UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade

***Regionalização da Assistência Hospitalar: estudo do fluxo e
demanda na região de Ribeirão Preto – SP, no ano de 2000***

Carlos Eduardo Menezes de Rezende

Ribeirão Preto – SP
2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade

***Regionalização da Assistência Hospitalar: estudo do fluxo e
demanda na região de Ribeirão Preto – SP, no ano de 2000***

Carlos Eduardo Menezes de Rezende

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Saúde na
Comunidade do Departamento de
Medicina Social da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto – USP

Nível: Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle
Rocha

Ribeirão Preto – SP
2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Rezende, Carlos Eduardo Menezes de
Regionalização da assistência hospitalar: estudo do
fluxo e demanda na região de Ribeirão Preto-SP, no ano de
2000.

81 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada ao
Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto - USP – Área de concentração: Saúde na
Comunidade.

Orientador: Yazlle Rocha, Juan Stuardo.

1. Saúde pública. 2. Serviços de saúde.
3. Regionalização da assistência hospitalar.

Data da defesa: 27 / 04 / 2004

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Aldaísa Cassanho Forster

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. José Carlos Seixas

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha pela orientação na elaboração deste trabalho e pelas oportunidades de contato e aprendizado na gestão dos sistemas de saúde, em particular o SUS.

Ao Departamento de Medicina Social da FMRP-USP pelo convívio com professores e funcionários. Carinho especial por Carolina, Mônica Regina e Solange.

A Rosane Monteiro pela amizade, pela oportunidade de trabalho conjunto e pelo auxílio no banco de dados.

Ao amigo Leon Markman, companheiro que compartilhou comigo sua bagagem sociológica e foi fonte de motivação.

Aos meus pais Maria e Eduardo e a meu irmão Luis Eduardo e sua esposa Cristiane pelo apoio inquestionável.

À minha esposa Katarzyna pelo apoio, carinho e perspectivas de nova etapa de vida.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUÇÃO	9
1.1. Considerações sobre o sistema de saúde brasileiro e a regionalização	12
1.2. Compreendendo a regionalização da assistência à saúde e sua presença no Sistema Único de Saúde	18
1.2.1. O âmbito geográfico da regionalização	18
1.2.2. O âmbito da organização dos serviços de assistência à saúde	20
1.2.3. As bases legais da regionalização no Sistema Único de Saúde	23
1.2.3.1. As Portarias Ministeriais (NOBs 1991, 1992, 1993 e 1996 e NOAS 2001 e 2002)	25
II. OBJETIVOS	30
III. MATERIAL E MÉTODO	30
3.1. Procedimento metodológico	30
3.2. Procedimento técnico	31
3.2.1. Campo e população de estudo	31
3.2.2. Fonte dos dados	31
3.2.3. Instrumentos de análise	32
3.2.4. Variáveis do estudo	33
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1. DIR XVIII: Caracterização regional e assistência hospitalar	35
4.2. Microrregião de Ribeirão Preto	48
4.2.1. Módulo Assistencial de Ribeirão Preto	48
4.2.1.1. Ribeirão Preto	48
4.2.1.2. Jardinópolis	51
4.2.1.3. Cravinhos	52
4.2.1.4. Pradópolis	52
4.2.1.5. Serra Azul	53
4.2.1.6. Luis Antônio	54
4.2.1.7. Guataparã	54
4.2.1.8. Dumont	55
4.2.2. Módulo Assistencial de Serrana	55
4.2.2.1. Serrana	55
4.2.3. Módulo Assistencial de Brodowski	56
4.2.3.1. Brodowski	56

4.2.4. Módulo Assistencial de São Simão	57
4.2.4.1. São Simão	57
4.3. Microrregião de Sertãozinho	57
4.3.1. Módulo Assistencial de Sertãozinho	59
4.3.1.1. Sertãozinho	59
4.3.1.2. Pitangueiras	60
4.3.1.3. Barrinha	60
4.3.2. Módulo Assistencial de Pontal	61
4.3.2.1. Pontal	61
4.4. Microrregião de Jaboticabal	62
4.4.1. Módulo Assistencial de Jaboticabal	62
4.4.1.1. Jaboticabal	62
4.4.2. Módulo Assistencial de Monte Alto	64
4.4.2.1. Monte Alto	64
4.4.3. Módulo Assistencial de Guariba	65
4.4.3.1. Guariba	65
4.5. Microrregião de Cajuru	66
4.5.1. Módulo Assistencial de Cajuru	66
4.5.1.1. Santa Rosa de Viterbo	66
4.5.1.2. Cajuru	68
4.5.1.3. Cássia dos Coqueiros	68
4.5.1.4. Santa Cruz da Esperança	69
4.5.2. Módulo Assistencial de Batatais	69
4.5.2.1. Batatais	69
4.5.3. Módulo Assistencial de Altinópolis	70
4.5.3.1. Altinópolis	70
4.5.4. Módulo Assistencial de Santo Antônio da Alegria	71
4.5.4.1. Santo Antônio da Alegria	71
V. CONCLUSÕES	72
ANEXOS	74
I. Folha de alta hospitalar	74
II. Frequência de recém nascidos excluídos por municípios	75
BIBLIOGRAFIA	76
AUTORIZAÇÃO PARA REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH: Autorização de Internação Hospitalar
AIS: Ações Integradas de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
CAPs: Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME: Central de Medicamentos
CF: Constituição Federal
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CNPJ: Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP: Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CPDH: Centro de Processamento de Dados do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
DATAPREV: Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
FAS: Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FNS: Fundação Nacional de Saúde
FUNABEM: Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor
GPAB: Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal
HU: Hospital Universitário
IAP: Instituto de Aposentadorias e Pensões
IAPAS: Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

LBA: Legião Brasileira de Assistência

LOS: Lei Orgânica da Saúde

MEC: Ministério da Educação

MPAS: Ministério da Previdência e Assistência Social

MS: Ministério da Saúde

NOAS: Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PAB: Piso da Atenção Básica

PDI: Plano Diretor de Investimentos

PDR: Plano Diretor de Regionalização

PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PND: Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA: Plano de Pronta Ação

PPI: Programação Pactuada Integrada

Prev-Saúde: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

SAS: Secretaria de Assistência à Saúde

SEADE: Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatística

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SILOS: Sistemas Locais de Saúde

SINPAS: Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

SNS: Sistema Nacional de Saúde

SUDENE: Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCGA: Termo de Compromisso de Garantia de Acesso

USP: Universidade de São Paulo

RESUMO

REZENDE, C. E. M. de. **Regionalização da assistência hospitalar: estudo do fluxo e demanda na região de Ribeirão Preto – SP, no ano de 2000.** 2004. 75 p. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi configurado tendo como linha mestra de sua organização a descentralização de suas ações, cabendo ao nível central a elaboração e gestão das políticas de saúde. Diante da necessidade de racionalizar recursos, a regionalização se apresenta como meio para implementar uma descentralização que considere a atuação em nível ampliado, além do município, e propicie melhor acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência com melhor aproveitamento de recursos e economia de escala. Organizar um sistema de saúde em nível regional significa a consideração de diferentes variáveis como o fluxo espontâneo de usuários influenciado pelo papel socioeconômico exercido pelos diferentes municípios, o conflito de interesses devido ao direcionamento de recursos, a identificação das necessidades regionais e sua contraposição às propostas dos prestadores e a dificuldade para mensurar a demanda por serviços.

Este trabalho estudou o fluxo de internações hospitalares dos sistemas público e supletivo de assistência na região de Ribeirão Preto no intuito de identificar sua distribuição e fatores associados. A origem dos dados foi a Folha de Alta Hospitalar do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), preenchida em todas as altas hospitalares – SUS e não SUS - de todos os hospitais da região que, depois de recolhida e processada eletronicamente, constitui um banco de dados no referido centro. A análise dos dados foi feita através do gerenciador de banco de dados *Epi-Info™* versão 3.2. Os resultados obtidos foram comparados e estudados à luz do Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo para a região de Ribeirão Preto – SP.

Palavras-chave: regionalização, fluxo de internações.

ABSTRACT

REZENDE, C. E. M. de. **Regionalization of hospital care: a study of flux and demand in the region of Ribeirão Preto – SP, in the year of 2000.** 2004. 75 p. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Medicina Social, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil.

The Brazilian National Health System (SUS) was established with a basis in decentralized administration. The central level performs the function of producing the policy and coordinates its application into practice. Facing limited resources, the regionalization represents a way to conduct a decentralized system in larger territories than the municipalities. The expectations are to improve access to the different levels of complexity of care avoiding unnecessary expenditure. The regionalization of hospital care implies various variables, as the spontaneous movement of people influenced by socioeconomic factors, the imbalance because of resources, the region's needs under an epidemiological basis and interests of providers.

This work studies the flux of people receiving hospital care in both public (SUS) and private (NSUS) health assistance in the region of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. It tries to identify factors which influence the flux and demand distribution. The data came from the Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), which registers all hospital discharge in the region. The analysis was done using the software *Epi Info™ 3.2 version*. The results were compared with the plan for the regionalization in São Paulo State for the region of Ribeirão Preto.

Keywords: regionalization, hospital care flux.

I. INTRODUÇÃO

A regionalização, como instrumento de aprofundamento do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta na Norma Operacional de Assistência à Saúde vigente (NOAS 01/2002) critérios de operacionalização que demandam apreensão da realidade geográfica em sentido mais amplo, conhecimento regional da epidemiologia e da disponibilidade de serviços e de sua complexidade assistencial. De acordo com a NOAS 01/2002, a regionalização da assistência à saúde deve ser entendida como

“...uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.”
(BRASIL, 2002, p. 9)

A regionalização da assistência à saúde, se encarada como instrumento (meio) de ampliação do acesso, não se faz de forma adequada sem a participação de diferentes atores inseridos na gestão do SUS. E neste caso, a pactuação e o diálogo terão que enfrentar a incipiente tradição democrática sob o risco de não ampliar a discussão para uma assistência que considere a saúde como um direito social. Outro ponto a ser destacado, é que a regionalização se encarada como consequência administrativa da descentralização e conduzida pela instância federal – justamente a detentora do poder centralizado e que se propõe a delegá-lo, significando negociação entre desiguais sob influências não explícitas de interesses diversos - enfrentará distribuição de equipamentos e serviços de saúde construída historicamente numa lógica mercantilista (Elias, 2001).

Os dados quantitativos de hospitalizações regionais aqui trabalhados devem ser encarados como uma fração da regionalização da assistência

hospitalar que não deve desconsiderar elementos de uma trajetória histórica, a diversidade de interesses no assunto e seu caráter mutável e dinâmico.

“... que os diversos atores e gestores que compõem o SUS concentrem posteriormente esforços no desenvolvimento de mecanismos de monitoramento e avaliação para o contínuo aperfeiçoamento da organização assistencial regionalizada e caso entendam necessário proponham revisões da configuração apresentada...” (São Paulo, 2002, p. 15)

O período analisado, utilizando os dados disponíveis no Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), foi anterior aos maiores avanços na discussão e propostas de operacionalização da regionalização da assistência – inclusive anterior à primeira edição da NOAS em 2001. Porém, ao utilizar o plano de regionalização elaborado para o Estado de São Paulo, especificamente para a região de Ribeirão Preto, e considerar fluxos de hospitalizações antecedendo a programação indicada pela NOAS, este trabalho propõe o início de estudo permanente das hospitalizações regionais. Vale mencionar ainda que o ano de 2000 foi o marco da nova política de descentralização do agendamento de consultas do Hospital das Clínicas da FMRP-USP (Sá, 2002) – procedimento que poderá modificar os fluxos para as hospitalizações de alta complexidade.

O intuito foi contribuir para aprofundar um sistema regional de saúde que avance no planejamento dos serviços respeitando a real demanda, ou se aproximando dela, evitando o vínculo estrito às clássicas séries históricas de oferta (OPAS, 2002) detentoras de deficiências quanto à representatividade da demanda da população, sem desconsiderar a participação do setor supletivo de saúde que, ressalvada a seletividade existente (Yazlle Rocha e Simões, 1999), atualmente é responsável por quase metade das hospitalizações na região de Ribeirão Preto (Yazlle Rocha et al., 1997).

Finalmente

“... Conhecer o volume, a conformação e os característicos das locomoções é relevante para a adequada definição das propostas de regionalismo que integram o processo de elaboração de cada Plano Diretor de Regionalismo...” (Davanzo e Fonseca, 2002, p. 490)

Sendo esta a motivação para a elaboração de uma pesquisa que visa conhecer os fluxos de hospitalizações na região de Ribeirão Preto, realizando uma aproximação ao tema com breve análise do aspecto geográfico e deixando para outro momento fatores como o nível de complexidade das hospitalizações, o detalhamento da capacidade física instalada e sua utilização, características do setor supletivo regional, cotas de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) estabelecidas nos sistemas municipais de saúde, etc.

1.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO E A REGIONALIZAÇÃO

O acúmulo de atividades relacionadas à saúde pública e seu papel estratégico na economia nacional levaram à criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953. Em 1959, a criação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) fez com que a visão de planejamento e trabalho numa abordagem regionalizada adquirisse maior complexidade dentro das ações governamentais. Em 1967, a reforma da Administração Federal estabeleceu como responsabilidades do MS a elaboração da Política Nacional de Saúde, as ações diretas de prevenção e vigilância sanitária, atividades médicas e paramédicas prestadas à população e o ensino e pesquisa em saúde pública (Luz, 1979). O Estado de São Paulo, nesse ano, foi dividido em dez regiões administrativas, a de Ribeirão Preto era a sexta região constituída por um grupo de 80 municípios, sendo que na época, entre bens e serviços, Ribeirão Preto já apresentava como destaque o setor saúde.

A escolha de Ribeirão Preto como centro de uma região administrativa não ocorreu ao acaso. Desde o início do séc. XX a cidade e seu entorno vinham se consolidando como região economicamente forte e autônoma, favorecidos pela cultura cafeeira e mudança do eixo econômico nacional do Nordeste para o Sudeste. A necessidade de escoamento da produção e sua importância no cenário nacional levaram ao desenvolvimento de importante interligação férrea. Posteriormente, a rodovia tomou o lugar da ferrovia, mas prova da influência regional estabelecida pela cidade é que sua condição de referência foi mantida.

Com as modificações ocorridas no perfil de atividade econômica do país e a progressiva industrialização acompanhada da urbanização, o enfoque se desviou do modelo hegemônico realizador de campanhas para a assistência médica a cargo da Previdência Social e o financiamento Estatal de prestadores privados. A consequência foi o posicionamento suplementar

do setor público e a ascensão do setor privado sem a devida regulação e regido pela lógica de mercado, exceção feita aos riscos inerentes da atividade (Cohn, 2001). Esse fato justifica a histórica maior concentração de serviços junto aos grandes mercados consumidores e população de maior poder aquisitivo.

É muito provável que a medicalização, impulsionada por uma indústria farmacêutica internacional poderosa, o enfoque hospitalar, acompanhado da indistinta tendência de importação de equipamentos destinados aos cuidados de alta complexidade - representativos de maior rentabilidade - e o financiamento do setor privado, estabelecido pelo pagamento por produção de serviços, vantagens tributárias e fiscalização ineficiente, foram grandes responsáveis, inclusive nos anos mais recentes, pelo desinteresse do uso racional e otimizado de recursos como proposto pelos processos de regionalização da assistência à saúde.

Os acontecimentos da década de 1970 foram marcantes e responsáveis em grande parte pela futura configuração do Sistema Único de Saúde (SUS). O período de “milagre econômico” do governo militar começou seu arrefecimento ocasionado pela interrupção do fluxo de empréstimos. A incipiente abertura política permitiu o questionamento das ações governamentais no setor social, da progressiva pauperização do povo brasileiro e da forma como se estruturou a assistência à saúde no país – caracterizada por um modelo hegemônico médico assistencial privado, não integrado, excludente e corrupto. Tomou forma no meio acadêmico o Movimento da Reforma Sanitária que transcendeu a Universidade e foi buscar na comunidade e lideranças sociais a articulação e realização de práticas inovadoras no campo da saúde (Teixeira e Mendonça, 1989).

Em 1974, como consequência do segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), ocorreram novas modificações institucionais sem contudo, alterar o modelo de assistência estabelecido e o gradativo enfraquecimento do MS. Após a separação entre a área do trabalho – agora Ministério do Trabalho – e a previdenciária, o Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS) foi incorporado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), ficando, o setor assistencial a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Foi extremo o contraste na disponibilidade de recursos: o MPAS detentor do maior orçamento dos órgãos da União e o MS com sofríveis menos de 2% dos gastos federais em toda a década de 1970 (Cohn, 2001).

Por força do II PND, houve o estabelecimento de convênio entre o Ministério da Educação (MEC) e o MPAS, propiciando lenta e tumultuada integração entre os Hospitais Universitários (HUs) e a Previdência Social. Porém, estabelecida nos moldes do relacionamento MPAS e setor privado e vislumbrando principalmente a ampliação de cobertura (Escorel, 1999), esta integração não levou a uma proposta hierarquizada de serviços e menos à regionalização da assistência. Posteriormente modificado, o convênio MEC/MPAS se tornou um elemento de oposição ao modelo não publicista.

Ainda em 1974, sujeitando-se às pressões de privatização, o MPAS criou o Plano de Pronta Ação (PPA) com a finalidade de estender a assistência médica, em casos emergenciais, aos não conveniados. A análise histórica demonstrou o uso ilícito do PPA para o enriquecimento do setor privado e o uso inadequado de sua fonte de recursos: o Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), também financiador de um parque hospitalar privado de alta complexidade – novamente organizado na lógica de mercado e não na racionalidade da demanda regional (Elias, 2001).

Em 1975, foi organizado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), cujo arcabouço legal seria introduzido, em 1977, na institucionalização da previdência com a criação do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), completando o objetivo de racionalizar, aprofundar a especialização e centralizar a administração (Almeida et al. , 2001). O SINPAS era formado por três institutos - o INPS (benefícios), o IAPAS (controle financeiro) e o INAMPS (assistência médica) - , duas fundações – Legião Brasileira de Assistência (LBA) e a Fundação Nacional para o Bem-

Estar do Menor (FUNABEM) - , uma empresa – a DATAPREV – e uma autarquia – a Central de Medicamentos (CEME).

Buscando conquistar e ampliar a responsabilidade pela elaboração da Política Nacional de Saúde (estabelecida legalmente, mas na prática outra realidade), grupo progressista no interior do MS adotou o discurso técnico difundido pelos organismos internacionais - v.g. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - como estratégia para justificar maior atuação, poder e autonomia do ministério (Escorel, 1999). Seriam encaradas alternativas de estruturação como a hierarquização e regionalização da assistência, explicitadas em regulamentações da lei do Sistema Nacional de Saúde (lei 6.229).

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Atenção Primária (Conferência de Alma-Ata) com o objetivo de divulgar e estimular os países a adotarem políticas de justiça social e ampliarem o acesso à saúde. Apesar das frustrantes conquistas e interpretações errôneas verificadas na atualidade (RIVERO, 1999), o evento representou um marco para o fortalecimento da proposta de reforma sanitária nacional, incluído o desenvolvimento de rede assistencial de primeiro nível de complexidade responsável pela organização e orientação do fluxo ascendente na hierarquia do sistema de saúde.

A década de 1980 se iniciou com grave crise econômica acompanhada da inversão do fluxo de capitais, agora revertidos aos credores internacionais acrescidos de vultosos juros. As consequências foram a hiperinflação, a drástica diminuição nos investimentos sociais, o desemprego e subemprego associados a um cenário de globalização e avanço de políticas neoliberais.

Na Previdência Social, a criação do SINPAS sem que se alterasse a contraditória universalização de benefícios com inadequada sustentação financeira e modelo privado, provocou a previsível “crise da Previdência” (Escorel, 1999). Sob influência do colapso financeiro, das discussões de conferências anteriores e da experiência do Programa de Interiorização das

Ações de Saúde (PIASS) a VII Conferência Nacional de Saúde propôs o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), uma expansão nacional da Atenção Primária à Saúde (APS), levando em consideração a regionalização e hierarquização do sistema, que não chegou a ser aprovada.

A crise financeira levou à criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) com o objetivo de racionalizar e conter os gastos com a assistência médica. Tendo como um de seus princípios a integração de instituições federais, estaduais e municipais, a regionalização e hierarquização da assistência, seus fundamentos eram marcadamente econômicos sem considerações quanto ao acesso e equidade. Cruz (1992) menciona que foram excluídas desse processo, devido ao período eleitoral da época, as medidas que pudessem contrariar interesses de grupos organizados. Deste órgão partiram propostas como o uso da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), remunerando por procedimentos (Almeida et al., 2001), e a intensificação de contratos do INAMPS com prestadores públicos da assistência, onde havia maior possibilidade de controle sobre os pagamentos.

A década de 1980 se configurou por uma maior participação dos estados e municípios propiciada pela inclusão, na administração do INAMPS, de personagens oriundos do Movimento Sanitário (Teixeira e Mendonça, 1989). Mostra disso foi a criação em 1985 e o aprofundamento das Ações Integradas de Saúde (AIS) - que consistiam no financiamento pelo MPAS das ações de atenção básica prestadas por serviços estaduais e municipais - à época subutilizados e sub-financiados, representando um significativo reforço ao setor. Isto significou a extensão aos serviços públicos do que já era propiciado há muito ao setor privado. Consideradas como extensão da estratégia do Conasp, as AIS incluíram em seus princípios a regionalização e hierarquização dos serviços e introduziram como ferramentas de planejamento os estudos sociais e epidemiológicos (Cruz, 1992). As AIS se transformaram em 1987 no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) – convênio tripartite entre o Ministério da

Previdência e Assistência Social, o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde – que foi responsável pelo início da municipalização e pela introdução das bases para a futura tentativa de estruturação regional dos serviços e da assistência. Assim, o INAMPS foi fixando gradativamente sua responsabilidade no financiamento e administração da assistência até a sua extinção em 1993. Ressalta-se que a sobrevivência desse órgão após 1987, passando pela Constituição Federal e posteriormente pela promulgação da Lei Orgânica da Saúde é considerada na atualidade um equívoco no percurso do sistema de saúde brasileiro. Além de controlar recursos que deveriam ser direcionados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) passou a legislar contrariamente ao definido na Lei Orgânica da Saúde (LOS).

O fim da ditadura militar e o processo de democratização – quando analisados em profundidade uma transição política negociada entre as elites brasileiras – diligenciaram a elaboração de um novo arcabouço jurídico-institucional para o país o que culminou na convocação da Assembléia Nacional Constituinte de 1986. Com a finalidade de embasar as decisões para a proposta do Sistema Único de Saúde, foi concomitante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde – a única até então a ensaiar maior participação popular.

Após articulações e exercício do jogo político pelos diferentes atores, foi aprovado o primeiro texto constitucional brasileiro que se aprofundou nas questões de saúde dedicando toda uma seção ao assunto, englobado na Seguridade Social. A Constituição de 1988 em seus artigos 196 a 200 definiu um sistema unificado de saúde, universal, vinculado ao paradigma de construção social da saúde, organizado de forma hierárquica em diferentes níveis de complexidade e orientado no sentido da descentralização e regionalização da assistência – uma vitória do Movimento de Reforma Sanitária.

1.2. COMPREENDENDO A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E SUA PRESENÇA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Traçar o percurso histórico de construção do sistema nacional de saúde teve por finalidade apresentar os diferentes contextos em que as discussões sobre a regionalização apareceram. A regionalização oscilou de uma proposta de organização basicamente técnica do sistema para uma das medidas que buscava solucionar a crise da atenção médica oferecida pela Previdência Social e recentemente, foi incluída no arcabouço jurídico-institucional do SUS como forma de gestão mais adequada dos recursos com economia de escala, procurando incrementar o caráter resolutivo da assistência prestada, a integração entre níveis de complexidade diferentes ou semelhantes, melhora do acesso e diminuição das iniquidades regionais.

Numa perspectiva contemporânea, a regionalização da assistência à saúde precisa considerar o fator geográfico e sua complexidade inerente. Não se trata de distribuir serviços numa lógica técnica restrita ao setor saúde, mas de considerar aspectos constitutivos históricos da região e a demanda populacional por outros tipos de produtos e serviços. Assim, o planejamento regional envolve componentes que entre si funcionam em numerosas relações de interdependência ou de subordinação, dinâmicos e de apreensão muitas vezes trabalhosa.

1.2.1. O ÂMBITO GEOGRÁFICO DA REGIONALIZAÇÃO

Em um âmbito geográfico, a percepção de região leva a identificar aspectos que guardam homogeneidade dentro de um território delimitado e a diferenciações quando a referência for o entorno ou espaços mais distantes. Lencioni (2003) coloca que

“... A idéia de região (...) faz parte da linguagem comum, é passível de mistificação social e manipulação política. Ela se constitui na construção da própria

sociabilidade dos homens, denunciando o quanto a Geografia está presente em suas vidas...” (Lencioni, 2003, p. 20)

Nesse enfoque, os acidentes geográficos correspondem a um fragmento regional e dividem com os outros elementos diversos - política, religiosidade, hábitos de consumo, demandas e necessidades, enfim a cultura estabelecida - uma representação dialética construída na espontaneidade histórica.

“... É aí, nesse espaço microrregionalizado de pertencimento econômico, social, cultural e sanitário que se constroem redes de relações intermunicipais e se recupera uma escala necessária ao desenvolvimento econômico e social. Essas regiões já existem, não há que criá-las nas pranchetas dos planejadores, (...) e devem constituir um ponto central de organização dos serviços de saúde...” (Mendes, 2001, p. 44)

Por ser a região uma parte de um todo, sua apreensão será tão mais adequada à medida que se considere o seu papel dentro da totalidade. A dinâmica regional, sua interação com as outras regiões que a cercam e os incessantes fenômenos naturais e sociais, tendo como consequência a mutabilidade, representam importante desafio na introdução dos conceitos geográficos na regionalização da assistência à saúde.

Exemplos da importância desses elementos para a região de Ribeirão Preto - SP podem ser encontrados em Yazlle Rocha e Fávero (1972) que demonstraram o fator limitante da distância ao atendimento médico em um Hospital Universitário em município estabelecido como referência regional, mesmo considerando cidades localizadas em importantes eixos rodoviários onde haveria maior interligação na rede de transportes e a menor suscetibilidade da assistência hospitalar a este elemento. Montero D'Oleo e Fávero (1992) questionaram se mantido o mesmo padrão de acessibilidade haveria, para os diferentes grupos socioeconômicos, uma mesma utilização dos serviços. Estes últimos autores e Guedes (2000) produziram informações sobre o perfil da população que demanda assistência médico-hospitalar nesta região apontando características socioeconômicas de relevância para a regionalização. Davanzo e Fonseca (2002) destacaram a

preponderância dos fluxos de pacientes interestaduais para cidades pólo no interior dos estados de destino, contrariamente ao fluxo presumido em direção às capitais. Esta informação permite considerar a região de Ribeirão Preto – SP como local de destino de parte do fluxo originário de estados vizinhos, como Minas Gerais e Mato Grosso do Sul.

Novos desafios precisam ser considerados, pois farão parte cada vez mais dos elementos de configuração regional. Santos (2002) apresentou a crescente vulnerabilidade das áreas agrícolas – caso típico da economia regional de Ribeirão Preto - SP – em relação à nova configuração capitalista globalizada.

“... Daí se criarem situações de alienação que escapam a regulações locais ou nacionais, embora arrastando comportamentos locais, regionais, nacionais em todos os domínios da vida, influenciando o comportamento da moeda, do crédito, do gasto público e do emprego, incidindo sobre o funcionamento da economia regional e urbana, por intermédio de suas relações determinantes sobre o comércio, a indústria, os transportes e os serviços...” (Santos, 2002, p. 93)

1.2.2. O ÂMBITO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os sistemas nacionais de saúde passaram no séc. XX por três diferentes gerações de reformas (OMS, 2000) – a terceira ainda em curso. A primeira geração correspondeu à criação e expansão dos sistemas de saúde que mais tarde se revelou centrada na alta tecnologia desconsiderando a participação da população nos cuidados com sua saúde. Veio então a segunda geração de reformas com o intuito de introduzir e ampliar a chamada Atenção Primária à Saúde (APS), um processo que, em linhas gerais, se diferenciou em medidas bem sucedidas nos países desenvolvidos e fracassos nos países em desenvolvimento. As duas reformas anteriores foram regidas tendo como princípio a oferta da assistência. A terceira geração de reformas, aqui merecedora de maior enfoque por reforçar o

interesse sobre a regionalização, é a responsável por motivar preocupações como a demanda das populações, acesso, interação setores público e privado e adicionar o conceito de que os recursos para o financiamento do sistema “devem seguir os usuários” – fator gerador de conflitos.

Tratar da regionalização em dois âmbitos tem propósito didático. É fundamental reforçar que, além de interdependentes, eles se modificam continuamente. As formas de regionalizar a assistência dependem das concepções de mundo, da evolução tecnológica, da capacitação dos órgãos responsáveis por empreendê-la e da trajetória de conformação do sistema de saúde brasileiro, onde é possível identificar distribuição de equipamentos e serviços construída numa lógica mercantilista (Elias, 2001). A regionalização, enquanto meio para aprofundamento e implantação do Sistema Nacional de Saúde, deve considerar ambos os âmbitos e trazer a discussão para nível contextualizado ao tratar de insuficiências nas referências intermunicipais (Souza, 2002).

Mendes (2001) fez referência aos fatores que determinam a lógica da regionalização dos serviços reforçando a importância da economia de escala e escopo. Mostra que os sistemas de saúde precisam realizar a difícil combinação de elementos de concentração e dispersão, oferecendo serviços de menor densidade tecnológica a distâncias cada vez menores e convergindo para locais específicos os recursos escassos e que devido à complexidade, menor frequência e continuidade individual de uso apresentam, dentro de certos limites, aceitabilidade de maiores distâncias para o acesso. Segundo esse autor, a regionalização pode impactar positivamente sobre a equidade permitindo o adequado acesso dos diferentes grupos sociais e a melhor distribuição de recursos em regiões no interior de estados.

Se a construção de sistemas regionais de saúde está avançando na incorporação de concepções geográficas, ao menos em sua metodologia de planejamento, Ramos (1972), ao discorrer sobre a integração sanitária, provoca a reflexão da necessidade de envolvimento de outros setores. Não

basta atentar para uma distribuição adequada intra-setorial (saúde) de serviços e relegar as decisões e ações da justiça, educação, empresas de transportes, concessionárias de rodovias, projetos de criação de empregos, disponibilidade de recursos naturais, reforma agrária, instalação de universidades, etc. Assim, a regionalização da assistência passaria pela pactuação e compensações intermunicipais em um plano ampliado, com abrangência intersetorial.

A modificação de necessidades e demandas provocada pela transição demográfico-epidemiológica corresponde a fator contemporâneo a justificar o planejamento regionalizado. O envelhecimento da população vem representando maior demanda por cuidados com relação às doenças crônico-degenerativas que necessitam de uma rede estruturada, hierarquicamente definida e com uma retaguarda de serviços hospitalares de média e alta complexidade; inviável para determinados municípios, devido ao impacto negativo sobre os recursos do setor, direção contrária à economia de escala e especialização requerida para enfermidades específicas.

“... mudanças do perfil demográfico, verificadas no mundo em desenvolvimento, resultando no envelhecimento da população, e em decorrência na necessidade de novas estruturas de serviços para dar conta das doenças prevalentes nas faixas etárias mais idosas...” (Elias, 2001, p. 74)

Finalmente, dentro da organização dos serviços, a estratégia de Saúde da Família, em expansão no cenário sanitário brasileiro, não poderá ser implantada em sua plenitude se além da organização dos sistemas municipais de saúde em níveis hierárquicos de assistência não houver integração microrregional coordenando sistema público de nível secundário acessível para a população. A Atenção Básica (AB) ao se constituir como a entrada da rede de serviços depende de respaldo dos demais níveis para exercer e aprimorar sua capacidade de gerenciamento de cuidados e se afirmar como resolutive (Almeida et al. , 1998).

“... a tarefa de coordenar em nível local o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do

atendimento parece ainda mais complexa, mostrando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais...” (Bodstein, 2002, p. 410)

1.2.3. AS BASES LEGAIS DA REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Longe de desconsiderar os antecedentes da formação do SUS, teve início após a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a construção e implantação de um complexo sistema nacional de saúde cuja trajetória vem se caracterizando por constantes embates devido a fatores diversos, entre eles o financiamento. Após os lineamentos constitucionais e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), leis 8.080/90 e 8.142/90, fez-se necessária a operacionalização do SUS, o que vem ocorrendo, com divergências, através de Portarias Ministeriais editadas pelo MS. Inicialmente, vieram as Normas Operacionais Básicas (NOBs), em número de 4 – NOBs 1991, 1992, 1993 e 1996. Posteriormente, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), que apesar desta denominação, também correspondem a NOBs porém, com enfoque na assistência. A primeira NOAS foi editada em 2001 e a segunda, que substituiu a anterior, em 2002, apresentando a proposta mais recente de regionalização para o SUS. Em vigor atualmente têm-se partes das NOBs de 1993 e 1996 e a totalidade da NOAS de 2002 e as portarias que a modificam.

O princípio constitucional de que “... *As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...*” (BRASIL, 1988, art. 198) representou a continuidade de um processo onde a descentralização da gestão se articula com as propostas e legislação referentes à regionalização da assistência. Esse processo é necessário para que seja evitada a atomização do sistema nacional de saúde ou a privatização anárquica de seus serviços (São Paulo, 1987).

Ilustrativa a situação descrita por Mendes (2001) sobre o crescimento do número de pequenos hospitais municipais e a contratação de laboratórios de análises clínicas de pequeno porte e portanto, de menor volume de procedimentos e conseqüente menor qualidade dos exames realizados.

A descentralização político-administrativa do SUS, com ênfase na municipalização de ações e serviços, se constitui na linha mestra de implantação do sistema. Dentro da descentralização, a regionalização, ou seja, a integração entre os municípios no intuito de adequar a oferta de serviços, melhorar o acesso, permitir a integralidade da assistência na demanda pelos diferentes níveis da hierarquia da atenção médica, representa peça fundamental na satisfação das necessidades dos usuários e materialização do princípio da universalidade.

“... Regionalizar serviços não significa, portanto apenas distribuí-los espacialmente, mas também e, sobretudo organizá-los com o indispensável suporte técnico e de recursos humanos, com suficiência de recursos e poder decisório definido. Do contrário, um dos objetivos principais da regionalização, que é o de evitar a duplicidade de meios para fins idênticos (inciso XIII, do art. 7º da lei 8.080/90), não será conseguido, produzindo-se ao revés efeitos perversos, como deixar de prover serviços onde estes se fazem necessários e manter ou criar serviços onde deles não há necessidade...” (Carvalho e Santos, 1992, p. 84)

As primeiras experiências de regionalização dentro do SUS ficaram por conta da formação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde. Esse modelo regional público de direito privado de oferta de serviços encontrou o seu fundamento jurídico na CF e LOS. Aquela, em seu art. 30, enuncia a competência dos municípios em *“legislar sobre assuntos de interesse local”* e *“prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população”* (BRASIL, 1988, art. 30). A segunda diz que *“... Os Municípios poderão constituir consórcios para desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.”* (Lei 8.080/90, art. 10).

1.2.3.1. AS PORTARIAS MINISTERIAIS (NOBs 1991, 1992, 1993 E 1996 E NOAS 2001 E 2002)

Contrariando a LOS, que afirmava ser de responsabilidade do MS a operacionalização do SUS, as NOBs 1991 e 1992 foram editadas pelo INAMPS, autarquia mantida e absorvida pelo MS. A NOB 1991 manteve a forma de pagamento por produção de serviços e vinculou o repasse de recursos a mecanismo convenial não automático fundo a fundo. Este modelo não traria contribuições com relação ao estudo das demandas regionais, mantinha a distribuição de cotas de AIH para uma rede instalada e dificultaria a construção de um sistema regionalizado de saúde. A NOB 1992 representou mudanças periféricas com relação à sua precedente e seu texto, de caráter centralizador e sem maior relevância, é pouco citado inclusive nos documentos oficiais.

As discussões e articulações políticas mais presentes levantaram protestos e conduziram à edição da NOB de 1993. Avançando na descentralização de caráter municipalista, estabeleceu fases transicionais para alcançar a gestão plena - incipiente, parcial e semiplena - e suas respectivas responsabilidades. Criou os fóruns de discussão e pactuação na esfera nacional (Comissão Intergestores Tripartite - CIT) e na esfera estadual (Comissão Intergestores Bipartite – CIB), elementos importantes para uma adequada descentralização, associada à discussão dos processos de regionalização e preservando o papel público na regulação e oferta de serviços.

A NOB de 1996 apresentou fortes discussões antecedendo a sua edição e as modificações posteriores retardaram sua aplicação para 1998. Com maior participação dos municípios e o risco de interferência centralizadora estadual, o papel desta esfera de governo passou a ser instituído. Foram definidos os termos gestão (função estritamente do poder público sobre um sistema de saúde) e gerência (administração de unidade ou órgão de saúde privado ou público). A regionalização da assistência foi reafirmada e lembrada como princípio do SUS.

“... A totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município – o SUS municipal – voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional...” (BRASIL, 1997, p. 8)

Foi estimulada a participação nos fóruns de discussão.

“... a composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo...” (BRASIL, 1997, p. 9)

Estabeleceu que as negociações para a assistência, no que se refere a fluxos intermunicipais, ocorram entre gestores municipais mediadas pelo gestor estadual.

“... o mais importante e permanente (...) ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual...” (BRASIL, 1997, p. 10)

A NOB 1996 foi considerada como *“... mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde (...) e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços...”* (BRASIL, 1997, p. 15). Apresentou como instrumento final e dinâmico das negociações a Programação Pactuada e Integrada (PPI), alocando os recursos ao município de referência e permitindo que, no caso de maior resolutividade no município que encaminha, a programação seja revista.

Outra característica da NOB 1996 foi fazer referência às vigilâncias sanitária e epidemiológica incorporando-as à PPI. Também criou o Piso da Atenção Básica (PAB) e fatores financeiros de estímulo à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Considerou duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica (GPAB) e Plena do Sistema Municipal (GPSM), estabelecendo as responsabilidades e requisitos. Para a esfera estadual, as condições de gestão foram a avançada e a plena, definidas de acordo com o

número de municípios habilitados nas formas de gestão e o andamento da elaboração da PPI.

Embora a regionalização dos recursos e da gestão do sistema de saúde brasileiro tenha sido considerada em diferentes períodos e posteriormente introduzida nos princípios constitucionais do SUS, o maior impulso nesta área vem ocorrendo atualmente. A discussão trazida pela NOB de 1996 foi adquirir maior relevância com a publicação da NOAS de 2001. Seus fundamentos para a regionalização foram a integração entre sistemas municipais de saúde e o papel coordenador e mediador do gestor estadual.

A NOAS de 2001 reforçou a importância da criação de sistemas regionais e funcionais de saúde, organizados em base territorial e desafiando as demarcações legais político-administrativas de estados e municípios. Trouxe como preocupação a atomização do sistema de serviços de saúde em um país que encontra a necessidade de aperfeiçoar sua interação com novos entes federados, os municípios.

“... A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), por sua vez, representou um importante avanço (...). Por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua inserção e papel de referência nas redes regionais/estaduais de serviços, o que pode ser demonstrado pelas situações de conflito relacionadas à imposição de barreiras de acesso à população residente em outros municípios.” (BRASIL, 2001, p. 12)

A NOAS 2001 considerou a regionalização como a estratégia fundamental para o prosseguimento da descentralização fundada nos princípios do SUS. Procurou maior envolvimento da esfera estadual na condução da PPI e coordenação dos mecanismos de referências intermunicipais. A esta atuação dos estados também acrescentou a importância da atividade de avaliação fornecendo parâmetros para o acompanhamento do processo de sua implementação e a garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência referenciada, caso do chamado Termo de Compromisso de Garantia de Acesso (TCGA). Adotou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como forma de orientar o

processo de delimitação de regiões de saúde sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) com a participação ativa dos gestores municipais. Para a diminuição das desigualdades e iniquidades na distribuição de recursos, o instrumento proposto foi o Plano Diretor de Investimento (PDI).

A regionalização, levando em conta o empenho dos municípios em assumir em plenitude a capacidade de assistência com relação ao nível de complexidade a que estavam preparados a oferecer, criou o conflituoso cenário de diminuição de demanda por serviços previamente necessários em outros municípios e unidades, próprias ou conveniadas ao SUS. As deficiências na gestão e características particulares colocaram os estados em diferentes fases de desenvolvimento e implementação da NOAS 2001. A elaboração das chamadas regiões de saúde em muitas situações foi vinculada às estruturas de representação regional das SES enfraquecendo o papel municipal. Houve dificuldades para se estabelecer o comando único do sistema na esfera municipal e fragilidade dos mecanismos para as referências intermunicipais sob gestão estadual. A maior atuação dos municípios junto aos fóruns de discussão e gestão colegiada (CIB e CIT) e suas reivindicações somaram-se aos fatores acima levando à edição da Portaria nº 373 do Ministério da Saúde, de fevereiro de 2002, e denominada NOAS 01/2002, com o principal propósito de resolver os entraves citados.

A NOAS de 2002 apresenta os conceitos válidos para a formação das regiões de saúde, sua elaboração no PDR e qualificação posterior junto ao MS. Estabelece o ordenamento do fluxo da assistência em dimensões e complexidades cada vez maiores partindo do município e chegando ao nível regional. Assim, em uma “base territorial”, municípios isolados ou agrupados constituem “módulos assistenciais”, o conjunto destes módulos conforma uma “microrregião” que com outras microrregiões conformam uma “região de saúde” (figura 1). Também nessa ordem fica estabelecida a organização crescente da complexidade da assistência geralmente localizada nos municípios-pólo. De acordo com a NOAS 2002 um plano para a regionalização deve ter como conteúdo mínimo a organização do território

estadual em microrregiões e regiões de saúde referidas anteriormente, a identificação das prioridades de intervenção em cada região e microrregião, um PDI, a identificação dos papéis de todos os municípios em suas microrregiões com área de abrangência e fluxos de referência, identificação dos municípios-sede, mecanismos de organização dos fluxos e garantia de acesso, propostas de redes de referências especializadas em áreas específicas e identificação das necessidades presentes em outros estados.

Figura 1: Qualificação das microrregiões na assistência à saúde e a conformação de uma região de saúde segundo a NOAS 2002

Fonte: Ministério da Saúde

II. OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivos:

Estudar a procedência das hospitalizações da população da DIR XVIII nos hospitais da região de Ribeirão Preto – SP.

Estudar os fatores associados ao fluxo da demanda regional da assistência hospitalar na DIR XVIII, Estado de São Paulo.

III. MATERIAL E MÉTODO

3.1. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Esta pesquisa utilizou a metodologia de elaboração e análise da Epidemiologia Descritiva e realizou investigação do tipo estudo transversal, com análise pontual para o ano de 2000 na assistência hospitalar da região de Ribeirão Preto – SP, denominada DIR XVIII. Embora tenha a finalidade de verificar fluxos de demanda hospitalar, analisar a regionalização da assistência hospitalar e fazer juízo de valor, não se enquadra, de acordo com Tanaka & Melo (2001); Carvalho et al. (2000), numa avaliação da regionalização pelo seu caráter inicial desvinculado dos processos decisórios – o que não exclui o seu uso posterior neste sentido. Daí, se aplicar o termo estudo e não avaliação do fluxo e da demanda de hospitalizações no título desta pesquisa.

3.2. PROCEDIMENTO TÉCNICO

3.2.1. CAMPO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O presente estudo abrangeu todas as internações ocorridas na região de Ribeirão Preto-SP (DIR XVIII), no ano de 2000, nos 35 serviços (hospitais e unidades mistas) instalados em 19 municípios da DIR XVIII. Foram retiradas da população de estudo as internações de recém nascidos em que o diagnóstico é o próprio nascimento, indicado no banco de dados como paciente de “idade na internação igual a zero dia”.

3.2.2. FONTE DOS DADOS

Os dados das internações foram originários do banco de dados do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP).

Este centro se caracteriza pela coleta de dados de internação hospitalar sendo que as informações médicas são preenchidas pelo médico responsável no momento da alta de cada paciente. O formulário de registro, denominado “Folha de Alta” (Anexo I), apresenta os dados de identificação da instituição, enfermaria, caracterização do paciente através de nome, matrícula, idade, sexo, ocupação, procedência, fonte de financiamento, os principais diagnósticos, cirurgias, causas externas dos acidentes, envenenamentos e violências, duração da internação e condição do paciente no egresso (Yazlle Rocha et al., 1993). Estes formulários são recolhidos periodicamente, conferidos com os censos das enfermarias, processados eletronicamente e adicionados ao banco de dados do CDPH.

Foram utilizadas informações secundárias disponíveis em sítios oficiais, tais como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para os dados de população, dimensão territorial, serviços disponíveis (empresas, unidades hospitalares) e economia regional, a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados e Estatística (Seade) para o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), o Departamento de Estradas de Rodagem do Estado de São Paulo (DER-SP) para as distâncias rodoviárias e disposição da malha rodoviária regional e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para os dados de desempenho nos indicadores de saúde na região de Ribeirão Preto-SP, DIR XVIII.

Os dados cartográficos utilizados na elaboração do mapa da DIR XVIII foram obtidos através da Base Cartográfica Integrada Digital do Brasil ao Milionésimo – versão 1.0, elaborada pelo IBGE (2003) como parte integrante da Carta Internacional do Mundo ao Milionésimo (CIM), projeto da Organização das Nações Unidas (ONU) de mapeamento mundial. Os arquivos com as divisões administrativas dos municípios paulistas foram obtidos junto ao Sistema de Informações Geográficas (SIG) do Departamento de Informações em Saúde (DIS) do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

3.2.3. INSTRUMENTOS DE ANÁLISE

Após solicitação formal à coordenadoria do CPDH, os dados referentes às hospitalizações do ano de 2000, excluídos os registros e nomes dos pacientes, foram gravados em discos compactos (CDs) e liberados para a utilização. Ressalta-se a impossibilidade de identificação dos egressos nesta pesquisa devido à investigação trabalhar com dados numéricos gerais (v.g., número de pacientes procedentes de determinado município e que foram internados em um outro município da DIR XVIII).

Utilizando-se o modelo proposto pelo PDR para o Estado de São Paulo, os dados foram analisados através do gerenciador de banco de

dados *Epi Info™* versão 3.2, atualização de 22 de janeiro de 2004, de acesso livre para obtenção e instalação em computadores pessoais no sítio do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC de Atlanta, EUA).

O mapa da região de Ribeirão Preto – SP e de suas microrregiões, segundo o PDR do Estado de São Paulo, foi elaborado utilizando o programa *ArcGis Desktop/ArcView* fornecido em conjunto com a Base Cartográfica Integrada Digital do Brasil ao Milionésimo (IBGE, 2003).

3.2.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As seguintes variáveis foram incluídas neste estudo.

Município de procedência da internação.

Estado de procedência da internação para aquelas com procedência fora do Estado de São Paulo.

Município onde foi realizada a internação.

Data da alta hospitalar.

Categoria das internações, classificadas como “internações SUS”, as financiadas pelo sistema público de saúde e como “não SUS” (NSUS) aquelas financiadas pelo pagamento do “próprio bolso” ou através de pré-pagamento. O agrupamento destas duas categorias (SUS e NSUS) deu origem à categoria denominada “internações gerais”.

Estes dados são rotineiramente colhidos no momento do ingresso do paciente e fazem parte da identificação preenchida pelo pessoal administrativo de cada hospital. Sua confiabilidade e interesse de preenchimento são garantidos pelo futuro retorno destes dados à administração do hospital em forma de relatórios elaborados pelo CPDH com informações sobre as hospitalizações realizadas.

As internações com procedência fora do município em que ocorrem foram denominadas “invasões”, por ser este o termo usual presente na

literatura a respeito. Pelo mesmo motivo as internações que saem do município de sua procedência foram denominadas “evasões”.

Distâncias em quilômetros (km) dos municípios da DIR XVIII ao município pólo regional (Ribeirão Preto – SP).

Módulos assistenciais e microrregiões, classificação padronizada pela NOAS de 2002, presente no PDR para o Estado de São Paulo.

População dos municípios da DIR XVIII.

Leitos hospitalares existentes nos municípios da DIR XVIII.

Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) e seu Indicador de Riqueza para os municípios da DIR XVIII.

IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. DIR XVIII: CARACTERIZAÇÃO REGIONAL E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A 18ª Direção Regional de Saúde (DIR XVIII) é uma das 24 divisões do território paulista no sistema de saúde estadual. De acordo com o censo de 2000 (IBGE, 2000) o total populacional de seus 25 municípios era de 1.108.726 habitantes (hab.) correspondendo a cerca de 3% da população do Estado de São Paulo (36.974.378 hab.). Localiza-se em região nordeste do estado com uma área de 10.096,71 km² (4,1% do território paulista) e densidade demográfica de 109,81 hab./km² - o Estado de São Paulo apresentou densidade demográfica em 2000 de 148,73 hab./km². Encontra-se classificada no Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) desenvolvido pela Fundação Seade (Seade, 2003) no grupo 3, o que significa região saudável com médio ou baixo desenvolvimento econômico. As principais atividades econômicas são aquelas ligadas à produção agroindustrial, favorecida pelo clima, pelas grandes extensões de solo fértil e vales fluviais, onde se destacam as lavouras de cana-de-açúcar e atividades afins, como açúcar e álcool, e o cultivo de laranja e pecuária leiteira. A relevância desta atividade pode ser demonstrada pela presença em Ribeirão Preto de uma Estação Aduaneira do Interior, autorizada pelo Ministério da Agricultura a emitir atestados sanitários de produtos animal e vegetal. Apresentou em 2000 o menor coeficiente de mortalidade infantil das DIRs paulistas (11,68) porém, menor desempenho com relação à proporção de óbitos infantis por causas evitáveis (85,02%) e cobertura vacinal contra difteria, coqueluche, tétano e *Haemophilus influenzae* do tipo B (vacina DPT-Tetra) (95,53%) em menores de 1 ano de idade (SES-SP, 2003).

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de São Paulo (PDR) optou por manter os limites das DIRs paulistas e dividiu a DIR XVIII em 4

microrregiões e 13 módulos assistenciais (tabela 1) com a maioria dos municípios realizando os procedimentos de média complexidade II (São Paulo, 2002). Entre unidades mistas, maternidades e hospitais, a DIR XVIII apresentava para o ano de 2000, 3.248 leitos distribuídos em 35 serviços hospitalares gerais (públicos, filantrópicos e com atendimento exclusivo a pacientes privados e de planos privados de saúde). A distribuição da população e de leitos para cada 1.000 hab. por municípios, módulos assistenciais e microrregiões na DIR XVIII, para o ano de 2000 é apresentada na tabela 1.

TABELA 1: Distribuição da população e índice leitos/1.000 hab. por município, módulo assistencial e microrregião na DIR XVIII, no ano de 2000

Microrregião	Módulo Assistencial	Município	População	Índice Leitos/1.000 hab.			
				Município	Módulo Assistencial	Microrregião	DIR XVIII
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	504.923	4,0	3,5	3,3	3,0
		Cravinhos	28.411	1,7			
		Dumont	6.307	0			
		Guatapar	6.371	0			
		Jardinópolis	30.729	2,0			
		Luis Antônio	7.160	1,7			
		Pradópolis	12.912	0			
		Serra Azul	7.446	1,1			
	Serrana	Serrana	32.603	1,5			
	Brodowski	Brodowski	17.139	0			
São Simão	São Simão	13.675	2,6				
Sertãozinho	Sertãozinho	Sertãozinho	94.664	2,0	2,0	2,0	
		Pitangueiras	31.156	2,0			
		Barrinha	24.207	1,5			
	Pontal	Pontal	29.681	2,0			
Jaboticabal	Jaboticabal	Jaboticabal	67.408	3,0		3,0	
	Guariba	Guariba	31.085	3,0			
	Monte Alto	Monte Alto	43.613	2,0			
Cajuru	Cajuru	Cajuru	20.777	2,6	1,7	2,0	
		Cássia dos Coqueiros	2.871	0			
		Santa Cruz da Esperança	1.796	0			
		Santa Rosa de Viterbo	21.435	1,3			
	Batatais	Batatais	51.112	2,3			
	Santo Antônio da Alegria	Santo Antônio da Alegria	5.764	2,0			
	Altinópolis	Altinópolis	15.481	3,0			

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP; IBGE; SES-SP

O próprio município constitui o Módulo Assistencial

A região de Ribeirão Preto, no ano de 2000, contava ao todo com 3,0 leitos para cada 1.000 hab. havendo maior disponibilidade de leitos nas microrregiões de Ribeirão Preto (3,3 leitos/1.000 hab.) e Jaboticabal (3,0 leitos/1.000 hab.). A maior quantidade de leitos na microrregião de Ribeirão Preto foi devido à sede do pólo regional apresentar índice leitos/1.000 hab. igual a 4,0. A menor disponibilidade de leitos foi verificada nas microrregiões de Sertãozinho e Cajuru (ambas com 2,0 leitos/1.000 hab.). Para os módulos assistenciais onde estão presentes os municípios que representam os pólos das microrregiões, Cajuru foi o módulo que apresentou o menor índice leitos/1.000 hab., igual a 1,7. Esta característica pode ser explicada pela relação entre a disponibilidade de leitos e o nível de atividade econômica existente. Como mostrado na tabela 2, os municípios-sede de módulo assistencial com maiores valores no Indicador de Riqueza do IPRS (Seade, 2003) no geral apresentaram índice leitos/1.000 hab. mais favorável.

TABELA 2: Comparação entre o Indicador de Riqueza (IPRS*) e o índice leitos/1.000 hab. do município-sede de módulo assistencial da DIR XVIII, no ano de 2000

Microrregião	Município-sede de Módulo Assistencial	Indicador de Riqueza (IPRS*)	Índice Leitos/1.000 hab.
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	61	4,0
	Serrana	42	1,5
	Brodowski	43	0
	São Simão	42	2,6
Sertãozinho	Sertãozinho	56	2,0
	Pontal	51	2,0
Jaboticabal	Jaboticabal	54	3,0
	Monte Alto	48	2,0
	Guariba	44	3,0
Cajuru	Cajuru	39	2,6
	Batatais	47	2,3
	Santo Antonio da Alegria	31	2,0
	Altinópolis	42	3,0

Fonte: Fundação Seade; SES-SP

* IPRS: Índice Paulista de Responsabilidade Social

A figura 2, elaborada respeitando a disposição espacial das microrregiões e com áreas proporcionais, fornece uma idéia da distribuição populacional na DIR XVIII. Enquanto as microrregiões de Sertãozinho, Jaboticabal e Cajuru apresentaram tamanho populacional semelhante, a microrregião de Ribeirão Preto concentrou o maior tamanho populacional.

FIGURA 2: Distribuição populacional nas microrregiões da DIR XVIII, no ano de 2000

Sertãozinho 16%	Ribeirão Preto 60%	Cajuru 11%
Jaboticabal 13%		

Fonte: IBGE; SES-SP

A tabela 3 mostra que a concentração de recursos para a assistência à saúde na DIR XVIII apresentou poder de atração que ultrapassou as suas fronteiras e as do Estado de São Paulo. No ano de 2000, depois de excluídos os recém nascidos da população de estudo (Anexo II), a DIR XVIII foi responsável pelo total de 144.770 internações gerais (SUS e NSUS), destas 15.664 (10,8%) corresponderam a “invasões” (coluna “Extra DIR XVIII” da tabela 4), das quais 3.675 (23,5%) tiveram como origem outros estados.

TABELA 3: Procedência das internações na DIR XVIII considerando como origem o Estado de São Paulo (inclusive DIR XVIII) e outros estados e as categorias SUS e NSUS, no ano de 2000

Procedência	SUS	NSUS	Total *
Estado de São Paulo	81734	59361	141095
Outros Estados	2630	1045	3675
Total	84364	60406	144770

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

* Excluídos os recém-nascidos

TABELA 4: Frequência das internações gerais (SUS e NSUS) na DIR XVIII por procedência e local de internação, no ano de 2000

Microrregião		Ribeirão Preto											Sertãozinho				Jaboticabal			Cajuru							Total DIR XVIII	Extra DIR XVIII	Total		
Módulo Assistencial	Procedência	Ribeirão Preto											Sertãozinho				Jaboticabal			Cajuru											
		Ribeirão Preto	Jardinópolis	Cravinhos	Pradópolis	Serra Azul	Luis Antônio	Guatapará	Dumont	Serrana	Brodowski	São Simão	Sertãozinho	Pitangueiras	Barrinha	Pontal	Jaboticabal	Monte Alto	Guariba	Sta. R. de Viterbo	Cajuru	Cássia dos Coqueiros	Santa Cruz da Esperança	Batatais	Altinópolis	Sto. A. da Alegria					
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	58344	1755	1549	685	541	585	542	474	1613	1481	752	1731	616	1356	829	1083	656	558	1004	602	212	28	1342	581	293	79212	14579	93791	
		Jardinópolis	2	1675	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1681	0	1681	
		Cravinhos	1	0	1426	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1430	2	1432	
		Serra Azul	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	
		Serrana	20	1	1	0	72	0	0	0	2322	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2418	3	2421	
		São Simão	5	0	0	0	28	29	0	0	0	0	0	955	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1020	1	1021
Sertãozinho	Sertãozinho	Sertãozinho	56	15	10	3	4	1	0	33	4	0	1	8833	236	852	703	25	10	5	0	0	0	0	2	0	0	10793	131	10924	
		Pitangueiras	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2447	0	0	32	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2485	12	2497	
		Pontal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2051	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2055	2	2057	
Jaboticabal	Jaboticabal	Jaboticabal	3	0	0	324	0	0	3	2	0	0	0	1	7	304	1	6047	66	830	0	0	0	0	1	0	0	7589	677	8266	
		Monte Alto	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	6833	3	0	0	0	0	0	0	0	6845	149	6994	
		Guariba	5	2	1	138	0	1	1	72	0	0	0	1	0	13	0	86	0	3357	0	0	0	0	0	0	0	3677	63	3740	
Cajuru	Cajuru	Sta. R. de Viterbo	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	31	0	0	0	0	0	0	0	1096	0	0	0	0	0	0	0	1130	5	1135
		Cajuru	7	0	0	0	8	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	22	2730	29	199	0	5	1	3004	19	3023	
		Batatais	3	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	4248	7	0	4283	9	4292	
		Altinópolis	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	2	0	13	1192	43	1258	12	1270	
		Sto. A. da Alegria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	223	223	0	223	
Total		58454	3448	2987	1150	656	623	546	581	3939	1506	1741	10571	3306	2527	3585	7281	7568	4753	2124	3337	243	227	5606	1787	560	129106	15664	144770		

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

O próprio município constitui o Módulo Assistencial

TABELA 5: Frequência das internações SUS na DIR XVIII por procedência e local de internação, no ano de 2000

Microrregião		Ribeirão Preto											Sertãozinho				Jaboticabal			Cajuru								Total DIR XVIII	Extra DIR XVIII	Total			
Módulo Assistencial	Procedência	Ribeirão Preto											Sertãozinho							Cajuru													
		Ribeirão Preto	Jardinópolis	Cravinhos	Pradópolis	Serra Azul	Luis Antônio	Guatapará	Dumont	Serrana	Brodowski	São Simão	Sertãozinho	Pitangueiras	Barrinha	Pontal	Jaboticabal	Monte Alto	Guariba	Sta. R. de Viterbo	Cajuru	Cássia dos Coqueiros	Santa Cruz da Esperança	Batatais	Altinópolis	Sto. A. da Alegria							
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	32405	1082	899	360	468	354	426	226	1144	1038	466	1150	466	1235	696	703	452	393	532	440	191	24	896	442	263	46751	8890	55641				
	Jardinópolis	1	1329	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1331	0	1331				
	Cravinhos	1	0	1029	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1033	1	1034				
	Serra Azul	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3				
	Serrana	9	1	1	0	55	0	0	0	1931	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1998	1	1999				
	São Simão	4	0	0	0	27	27	0	0	0	0	835	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	895	1	896				
Sertãozinho	Sertãozinho	7	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	4187	6	540	24	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4774	14	4788				
	Pitangueiras	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1659	0	0	29	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1692	7	1699				
	Pontal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1119	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1121	1	1122				
Jaboticabal	Jaboticabal	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	0	2170	3	5	0	0	0	0	0	0	0	2190	13	2203				
	Monte Alto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3259	0	0	0	0	0	0	0	0	3260	56	3316				
	Guariba	3	1	1	130	0	0	1	71	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2278	0	0	0	0	0	0	0	2487	5	2492				
Cajuru	Ca-juru	Sta. R. de Viterbo	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	661	0	0	0	0	0	0	0	674	3	677			
	Cajuru	3	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	2300	20	169	0	5	1	2510	11	2521				
	Batatais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3210	7	0	3230	6	3236				
	Altinópolis	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	0	12	1112	40	1172	11	1183				
	Sto. A. da Alegria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	223	223	0	223				
Total		32437	2414	1931	493	557	387	427	298	3076	1052	1312	5340	2132	1785	1840	2908	3717	2676	1202	2742	213	193	4118	1567	527	75344	9020	84364				

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

 O próprio município constitui o Módulo Assistencial

TABELA 6: Frequência das internações NSUS na DIR XVIII por procedência e local de internação, no ano de 2000

Microrregião		Ribeirão Preto											Sertãozinho				Jaboticabal			Cajuru							Total DIR XVIII	Extra DIR XVIII	Total	
Módulo Assistencial	Procedência Local de Internação	Ribeirão Preto										Sertãozinho				Jaboticabal			Cajuru											
		Ribeirão Preto	Jardinópolis	Cravinhos	Pradópolis	Serra Azul	Luis Antônio	Guatapará	Dumont	Serrana	Brodowski	São Simão	Sertãozinho	Pitangueiras	Barrinha	Pontal	Jaboticabal	Monte Alto	Guariba	Sta. R. de Viterbo	Cajuru	Cássia dos Coqueiros	Santa Cruz da Esperança	Batatais	Altinópolis	Sto. A. da Alegria				
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	25939	673	650	325	73	231	116	248	469	443	286	581	150	121	133	380	204	165	472	162	21	4	446	139	30	32461	5689	38150
		Jardinópolis	1	346	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	350	0	350
		Cravinhos	0	0	397	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	397	1	398
		Serra Azul	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
	Serrana	11	0	0	0	17	0	0	0	391	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	420	2	422	
	São Simão	1	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	120	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	125	0	125
Sertãozinho	Sertãozinho	Sertãozinho	49	14	9	3	3	1	0	32	3	0	1	4646	230	312	679	22	8	5	0	0	0	0	2	0	0	6019	117	6136
		Pitangueiras	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	788	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	793	5	798
	Pontal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	932	0	0	0	0	0	0	0	0	0	934	1	935	
Jaboticabal	Jaboticabal	3	0	0	321	0	0	3	2	0	0	0	1	6	296	1	3877	63	825	0	0	0	0	1	0	0	5399	664	6063	
	Monte Alto	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3574	3	0	0	0	0	0	0	0	3585	93	3678	
	Guariba	2	1	0	8	0	1	0	1	0	0	0	1	0	13	0	84	0	1079	0	0	0	0	0	0	0	1190	58	1248	
Cajuru	Ca- juru	Sta. R. de Viterbo	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	435	0	0	0	0	0	0	456	2	458
		Cajuru	4	0	0	0	5	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	14	430	9	30	0	0	0	494	8	502
		Batatais	3	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1038	0	0	1053	3	1056
		Altinópolis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	80	3	86	1	87
		Sto. A. da Alegria	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
Total		26017	1034	1056	657	99	236	119	283	863	454	429	5231	1174	742	1745	4373	3851	2077	922	595	30	34	1488	220	33	53762	6644	60406	

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

 O próprio município constitui o Módulo Assistencial

As “invasões” com origem fora da DIR XVIII para as categorias SUS e NSUS foram proporcionais ao percentual encontrado nas internações gerais: 9.020 internações SUS (10,7% do total desta categoria) e 6.644 internações NSUS (11,0% do total NSUS), tabelas 6 e 7 das internações SUS e NSUS, respectivamente. Porém, quando analisadas as “invasões” com origem em outros estados para as categorias em separado (tabela 3) existe clara preponderância do SUS (2.630) sobre o NSUS (1.045). Isto indica que a assistência hospitalar SUS oferecida pela DIR XVIII exerce forte poder de atração de demanda, consequência da alta complexidade instalada.

Das 129.106 internações com procedência na DIR XVIII (tabela 4), 75.344 foram SUS (tabela 6) e 53.762 NSUS (tabela 7). Os dados apresentam a importante participação do setor supletivo de assistência à saúde na região, havendo a ressalva de que esta característica não se apresenta homogênea entre as microrregiões, como será comentado mais adiante. Na tabela 7, a relação entre o número de internações e a população da DIR XVIII pode ser vista através dos coeficientes de internação geral (SUS e NSUS), valor igual a 11,6%, e de internação SUS, igual a 6,8%. O valor do coeficiente de internação geral superior ao parâmetro usual de 10,0% indica que o índice leitos/1.000 hab. na região foi adequado. Na mesma tabela, o coeficiente de internação SUS de 6,8% apresenta-se abaixo dos 8% geralmente esperado. Enquanto as microrregiões de Ribeirão Preto, Sertãozinho e Jaboticabal apresentaram semelhança neste coeficiente, a microrregião de Cajuru foi a que apresentou a maior participação SUS – acima de 8 % em suas internações - sendo esta característica mantida em nível de seus módulos assistenciais. Dois fatores podem estar envolvidos na determinação deste coeficiente: o menor nível de riqueza da microrregião de Cajuru, limitando a participação do setor supletivo, e/ou uma série histórica de uso mais elevado dos serviços públicos de assistência elevando as cotas disponíveis de AIH e conseqüentemente diminuindo a demanda para o setor privado.

TABELA 7: Coeficiente de internação geral (SUS e NSUS) e SUS por município, módulo assistencial, microrregião na DIR XVIII, no ano de 2000

Microrregião	Módulo Assistencial	Município	Coeficiente Internação Geral (%)				Coeficiente Internação SUS (%)			
			Município	MA	MR	DIR XVIII	Município	MA	MR	DIR XVIII
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	11,6	11,3	11,3	11,6	6,4	6,4	6,6	
		Cravinhos	10,5				6,8			
		Dumont	9,2				4,7			
		Guataporá	8,6				6,7			
		Jardinópolis	11,2				7,9			
		Luis Antônio	8,7				5,4			
		Pradópolis	8,9				3,8			
		Serra Azul	8,8				7,5			
	Serrana	Serrana	12,1		9,4					
	Brodowski	Brodowski	8,8		6,1					
	São Simão	São Simão	12,7		9,6					
Sertãozinho	Sertãozinho	Sertãozinho	11,2	10,9	11,1	5,6	6,2	6,2	6,8	
		Pitangueiras	10,6			6,8				
		Barrinha	10,4			7,4				
	Pontal	Pontal	12,1		6,2					
Jaboticabal	Jaboticabal	Jaboticabal	10,8		13,8	4,3		6,5		
	Guariba	Guariba	15,3			8,6				
	Monte Alto	Monte Alto	17,4			8,5				
Cajuru	Cajuru	Cajuru	16,1	12,7	11,6	13,2	9,3	8,9		
		Cássia dos Coqueiros	8,5			7,4				
		Santa Cruz da Esperança	12,6			10,7				
		Santa Rosa de Viterbo	9,9			5,6				
	Batatais	Batatais	11,0			8,1				
	Santo Antônio da Alegria	Santo Antônio da Alegria	9,7			9,1				
	Altinópolis	Altinópolis	11,5			10,1				

CPDH/DMS/FMRP/USP; IBGE

O próprio município constitui o Módulo Assistencial; MA: Módulo Assistencial; MR: Microrregião

As tabelas 4, 5 e 6, mostram que a predominância das internações SUS em relação às internações NSUS ocorreu em menor proporção para as microrregiões de Ribeirão Preto e Sertãozinho e em maior proporção para a microrregião de Cajuru. Esta última, a microrregião mais SUS dependente, é provável que devido ao seu menor desempenho econômico não representou condições favoráveis à expansão do setor supletivo. Porém, enquanto nos módulos assistenciais da microrregião de Sertãozinho um padrão de pequena predominância SUS seja mantido, para 3 módulos assistenciais da microrregião de Ribeirão Preto (Serrana, Brodowski e São Simão) ficou clara a maior dependência SUS, denunciando a heterogeneidade desta microrregião quanto à categoria de assistência hospitalar. A forte presença das internações SUS na microrregião de Cajuru se mantém quando analisados os seus módulos assistenciais, principalmente Altinópolis e Santo Antônio da Alegria. O caso da microrregião de Jaboticabal foi peculiar por apresentar predominância das internações NSUS, provocada por dois de seus três módulos assistenciais: Jaboticabal, principalmente, e Monte Alto.

A figura 3 apresenta as cidades da DIR XVIII e entorno com as rodovias pavimentadas existentes, em geral de boa qualidade e fácil acesso. Nota-se claramente que a interligação rodoviária tem Ribeirão Preto como referência sendo considerável o transporte de pacientes entre cidades da região através de ambulâncias dos serviços públicos municipais de saúde.

A distância aos serviços de assistência hospitalar é frequentemente referida como fator que influi no seu acesso. Na DIR XVIII, as características citadas no parágrafo anterior facilitaram as hospitalizações no pólo regional. Considerando a dificuldade de se analisar as internações em Ribeirão Preto pelos municípios da região por apresentarem populações diferentes, o uso de um “Coeficiente de Demanda” - idéia proveniente do trabalho de Yazlle Rocha e Fávero (1972) quando estudaram a demanda de atendimento de casos novos por municípios na região ao Hospital das Clínicas (FMRP-USP) – permitiu conferir a importância da distância no acesso ao município pólo regional.

FIGURA 3: A DIR XVIII, suas microrregiões e rodovias pavimentadas tendo Ribeirão Preto como referência

Fonte: IBGE; SES-SP

Assim, a frequência de internações para cada categoria (SUS e NSUS) com procedência nos municípios da DIR XVIII, apresentado nas tabelas 5 e 6, foi dividido pela população de cada município (tabela 1) e multiplicado pela base 1.000, obtendo-se então o Coeficiente de Demanda a Ribeirão Preto:

$$\text{Coeficiente de Demanda a Ribeirão Preto de um município da DIR XVIII} = \left(\frac{\text{"invasões" deste município a Ribeirão Preto}}{\text{população total do município de procedência}} \right) \times 1.000$$

TABELA 8: Distâncias rodoviárias entre Ribeirão Preto e municípios da DIR XVIII com os coeficientes de demanda de internações SUS e NSUS a Ribeirão Preto, no ano de 2000

Microrregião	Módulo Assistencial	Município	População	Distância (km)	Coeficiente de Demanda a Ribeirão Preto (%)	
					SUS	NSUS
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Cravinhos	28.411	22	31,6	22,9
		Dumont	6.307	21	35,8	39,3
		Guataporá	6.371	62	66,9	18,2
		Jardinópolis	30.729	25	35,2	21,9
		Luis Antônio	7.160	51	49,4	32,3
		Pradópolis	12.912	37	27,9	25,2
		Serra Azul	7.446	43	62,9	9,8
	Serrana	Serrana	32.603	23	35,1	14,4
	Brodowski	Brodowski	17.139	30	60,6	25,8
	São Simão	São Simão	13.675	50	34,1	20,9
Sertãozinho	Sertãozinho	Sertãozinho	94.664	22	12,2	6,1
		Pitangueiras	31.156	52	15,0	4,8
		Barrinha	24.207	40	51,0	5,0
	Pontal	Pontal	29.681	38	23,4	4,5
Jaboticabal	Jaboticabal	Jaboticabal	67.408	59	10,4	5,6
	Guariba	Guariba	31.085	72	12,6	5,3
	Monte Alto	Monte Alto	43.613	78	10,4	4,7
Cajuru	Cajuru	Cajuru	20.777	61	21,2	7,8
		Cássia dos Coqueiros	2.871	78	66,5	7,3
		Santa Cruz da Esperança	1.796	45	13,4	2,2
		Santa Rosa de Viterbo	21.435	72	24,8	22,0
	Batatais	Batatais	51.112	44	17,5	8,7
	Santo Antônio da Alegria	Santo Antônio da Alegria	5.764	98	45,6	5,2
	Altinópolis	Altinópolis	15.481	69	28,5	9,0

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP; DER/SP; IBGE; SES-SP

Estes coeficientes, apresentados na tabela 8, tiveram sua possível correlação com a distância de cada município de procedência a Ribeirão Preto conferida através do cálculo do “Coeficiente de Correlação de Pearson” (r), cujo valor varia de -1 a 1. Seu significado é que quanto mais próximo de -1 ou 1 maior a força de correlação direta ou inversa, e quanto mais próximo de 0 mais fraca é a correlação entre os dados. No caso das “invasões” SUS, o cálculo de r foi igual a 0,0122 indicando ausência de correlação entre a distância e os coeficientes de demanda para Ribeirão Preto. Para a categoria NSUS, houve correlação negativa entre os dados ($r = -0,4219$), indicando o efeito inverso da distância sobre a demanda;

resultado provável da existência de recursos de assistência mais próximos ao local de residência.

A seguir serão feitas algumas observações específicas e pertinentes com relação ao fluxo de hospitalizações para cada microrregião, módulos assistenciais e municípios da DIR XVIII, juntamente com breve caracterização destas unidades. As tabelas 4, 5 e 6, apresentadas anteriormente, foram usadas como referência.

4.2. A MICRORREGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO

De acordo com o PDR (São Paulo, 2002) e utilizando a classificação da NOAS de 2002 esta microrregião dispõe de todos os grupos de procedimentos de média complexidade II e III, alta complexidade ambulatorial e hospitalar (clínica e cirúrgica).

As tabelas 4, 5 e 6 mostram que a menor proporção de internações pela categoria SUS foi para Pradópolis e a maior para Serra Azul. Interessante observar que os municípios sem leitos hospitalares (tabela 1) nesta microrregião apresentaram coeficiente de internação geral comparável àqueles com leitos (tabela 8), indicando a manutenção do acesso mesmo na situação de necessitar receber assistência hospitalar fora do local de residência. A figura 4, na página seguinte, apresenta os fluxos de internação por categoria para esta microrregião, discutidos a seguir.

4.2.1. MÓDULO ASSISTENCIAL DE RIBEIRÃO PRETO

4.2.1.1. RIBEIRÃO PRETO

Com 504.923 hab., é o mais populoso município da DIR XVIII e pólo regional consolidado. Apesar de praticamente toda a produção agrícola da

região não ocorrer em seus limites territoriais, o município assumiu a posição de destino do capital produzido, ocupando a 12^a posição nacional em número de agências bancárias no ano de 2000 (Seade, 2001. p. 37). Apresenta grande oferta de serviços na área da saúde com 446 registros no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) de empresas de saúde e serviços sociais (IBGE, 2000) atuantes na unidade territorial, número elevado. O PDR do Estado de São Paulo levou em consideração o papel historicamente construído do município na região e o estabeleceu como pólo regional e sede do módulo assistencial de Ribeirão Preto, englobando 7 municípios satélites. Sua localização geográfica ocupando o centro da região demonstra o efeito centrípeto exercido sobre os municípios em seu entorno. Esta característica, somada à facilidade de acesso, representa ponto favorável para a organização e regionalização dos serviços de saúde – inclusive com a instalação unicêntrica dos procedimentos de alta complexidade.

É o município com maior disponibilidade de leitos para cada 1.000 habitantes (4,0 leitos/1.000 hab., tabela 1). O seu papel regional e extra regional, realizando a internação de parte da demanda de todos os municípios da DIR XVIII, não evitou que o coeficiente de internação geral de Ribeirão Preto se mantivesse elevado e igual à média regional de 11,6% (tabela 7), o que pode ser justificado pela indução da utilização da assistência hospitalar em casos onde ela não seria totalmente indicada como consequência da elevada oferta de serviços. Ao todo foram 58.454 internações de munícipes de Ribeirão Preto na DIR XVIII, divididas em 32437 SUS e 26017 NSUS (tabela 4, 5 e 6). A grande participação das internações NSUS provocou a queda do coeficiente de internação SUS – coeficiente de internação geral 11,6% e coeficiente de internação SUS igual a 6,4% (tabela 7).

Com a quase totalidade das internações ocorrendo nos serviços locais (tabela 4, 5 e 6) – as 110 internações “evadidas” corresponderam a apenas 0,2% do total. A principal característica do município dentro da

distribuição do fluxo de hospitalizações foi a sua atração regional. Para o ano de 2000 (tabela 4), foram ao todo 35.447 “invasões”, volume equiparável a 60,8% das internações locais de municípios, o que confirma a importância da demanda externa ao município. As “invasões” com origem na DIR XVIII (tabela 4) somaram 20.868 internações e aquelas com origem fora da DIR XVIII, 14.579 internações. Nota-se que apesar da maior quantidade de “invasões” ser procedente do território da DIR XVIII, Ribeirão Preto apresentou importante papel extra-regional na assistência hospitalar.

O expressivo número de “invasões” SUS e NSUS (tabelas 5 e 6) que se originaram fora da DIR XVIII demonstra a consolidação de Ribeirão Preto como centro de referência de hospitalizações para as duas categorias.

4.2.1.2. JARDINÓPOLIS

Apresentou população de 30.729 hab., sendo vizinho ao município de Ribeirão Preto (figura 3) do qual é considerado pelo PDR como satélite. Seu nível de riqueza, segundo a Fundação Seade (2003), foi inferior à média regional e estadual em 2000. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 2,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 11,2% e coeficiente de internação SUS igual a 7,9% (tabela 7). Do total de 3.448 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 2.414 corresponderam à categoria SUS e 1.034 a NSUS (tabelas 5 e 6). A baixa participação do setor supletivo no município provavelmente foi consequência da menor riqueza apresentada em relação a outros municípios da microrregião. A assistência local da demanda geral do município foi de 1675 (tabela 4) internações, sendo maior para a demanda SUS e menor para a NSUS (tabelas 5 e 6). Como os leitos municipais foram utilizados para a quase exclusiva assistência de municípios, não havendo portanto “invasão” considerável (tabela 4), os dados demonstram a baixa resolutividade da assistência hospitalar local que tem entre seus fatores prováveis a proximidade a Ribeirão Preto. As 1.773 “evasões” ocorridas em 2000, 1.085 SUS e 688

NSUS, tiveram como destino quase exclusivo os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6).

4.2.1.3. CRAVINHOS

Município com 28.411 hab., vizinho e satélite de Ribeirão Preto pelo PDR. Apresentou em 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 1,7 (tabela 1). Seu coeficiente de internação geral foi igual a 10,5% e o coeficiente de internação SUS igual a 6,8% (tabela 7). Do total de 2.987 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 1.931 corresponderam à categoria SUS e 1.056 a NSUS (tabelas 5 e 6). A assistência local da demanda geral do município foi de 1426 internações (tabela 4). Como no caso anterior, os leitos municipais foram utilizados para a quase exclusiva assistência de munícipes, sem “invasão” considerável (tabela 4). A baixa resolutividade da assistência hospitalar local, mantendo em seu território pequena parte da demanda SUS e NSUS (tabelas 5 e 6), pode ter entre seus fatores prováveis a proximidade a Ribeirão Preto. Esta característica precisa ser considerada e melhor entendida diante da recente solicitação do município na Comissão Intergestores Bipartite para ampliar sua complexidade de assistência. As 1.561 “evasões” ocorridas em 2000, 902 SUS e 659 NSUS, tiveram como destino quase exclusivo os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6).

4.2.1.4. PRADÓPOLIS

Município com 12.912 hab., pelo PDR é considerado satélite de Ribeirão Preto e sua localização geográfica o coloca dividindo fronteiras com as microrregiões de Sertãozinho e Jaboticabal (figura 3). Seu coeficiente de internação geral foi igual a 8,9% e o coeficiente de internação SUS igual a 3,8% (tabela 7). A considerar o coeficiente de internação geral, a

inexistência de serviços locais não parece ter prejudicado o acesso a internações. Do total de 1.150 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 493 corresponderam à categoria SUS e 657 a NSUS (tabelas 5 e 6). Foi notável a participação do setor supletivo de assistência e seu impacto sobre o coeficiente de internação SUS. O município apresentou distribuição entre as categorias SUS e NSUS muito mais semelhante à microrregião de Jaboticabal que à microrregião a que pertence. A demanda do município, toda evadida, teve como destinos Ribeirão Preto, Jaboticabal e Guariba (tabela 4). A análise por categorias demonstrou que Jaboticabal representou destino quase exclusivo para as internações NSUS e que as internações SUS ocorreram em Ribeirão Preto e em Guariba, município pertencente à microrregião de Jaboticabal. Diante do apresentado, uma futura discussão sobre o PDR em vigor atualmente deveria analisar a possibilidade do município de Pradópolis ser enquadrado à microrregião de Jaboticabal.

4.2.1.5. SERRA AZUL

No ano de 2000, apresentou população de 7.446 hab. e sua classificação no IPRS foi rebaixada do grupo 3 para o grupo 4, significando baixo nível de riqueza e transição social com destaque para o baixo desempenho na escolaridade da população (Seade, 2003). É considerado pelo PDR como satélite de Ribeirão Preto e geograficamente é vizinho dos módulos assistenciais de Serrana e São Simão (figura 3). O município apresentou índice leitos/1.000 hab. igual a 1,1 (tabela 1) na Unidade Mista local com ausência de resolutividade, tendo realizado para o ano de 2000 apenas 3 “internações” (tabela 4). O coeficiente de internação geral foi igual a 8,8% e o coeficiente de internação SUS igual a 7,5% (tabela 7). Do total de 656 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 557 corresponderam à categoria SUS e 99 a NSUS (tabelas 5 e 6) - o baixo nível de riqueza do município pode explicar a maior dependência SUS apresentada nos dados. As 653 “evasões” ocorridas em 2000, 554 SUS e 99 NSUS, tiveram como

destino a sede de seu módulo assistencial (Ribeirão Preto: 468 internações SUS e 73 NSUS) e dois outros módulos assistenciais vizinhos na sua microrregião (Serrana: 55 internações SUS e 17 NSUS e São Simão: 27 SUS e 1 NSUS), tabelas 4, 5 e 6.

4.2.1.6. LUIS ANTÔNIO

Apresentou população de 7.160 hab., é satélite de Ribeirão Preto e vizinho do módulo assistencial de São Simão (figura 3). Embora tenha apresentado em 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 1,7 (tabela 1), os leitos existentes na Unidade Mista local não realizaram hospitalizações. O coeficiente de internação geral foi igual a 8,7% e o coeficiente de internação SUS igual a 5,4% (tabela 7). Do total de 623 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 387 corresponderam à categoria SUS e 236 a NSUS (tabelas 5 e 6). O principal destino para as suas “evasões” foi o município de Ribeirão Preto, responsável por 585 internações.

4.2.1.7. GUATAPARÁ

Apresentou população de 6.371 hab., é satélite e vizinho de Ribeirão Preto (figura 3) e não apresentou leitos. O coeficiente de internação geral foi igual a 8,6% e o coeficiente de internação SUS foi igual a 6,7% (tabela 7). Do total de 546 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 427 corresponderam à categoria SUS e 119 a NSUS (tabelas 5 e 6). O principal destino para as suas “evasões” foi o município de Ribeirão Preto, responsável por 542 internações (tabela 4).

4.2.1.8. DUMONT

Apresentou população de 6.307 hab., é satélite de Ribeirão Preto e vizinho deste e dos municípios de Sertãozinho e Barrinha (figura 3). Não apresentou leitos. O coeficiente de internação geral foi igual a 9,2% e o coeficiente de internação SUS foi igual a 4,7% (tabela 7). Do total de 581 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 298 corresponderam à categoria SUS e 283 a NSUS (tabelas 5 e 6). O principal destino para as suas “evasões” foi o município de Ribeirão Preto, responsável por 474 internações (tabela 4). Houve considerável “evasão” SUS para Guariba. A identificação de fluxo desta categoria se dirigindo para outra microrregião comprometeu neste caso lógica do PDR.

4.2.2. MÓDULO ASSISTENCIAL DE SERRANA

4.2.2.1. SERRANA

Apresentou população de 32.603 hab., sendo o único município neste módulo assistencial e vizinho de Ribeirão Preto (figura 3). Seu padrão de desenvolvimento foi abaixo da média regional, assemelhando-se ao grupo de municípios situados à leste da DIR XVIII. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 1,5 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 12,1% e coeficiente de internação SUS igual a 9,4% (tabela 7). Do total de 3.939 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 3.076 corresponderam à categoria SUS e 863 a NSUS (tabelas 5 e 6). A baixa participação do setor supletivo no município acompanhou o perfil regional observado na porção leste da DIR XVIII. A assistência local da demanda geral do município foi de 2.322 (tabela 4), sendo de maior para a demanda SUS que para a NSUS (tabelas 5 e 6). As 1.617 “evasões” ocorridas em 2000, 1.145 SUS e 472 NSUS, tiveram como destino quase

exclusivo os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6), mantendo a lógica do PDR. Apenas 99 invasões foram registradas, 72 delas com procedência em Serra Azul, município satélite de Ribeirão Preto. A interligação rodoviária e proximidade de Serra Azul a Serrana (figura 3), o fluxo identificado em direção a este município e a existência de leitos locais poderiam sugerir uma análise do PDR para a absorção daquele município no módulo assistencial deste - precedida de estudos para a adequação do coeficiente de internação de Serrana e investimento na assistência hospitalar local.

4.2.3. MÓDULO ASSISTENCIAL DE BRODOWSKI

4.2.3.1. BRODOWSKI

Apresentou população de 17.139 hab., sendo vizinho de Ribeirão Preto (figura 3) e o único município neste módulo assistencial. Embora tenha apresentado desenvolvimento social acima da média regional, seu nível de riqueza apresentou desempenho decrescente quando considerado o triênio de 1997 a 2000 (Seade, 2003). Não apresentou leitos em 2000, mas possui estrutura local aguardando funcionamento. O coeficiente de internação geral foi igual a 8,8% e o coeficiente de internação SUS igual a 6,1% (tabela 7). Do total de 1.506 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 1.052 corresponderam à categoria SUS e 454 a NSUS (tabelas 5 e 6). Foi importante a participação das internações SUS na demanda do município. Ribeirão Preto foi o destino quase exclusivo das “evasões” de Brodowski (tabela 4).

4.2.4. MÓDULO ASSISTENCIAL DE SÃO SIMÃO

4.2.4.1. SÃO SIMÃO

Apresentou população de 13.675 hab., sendo vizinho à microrregião de Cajuru (figura 3) e o único município neste módulo assistencial. No ano de 2000, o índice leitos/1.000 hab. foi igual a 2,6 (tabela 1), um valor elevado para os padrões do município provavelmente justificado pela maior distância a Ribeirão Preto – pólo da microrregião. O coeficiente de internação geral foi igual a 12,7% e o coeficiente de internação SUS foi igual a 9,6% (tabela 7). Do total de 1.741 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 1.312 corresponderam à categoria SUS e 429 a NSUS (tabelas 5 e 6). A distribuição da demanda entre as categorias seguiu o padrão da parte leste da DIR XVIII. A assistência local da demanda geral do município foi de 955 internações (tabela 4), sendo maior para a demanda SUS que para a NSUS (tabelas 5 e 6). As 786 “evasões” ocorridas em 2000, 477 SUS e 309 NSUS, tiveram como destino quase exclusivo os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6). Apenas 66 “invasões” foram registradas, com procedência em sua maioria dos municípios vizinhos de Serra Azul e Luiz Antônio.

4.3. MICRORREGIÃO DE SERTÃOZINHO

De acordo com o PDR (São Paulo, 2002) e utilizando a classificação da NOAS 2002 esta microrregião dispõe parcialmente dos grupos de procedimentos de média complexidade II e III e média complexidade ambulatorial e hospitalar (clínica e cirúrgica). A figura 5, na página seguinte, apresenta os fluxos de internação por categoria para esta microrregião, discutidos a seguir.

FIGURA 5: Fluxos de internação (Geral, SUS e NSUS) envolvendo a microrregião de Sertãozinho no ano de 2000

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP; SES-SP

4.3.1. MÓDULO ASSISTENCIAL DE SERTÃOZINHO

4.3.1.1. SERTÃOZINHO

É o mais populoso município da microrregião (94.664 hab.) e faz divisa com Ribeirão Preto (figura 3). O PDR o classificou como pólo da microrregião e município sede do módulo assistencial que inclui os municípios satélites de Barrinha e Pitangueiras. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 2,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 11,2% e coeficiente de internação SUS igual a 5,6% (tabela 7). Do total de 10.571 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 5), 5.340 corresponderam à categoria SUS e 5.231 a NSUS (tabelas 5 e 6). A maior participação do setor supletivo, chegando a quase se igualar às hospitalizações SUS, foi reflexo do elevado nível de riqueza municipal e da presença de pré-pagamento financiado pelas empresas locais a seus funcionários. A assistência local de 8833 internações (tabela 4), sendo 4.187 SUS e 4.646 NSUS (tabelas 5 e 6), demonstrou alta resolutividade com tendência a assistir em seu território mais as internações NSUS. As 1.738 “evasões” ocorridas em 2000, 1.153 SUS e 585 NSUS, tiveram como destino os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6). Estes dados demonstram que, a despeito da proximidade e atratividade e influência exercidas por Ribeirão Preto, a resolutividade do município se apresentou alta para ambas as categorias, mantendo a lógica do PDR. A robustez da assistência hospitalar de Sertãozinho, seu volume populacional e sua importante participação microrregional permitiram que o município exercesse de forma adequada o seu papel de pólo microrregional estabelecido no PDR. Foram 2.091 “invasões” ocorridas em 2000 com procedência principalmente nos municípios da microrregião. As 131 “invasões” que tiveram como procedência municípios fora da DIR XVIII, se não representam número elevado reforçam a constatação de uma influência para além do território

municipal. Foi alta a atração do município para a categoria NSUS responsável pela assistência de 1.221 “invasões”.

4.3.1.2. PITANGUEIRAS

Apresentou população de 31.156 hab., sendo vizinho ao município de Sertãozinho (figura 3) do qual é considerado pelo PDR como satélite. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 2,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 10,6% e coeficiente de internação SUS igual a 6,8% (tabela 7). Do total de 3.306 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 2.132 corresponderam à categoria SUS e 1.174 a NSUS (tabelas 5 e 6). A assistência local da demanda geral do município foi alta para ambas as categorias (tabelas 5 e 6). Para as dimensões do município e os dados apresentados em outros locais da DIR XVIII, Pitangueiras apresentou boa resolutividade e baixos coeficientes de internação. Nas tabelas 4, 5 e 6, verifica-se que as 859 “evasões” ocorridas em 2000, 473 SUS e 386 NSUS, tiveram como destinos os serviços hospitalares de Ribeirão Preto e Sertãozinho. Este último estabelecido como destino para o fluxo da categoria NSUS (tabela 6). O fato de Sertãozinho não receber parte das “evasões” SUS foge da lógica proposta pelo PDR na medida em que não foram utilizados os serviços do pólo microrregional.

4.3.1.3. BARRINHA

Apresentou população de 24.207 hab., sendo vizinho de dois municípios-pólo microrregionais, Jaboticabal e Sertãozinho - do qual é satélite (figura 3). O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 1,5 (tabela 1), embora na análise não tenha havido o registro de hospitalizações. O coeficiente de internação geral foi igual a 10,4% e coeficiente de internação SUS igual a 7,4% (tabela 7). Do total de 2.527

internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 1.785 corresponderam à categoria SUS e 742 a NSUS (tabelas 5 e 6). As mesmas tabelas indicam que os fluxos de hospitalizações de Barrinha tiveram como destinos decrescentes Ribeirão Preto, Sertãozinho e Jaboticabal. Pode-se verificar também a heterogeneidade na composição destes fluxos com relação às categorias de internação. O fluxo para Ribeirão Preto apresentou uma composição quase exclusiva SUS, para Sertãozinho pequena predominância SUS e para Jaboticabal quase exclusiva NSUS.

4.3.2. MÓDULO ASSISTENCIAL DE PONTAL

4.3.2.1. PONTAL

Apresentou população de 29.681 hab., é o único município neste módulo assistencial e divide fronteira com Sertãozinho (figura 3). Embora tenha apresentado nível elevado de riqueza, seu desempenho social foi insatisfatório. Foi o único município da DIR XVIII a ser classificado no grupo 2 do IPRS (Seade, 2003). O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 2,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 12,1% e coeficiente de internação SUS igual a 6,2% (tabela 7). Do total de 3.585 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 1.840 corresponderam à categoria SUS e 1.745 a NSUS (tabelas 5 e 6). A participação elevada do setor supletivo reforça a afirmação anterior quanto ao nível de riqueza municipal. A assistência local da demanda geral do município foi de 2.051 internações (tabela 4), não havendo grande diferença entre a capacidade local de assistência entre as categorias (tabelas 5 e 6). As 1.534 “evasões” tiveram como destinos Ribeirão Preto e Sertãozinho. Porém, enquanto o primeiro apresentou predominância SUS, o segundo foi marcado pela forte presença da categoria NSUS. Esta situação apresentou semelhança àquela de Pitangueiras, pois para ir ao pólo regional o fluxo SUS atravessa o município de Sertãozinho sem nele receber assistência. Colocado o fato de

que no PDR Pontal é considerado módulo assistencial e sede para si mesmo, seria interessante identificar as razões pelas quais a capacidade de resposta de Pontal à sua demanda foi expressivamente inferior àquela apresentada por Pitangueiras. Apenas 6 invasões foram registradas, indicando a ausência de atratividade para este município (tabela 4).

4.4. MICRORREGIÃO DE JABOTICABAL

De acordo com o PDR (São Paulo, 2002) e utilizando a classificação da NOAS 2002 esta microrregião dispõe parcialmente dos grupos de procedimentos de média complexidade II e III, média complexidade ambulatorial e hospitalar (clínica e cirúrgica) e alta complexidade ambulatorial, também parcialmente. A microrregião de Jaboticabal é formada por três módulos assistenciais, cada um com apenas um município. A figura 6, na página seguinte, apresenta os fluxos de internação por categoria para esta microrregião, discutidos a seguir.

4.4.1. MÓDULO ASSISTENCIAL DE JABOTICABAL

4.4.1.1. JABOTICABAL

Apresentou o maior volume populacional desta microrregião (67.408 hab.) e o melhor nível de riqueza e desenvolvimento social. Divide fronteira com as microrregiões de Sertãozinho e Ribeirão Preto (figura 3) e foi classificado como pólo microrregional pelo PDR. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 3,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 10,8% e coeficiente de internação SUS igual a 4,3% (tabela 7). Do total de 7.281 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 2.908 corresponderam à categoria SUS e 4.373 a NSUS (tabelas 5 e 6). A

elevada participação do setor supletivo, a maior de toda a DIR XVIII, e a grande disponibilidade de leitos coincidiram com o alto nível de riqueza apresentado pelo município no ano de 2000. A assistência local da demanda de hospitalizações no município foi elevada para as duas categorias (tabelas 5 e 6). Os dados demonstram alta resolutividade trazendo a peculiar característica de maior permanência municipal das internações NSUS. As 1.234 “evasões” ocorridas em 2000, 738 SUS e 496 NSUS, tiveram como

FIGURA 6: Fluxos de internação (Geral, SUS e NSUS) envolvendo a microrregião de Jaboticabal no ano de 2000

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP; SES-SP

principal destino os serviços hospitalares de Ribeirão Preto. Ficou clara a atração do município devido ao número elevado de “invasões”, havendo inclusive importante fluxo de 677 internações com procedência fora da DIR XVIII (tabela 4). Todavia, a principal característica da capacidade de atração da assistência hospitalar de Jaboticabal foi a sua seletividade para a categoria NSUS. Foram 2.186 internações (tabela 6) originárias, na DIR XVIII, principalmente dos municípios de Guariba (825), Pradópolis (321), Barrinha (296) e Monte Alto (63).

4.4.2. MÓDULO ASSISTENCIAL DE MONTE ALTO

4.4.2.1. MONTE ALTO

Município com 43.613 hab., vizinho de Jaboticabal e localizado no extremo oeste da DIR XVIII (figura 3). Apresentou em 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 2,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 17,4% e o coeficiente de internação SUS igual a 8,5% (tabela 7). Do total de 7.568 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 3.717 corresponderam à categoria SUS e 3.851 a NSUS (tabelas 5 e 6). A assistência local da demanda geral do município foi elevada correspondendo a 6.833 internações (tabela 4), sendo maior para a demanda NSUS (tabelas 5 e 6). Os elevados coeficientes de internação associados ao alto percentual de assistência local em um município de dimensões reduzidas podem apontar para a realização de internações desnecessárias em Monte Alto. As 735 “evasões” ocorridas em 2000, 458 SUS e 277 NSUS, tiveram como destinos principais os serviços hospitalares de Ribeirão Preto e Jaboticabal, este último para NSUS (tabelas 4, 5 e 6). Monte Alto não representou destino importante de internações de outros municípios, tendo registrado 161 “invasões”.

4.4.3. MÓDULO ASSISTENCIAL DE GUARIBA

4.4.3.1. GUARIBA

Apresentou população de 31.085 hab., sendo vizinho de Jaboticabal e da microrregião de Ribeirão Preto (figura 3). O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 3,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 15,3% e coeficiente de internação SUS igual a 8,6% (tabela 7). Do total de 4.753 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 2.676 corresponderam à categoria SUS e 2.077 a NSUS (tabelas 5 e 6). A assistência local da demanda geral do município foi de 3.357 internações (tabela 4), sendo expressivamente maior para a demanda SUS (tabelas 5 e 6). As 1.396 “evasões” tiveram como destinos Jaboticabal e Ribeirão Preto. Porém, enquanto Ribeirão Preto apresentou predominância SUS, Jaboticabal foi marcado pela quase exclusividade da categoria NSUS – sendo este mais um fluxo a confirmar a atração seletiva NSUS realizada por Jaboticabal. As 383 “invasões” tiveram como procedências principais na DIR XVIII os municípios de Pradópolis (138), Jaboticabal (86), Dumont (72) e Barrinha (13), tabela 4. Os dados mostram que dois municípios da microrregião de Ribeirão Preto têm considerável fluxo para a cidade de Guariba. Esta observação se tornou mais relevante quando foi considerada a demanda SUS. do município de procedência. Neste ponto seria interessante obter os motivos pelos quais partes da demanda SUS de municípios de uma microrregião foram buscar assistência hospitalar em outra.

4.5. MICRORREGIÃO DE CAJURU

Ocupando toda a porção leste da DIR XVIII e apresentando baixo desempenho econômico, esta microrregião dispõe parcialmente dos grupos de procedimentos de média complexidade II e III. A figura 7, na página seguinte, apresenta os fluxos de internação por categoria para esta microrregião, discutidos a seguir.

4.5.1. MÓDULO ASSISTENCIAL DE CAJURU

4.5.1.1. SANTA ROSA DE VITERBO

Apresentou população de 21.435 hab., sendo vizinho do município de Cajuru (figura 3) do qual é considerado pelo PDR como satélite. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 1,3 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 9,9% e coeficiente de internação SUS igual a 5,6% (tabela 7). Do total de 2.124 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 1.202 corresponderam à categoria SUS e 922 a NSUS (tabelas 5 e 6). A assistência local da demanda geral do município foi de 1096 internações (tabela 4), sendo de 661 para a demanda SUS e de 435 para a NSUS (tabelas 5 e 6). As 1.028 “evasões” ocorridas em 2000, 541 SUS e 487 NSUS, tiveram como destino quase exclusivo os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6). Apesar de ser considerado município-satélite do módulo assistencial de Cajuru, o fluxo verificado apontou para a utilização exclusiva da estrutura local e do pólo regional. Apenas 39 “invasões” foram registradas (tabela 4).

FIGURA 7: Fluxos de internação (Geral, SUS e NSUS) envolvendo a microrregião de Cajuru no ano de 2000

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP; SES-SP

4.5.1.2. CAJURU

Apresentou população de 20.777 hab., sendo classificado pelo PDR como pólo microrregional. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 2,6 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 16,1% e coeficiente de internação SUS igual a 13,2% (tabela 7). Do total de 3.337 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 2.742 corresponderam à categoria SUS e 595 a NSUS (tabelas 5 e 6). Os dados demonstram alta dependência SUS do município e elevado coeficiente de internação. Esta característica, aliada à maior dependência SUS desta microrregião e ao menor índice leitos/1.000 hab. de seus municípios, podem ser causadores de dificuldade de acesso ao pólo microrregional direcionando o fluxo de assistência hospitalar menos complexa dos satélites e módulos assistenciais ao pólo regional. A assistência local da demanda geral do município foi de 2.730 internações (tabela 4), sendo de 2.300 para a demanda SUS e de 430 para a NSUS (tabelas 5 e 6). A resolutividade satisfatória apresentada pode estar contaminada pelos elevados coeficientes de internação, sugestivos de hospitalizações desnecessárias. As 607 “evasões” ocorridas em 2000, 442 SUS e 165 NSUS, tiveram como destino quase exclusivo os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6). As 293 “invasões” registradas tiveram como principais origens Santa Cruz da Esperança (199), Cássia dos Coqueiros (29) e Santa Rosa de Viterbo.

4.5.1.3. CÁSSIA DOS COQUEIROS

Apresentou população de 2.871 hab., sendo classificado pelo PDR como satélite de Cajuru. O município possui participação importante da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) realizando atividades relacionadas ao ensino, pesquisa e assistência na área da saúde. O município não dispunha em 2000 de leitos locais e apresentou

coeficiente de internação geral igual a 8,5% e coeficiente de internação SUS igual a 7,4% (tabelas 4 e 5). Do total de 243 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 213 corresponderam à categoria SUS e 30 a NSUS (tabelas 5 e 6). As internações foram realizadas principalmente em Ribeirão Preto (212) e Cajuru (29), tabela 4.

4.5.1.4. SANTA CRUZ DA ESPERANÇA

Apresentou população de 1.796 hab., sendo classificado pelo PDR como satélite de Cajuru. O município não dispunha em 2000 de leitos locais e apresentou coeficiente de internação geral igual a 12,6% e coeficiente de internação SUS igual a 10,7% (tabela 7). Do total de 227 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 193 corresponderam à categoria SUS e 34 a NSUS (tabelas 5 e 6). As internações foram realizadas principalmente em Cajuru (199) e Ribeirão Preto (28).

4.5.2. MÓDULO ASSISTENCIAL DE BATATAIS

4.5.2.1. BATATAIS

Apresentou população de 51.112 hab., a maior desta microrregião. Ocupa posição no extremo norte da microrregião de Cajuru e é vizinho da microrregião de Ribeirão Preto (figura 3). É o único município neste módulo assistencial. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 2,3 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 11,0% e coeficiente de internação SUS igual a 8,1% (tabela 7). Do total de 5.606 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 4.118 corresponderam à categoria SUS e 1.488 a NSUS (tabelas 5 e 6). A assistência local da demanda geral do município foi de 4.248 internações (tabela 4), sendo de

3.210 para a demanda SUS e de 1.038 para a NSUS (tabelas 5 e 6). Estes dados demonstram boa resolutividade local acompanhada de coeficientes de internação dentro de limites mais adequados quando comparados com o pólo microrregional. Um fator a colaborar para a elevada capacidade local de hospitalização apresentada foi o maior volume populacional associado a melhores condições econômicas. As 1.358 “evasões” ocorridas em 2000, 908 SUS e 450 NSUS, tiveram como destino quase exclusivo os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6). Apenas 44 “invasões” foram registradas, indicando que, apesar da alta resolutividade, maior volume populacional e portanto, maior disponibilidade de serviços além daqueles do setor saúde, o município não apresentou atratividade microrregional (tabela 4).

4.5.3. MÓDULO ASSISTENCIAL DE ALTINÓPOLIS

4.5.4.1. ALTINÓPOLIS

Apresentou população de 15.481 hab., estando entre dois importantes centros de assistência hospitalar da microrregião, Cajuru e Batatais (figura 3). É o único município neste módulo assistencial. O município apresentou no ano de 2000 índice leitos/1.000 hab. igual a 3,0 (tabela 1), coeficiente de internação geral igual a 11,5% e coeficiente de internação SUS igual a 10,1% (tabela 7). Os dados apresentam uma elevada disponibilidade de leitos no município em relação à média microrregional de 2,0 leitos/1.000 hab. Este fator pode ter estimulado maior número de hospitalizações com impacto sobre o sistema público devido à forte dependência SUS indicada pela pouca diferença entre os coeficientes de internação geral e SUS. Do total de 1.787 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 1.567 corresponderam à categoria SUS e 220 a NSUS (tabelas 5 e 6). A assistência local da demanda geral do município foi de 1.192 internações (tabela 5), sendo de 1.112 para a demanda SUS e de 80 para a NSUS

(tabelas 5 e 6). As 595 “evasões” ocorridas em 2000, 455 SUS e 140 NSUS, tiveram como principal destino os serviços hospitalares de Ribeirão Preto (tabelas 4, 5 e 6). O número reduzido de 78 “invasões” registradas indica que, apesar da disponibilidade de leitos, a atração do município não se constituiu como característica importante. O quadro apresentado foi sugestivo para a recente decisão de Altinópolis de encerrar as atividades em um dos hospitais do município.

4.5.4. MÓDULO ASSISTENCIAL DE SANTO ANTÔNIO DA ALEGRIA

4.5.4.1. SANTO ANTÔNIO DA ALEGRIA

Apresentou população de 5.764 hab., sendo o único município do módulo assistencial. Em 2000, seu índice leitos/1.000 hab. foi igual a 2,0 (tabela 1), o coeficiente de internação geral igual a 9,7% e coeficiente de internação SUS igual a 9,1% (tabela 7). Do total de 560 internações ocorridas na DIR XVIII (tabela 4), 527 corresponderam à categoria SUS e 33 a NSUS (tabelas 5 e 6). As internações foram realizadas no próprio município (223), em Ribeirão Preto (293) e Altinópolis (43).

V. CONCLUSÕES

A realização desta pesquisa permitiu chegar às seguintes conclusões para o ano de 2000.

A demanda regional de hospitalizações encontrou na DIR XVIII suficiente disponibilidade de leitos hospitalares demonstrada pelo coeficiente geral de internação acima de 10% - parâmetro considerado como referência.

A distribuição dos leitos na DIR XVIII não era uniforme, estando correlacionada com o nível de riqueza das microrregiões e sua ordem crescente de distribuição nas microrregiões foi Cajuru, Sertãozinho, Jaboticabal e Ribeirão Preto.

As microrregiões apresentaram heterogeneidade com relação à participação dos setores público e supletivo na assistência hospitalar, confirmando que a DIR XVIII não representa um todo homogêneo e que uma subdivisão em microrregiões é interessante no processo de regionalização.

A única microrregião a apresentar o coeficiente de internação SUS dentro de valores próximos ao esperado de 8,0% foi Cajuru. As demais microrregiões apresentaram importante participação das internações NSUS, mantendo este coeficiente entre 6,2 e 6,6.

O acesso à assistência hospitalar para os municípios que não dispunham de leitos em seus territórios estava mantido para ambas as categorias SUS e NSUS, como demonstrado pelos coeficientes de internação.

O acesso a Ribeirão Preto, pólo regional, para as internações SUS não apresentou na distância fator limitante permitindo a regionalização unicêntrica dos serviços de alta complexidade.

A capacidade da atração da microrregião de Ribeirão Preto foi exclusividade do pólo regional diferenciando-se das outras microrregiões. Ribeirão Preto apresentou-se como centro hospitalar de referência

consolidado na assistência hospitalar regional para ambas as categorias (SUS e NSUS).

O município de Jaboticabal tem na assistência hospitalar financiada pelo setor supletivo a sua principal característica exercendo inclusive, nesta categoria, forte atração nos municípios em seu entorno. A demanda NSUS de internações não apresenta os mesmos fluxos que a demanda SUS.

De maneira geral os municípios apresentaram como referência para os seus fluxos os serviços locais (quando disponíveis) e um outro município, obedecendo a organização proposta pelo PDR. Os casos especiais foram:

Pradópolis: os fluxos SUS se dirigiram para Guariba e Ribeirão Preto e o NSUS para Jaboticabal e Ribeirão Preto.

Pitangueiras: o fluxo SUS evadido se dirigiu para Ribeirão Preto sem receber parte da assistência na sua microrregião, Sertãozinho.

Barrinha: os fluxos tiveram como referência Jaboticabal, Sertãozinho e Ribeirão Preto.

Dumont: recebeu parte de sua assistência SUS fora de sua microrregião.

Pontal: o fluxo SUS apresentou como referência Ribeirão Preto sem receber assistência em Sertãozinho.

Batatais, São Simão, Jardinópolis, Cravinhos, Pitangueiras, Pontal, Monte Alto e Altinópolis foram municípios que, embora com serviços hospitalares em seus territórios, não apresentaram demanda externa de fluxos de internações, permitindo a gestão do sistema municipal com enfoque para a utilização exclusiva local, mas desaconselhando a implantação de recursos que exigem maior economia de escala.

A identificação dos fluxos indica aos gestores com segurança quais os municípios responsáveis pela assistência às suas populações – permitindo a realização de estudos ou verificação da qualidade da assistência ofertada.

ANEXO I

FOLHA DE ALTA HOSPITALAR
CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS HOSPITALARES
RIBEIRÃO PRETO

NOME DO HOSPITAL			NOME DA ENFERMARIA		Nº DO PACIENTE		Hospital		Enfermar.		
							1	2	3	4	
							Nº do paciente				
							5	6	7	8	
							9	10			
SEXO	COR	IDADE NA INTERN.	ESTADO CIVIL		OCUPAÇÃO		Sexo	cor	Idade na intern.		
M ☐	Branca ☐	anos	sol. ☐ viúva ☐				11	12	13	14	
	Preta ☐	meses ☐ RN	cas. ☐ Desq. ☐				15				
F ☐	Amar. ☐	dias ☐ Nat.	Amas ☐ Divorc. ☐				Est. civil	Ocupação			
	Outra ☐						16	17	18		
CATEG. DA INTERNAÇÃO		PROCEDÊNCIA		DATA DA INTERNAÇÃO	DIAS DE INTERNAÇÃO		Cat. Int.	Procedência			
☐ Port. ☐ IAMSPE							19	20	21	22	
☐ Indig. ☐ DAP		Município.....					Data da internação				
☐ Inamps ☐ 3º BP		Estado.....					23	24	25	26	
☐ SASSOM ☐ Outro							Dias de internação				
							27	28			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DA CAUSA DA INTERNAÇÃO:							Diagnóstico definitivo				
							32	33	34	35	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:							Outros diagnósticos				
							36	37	38	39	
							Outros diagnósticos				
							40	41	42	43	
OPERAÇÃO PRINCIPAL:							Data da cirurgia				
							44	45	46	47	
							Operação principal				
							48	49	50	51	
OUTRAS OPERAÇÕES:							Outras operações				
							52	53	54	55	
							Recuperação				
REOPERAÇÃO							56	57	58	59	
							60	61	62	63	
CAUSA DO ACIDENTE, ENVENENAMENTO OU VIOLÊNCIA:							Acidente, envenen. ou violência				
							64	65	66	67	
COMPLICAÇÕES HOSPITALARES:							Compl. Hospitalares				
Injecções:							68	69	70	71	
Traumatismos:											
Outras:											
CREMESP DO MÉDICO RESPONSÁVEL:							CREMESP				
							72	73	74	75	
							76				
DATA DA SAÍDA DO PACIENTE			CONDIÇÕES DA SAÍDA			Data saída pac.		Cond. saíd.			
			ALTA			ÓBITO					
			☐ Ordem Médica ☐ Transfer.			☐ s/Autópsia					
			☐ A Pedido ☐ Fuga			☐ s/Autópsia					
Nome Legível											

ANEXO II

ANEXO II: Frequência de recém nascidos excluídos por município do total de internações ocorridas na DIR XVIII, no ano de 2000

Procedência			Internações na DIR XVIII			
Microrregião	Módulo Assistencial	Município	RN Excluídos	SUS	NSUS	Total
Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	8571	32437	26017	67025
		Jardinópolis	497	2414	1034	3945
		Cravinhos	485	1931	1056	3472
		Pradópolis	95	493	657	1245
		Serra Azul	99	557	99	755
		Luis Antônio	116	387	236	739
		Guataporá	110	427	119	656
		Dumont	52	298	283	633
		Serrana	732	3076	863	4671
		Brodowski	239	1052	454	1745
	São Simão	190	1312	429	1931	
Sertãozinho	Sertãozinho	Sertãozinho	2177	5340	5231	12748
		Pitangueiras	700	2132	1174	4006
		Barrinha	187	1785	742	2714
		Pontal	635	1840	1745	4220
Jaboticabal		Jaboticabal	1049	2908	4373	8330
		Monte Alto	634	3717	3851	8202
		Guariba	758	2676	2077	5511
Cajuru	Cajuru	Santa Rosa de Viterbo	324	1202	922	2448
		Cajuru	419	2742	595	3756
		Cássia dos Coqueiros	36	213	30	279
		Santa Cruz da Esperança	19	193	34	246
		Batatais	839	4118	1488	6445
		Altinópolis	287	1567	220	2074
		Santo Antônio da Alegria	54	527	33	614
Total DIR XVIII			19304	75344	53762	148410
Extra DIR XVIII			584	9020	6644	16248
Total Geral			19888	84364	60406	164658

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

O próprio município constitui o Módulo Assistencial

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Eurivaldo S. de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia F.; ALMEIDA, Eurivaldo S. de (Org.). **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Edusp, 2001. p. 13-50.

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 8. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003. 349 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOB-SUS 1996: Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS – SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95, 26 jan. 2001, e regulamentação complementar). Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS – SUS 01/2002 (Portaria MS/GM n. 373, 27 fev. 2002, e regulação complementar). Brasília: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

CARDONA, Álvaro. Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud. **Rev. Facultad Nacional de Salud Pública**, Colômbia, v. 16, n. 1, p. 9-26, jul. / dez. 1998.

CARTA DE BLUMENAU (XVIII Congresso Nacional dos Secretários Municipais de Saúde). **Radis: comunicação em saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 1, p. 14, ago. 2002.

CARVALHO, Gilson; ROSEMBURG, Cornélio P.; BURALLI, Keiko O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, a. 24, v. 24, n. 1, p. 72-88, jan. / fev. 2000.

CARVALHO, Guido I. de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90 e lei 8.142/90)**. São Paulo: Hucitec, 1992. 371 p.

CDC: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Epi-Info versão 3.2 atualização de 22 jan. 2004**. Programa com acesso gratuito e possibilidade de instalação em computadores pessoais. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/index.htm>>. Acesso em: 1 fev. 2004.

COHN, Amélia. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 4. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez: Cedec, 2001. p. 13-57.

COSTA, Jurandir F. A medicina das cidades. In: _____. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Graal, 1983. p. 19-33.

_____. A higiene das famílias. In: _____.
_____. Rio de Janeiro: Graal, 1983. p. 49-77.

_____. A cidade familiar. In: _____.
_____. Rio de Janeiro: Graal, 1983. p. 35-48.

CRUZ, Maria do C. M. T. **O consórcio intermunicipal de saúde da microrregião de Penápolis como instrumento de viabilização dos sistemas locais de saúde.** 1992. 118 p. Dissertação Mestrado – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

DAVANZO, Aurea M. Q. ; FONSECA, Rinaldo B. Estudo para o regionalismo do SUS. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana L. d'Á. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social.** São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 489-504.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese.** 16. ed. Tradução Gilson Souza; revisão Plínio Martins Filho. São Paulo: Perspectiva, 2001. 170 p.

ELIAS, Paulo E. M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 4 ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez: Cedec, 2001. p. 59-133.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208 p.

FIGUEIREDO, A. F. de. **Estudo da demanda regional de hospitalização em Ribeirão Preto, São Paulo, no ano de 1987.** 1994. 64 p. Dissertação Mestrado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GIANNOTTI, José A. As alianças e o diabo da política. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 jun. 2002. Caderno Mais!, n. 542, p. 11-13.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados.** Dossiê saúde pública. São Paulo: IEA, v. 13, n. 35, p. 139-146, jan. / abr. 1999.

GUEDES, G. L. M. **Desigualdade social: estudo de hospitalizações no município de Ribeirão Preto – SP em 1998.** 2000. Tese Doutorado – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

IBGE. **Base cartográfica integrada digital do Brasil ao milionésimo:** versão 1.0 para ArcGis Desktop/ArcView. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. 1 CD.

LENCIONI, Sandra. **Região e geografia.** São Paulo: Edusp, 1999. 224 p.

LUZ, Madel T. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). **Saúde e medicina no Brasil:** contribuição para um debate. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 157-174.

MENDES, Eugênio V. **Os grandes dilemas do SUS:** tomo II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 176 p.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269 p.

MONTERO D'OLEO, Rafael de J. ; FÁVERO, Manildo. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 26, n. 4, p. 256-63, ago. 1992.

OBSERVATÓRIO da regionalização. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde. Apresenta documentos e textos relacionados ao tema regionalização da assistência. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/principal.cfm?...>>. Acesso em: 19 jun. 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Processo de descentralização da saúde no Brasil:** documento analítico. Brasília: OPAS, 2002. (Série técnica do projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde). 116 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2000:** mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000. 240 p.

PINTO, Virgílio N. Balanço das transformações econômicas no século XIX. In: MOTA, Carlos G. (Org.). **Brasil em perspectiva.** 12. ed. São Paulo: Difel, 1981. p. 126-145.

RAMOS, Reinaldo. **A integração sanitária:** doutrina e prática. 1972. 366 p. Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RIBEIRO, Darcy. **O povo brasileiro:** a formação e o sentido do Brasil. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. 476 p.

RIVERO, David T. de. Atenção primária: frustração e dívida social para o século XXI? **Ser Médico**, São Paulo, a. II, n. 6, p. 12-15, jan. / fev. / mar. 1999.

SÁ, Marcos F. S. de. **A inserção de um hospital universitário público no Sistema Único de Saúde:** a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. [Ribeirão Preto] : [São Francisco], 2002. 194 p.

SANTOS, Jair L. F.; WESTPHAL, Márcia F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados.** Dossiê saúde pública. São Paulo: IEA, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan. / abr. 1999.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. 9. ed. São Paulo: Record, 2002. 174 p.

SÃO PAULO [Estado]. Secretaria da Saúde. Instituto de Saúde. **SILOS: Sistemas Locais de Saúde.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde: Instituto de Saúde, 1987. 36 p.

SÃO PAULO [Estado]. Secretaria da Saúde. **A implantação da NOAS no Estado de São Paulo.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2002. 115 p.

SÃO PAULO [Estado]. Fundação Seade. **Índice paulista de responsabilidade social.** São Paulo, 2001. 93 p.

SEVERINO, Antônio J. **Metodologia do trabalho científico.** 22. ed. rev. ampl. São Paulo: Cortez, 2002. 333 p.

SOUZA, Renilson R. de. O sistema público de saúde brasileiro. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana L. d'Á. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio:** o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 441-469.

TANAKA, O. Y. ; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2001. 88 p.

TEIXEIRA, Sonia M. F. ; MENDONÇA, Maria H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia M. F. (Org.). **Reforma sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 193-232.

TOBAR, F. ; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 172 p.

UNGLERT, Carmen V. de S. **Territorialização em saúde:** a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. 1995. 221 p. Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil, Universidade de São Paulo, São Paulo.

VIANA, A. L. d'Á. **Sistema e descentralização:** a política de saúde no Estado de São Paulo nos anos 80, formação e tensões. 1994. 188 p. Tese Doutorado – Instituto de Economia, Unicamp, Campinas.

VIANA, Ana L. d'Á. et al. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana L. d'Á. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio:** o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime: Cealag, 2002. p. 471-488.

WESTPHAL, Márcia F. ; ALMEIDA, Eurivaldo S. de (Orgs.). **Gestão de serviços de saúde:** descentralização, municipalização do SUS. São Paulo: Edusp, 2001. 274 p.

YAZLLE ROCHA, J. S. ; SIMÕES, B. J. G. ; FORSTER, A. C. Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 4, p. 636-42, out. / dez. 1993.

YAZLLE ROCHA, J. S. ; SIMÕES, B. J. G. ; GUEDES, G. L. M. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, p. 479-87, 1997.

YAZLLE ROCHA, J. S. ; SIMÕES, B. J. G. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 44-54, fev. 1999.

YAZLLE ROCHA, J. S. ; FÁVERO, M. Fatores que influenciam a demanda a um hospital regional. **Rev. Medicina**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 141-151, 1972.

YUNES, João. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**. Dossiê saúde pública. São Paulo: IEA, v. 13, n. 35, p. 65-70, jan. / abr. 1999.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente dissertação, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

Carlos Eduardo Menezes de Rezende

carlosrezende@universiabrasil.net

Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3.900
Monte Alegre
Ribeirão Preto SP
14049-900