cumprimento de Metas de Qualificação Hospitalar, Segundo os Gestores Municipais de Saúde. RMC 2008



Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

Observação: Neste gráfico estão expressas apenas as opiniões dos Gestores Municipais de Saúde que consideraram os itens como interferindo de modo muito significativo e/ou significativo na qualificação da atenção hospitalar no município.

Por outro lado, quando indagados sobre as dificuldades para acompanhamento de contratos e convênios, estabelecidos com as unidades hospitalares, os gestores públicos de saúde indicam a falta de recursos humanos e equipe e, o despreparo dos técnicos para realizar os processos de acompanhamento (Quadro 6).

Quadro 6 - Dificuldades Apontadas pelos Gestores Municipais para Acompanhamento de Contratos e Convênios com as Unidades Hospitalares. RMC 2008

DRS	RS	Município	Dificuldades	
Campinas	Oeste VII	Artur Nogueira	Falta de infra-estrutura	
			Interlocução entre central de regulação e município precária	
		Cosmópolis	Falta de equipe	
			Anotações medicas deficientes	
		Jaguariúna	Déficit no detalhamento de despesas	
			Despreparo dos técnicos na informação de procedimentos	
			Falta de regulação	
			Sub notificação	
		Nova Odessa	Não temos dificuldades	
			Demora na prestação de conta pelos conveniados	
Santa Bárbara D'oeste	Equipe de avaliação insuficiente			
	Falta de informação			
Campinas	Campinas	Campinas	Dificuldades para agendar reuniões	
			Interferências políticas pontuais	
			Informações insuficientes (cartão SUS)	
			Pouca participação de usuários	
			Prestador discorda do gestor	
	Indaiatuba	Indaiatuba	Indaiatuba	Falta de componentes habilitados na unidade de avaliação e controle
				Falta de RH na vigilância para compor o grupo gestor
				Acessibilidade ao Prestador
				Ausência de Conselho qualificado
				Gestão hospitalar verticalizada
Monte Mor	Monte Mor	Monte Mor	Unidade de Avaliação e Controle inadequada	
			Nada a registrar	
			Custo	
			Falta de transparência pela rede hospitalar	
			UAC não tem equipe suficiente para acompanhamento eficaz	
Jundiaí	Itatiba	Itatiba		
Piracicaba	Limeira	Engenheiro Coelho		

Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

São referidos ainda problemas relacionados ao acesso inadequado à informação para realização do processo de gestão dos contratos e convênios e problemas pontuais de acesso aos prestadores.

Quanto às dificuldades relacionadas à Atenção Especializada de Média e Alta Complexidade é majoritária a indicação da falta de vagas, baixa oferta e alta demanda por procedimentos (Quadro 7).

QUADRO 7 - Dificuldades Apontadas pelos Gestores Municipais de Saúde no que se Refere à Atenção Especializada de Alta Complexidade Ambulatorial. RMC 2008

Município	Dificuldades Apontadas
Americana	Dificuldade de Oferta; Impossibilidade de acesso, principalmente aos municípios que conseguem maior amplitude na assistência; Falta de políticas / dificuldade para habilitação de serviços.
Artur Nogueira	Não há vagas suficientes.
Cosmópolis	Não temos alta complexidade no município.
Holambra	
Hortolândia	Dificuldades para realização de exames: Ureto Miccional, Eco Estress, Holter, Mapra, Cardioestimulação, Duplex, Eletroneuromiografia, Ecodopler Venoso, US Trans e biopsia.
Jaguariúna	Regulação deficiente; Excesso de demanda.
Nova Odessa	Dificuldade de vagas- formando demanda reprimida; Alguns exames estarem em municípios distantes da nossa região de saúde.
Paulínia	Oferta insuficiente na rede SUS; Oferta insuficiente na região.
Santa Bárbara d'Oeste	Oferta inexistente no município e Pouca oferta dos estabelecimentos referenciados
Santo Antônio de Posse	
Sumaré	Ausência de protocolos clínicos e/ou estratificação de risco, o que disfarça a demanda reprimida com solicitações desnecessárias, ou que impactem pouco no tratamento do paciente (muitas vezes para dar conta de solicitações de inclusão ou exclusão previdenciária); Regulação estadual focada no acesso, sem monitoramento periódico das demandas reprimidas, sem contratualização e/ou monitoramento dos contratos e convênios realizados; Grande pressão de consumo por procedimentos por parte dos usuários; Regulação estadual feita por vias de comunicação arcaicas (malotes mensais);
Sumaré	Baixa autonomia dada ao município para regular o acesso (regulação morosa e distante do solicitante e com pouco investimento no aprendizado e atualização); Desconhecimento da situação dos pacientes que entram nos serviços de alta complexidade (não termos filas para alguns procedimentos não implica resolatividade; não sabemos das filas internas)
Campinas	Pouca utilização de protocolos clínicos; Demanda reprimida em algumas áreas; Financiamento insuficiente.
Indaiatuba	Existe pouca oferta de vagas às especialidades como: ortopedia de alta complexidade, oncologia (radio, quimio e cirurgia oncológica), medicamentos oncológicos não padronizados pela rede de oncologia e oftalmologia de alta complexidade.
Monte Mor	Estrangulamento no acesso ao serviço seja por ausência de serviço, equipamento, e/ou informação.
Pedreira	Regulação ineficiente, N.º de vagas insuficientes para certos procedimentos.
Valinhos	Falta de oferta pela Central de Vagas.
Vinhedo	Poucas vagas
Itatiba	Falta implementação dos dados de alta complexidade em ortopedia
Engenheiro Coelho	Número insuficiente de procedimentos a disposição dos municípios.

Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP.

5.2. Problemas e fragilidades apontadas pela análise dos dados

Como já referido, além das fragilidades e problemas indicados diretamente pelos gestores de saúde, serão apontadas outras situações a partir da análise dos dados e informações coletadas.

Em primeiro lugar observa-se o peso **importante das instituições públicas e filantrópicas** na assistência hospitalar da região, com baixa participação do setor privado. Esta característica torna mais difícil implementar processos de reorganização da rede hospitalar dada a baixa autonomia dos gestores públicos no que se refere às unidades filantrópicas, requerendo elevação da sua capacidade de regulação e de controle dos mecanismos contratuais estabelecidos.

Além disso, detectou-se que os **poderes públicos municipais e estaduais compartilham a gestão das unidades hospitalares** integradas ao SUS, de modo que 32% dos leitos hospitalares (1.028) da região estão sob gestão estadual, incluindo os dois maiores hospitais da região, o HC da UNICAMP e o Hospital Estadual de Sumaré. Esta situação indica a necessidade de desenvolver processos de cooperação inter-gestores para o desenvolvimento de uma proposta adequada de reorganização da rede hospitalar da Região Metropolitana de Campinas.

Outra questão refere-se à **falta de leitos na região**, quando considerados os parâmetros da OPAS e do Ministério da Saúde e, também na comparação com os leitos disponíveis por habitante no Estado de São Paulo e do Brasil. No entanto, esta falta de leitos poderia ser minimizada na medida em que os encaminhamentos e as internações hospitalares fossem realizados de modo mais adequado, através da implantação de protocolos e linhas de cuidado, da qualificação da Atenção Básica e das Centrais de Regulação e, do desenvolvimento de processos adequados de regulação, avaliação e controle.

Por outro lado, seria possível pensar na expansão do número de leitos hospitalares, no entanto existem limitações de recursos SUS para o custeio de novos leitos, devido ao sub-financiamento do SUS em âmbito nacional e à não regulamentação da Emenda Constitucional 29.

Cerca de 50% (16) das unidades hospitalares da Região Metropolitana de Campinas são **hospitais de pequeno porte** com problemas de sustentabilidade. Desses 07 são públicos municipais e 08 filantrópicas, não sendo detectadas diferenças quanto ao perfil de morbidade atendida, exceto nas unidades especializadas como no caso da Sobrapar, Boldrini e Hospital Infantil André Luiz.

Como já indicado anteriormente, a grande maioria destas unidades realiza procedimentos de média complexidade para o SUS (exceto Sobrapar e Boldrini) e o faturamento cobre menos do que 50% dos seus gastos. No caso das unidades públicas as municipalidades contribuem com o restante dos recursos necessários e, no caso das unidades filantrópicas buscam atender clientela diferenciada, especialmente com planos privados de saúde e, muitas vezes, recorrem aos auxílios públicos ou comunitários para cobrir seus déficits acumulados.

No entanto, não foi possível identificar pelo diagnóstico realizado, outras informações que pudessem indicar formas de reorganização ou vocacionamento dessas unidades hospitalares, embora os princípios de economia de escala e escopo nos indiquem algumas ações que poderiam ser implantadas para barateamento de custos de infra-estrutura, como o fornecimento de serviços de limpeza, segurança, alimentação e hotelaria, entre outros.

Por outro lado, considerando as demandas reprimidas indicadas pelos gestores em saúde da RMC, seria razoável indicar como estratégia a especialização dessas unidades hospitalares (vocacionamento) e sua vinculação a unidades maiores, formando conglomerados e aplicando os princípios de economia de escala e de escopo.

Foram observadas ainda **formas organizacionais variáveis e contratos / convênios heterogêneos**, coexistindo a compra de serviços ao lado de contratos de gestão ou por metas pré-estabelecidas.

Neste aspecto, vale a pena ressaltar algumas experiências regionais que necessitam de maior aprofundamento em termos de gestão, financiamento, porte, âmbito de atuação e efetividade.

Uma primeira refere-se ao Hospital Estadual de Sumaré, que se constitui numa Organização Social (OS) administrada pela UNICAMP, possuindo funcionamento diferenciado na medida em que atende demanda apenas referenciada e contrato de metas com a SES – SP. Este hospital já foi reconhecido pela sua excelência várias vezes.

Outra experiência é a do CONSAÚDE, consórcio estabelecido entre as cidades de Pedreira, Holambra, Santo Antônio de Posse e Artur Nogueira na área de assistência hospitalar, considerado um dos melhores do Estado de São Paulo, segundo pesquisa de satisfação dos usuários do SUS em 2008.

Detectou-se também que a unidade Hospitalar de Jaguariúna é gerenciada por meio de uma OSCIP que mantém contrato de gestão com a prefeitura Municipal. Devem-se indicar ainda os contratos e os processos de regulação estabelecidos pela Prefeitura Municipal de Campinas, a partir de 1995 / 96, instituindo contratos globais com índices de qualidade e comissões gestoras com os hospitais filantrópicos sob sua gestão.

Alem disso, marcam presença na região importantes hospitais públicos estaduais e municipais de grande porte como o Hospital Universitário da UNICAMP e o Hospital Municipal Mário Gatti, uma autarquia municipal, com formas gerenciais diferenciadas.

No que se refere à **produção de internações**, observou-se que um volume significativo de cerca de 53% é produzido apenas por 06 unidades hospitalares sendo duas delas sob gestão estadual (HC Unicamp e Hospital Estadual de Sumaré) e quatro sob gestão municipal, de Campinas (Hospital Celso Pierro da PUC-Campinas, Hospital Municipal Mario Gatti e Maternidade de Campinas) e de Indaiatuba (Hospital Augusto de Oliveira Camargo).

Detectou-se ainda que as unidades Hospital Municipal Waldemar Tebaldi de Americana, Hospital Municipal de Santa Bárbara D'Oeste, Santa Casa de Valinhos, Hospital Municipal de Paulínia, Hospital Municipal Governador Mário Covas de Hortolândia e Santa Casa de Itatiba produzem em conjunto cerca de 22% das internações.

Em termos de distribuição geográfica, 51% das internações são realizadas em Campinas, 9% em Sumaré, 7% em Indaiatuba, 6% em Americana e 4% em Santa Bárbara D'Oeste, perfazendo 77% das internações.

Deste modo, a reorganização da rede hospitalar regional deve levar em conta não só as unidades hospitalares que concentram as internações, bem como os gestores (municipais e estadual) responsáveis por estas unidades.

Em termos de **perfil de morbidade atendida** por esta rede hospitalar, diferenciam-se os hospitais psiquiátricos e as unidades especializadas, como Boldrini, Sobrapar e Hospital André Luiz, uma vez que atendem a clientela específicas.

Todas as outras unidades hospitalares possuem perfil de atendimento muito semelhante não se diferenciando pelo porte do hospital, embora existam diferenças quanto à complexidade dos procedimentos realizados, uma vez que os hospitais de pequeno porte produzem procedimentos de média complexidade, enquanto os de grande porte realizam procedimentos de média e alta complexidade.

Ainda quanto à morbidade atendida, detectaram-se diferenças entre a clientela dos Municípios da Região Metropolitana de Campinas e dos Municípios extra RMC. Nesses últimos municípios a demanda principal ocorre nos grupos de Neoplasias e Doenças dos Aparelhos Geniturinário, Circulatório e Respiratório, enquanto nos Municípios da RMC os principais grupos de internação são: Gravidez, Parto e Puerpério e Doenças dos Aparelhos Respiratório, Digestivo e Circulatório.

Quanto ao **fluxo de internações**, a maioria (91%) origina-se dos municípios da Região Metropolitana de Campinas e apenas 9% de municípios de fora da região, sendo 7,6% de outros municípios do Estado de São Paulo e 1,4% de municípios de outras Unidades Federadas.

Em termos das unidades hospitalares apenas 05 possuem mais de 20% das respectivas demandas originadas fora da RMC. Dessas unidades, a maioria (4) refere-se a hospitais com clientela diferenciada e apenas o Hospital das Clínicas da UNICAMP apresenta um percentual de cerca de 25% de internações originadas de municípios que não pertencem à RMC.

Estas características nos indicam que seria possível disponibilizar mais leitos de internação para os Municípios da Região Metropolitana de Campinas, contanto que as demandas extra-RMC pudessem ser redirecionadas para demais regiões de saúde. No entanto, deve-se levar em conta também a centralidade da RMC e do Município de Campinas para as Redes de Atenção à Saúde do conjunto de Regiões de Saúde do DRS Campinas.

A análise das informações acerca do **acesso e das formas de pactuação** para atendimento de demandas intermunicipais indica a fragilidade dos mecanismos de regulação, no que se refere às pactuações estabelecidas na PPI, na medida em que as pactuações realizadas nos CGRs são citadas com grande importância para atendimento dessas demandas.

Por outro lado, a indicação de demandas espontâneas, por um número elevado de gestores e, de baixa utilização de contratos de gestão, ao lado das dificuldades referidas pelos gestores para o acompanhamento de contratos e convênios, indicam que os instrumentos e processos utilizados, quando utilizados, para a regulação dos contratos são inadequados e ineficazes.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Inicialmente é possível afirmar que apesar da estruturação da RMC, da implantação do Pacto de Saúde e da implementação do processo de regionalização, com a organização dos CGRs, não foram detectados processos e estruturas adequados e permanentes de planejamento e tomada de decisões para reorganização da Rede de Atenção à Saúde na RMC, incluindo a assistência prestada pela rede hospitalar. Ou seja, o foco continua sendo o município que busca nas instâncias regionais formas, mecanismos e recursos para atendimento de suas demandas. Por outro lado, a baixa capacidade técnica e organizacional

do DRS Campinas não permite dispor de estrutura e pessoal técnico de apoio ao desenvolvimento das responsabilidades das instâncias regionais, seja dos CGRs, seja da Câmara Temática de Saúde da RMC.

Neste sentido, as opiniões dos gestores municipais acerca dos projetos de expansão da Rede Hospitalar regional são ilustrativas (Quadro 8) na medida em que demonstram a preocupação centrada no município, na tentativa sempre de ampliar a autonomia de sua Rede de Atenção. Poucos apontam propostas que consideram a região.

Quadro 8 – Projetos de Expansão da Atenção Hospitalar Segundo os Gestores Municipais de Saúde. RMC 2008.

DRS	RS	Município	Projetos de Expansão
Campinas	Oeste VII	Americana	Construção do hospital-dia Municipal
		Artur Nogueira	Há projeto de ampliação de vagas e complexidades através do Consaúde (consórcio intermunicipal)
		Hortolândia	Projeto de Ampliação de espaço físico e procedimentos em médio prazo
		Jaguariúna	Criação da enfermaria de Pediatria
		Paulínia	Reforma e ampliação do HMP
		Santo Antônio de Posse	1) O Pró-Santa Casa, realizado em parceria com municípios do Colegiado Oeste 7 está resolvendo vários casos que aguardavam resolução há bastante tempo. 2) O CONSAÚDE - consorcio entre Santo Antonio de Posse, Pedreira, Holambra e Artur Nogueira deu solução para os casos de média complexidade em obstetrícia, internações clínicas e pediatria.
		Sumaré	Espero que a discussão amadureça com a realização de um plano regional de saúde (para os 11 municípios da CGR Oeste).
	Campinas	Campinas	Abertura do complexo hospitalar Ouro Verde; ampliação de leitos de UTI Neonatal no HMCP-PUC Campinas
		Indaiatuba	Implantar rede de oncologia para quimioterapia
		Monte Mor	Está em andamento um projeto, juntamente com o Estado para constituição de Leitos Virtuais para retaguarda, porém aguardamos posicionamento do Estado.
		Pedreira	Ampliação dos leitos do CONSAÚDE
		Vinhedo	Credenciamento do município para alta complexidade
	Jundiaí	Itatiba	Santa Casa de Misericórdia de Itatiba está em reforma
Piracicaba	Limeira	Engenheiro Coelho	Pro-Santa Casa

Fonte: PESS / NEPP / UNICAMP

O estudo realizado na Fase I do presente projeto já indicava a necessidade de elaborar um planejamento de caráter regional, no sentido de otimizar os recursos e garantir a qualidade da atenção ofertada, apontando como possíveis alternativas:

- O estabelecimento de conglomerados hospitalares;
- Redistribuição de responsabilidades assistenciais entre as unidades componentes do sistema, o que exigiria uma definição prévia da vocação de cada uma; e,
- Redimensionamento do sistema de regulação de suporte.

Deste modo, uma primeira recomendação refere-se à urgência em se instituir um **processo regional de planejamento da Rede Hospitalar** envolvendo não apenas os gestores públicos de saúde, mas os gerentes dessas unidades, de modo a comprometê-los com um plano regional de reorganização da rede hospitalar. Este processo deve ser implementado também para os serviços de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, geralmente alocados nas unidades hospitalares tendo em vista que apresenta as mesmas fragilidades.

Outra questão refere-se à capacidade instalada de leitos e internações que, como já observado, pode ser redimensionada levando-se em conta um conjunto de estratégias, incluindo:

- Obter **ganhos de escala** e, portanto, aumento de produção com baixo custo (ou sem custos) através da reorganização e realocação dos Pontos de Atenção das Unidades Hospitalares, buscando vocacionar essas unidades;
- Implantar **protocolos clínicos e linhas de cuidado** de modo a qualificar os encaminhamentos para os serviços hospitalares, com diminuição de internações inadequadas por causas evitáveis e sensíveis à atenção básica, ou devidas a outros motivos inadequados;
- Reorganizar os processos e as **Centrais de Regulação**, visando diminuir os encaminhamentos e solicitações inadequadas de procedimentos e serviços;
- Organizar processos adequados de **regulação de contratos e convênios**, de modo a possibilitar o uso de instrumentos de gestão para o cumprimento de objetivos e metas estabelecidas com os gestores hospitalares. Estes instrumentos devem ainda expressar os acordos regionais na atenção hospitalar.

No que se refere aos hospitais de pequeno porte recomenda-se ainda o desenvolvimento de estratégias complementares, além do vocacionamento de unidades, relacionadas a obtenção de **economia de gastos**, através de ganhos de escala no que se refere aos serviços de suporte às unidades hospitalares incluindo: lavanderia, alimentação, limpeza, hotelaria, administração de recursos, entre outros; que poderiam ser organizados de modo centralizado no âmbito regional e ofertando serviços para várias unidades hospitalares.

Quanto ao acesso das demandas intermunicipais é necessário implementar um conjunto de ações que poderiam ser assumidas também em âmbito regional, de modo a minimizar custos e possibilitar a aquisição de capacidade técnica, que cada município individualmente dificilmente conseguiria alcançar, além de melhorar o acesso dos usuários do SUS. Neste sentido é possível desenhar estratégias que se referem a:

- **Organizar sistema de transporte de paciente** em âmbito regional visando facilitar o acesso dos usuários aos serviços localizados em outros municípios, com diminuição de custos do transporte e de absenteísmo;
- **Implementar sistema regional de identificação do usuário SUS** de modo a eliminar as internações e os procedimentos originados pelos serviços e portas dos próprios hospitais, sem a devida regulação;
- Organizar processos de **regulação dos encaminhamentos** para internações e realização de procedimentos de média e alta complexidade, visando minimizar desperdícios e solicitações inadequadas;

BIBLIOGRAFIA

BANNOCK G. et al. *The Penguin dictionary of economics*. Middlesex, Penguin Books. 1977

BRASIL. Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 11 maio 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Legislação sobre Média e Alta Complexidade*. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=824>. Acesso em: 10 maio 2010.

MARINHO, A. *Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no sistema único de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. (Texto para Discussão 1041). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1041.pdf. Acesso em: 15 jul. 2010.

PESS/NEPP/UNICAMP/SES SP. Projeto de Apoio à Regionalização da SES/SP. Campinas, SP: NEPP/UNICAMP, 2009.

PESS/NEPP/UNICAMP/AGEMCAMP. *Plano Metropolitano de Saúde*. Campinas, SP: NEPP/Unicamp, dezembro de 2008. (mimeo).

SELDON, A; PENNANCE, F. G. *Dicionário de economia*. 3ª ed. Trad. Nelson de Vicenzi. Rio de Janeiro, Bloch, 1977

ANEXO

Diagnóstico do Setor Saúde da Região Metropolitana de Campinas – Abril de 2007

Diagnóstico da Rede de Atenção Hospitalar

Em termos de capacidade instalada da Rede de Atenção Hospitalar da Região Metropolitana de Campinas, faz-se necessário, preliminarmente, observar a dificuldade em se obter dados atualizados, considerando não só a dinâmica dos hospitais quanto à oferta de leitos, mas também a morosidade presente na atualização e manutenção dos sistemas de informações hoje existentes.

É assim que, no presente estudo, foram utilizadas fontes diversas para a obtenção desses dados. Primeiramente, recorreu-se à aplicação de um questionário exploratório, junto a cada uma das 30 instituições hospitalares conveniadas ou contratadas pelo SUS, com o intuito de se obter uma caracterização geral de cada uma delas. Nessa etapa, obteve-se resposta de 60% (18) das instituições.

Em seguida, foram realizadas entrevistas com 28 dirigentes hospitalares¹⁶, em que se pôde melhor perceber os potenciais e as fragilidades de cada instituição, bem como a opinião desses dirigentes a respeito da organização do SUS na região.

O estudo se completou com o levantamento e análise de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESnet), do Ministério da Saúde, que se constitui, hoje, em uma das melhores fontes de dados, uma vez que possui a maior cobertura em termos de instituições de saúde que retornam dados, processados atualmente por meio digital e uso da Internet.

Entretanto, cabe ressaltar que os dados existentes nesse banco de dados foram atualizados em períodos diferentes, pelos gestores hospitalares, abrangendo os anos de 2003 a 2006, e atualizados no site – CNESnet - em 20 de março de 2007. Os dados contidos nesse site referem-se, principalmente, aos serviços integrados ao SUS, isto é, aos serviços públicos estatais e serviços privados, filantrópicos e lucrativos, que mantêm vínculo contratual com o SUS.

A partir dos dados coletados, uma primeira observação que pode ser feita, diz respeito aos leitos existentes e contratados pelo SUS e cadastrados no CNESnet do Ministério da Saúde. Nesse sentido, apresenta-se a Tabela 23, construída para possibilitar uma

¹⁶ Das 30 unidades hospitalares selecionadas, 28 se dispuseram a ser entrevistadas.

comparação entre os leitos existentes na Região Metropolitana de Campinas, na Região Metropolitana de Curitiba e no Estado de São Paulo.

Tabela 23

N.º de leitos hospitalares, existentes e conveniados ao SUS (*) por 1.000 habitantes, em unidades territoriais selecionadas – RMC, RMCuritiba e Estado de São Paulo

	RMC	Leitos/ mil hab.	R.M. Curitiba	Leitos mil hab.	Estado de São Paulo	Leitos/ mil hab.
População- 2006	2.620.909		3.261.167		41.055.761	
Leitos						
Leitos existentes total	5.344	2,04	9.761	2,99	106.593	2,60
Leitos SUS (100% pop)	3.204	1,22	6.590	2,02	68.567	1,67
Leitos SUS (70% pop)	3.204	1,75	6.590	2,89	68.567	2,39
Leitos clínicos e cirúrgicos total	2.864	1,09	4.931	1,51	53.118	1,29
Leitos clínicos e cirúrgico SUS	1.544	0,59	2.953	0,91	30.787	0,75
Leitos UTI existente	600	0,23	765	0,23	10.267	0,25
Leitos UTI SUS	281	0,11	477	0,15	5.383	0,13

Fonte: DATASUS/MS. Tabulação PESS/NEPP/ UNICAMP
 (*) – Consideradas as unidades de internação integradas ao SUS.

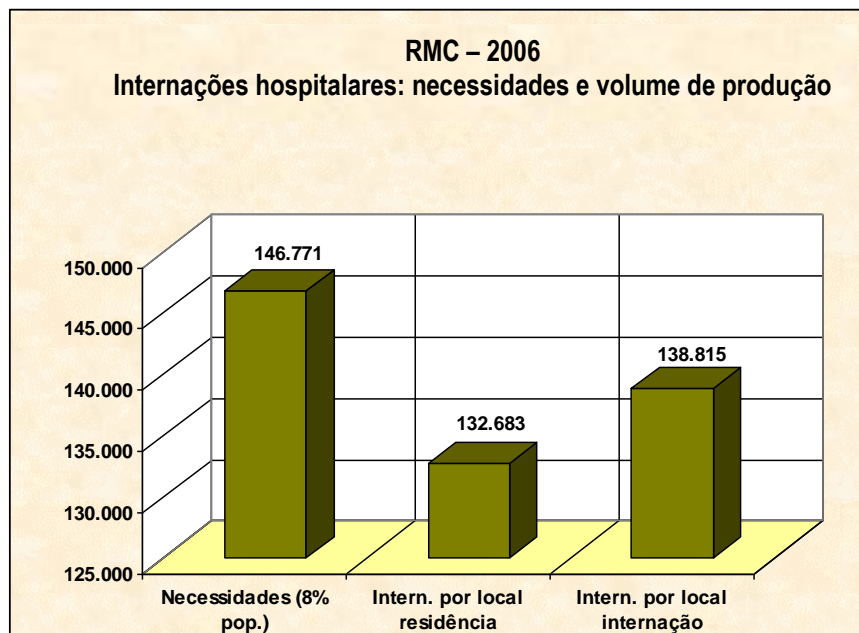
Verifica-se que a Região Metropolitana de Campinas, além de possuir um volume de leitos totais por mil habitantes abaixo do preconizado pelos parâmetros do Ministério da Saúde (PTMS n.º1101/2002 – 2,3 a 3 leitos por mil habitantes), possui indicadores menores quando comparada à Região Metropolitana de Curitiba e ao Estado de São Paulo.

Quando se considera a população SUS dependente (70% da população), observa-se que essa situação na Região Metropolitana de Campinas é mais crítica, uma vez que a região possui apenas 1,75 leitos por mil habitantes, com um déficit de mais de 30% de leitos hospitalares no SUS. Esse déficit reflete-se, obviamente, no volume de internações hospitalares SUS, que se apresenta abaixo das necessidades preconizadas.

Quando se consideram as internações segundo o local de residência (residentes da RMC internados em municípios da própria região), o volume de internações apresenta-se 11% abaixo do esperado. Já quando se consideram as internações segundo o local de internação

(residentes da RMC internados em qualquer município), esse volume apresenta-se 6% abaixo do esperado. Isto pode ser observado no Gráfico 09.

Gráfico 09



Fonte: DATASUS/MS. Tabulação PESS/NEPP/UNICAMP

Quanto ao volume de internações realizadas, observa-se na Tabela 24 também um menor volume total de internações por mil habitantes, na comparação com o Estado de São Paulo e Região Metropolitana de Curitiba.

Tabela 24

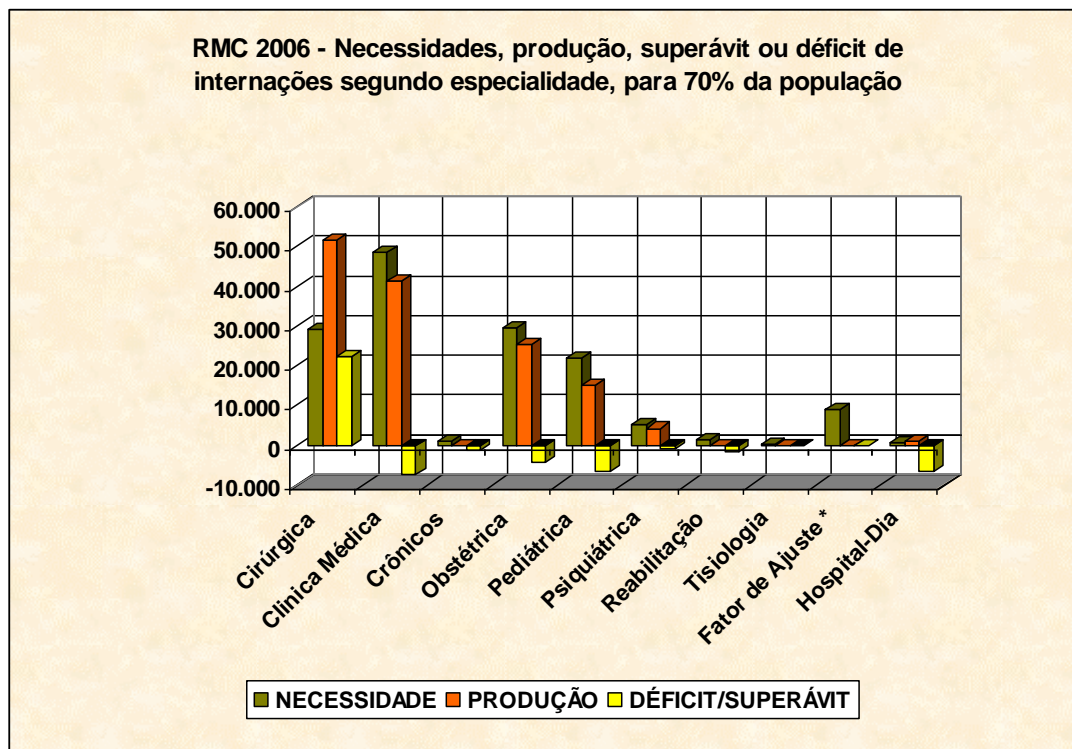
Comparação de Internações Hospitalares realizadas pelo SUS em 2006, por especialidades, em unidades territoriais selecionadas – RMC, RM Curitiba e Estado de São Paulo

Especialidades	RMC	Internações por 1.000	R.M. Curitiba	Internações por 1.000	Estado de São Paulo	Internações por 1.000
Cirúrgica	51.574	19,68	99.086	30,38	762.449	18,57
Clinica Médica	41.225	15,73	52.460	16,09	733.836	17,87
Crônicos	0	0,00	0	0,00	5.207	0,13
Obstétrica	25.539	9,74	36.398	11,16	442.662	10,78
Pediátrica	15.263	5,82	21.129	6,48	255.213	6,22
Psiquiátrica	4.261	1,63	10.431	3,20	73.465	1,79
Reabilitação	0	0,00		0,00	193	0,00
Tisiologia	18	0,01	381	0,12	3.990	0,10
Hospital-Dia	935	0,36	5.722	1,75	5.483	0,13
TOTAL	138.815	52,96	225.607	69,18	2.282.498	55,60

Fonte: DATASUS/MS. Tabulação PESS/NEPP/UNICAMP

Paralelamente, comparando-se as internações necessárias e realizadas, por especialidades, na Região Metropolitana de Campinas (Gráfico 10), detectam-se déficits importantes em Clínica Médica, Pediatria, Obstetrícia e Hospital-Dia.

Gráfico 10



Fonte: DATASUS/MS. Tabulação PESS/NEPP/UNICAMP

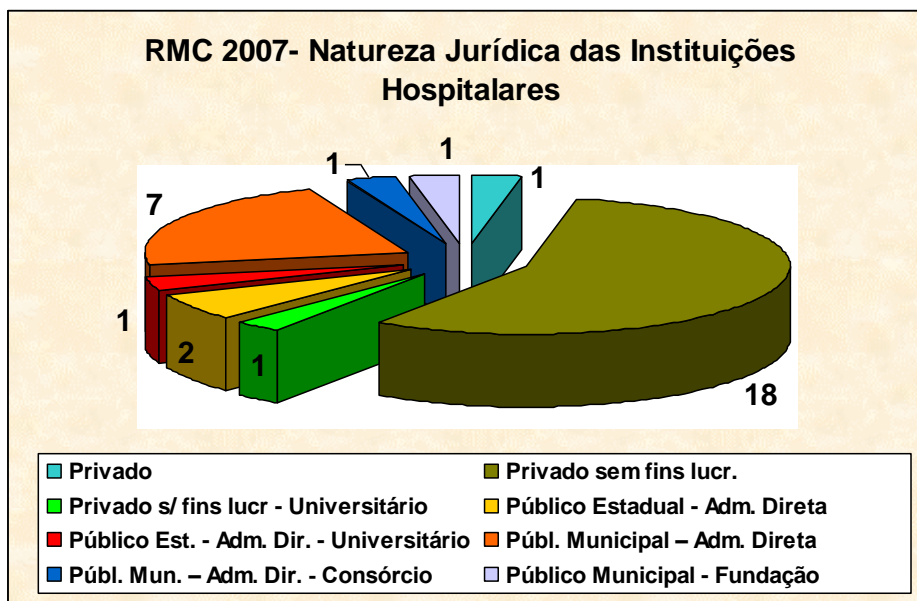
Considerando a natureza jurídica das 32 unidades hospitalares que possuem leitos SUS na região, conforme apresentado na Tabela 25, pode-se observar que 20 (65%) são privadas e 13 (35%) são públicas. Dentre as instituições privadas, 18 (95%) são sem fins lucrativos e, das instituições públicas, 03 (23%) são vinculadas ao governo estadual e 10 (77%) aos governos municipais, conforme Gráfico 11.

Tabela 25
RMC 2007 - Caracterização dos hospitais que oferecem serviços ao SUS

Município	Hospital	Natureza Jurídica	Total Leitos	Leitos SUS	Cadastro CNESnet
Americana	1. H. Municipal Dr. Waldemar Tebaldi	Público Municipal - Fundação	114	101	16/02/2007
Americana	2. Hospital Infantil André Luiz	Público Municipal – Adm.Direta	30	30	22/02/2007
Americana	3. H. São Francisco – Irmandade de Misericórdia	Privado sem fins lucrativos	90	46	13/01/2006
Americana	4. Seara Hospital Psiquiátrico	Privado sem fins lucrativos	200	200	25/02/2003
A.Nogueira	5. H. e Maternidade de Artur Nogueira	Público Municipal – Adm. Direta	8	8	09/03/2007
Campinas	6. Instituto Penido Burnier	Privado	18	18	30/09/2004
Campinas	7. Caism Unicamp	Público Estadual -Adm. Direta	134	134	25/02/2003
Campinas	8. Sobrapar Campinas	Privado sem fins lucrativos	19	19	25/02/2003
Campinas	9. Centro Infantil de Investigação Hematológica Boldrini	Privado sem fins lucrativos	77	60	25/02/2003
Campinas	10. Maternidade de Campinas	Privado sem fins lucrativos	281	157	25/07/2003
Campinas	11. Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	Privado sem fins lucrativos	112	112	25/02/2003
Campinas	12. Hospital das Clinicas da UNICAMP	Público Estadual – Adm. Direta – Universitário	550	550	25/02/2003
Campinas	13. Hospital Irmãos Penteado	Privado sem fins lucrativos	133	41	25/07/2003
Campinas	14. H. Maternidade Celso Pierro	Privado sem fins lucrativos – Universitário	268	233	25/02/2003
Campinas	15. H. Municipal Dr. Mário Gatti	Público Municipal - Adm. Direta	188	188	25/02/2003
Campinas	16. H. Albert Sabin	Privado sem fins lucrativos	144	56	25/02/2003
Campinas	17. Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	Privado sem fins lucrativos	92	42	25/02/2003
Cosmópolis	18. H. Beneficente Sta. Gertudres	Privado sem fins lucrativos	67	57	03/06/2004
Hortolândia	19. H. Maternidade Municipal Gov. Mário Covas	Público Municipal – Administração Direta	68	68	16/03/2005
Indaiatuba	20. Instituto Indaiá OSCIP	Privada sem fins lucrativos	200	200	25/02/2003
Indaiatuba	21. H. Augusto de Oliveira Camargo	Privado sem fins lucrativos	153	91	13/09/2003
Itatiba	22. Santa Casa de Itatiba	Privado sem fins lucrativos	98	68	25/07/2003
Jaguariuna	23. H. Municipal Walter Ferrari	Público Municipal – Adm. Direta	65	52	25/07/2003
Monte Mor	24. Assoc. Hospital Beneficente Sagrado coração de Jesus	Privado sem fins lucrativos	45	38	25/02/2003
N. Odessa	25. H. Maternidade de Nova Odessa	Público Municipal – Adm. Direta	42	42	25/07/2003
Paulínia	26. H. Municipal de Paulínia	Público Municipal – Adm. Direta	88	88	25/02/2003
Pedreira	27. H. Maternidade Humberto Piva	Público Municipal – Adm. Direta Consórcio	55	45	16/04/2007
S B D'Oeste	28. H. Santa Bárbara	Privado sem fins lucrativos	114	84	27/03/2007
Sumaré	29. H. Estadual de Sumaré	Público Estadual – Adm. Direta	220	220	14/04/2007
Sumaré	30. H. Conceição Imaculada	Privado sem fins lucrativos	10	10	23/12/2004
Valinhos	31. Irmandade S. Casa Misericórdia de Valinhos	Privado sem fins lucrativos	118	87	02/02/2005
Vinhedo	32. Santa Casa de Vinhedo	Privado sem fins lucrativos	102	57	03/09/2003
TOTAL			3.903	3.202	

Fonte: DATASUS/MS. Tabulação PESS/NEPP/UNICAMP

Gráfico 11

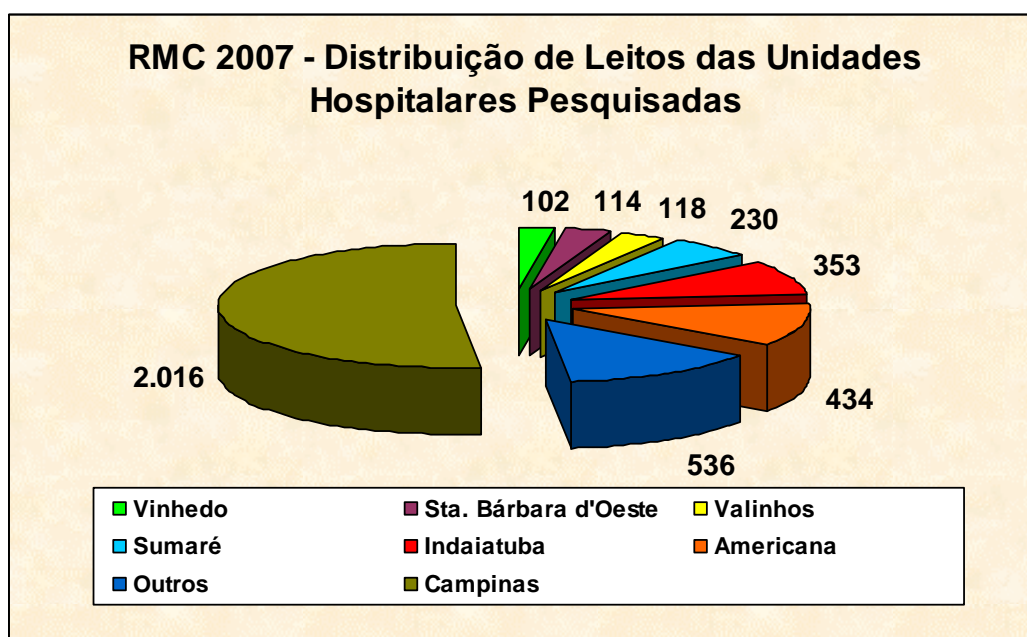


Fonte: CNESnet/ DATASUS/ MS. Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

Quando se analisa a distribuição territorial dessas unidades, observa-se que 12 (37%) unidades hospitalares estão concentradas em Campinas, 04 (12%) em Americana, 02 (6%) em Sumaré, 2(6%) em Indaiatuba e as 12 restantes, uma em cada município. As cidades de Holambra, Engenheiro Coelho e Santo Antônio de Posse não possuem hospitais.

No que se refere à distribuição territorial de leitos hospitalares, observa-se que Campinas concentra 52% dos mesmos e Americana, Indaiatuba e Sumaré concentram, em conjunto, outros 26% (Gráfico 12).

Gráfico 12



Fonte: CNESnet / DATASUS/MS. Tabulação PESS/NEPP/UNICAMP

Quanto ao porte dessas unidades hospitalares, observa-se que 16 (50%) possuem menos de 100 leitos, 10 (31%) possuem de 100 a 200 leitos e, apenas 06 (19%), possuem mais de 200 leitos. Esse último grupo concentra cerca de 44% (1.719) dos leitos hospitalares.

Apresenta-se a seguir, a análise construída a partir das informações obtidas junto aos dirigentes das unidades hospitalares que compuseram o universo deste estudo. Buscando facilitar o entendimento e respeitar a grande heterogeneidade dessas unidades, esta apresentação é feita observando-se a divisão dessas unidades por porte e/ou especificidade.

Hospitais psiquiátricos

Nos 19 municípios da Região Metropolitana de Campinas, encontramos hoje três hospitais psiquiátricos que juntos, segundo o DATASUS, disponibilizam 512 leitos, concentrados nos municípios de Campinas (112), Americana (200) e Indaiatuba (200). Esses hospitais são privados, sem fins lucrativos. Dois são considerados de grande porte e um de médio porte. Isto pode ser observado na Tabela 26.

Tabela 26
RMC 2007 – Caracterização das Unidades Hospitalares Psiquiátricas

Município	Hospital	Natureza Jurídica	Total Leitos	Leitos SUS
Americana	Seara Hospital Psiquiátrico	Privado sem fins lucrativos	200	200
Campinas	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira	Privado sem fins lucrativos	112	112
Indaiatuba	Instituto Indaiá	OSCIP	200	200
TOTAL			512	512

Fonte: DATASUS/MS. PESS/NEPP/UNICAMP. Dados da pesquisa “Elaboração do Diagnóstico do Setor saúde da RMC”

Embora não haja dados mais consistentes sobre a utilização de leitos dos hospitais gerais por pacientes psiquiátricos na Região Metropolitana de Campinas, dois dos dirigentes entrevistados, referiram existir na região um número insuficiente de vagas para internação.

Cabe ressaltar que este estudo focalizou apenas os dados dos hospitais psiquiátricos da Região Metropolitana de Campinas, já que o diagnóstico da rede de atenção em saúde mental não se constituiu em objeto de investigação. No entanto, os dirigentes dos hospitais psiquiátricos, quando entrevistados, fizeram inúmeras referências ao atual modelo de atenção e ao cuidado em saúde mental, apontando como importantes fragilidades:

- Ausência de diretrizes políticas em saúde mental na região;
- Desconsideração dos dados epidemiológicos existentes em saúde mental, por parte dos dirigentes e profissionais do SUS;
- Número de vagas insuficiente em todos os serviços existentes na região;
- Carência de equipamentos e projetos para crianças e adolescentes;
- Carência de equipamentos e projetos para dependentes químicos;
- Ausência de articulação entre os serviços de saúde mental, serviços de saúde em geral e rede social de suporte;
- Ausência de processos de avaliação dos serviços de saúde mental regionais;
- Discordância entre os critérios técnicos dos hospitais e da DRS VII;
- Divergências quanto aos critérios de internação entre os hospitais, prontos-socorros e SAMU;
- Desperdício de recursos financeiros em relação aos contratos celebrados entre algumas prefeituras e clínicas particulares para o tratamento de dependentes químicos;
- Não utilização de protocolos nos hospitais psiquiátricos;
- Existência de conflitos entre os diversos serviços, e entre profissionais da área, quanto a condutas terapêuticas.

Como sugestões para o enfrentamento das dificuldades acima apontadas, os entrevistados sugeriram a criação de fóruns de discussão sobre saúde mental e regionalização dos serviços; e a elaboração de diretrizes específicas para a saúde mental.

Hospitais de pequeno porte

Conforme pode ser observado, a Região Metropolitana de Campinas possui um número grande de hospitais com menos de 100 leitos (16 unidades), conforme mostra a Tabela 26. Dessas unidades, 09 são de natureza jurídica privada, das quais 08 sem fins lucrativos e 07 são públicas municipais. Atualmente, duas dessas unidades não funcionam como hospitais: o Hospital e Maternidade de Artur Nogueira e o Hospital Conceição Imaculada de Sumaré, oferecendo apenas serviços de urgência / emergência, como prontos-socorros municipais (Tabela 27).

Tabela 27
RMC 2007 – Caracterização das Unidades Hospitalares de Pequeno Porte

Município	Hospital	Natureza Jurídica	Total Leitos	Leitos SUS
Americana	Hospital Infantil André Luiz	Público Municipal – Administração Direta	30	30
Americana	H. São Francisco – Irmandade de Misericórdia	Privado sem fins lucrativo	90	46
Artur Nogueira	H. e Maternidade de Artur Nogueira	Público Municipal – Administração. Direta	8	8
Campinas	Instituto Penido Burnier	Privado	18	18
Campinas	Sobrapar Campinas	Privado sem fins lucrativo	19	19
Campinas	Centro Infantil Invest. Hemat. Dr. D. A. Boldrini	Privado sem fins lucrativo	77	60
Campinas	Real Sociedade Portuguesa de Beneficência	Privado sem fins lucrativo	92	42
Cosmópolis	H. Beneficente Sta. Gertudres	Privado sem fins lucrativo	67	57
Hortolândia	H. Maternidade Municipal Gov. Mário Covas	Público Municipal – Administração Direta	68	68
Itatiba	Santa Casa de Itatiba	Privado sem fins lucrativo	98	68
Jaguariuna	H. Municipal Walter Ferrari	Público Municipal – Administração Direta	65	52
Monte Mor	Assoc. H. Benef. Sagrado Coração de Jesus	Privado sem fins lucrativo	45	38
Nova Odessa	H. Maternidade de Nova Odessa	Público Municipal – Administração Direta	42	42
Paulínia	H. Municipal de Paulínia	Público Municipal – Administração Direta	88	88
Pedreira	H. Maternidade Humberto Piva	Público Municipal – Administração Direta - Consórcio	55	45
Sumaré	H. Conceição Imaculada	Privado sem fins lucrativo	10	10
		TOTAL	872	691

Fonte: CNESnet/ DATASUS/ MS. Tabulação PESS/NEPP/UNICAMP

Quanto às unidades hospitalares privadas, duas encontram-se sob intervenção municipal, portanto mantidas com recursos próprios municipais, e as restantes possuem contrato com o SUS com base em procedimentos ou contratos com valores globais fixos. Nesse aspecto a maior crítica dos dirigentes hospitalares refere-se aos valores desatualizados da tabela SUS, ou seja, à não atualização dos valores contratuais há vários anos e à inadequação do contrato por procedimentos. Muitos indicam como alternativas a contratação global e a definição clara de formas de reajuste dos contratos.

Nas unidades hospitalares públicas, foram observadas formas diferenciadas de administração e financiamento: a) gerenciamento de unidade através de consórcio, como o estabelecido entre os municípios de Pedreira, Holambra, Santo Antônio de Posse e Artur Nogueira (CONSAÚDE); b) gerenciamento por meio de contrato de gestão, como o do Hospital Municipal de Hortolândia, administrado através de convênio com a UNICAMP; e c) gerenciamento de unidade por meio de uma OSCIP, como o do Hospital Municipal Walter Ferrari de Jaguariúna, que também possui contrato de gestão com a prefeitura municipal.

Essas experiências com unidades hospitalares municipais são muito recentes, carecendo de maior acompanhamento para avaliar seus resultados, bem como os elementos

inovadores que podem resultar em melhorias das formas de financiamento da rede de atenção hospitalar.

De um modo geral, o faturamento com os procedimentos produzidos para o SUS chega a cobrir menos de 50% dos gastos dessas unidades hospitalares, o que acaba por exigir a participação das municipalidades com recursos próprios e/ou o atendimento a convênios privados, para equilíbrio dessas instituições hospitalares, quando privadas. Nesse aspecto, é possível compreender os reclamos dos prefeitos com relação aos gastos crescentes com a atenção de média complexidade.

Devido a essa situação, muitas unidades hospitalares desenvolvem expedientes para busca de recursos para investimentos em infra-estrutura e custeio, junto a parlamentares das três esferas de governo.

Apresentam-se a seguir, as principais características e fragilidades referentes aos hospitais de pequeno porte, detectadas através do presente estudo:

- A grande maioria dessas unidades realiza atendimentos de média complexidade ambulatorial e hospitalar, exceto o Centro Boldrini que oferece serviços de alta complexidade especialmente em neurocirurgia;
- Grande parte dessas unidades oferece atividades de internação e SADT, e um percentual menor oferece atividades ambulatoriais e de urgência / emergência;
- Há variabilidade na vinculação contratual com os gestores municipais e estadual, dependendo do tipo de atividade oferecida (internação, ambulatório, SADT e urgência), embora a maioria das unidades possua vínculos com o poder municipal;
- A maioria das unidades não possui protocolos clínicos definidos e implantados;
- Na quase totalidade dessas unidades, grande parte das internações origina-se do atendimento realizado na “porta” do hospital (ambulatório ou pronto-socorro), com precariedade dos mecanismos de relacionamento com a rede pública de serviços;
- Muitas unidades referem fraca articulação com os gestores do SUS, tanto municipais quanto estadual, embora o relacionamento com a prefeitura seja considerado bom por cerca de 50% dos dirigentes;
- Um dado muito presente nas entrevistas com os dirigentes diz respeito ao sucateamento das instalações e equipamentos dessas unidades;
- Os leitos de observação de urgência e emergência possuem taxa de ocupação mais elevada que os leitos de internação;

- O gerenciamento das unidades é pouco profissionalizado, contando com técnicos que conhecem pouco as características do SUS;
- A existência de dificuldades para contratação de médicos e de pessoal de enfermagem, especialmente devido aos níveis de remuneração;
- A existência de um quadro de enfermagem pequeno e com qualificação inadequada na maioria das unidades.
- Detectou-se que grande parte das unidades possui projetos de expansão e/ou atualização tecnológica, especialmente dos centros cirúrgicos e dos prontos-socorros.

Foi referido pela maioria dos dirigentes hospitalares entrevistados, que há potencial e interesse em ofertar mais serviços ao SUS.

Hospitais de médio porte

Na Região Metropolitana de Campinas, existem 10 unidades hospitalares de médio porte integradas ao SUS, com 100 a 200 leitos por unidade. Destas, 07 são privadas sem fins lucrativos e 03 são públicas, das quais 02 municipais e 01 estadual. Uma das unidades, de natureza privada sem fins lucrativos, encontra-se sob intervenção do gestor público municipal. Esse grupo concentra 1200 leitos, sendo 839 (70%) voltados ao SUS. Um número significativo dessas unidades (50%) está localizado em Campinas, e as restantes em municípios mais populosos da Região Metropolitana de Campinas (Tabela 28).

Tabela 28
RMC 2007 – Caracterização das Unidades Hospitalares de Médio Porte

Município	Hospital	Natureza Jurídica	Total Leitos	Leitos SUS
Americana	H. Municipal Dr. Waldemar Tebaldi	Público Municipal - Fundação	114	101
Campinas	Caism Unicamp	Público Estadual – Administração Direta	134	134
Campinas	Hospital Irmãos Penteado	Privado sem fins lucrativo	133	41
Campinas	H. Municipal Dr. Mário Gatti	Público Municipal – Administração Direta	188	188
Campinas	H. Albert Sabin	Privado sem fins lucrativo	144	56
Indaiatuba	H. Augusto de Oliveira Camargo	Privado sem fins lucrativo	153	91
S.B. D'Oeste	H. Santa Bárbara	Privado sem fins lucrativo	114	84
Valinhos	Irmandade Sta. Casa Miericórdia de Valinhos	Privado sem fins lucrativo	118	87
Vinhedo	Santa Casa de Vinhedo	Privado sem fins lucrativo	102	57
		TOTAL	1.200	839

Fonte: CNESnet/DATASUS/ MS. Tabulação PESS/ NEPP/ UNICAMP

Em termos de especialização, observa-se uma unidade direcionada ao atendimento da população feminina (Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, da UNICAMP), e outra que atua preferencialmente na atenção a urgências/emergências (Hospital Municipal Mário Gatti), ambas com abrangência regional. As restantes constituem-se em hospitais gerais atendendo a demandas, principalmente, dos respectivos municípios.

De modo geral, a vinculação contratual ao SUS é considerada inadequada pelos dirigentes hospitalares, seja dos hospitais públicos, seja dos privados, em que pese os primeiros possuírem suas folhas de pagamento de pessoal garantidas pelos respectivos gestores públicos.

Os recursos originados do faturamento SUS cobrem de 30% a 50% dos gastos dos hospitais privados e cerca de 50% a 70% dos gastos das unidades públicas. A principal reclamação dos dirigentes hospitalares refere-se à tabela de pagamento do SUS, considerada defasada pela maioria. Além disso, referem também como dificuldade financeira a ausência de revisão periódica dos tetos e dos valores contratuais.

Devido a essa situação, algumas unidades, principalmente as sem fins lucrativos, recebem recursos de subvenções, periodicamente, seja dos governos municipais, seja do governo estadual.

Nesses aspectos, alguns dirigentes hospitalares formulam propostas para solucionar esses estrangulamentos, incluindo:

- Revisão periódica da tabela SUS e dos contratos;
- Oferecimento, pelos gestores públicos de saúde, de uma rede de prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos, a custos da tabela SUS, de modo que as unidades hospitalares não arquem com os déficits decorrentes dos custos de mercado desses procedimentos;
- Cobrança dos atendimentos aos usuários com convênios ou seguros de saúde;
- Inserção, nos convênios e contratos globais, de incentivos relacionados a qualidade e complexidade dos atendimentos prestados;
- Remuneração da alta complexidade por procedimentos, com valores justos;
- Remuneração do trabalho médico a preços de mercado.

Mais de 70% das demandas dessas unidades originam-se da procura espontânea das respectivas portas do hospital, especialmente dos pronto-socorros próprios. Exceto no caso da Santa Casa de Valinhos, que não possui porta própria, e cuja demanda é referenciada pelo serviço de urgência e emergência municipal.

A grande maioria dessas unidades hospitalares possui protocolos clínicos de uso interno. Entretanto tais instrumentos não foram acordados com a rede pública de serviços do

SUS. Essa situação foi detectada inclusive nos hospitais públicos, denotando a falta de integração entre as redes de serviços.

As unidades possuem planos e projetos de expansão, bem como de atualização tecnológica, mas dependem da busca de recursos externos para sua viabilização. Geralmente são citados como origem desses recursos tanto as instâncias gestoras do SUS (MS, SES-SP e SMS) quanto as emendas parlamentares e as doações de empresários locais. Observa-se, entretanto, que essas expansões não são decorrentes de discussões sobre as necessidades do sistema metropolitano de saúde.

Na ótica dos dirigentes hospitalares, a organização de redes metropolitanas é considerada uma boa solução para melhorar a utilização de recursos, contanto que as responsabilidades sejam adequadamente discutidas e distribuídas entre os municípios e os respectivos serviços.

Quanto ao relacionamento com os gestores públicos do SUS, foram detectadas dificuldades e críticas com relação aos três níveis de governo, embora os gestores municipais sejam mais bem avaliados pelos dirigentes hospitalares. Foram freqüentes ainda as críticas aos limites de relacionamentos com a DRS VII e a SES-SP.

Grande parte dos gestores hospitalares refere dificuldades de fixação e contratação de médicos, especialmente devido ao salário competitivo na Região Metropolitana de Campinas, mas também devido à preferência dos médicos, que buscam a realização de plantões sem vínculos mais fixos com os serviços.

Observa-se como exceção o Hospital Augusto de Oliveira Camargo, que refere boa fixação de médicos e possui tratamento administrativo diferenciado, ofertando, além de alguns benefícios, a possibilidade de participação dos médicos em conselho interno que discute os rumos do hospital. Além disso, essa unidade tem feito investimentos no âmbito do conforto médico.

Muitos dirigentes referem como solução a contratação de médicos através de pessoas jurídicas, especialmente de cooperativas.

Hospitais de grande porte

Considerando o grupo de grandes hospitais na Região Metropolitana de Campinas, observa-se a presença de 04 unidades privadas sem fins lucrativos, além de 02 unidades públicas estaduais. Estas unidades concentram 1.319 leitos, dos quais 1.160 (88%) estão vinculados ao SUS (Tabela 29).

Tabela 29 RMC 2007
Caracterização das Unidades Hospitalares de Grande Porte

Município	Hospital	Natureza Jurídica	Total de Leitos	Leitos SUS
Campinas	Maternidade de Campinas	Privado sem fins lucrativo	281	157
Campinas	HC da UNICAMP	Público Estadual – Administração Direta	550	550
Campinas	H. Maternidade Celso Pierro	Privado sem fins lucrativo – Universitário	268	233
Sumaré	H. Estadual de Sumaré	Público Estadual – Administração Direta	220	220
TOTAL			1.319	1.160

Fonte: CNESnet /DATASUS/MS. Tabulação PESS/NEPP/UNICAMP

Nesse grupo, destaca-se ainda a existência de duas unidades que se constituem em hospitais universitários (Hospital e Maternidade Celso Pierro, PUC-Campinas, e Hospital das Clínicas da UNICAMP), uma maternidade e um hospital geral.

Exceto a maternidade, as demais unidades possuem serviços cadastrados de alta complexidade em cardiologia, cirurgia vascular, ortopedia, transplantes e neurocirurgia. Esses serviços estão concentrados principalmente no Hospital das Clínicas da UNICAMP.

Em termos de vinculação contratual com o SUS, persistem diferentes situações, na medida em que há unidades vinculadas à gestão municipal e outras vinculadas à gestão estadual, dificultando o comando do SUS na Região Metropolitana de Campinas. Nesse aspecto, os modelos de contratos também são diferenciados, embora seja possível detectar uma tendência de estabelecer contratos de gestão com metas definidas. De qualquer modo, os recursos provenientes do SUS são considerados insuficientes, uma vez cobrem menos de 50% dos gastos dessas unidades.

Os Hospitais Universitários e o Hospital Estadual de Sumaré possuem rotinas, manuais e protocolos definidos, especialmente para a área médica. No entanto, são de uso interno, havendo poucas trocas com as demais redes de serviço do SUS na região.

Todas as unidades hospitalares referem haver potencial para expansão da oferta de serviços, principalmente de média e alta complexidade. Mas, para essa expansão, seria necessário rever os contratos e os tetos financeiros. Essas unidades possuem planos e projetos para concretizar esse crescimento, buscando, inclusive, a produção em escala adequada à infra-estrutura dos hospitais.

Mais de 50% das internações, nessas unidades, originam-se de centrais de vagas, e as restantes, dos respectivos prontos-socorros e ambulatórios, exceto no Hospital Estadual de Sumaré, que não possui porta de pronto-socorro.

Todos os dirigentes hospitalares consideram de fundamental importância a organização dos serviços de média e alta complexidade em nível regional, sugerindo que sejam implementadas propostas que levem em conta:

- a vocação das unidades de saúde, segundo áreas de responsabilidade, de modo a evitar sobre oferta de serviços e propiciar saúde financeira a todos;
- a necessidade de divisão de áreas e responsabilidades (distritos) de cada unidade hospitalar, segundo competências previamente definidas;
- o funcionamento das centrais de vagas e regulação que têm se mostrado inadequadas, levando ao estabelecimento de contatos diretos entre os hospitais.

No que se refere ao relacionamento com os gestores públicos, municipais ou estadual, geralmente é apontado que essa relação ocorre de modo formal, não sendo detectados processos de planejamento com enfoque regional. Normalmente os dirigentes hospitalares relacionam-se com o gestor público com o qual possuem contrato, não havendo espaços de participação em nível regional.

A maior parte dessas unidades não apresenta dificuldades para contratação de médicos, o que está relacionado, na percepção dos dirigentes, aos benefícios disponíveis, tais como: livre exercício da medicina em espaço próprio do hospital (no caso dos hospitais universitários), existência de retaguarda técnica de qualidade, acesso à informação e perspectivas de qualificação.

No âmbito da rede hospitalar em geral, os dirigentes entrevistados identificaram inúmeras limitações presentes no modelo de contrato com o SUS, constituídas pelos seguintes aspectos:

- A inadequação do teto contratado;
- A natureza global e fixa das modalidades de contrato, limitadas a metas operacionais, não incluindo metas de desempenho e metas gerenciais;
- O monitoramento frágil das ações e procedimentos de saúde providos pelas diversas unidades;
- A falta de processos e instrumentos eficazes para promover a integração dos serviços de saúde, tanto no nível intramunicipal, quanto no nível intermunicipal;
- A implantação de serviços não direcionados ao pactuado.

Para o enfrentamento dos problemas acima detectados, os dirigentes hospitalares apresentaram as seguintes sugestões:

- O estabelecimento de contratualização que inclua o gerenciamento direto dos recursos, de forma a agilizar a administração das unidades;
- A inclusão de metas de desempenho nos contratos.

O quadro acima descrito referente à rede de atenção hospitalar na Região Metropolitana de Campinas indica um conjunto de desafios a ser enfrentado, com destaque para:

- a formulação de novas formas de contratualização mais adequadas, apesar dos atuais limites financeiros do SUS, considerando-se os princípios de economia de escala inerentes a esse serviço;
- a organização da rede de atenção hospitalar na Região Metropolitana de Campinas, de acordo com a natureza das instituições, respectivas vocações e necessidades da população;
- a integração dessa rede de atenção com as demais redes assistenciais do sistema metropolitano de saúde.



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

NEPP

NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

Av. Albert Einstein, 1300

Campinas - SP - Brasil

CEP. 13083-852

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

FAX: (019) 3521-2140

E-mail: nepp@nepp.unicamp.br

Homepage: www.nepp.unicamp.br