

Carlos Eduardo Menezes De Rezende

**Regionalização da assistência hospitalar: a coexistência
entre o público e privado na região de Ribeirão Preto-SP**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Hillegonda Maria
Dutilh Novaes

São Paulo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Rezende, Carlos Eduardo Menezes de

Regionalização da assistência hospitalar : a coexistência entre o público e privado na região de Ribeirão Preto-SP / Carlos Eduardo Menezes de Rezende. -- São Paulo, 2013.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Hillegonda Maria Dutilh Novaes.

Descritores: 1.Hospitalização 2.Regionalização 3.Sistema Único de Saúde
4.Saúde suplementar 5.Classificação Internacional de Doenças 6.Planejamento em saúde 7.Regulação e fiscalização em saúde

USP/FM/DBD-363/13

FOLHA DE APROVAÇÃO

Carlos Eduardo Menezes de Rezende

Regionalização da assistência hospitalar: a coexistência entre o público e privado na região de Ribeirão Preto-SP

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Aprovado em: _____

Banca examinadora

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Ao Prof. Paulo Eduardo Mangeon Elias (in memoriam)

Agradecimentos

Reconheço o importante apoio e auxílio das seguintes pessoas na elaboração deste trabalho:

Profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes

Prof. Dr. Juan Stuardo Yazlle Rocha

Prof. Dr. Milton Roberto Laprega

Prof. Dr. Nelson Ibañez

Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana

Lílian Santos de Godoy Prado

Rosane Aparecida Monteiro

Maria Eulália Lessa do Valle Dallora

Profissionais da Gerência Geral do Ambulatório e Assessoria Técnica do HCFMRP-USP

Agradeço a compreensão e apoio de meus familiares, em especial Katarzyna, Pedro e Lucas.

Registro a importância das seguintes instituições no desenvolvimento deste trabalho:

FMUSP - Departamento de Medicina Preventiva

FMRP-USP - Departamento de Medicina Social

Hospital das Clínicas da FMRP-USP (HCFMRP-USP)

Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA)

Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC)

Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão (CEALAG)

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP)

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

"21 de janeiro de 1871

Meu caro senhor,

Sou-lhe muito grato por seu amável presente. Levarei algum tempo para lê-lo, pois só posso ler aos poucos qualquer coisa que exija muito raciocínio. Se eu soubesse que seu livro havia sido publicado, não teria naturalmente pedido que lhe enviassem o primeiro volume do meu livro. Também suponho que não lhe dará muita atenção.

É provável que provoque a sua indignação. Mas sempre posso me consolar ao pensar que fiz o melhor que pude.

Sinceramente,

Charles Darwin"

(Carta de Charles Darwin a George Mivart)

Normalização

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

LISTA DE SIGLAS

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	7
1.2. A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS), O PACTO DE GESTÃO E O DECRETO FEDERAL Nº 7.508/2011	19
1.2.1. A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)	20
1.2.2. O PACTO PELA SAÚDE	22
1.2.3. O DECRETO FEDERAL Nº 7.508/2011	27
1.3. O SETOR PRIVADO NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE BRASILEIRO	31
1.3.1. A SAÚDE SUPLEMENTAR	35
1.3.1.1. A SAÚDE SUPLEMENTAR: ESTRUTURA NORMATIVA	37
1.4. A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COMO TRAÇADOR DA ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL	44
1.4.1. ALGUMAS OBSERVAÇÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COMO TRAÇADOR NO MIX PÚBLICO-PRIVADO	54
1.5. O BANCO DE DADOS DO CPDH/DMS/FMRP-USP	58
1.6. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP	60
1.6.1. VISÃO GERAL DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP	61
1.6.1.1. APROXIMAÇÃO ANTROPOLÓGICA DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP	62
1.6.2. DUAS ABORDAGENS (REFERENCIAIS) PARA A REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO: REGIONALIZAÇÃO E MIX PÚBLICO-PRIVADO	65
2. JUSTIFICATIVAS	70
3. PERGUNTAS CENTRAIS DO ESTUDO	80
4. OBJETIVOS	81
4.1. OBJETIVO GERAL	81
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	81

5. MÉTODO	82
5.1. TIPO DE ESTUDO	82
5.2. CAMPO E POPULAÇÃO DE ESTUDO	82
5.3. ASPECTOS ÉTICOS	83
5.4. FONTE DE DADOS	84
5.5. INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE	84
5.6. VARIÁVEIS DO ESTUDO	86
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
7. CONCLUSÕES	131
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
ANEXOS	135
A: FOLHA DE ALTA HOSPITALAR DO CPDH/DMS/FMRP-USP	136
B: AUTORIZAÇÃO DE USO DO BANCO DE DADOS DO CPDH/DMS/FMRP-USP	137
C: TERMO DE RESPONSABILIDADE	138
D: HOSPITAIS DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP	139
E: CAPÍTULOS DA CID 10	140
F: APROVAÇÃO NA CAPPesq	141
G: MUDANÇA DE PESQUISADOR RESPONSÁVEL - CAPPesq	142
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143

Lista de Siglas

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

CIR: Comissão Intergestores Regional

CPDH: Centro de Processamento de Dados Hospitalares

DIR: Divisão Regional de Saúde

DMS: Departamento de Medicina Social

DRS: Departamento Regional de Saúde

FMRP: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

GM: Gabinete do Ministro

LOS: Lei Orgânica da Saúde

MS: Ministério da Saúde

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

PDI: Plano Diretor de Investimento

PDR: Plano Diretor de Regionalização

PPI: Programação Pactuada e Integrada

RN: Resolução Normativa

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

USP: Universidade de São Paulo

Resumo

Rezende, CEM. Regionalização da assistência hospitalar: a coexistência entre o público e privado na região de Ribeirão Preto-SP [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. 160 pp.

O processo de descentralização da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como ferramenta para seu aprofundamento a regionalização em saúde. Embora proposta constitucionalmente em 1988 na criação do SUS, apenas nos últimos anos foi resgatada e fomentada através de documentos oficiais indutores da política de saúde. No entanto, o sistema nacional de saúde brasileiro se configurou como um *mix* público-privado e poucos são os estudos que procuram analisar esta realidade compreendendo a relação existente entre ambos e sugerindo mecanismos de fortalecimento do SUS diante da presença relevante do setor suplementar, principalmente no Estado de São Paulo. Pela análise de banco de dados secundário, coletado rotineiramente pelo 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), constituído por variáveis relacionadas à alta hospitalar de todas as internações na Região de Ribeirão Preto-SP (públicas e privadas); esta pesquisa se propôs a caracterizar e comparar o perfil de hospitalizações no ano de 2007, classificando os diagnósticos principais das internações nos respectivos capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e identificar as lógicas decorrentes na perspectiva da regionalização da saúde, oferecendo subsídios para a regulação e fortalecimento do sistema regional. A análise do banco de dados fornecido foi realizada utilizando-se os gerenciadores de bancos de dados denominados *Tab Win* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e *Epi Info* desenvolvido e disponibilizado pelo *Centers for Disease Control* (CDC). As tabelas utilizadas para análise das internações foram geradas com a utilização do *Microsoft Excel*. Optou-se pela elaboração de uma tabela geral incluindo todas as internações e por uma tabela para cada capítulo da CID-10, tendo como referência o diagnóstico principal apresentado no respectivo registro de cada internação. As internações com diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), parto vaginal e cesáreo, câncer de mama e próstata e internações psiquiátricas foram analisadas de forma específica. Concluiu-se que as internações privadas têm crescido na região proporcionalmente mais que as internações financiadas pelo SUS. O mercado em saúde suplementar regional, ao contrário de outras regiões do Estado de São Paulo é dominado por empresas locais. Há semelhanças nos fluxos de hospitalização entre os dois sistemas e a conversão das hospitalizações entre os dois sistemas apresenta dimensão reduzida, diferente do usualmente apregoado.

Descritores: 1. Hospitalização, 2. Regionalização, 3. Sistema Único de Saúde, 4. Saúde Suplementar, 5. Classificação Internacional de Doenças, 6. Planejamento em Saúde, 7. Regulação e Fiscalização em Saúde

Abstract

Rezende, CEM. Hospital health care regionalization: the public and private sector relationship in the region of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2013. 160 pp.

This research has been developed in the region of Ribeirão Preto-SP, Brazil. The regionalization of the National Health System (SUS) is a tool for deepening the decentralization process in health. Although regionalization was proposed constitutionally in 1988 (year of SUS establishment), only recently was rescued and fostered by government official documents. The Brazilian national health system was configured as a public-private mix and there are few studies to examine this reality by understanding the relationship between them and suggesting mechanisms for the strengthening of SUS in the presence of relevant complement private sector, mainly in the State of São Paulo. By analysis of the secondary database, collected routinely by the Center for Hospital Data Processing (CPDH), Department of Social Medicine, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (FMRP-USP), consisting of variables related to hospital discharges in the region of Ribeirão Preto (public and private), this study characterizes and compares the profile of hospitalizations in 2007, classifying the main diagnoses of admissions in the respective chapters of the International Classification of Diseases (ICD - 10), and identify the logical result in view of the regionalization of health, suggesting regulatory mechanisms for regional system strengthening. The analysis of the database provided has been performed using the managers of databases called Tab Win from the Department of the SUS (DATASUS) and Epi Info software developed and released by the Centers for Disease Control (CDC). The tables used for analysis of the admissions were generated using Microsoft® Excel. It was made a general table including all admissions and a table for each chapter of ICD-10, with reference to the primary diagnosis made in the respective record for each hospitalization. The admissions with primary diagnosis of acute myocardial infarction (AMI), stroke (CVA), vaginal delivery and cesarean, breast cancer and prostate cancer and psychiatric hospitalizations were analyzed in a specific way. It was concluded that the private hospitalizations in the region have grown proportionately more than the hospitalizations financed by the SUS. The regional market in health insurance, unlike other regions of São Paulo State, is dominated by local companies. There are similarities in the pattern of hospitalization between the two sectors and the conversion of hospitalizations between them has small size, unlike usually said.

Descriptors: 1. Hospitalization, 2. Regional Health Planning, 3. Single Health System, 4. Supplemental Health, 5. International Classification of Diseases, 6. Health Planning, 7. Health Regulation and Fiscalization

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), quando da sua criação em 1988, foi configurado tendo como linha mestra de sua organização a descentralização de suas ações e serviços de saúde, cabendo, progressivamente ao nível central, a elaboração e gestão das políticas nacionais de saúde. Viana e Machado (2009) resgataram a trajetória da experiência brasileira adotando como enfoque o neoinstitucionalismo histórico para o estudo da coordenação federativa e o papel do ente federal na saúde.

Na perspectiva das autoras, na análise da federação brasileira, dois pontos básicos merecem destaque: a reformulação das responsabilidades do Ministério da Saúde com unificação do sistema nacional e a descentralização gradual, com fortalecimento das esferas estadual e municipal.

Embora previsto, em sua origem, como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços (Brasil, 1988), cerca de uma década se passou até que a regionalização na saúde retornasse com relevância aos normativos do SUS. Assim, descentralização e regionalização constituíram uma díade na atual conformação do sistema de saúde brasileiro que, num curto espaço de tempo, vem experimentando nesta área diferentes enfoques, concepções e contextos (Viana et al., 2008).

A reintrodução formal da regionalização da saúde na gestão do SUS ocorreu com a Norma Operacional Básica de 1996 – NOB 1996.

(...) 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)

No entanto, foram as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e NOAS 2002) as responsáveis em definitivo por reforçar a criação de sistemas regionais e funcionais de saúde, organizados em base territorial e desafiando as demarcações legais político-administrativas de estados e municípios.

Numa linha de racionalização de recursos, as NOAS 2001 e NOAS 2002 apresentaram a regionalização como meio para implementar uma descentralização considerando a atuação em nível ampliado, além do município, com o objetivo de oferecer acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência com melhor aproveitamento de recursos e economia de escala (Rezende, 2004).

Neste sentido, para a NOAS 2002 a regionalização da assistência à saúde deveria 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)

Em que pese o avanço representado pelas NOAS 2001 e NOAS 2002, inclusive na consolidação das ferramentas de planejamento: a) Programação Pactuada e Integrada (PPI); b) Plano Diretor de Regionalização (PDR) – (Brasil, 2001); c) Plano Diretor de Investimento (PDI) e d) Termo de Compromisso e Garantia de Acesso (TCGA); a regionalização proposta, de cunho normativo técnico e padronizada, não foi suficiente, pois:

Um dos principais desafios, hoje, para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS é, portanto, pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que dêem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato. (Viana et al., 2008, p. 94)

No momento atual, há o reconhecimento de que a regionalização, como instrumento de aprofundamento do processo de descentralização do SUS, requer, para sua operacionalização, a apreensão da realidade geográfica em sentido mais amplo, conhecimento regional da epidemiologia, da disponibilidade de serviços, quer sejam públicos, privados ou mistos, e de sua complexidade assistencial.

Rezende (2004) ressalta que 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 serviços instalados, no correr do tempo, numa lógica mercantilista (Elias, 2001).

Por isso, a noção do “território usado” (Santos, 2002) adquire importância fundamental para a definitiva regionalização da saúde.

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. (Santos, 2002, pp. 96-97)

Com a publicação da Portaria Ministerial nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006), denominada Pacto pela Saúde, foi reforçado no planejamento o conceito mais amplo de regionalização – mais especificamente no item da portaria denominado Pacto de Gestão. Esta portaria deu início a novo processo de planejamento das redes assistenciais (Trevisan e Junqueira, 2007), pois conferiu às Comissões Intergestores Regionais (CIRs) a responsabilidade pela negociação e estruturação de seus serviços, permitindo considerar a variabilidade necessária em um país de dimensões continentais. Neste sentido, ao contrário da NOAS 01/2002 que propunha desenho rígido de implantação, a nova regra acabou por “descentralizar a regionalização”.

Cinco anos depois, em continuidade à trajetória de implantação e aprofundamento da regionalização, o Decreto Federal nº 7.508/11, regulamentando a Lei Federal 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, dispôs “sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (Brasil, 2011, art. 1º). No referido decreto consta, dentre outras definições:

Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Brasil, 2011, art. 2º, I)

Prevista na criação do SUS (Brasil, 1988), a coexistência entre público e privado na assistência à saúde, com a expectativa inicial de progressiva sobreposição do setor público (Rodrigues Neto, 1996), foi gradualmente incorporada no planejamento em saúde – pelo menos do ponto de vista teórico. A criação de bancos de dados de abrangência nacional como a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH), registrando as internações privadas (Brasil, 2005. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.722 de 22 de setembro de 2005), bem como, o registro obrigatório de Operadoras de Planos de Saúde e de seus planos e beneficiários vinculados, demonstraram a atual relevância e dimensão do setor privado, constituindo variável a ser considerada e estudada na Política Nacional de Saúde e nas dinâmicas loco-regionais.

Frente ao acima exposto, o Decreto Federal nº 7.508/11 representa um novo passo e a formalização legal mais recente da consideração do planejamento regionalizado do sistema e a incorporação do setor privado: “O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada” (Brasil, 2011, art. 15, parágrafo primeiro).

O Sistema Nacional de Saúde brasileiro caracterizado como um *mix* público-privado - termo que será adotado nesta pesquisa para designar a coexistência entre o público e privado na assistência à saúde – carece de estudos sobre os efeitos desta realidade na universalidade, nos riscos advindos de segmentação e iniquidades (Santos, 2011), e a consequente

aplicação dos resultados encontrados na formulação da Política e planejamento sanitário.

Desta forma, ao abordar a descentralização, a regionalização e o *mix* público-privado num olhar loco-regional - por ser este o recorte do “território usado” - com enfoque na assistência hospitalar, realizada no ano de 2007 na região de Ribeirão Preto-SP (Departamento Regional de Saúde XIII – DRS XIII), a presente pesquisa buscou contribuir para aprofundar um sistema regional de saúde que avance no planejamento integrado entre os setores público e privado, compreendendo a complementaridade de tarefas, evitando o vínculo estrito às clássicas séries históricas de oferta (OPAS, 2002) detentoras de deficiências e, portanto, com baixa possibilidade de induzir a integração sanitária de real interesse público (Ramos, 1972).

(...) pôsto que as ações de saúde – além de razões éticas e humanitárias – obedecem a um princípio de justiça distributiva, sem mencionar sua contribuição para o desenvolvimento econômico e social. (Ramos, 1972, p. 319)

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A Constituição brasileira de 1988 em seus artigos 196 a 200 (Brasil, 1988) definiu um sistema unificado de saúde, universal, vinculado ao paradigma de construção social da saúde, organizado de forma hierárquica em diferentes níveis de complexidade, orientado no sentido da descentralização da gestão e regionalização da assistência e com a participação das três esferas governamentais (municípios, estados e União) na operacionalização da política de saúde (Viana e Machado, 2009).

No entanto, no novo sistema proposto foi mantida a participação do setor privado em caráter complementar. Até então em crescimento, devido às deficiências do sistema público de saúde, tal disposição legal levou à conformação de um sistema misto com a presença dos setores público e privado na oferta de assistência à saúde.

Na Constituição brasileira “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, art. 196).

Do ponto de vista organizacional:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (Brasil, 1988, art. 198).

Considerando o contexto neoliberal internacional em que se deu o chamado Movimento de Reforma Sanitária brasileiro (décadas de 1970 e 1980) e a inscrição constitucional de um sistema como o exposto acima, trabalhado e proposto pela VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), reveste-se de interesse o resgate histórico de fatores que tornaram possível sua aprovação. Isto porque fica claro o “movimento contra-corrente” proposto com a criação do SUS.

(...) a formulação neoliberal está dirigida basicamente contra aqueles elementos da política social que implicam ‘desmercantilização’, solidariedade social e responsabilidade coletiva. Desta maneira, condena direitos sociais, universalismo, desvinculação entre benefícios e prestação de trabalho e administração-produção pública de serviços. (Laurell, 1997, p. 85)

A realização da VIII CNS em 1986 representa um marco na construção do SUS e resultou do esforço do Movimento de Reforma Sanitária.

A VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. (...) Dotada de grande representatividade social, mesmo na ausência dos

prestadores privados, esta CNS passou a significar, através de seu relatório final, a consolidação das propostas do movimento sanitário original acrescido de novos integrantes e parceiros. A VIII CNS não se restringiu ao momento de sua realização em Brasília; foi um processo de discussão, propiciando um debate amplo e duradouro sobre a política de saúde, iniciado com as pré-conferências estaduais, culminou na conferência em si e desdobrou-se em 1986/1987 nas discussões das chamadas conferências 'específicas' por temas e áreas de atuação (...). (Escorel, 1998, p. 187)

Scheffer e Bahia (2011), tendo como referência Pereira (1996), citaram dois fatores apontados pelo ex-deputado federal Eduardo Jorge que contribuíram para a conquista do movimento sanitário na constituinte: a) o fato de existir uma proposta a ser apresentada na constituinte, formulada e consolidada pela VIII CNS e, b) o enfoque nas questões de ordem econômica por parte dos setores conservadores, permitindo que o centro e a esquerda dominassem a composição das comissões e subcomissões da área social durante a tramitação no Legislativo.

Ficou evidente na VIII CNS a necessidade de uma reforma sanitária que ultrapassasse o âmbito administrativo e financeiro, sendo a proposta do SUS uma reformulação do próprio conceito de saúde e a revisão da atuação institucional no que diz respeito a promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, numa lógica de proteção social, o SUS se constituiu em componente da seguridade social com acesso desmercantilizado (Cohn e Elias, 2002).

A criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), público, integral, universal e equânime; tinha

entre outros objetivos, superar o modelo existente de prestação de serviços de saúde, privatizante e mercantilista, redesenhando a presença e função do setor público, regulando e fiscalizando a prestação de assistência por prestadores privados contratados ou conveniados, que ficariam subordinados ao interesse público, resgatando assim a função social do setor, desvirtuado que fora com sua transformação em setor de acumulação econômica. (Yazlle Rocha e Simões, 1999, p. 45)

Sendo assim, o texto constitucional considerou as ações e serviços de saúde como de relevância pública, “cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988, art. 197).

Em continuidade à criação e regulamentação do SUS, a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/1990) dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Após o veto presidencial, na Lei 8.080/1990, aos artigos relacionados ao controle social e transferências automáticas de recursos, três meses depois, em 28 de dezembro de 1990, nova lei foi editada tratando de forma específica da participação da comunidade na gestão do SUS e das referidas transferências financeiras (Lei Federal 8.142/1990). Tal fato faz com que frequentemente a referência à Lei Orgânica da Saúde (LOS) inclua, na verdade, ambas as leis 8.080/1990 e 8.142/1990.

Durante a década de 1990 diversos normativos foram editados cabendo destacar as Portarias Ministeriais denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1991, 1992, 1993 e 1996 e, para início dos

anos 2000, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOASs) de 2001 e 2002.

Cohn et al. (1999) e Rezende (2004) apresentaram de forma cronológica e sucinta aspectos relacionados aos normativos citados e que impactaram na consolidação do SUS. Neste aspecto, cabe ressaltar o resgate feito pela NOB de 1996 à regionalização da saúde prevista constitucionalmente e na LOS e que foi, de forma mais aprofundada, tratada pela edição da NOAS de 2001 e 2002.

Em que pese a importância das ações operacionais propostas, fato relevante na década de 1990 para o Sistema Nacional de Saúde foi a “ênfase nos aspectos pragmáticos da regulamentação e implementação do SUS, com destaque nas suas dimensões técnicas (gerência, programação e avaliação, dentre outras)” (Cohn e Elias 2002, p. 174).

Essa produção, no entanto, vem sendo marcada por pelo menos dois traços: (a) por um relativo desprezo pela questão da articulação entre política, saúde e democracia; e (b) por um relativo esvaziamento das questões atinentes à descentralização, à reforma do Estado e às políticas de saúde no que diz respeito às suas potencialidades e constrangimentos na implementação dos preceitos constitucionais do SUS. No primeiro caso, parte-se da desigualdade para a matriz da equidade, e por esta via aos preceitos constitucionais do arcabouço institucional do SUS e o ambiente da consolidação democrática no país. No segundo, privilegia-se a ênfase em dimensões como a do gerenciamento, a da regionalização, e a da normatização, planejamento e avaliação dos serviços de saúde, em detrimento da dimensão da desigualdade enquanto um fenômeno que envolve exatamente a

articulação entre política, saúde e democracia. (Cohn e Elias 2002, p. 174)

Tal característica tecnicista ou gerencialista da Política de Saúde não aparece de forma isolada, estando incorporada em contexto de Reforma do Estado em andamento à época nos países latino-americanos. Pois, justamente, a preocupação recai sobre a perda de importância, neste período, da articulação entre política, saúde, democracia, reforma de Estado e descentralização, resgatadas ao final da década de 1990 e início dos anos 2000.

En términos de la dinámica de los procesos, cabe destacar que en sus orígenes las reformas del sector de la salud se vieron muy condicionadas por los procesos de reforma del Estado, el predominio de las consideraciones puramente financieras y la escasa influencia de los ministerios de salud en su diseño. Sin embargo, desde mediados de la década de los noventa se ha avanzado en el reconocimiento de su complejidad y especificidad, en el reequilibrio entre actores nacionales e internacionales, y en cierta recuperación del liderazgo de las autoridades nacionales de salud. (Infante et al, 2000, pp. 17-18)

Os normativos relacionados à regionalização da saúde e fortalecimento da gestão descentralizada do SUS (NOAS, Pacto pela Saúde e Decreto 7.508/2011) serão abordados mais à frente. Por agora, cabe destacar o esforço, após cerca de vinte anos de criação do SUS, para consolidar o arcabouço legal produzido com a edição da Portaria GM/MS nº 2.048, de 03 de setembro de 2009, aprovando o Regulamento do Sistema Único de Saúde. O regulamento tem por objetivo sistematizar e consolidar as normas

expedidas pelo Ministério da Saúde e entidades vinculadas responsáveis pela regulamentação, organização e operacionalização do SUS. A Portaria GM/MS nº 2.048 abrange as normas produzidas no período compreendido entre os anos de 1989 a 2007, vigentes até a entrada em vigor da consolidação aprovada (Portaria GM/MS 2.792, de 17/09/2010). Embora publicado em 2009, por diversos motivos, o Regulamento do SUS entrou em vigor apenas em março de 2012. (Saraiva, 2012).

Embora enfrentando desafios e dificuldades, dentre elas como de relevância maior o subfinanciamento crônico, a vitalidade do sistema pode ser demonstrada pela produção em serviços apresentada pelo SUS, bem como a implantação de novas estruturas (Brasil, 2012).

No caso da saúde bucal, a implantação de 882 Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs, entre 2004 e 2011, em 735 municípios permitiu oferecer procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica como, por exemplo, tratamento endodôntico, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgias de menor complexidade, periodontia e diagnóstico em câncer bucal.

O sistema conta com 816 laboratórios regionais credenciados de próteses dentárias tendo ampliado em 57% a produção de próteses quando comparados os anos de 2010 e 2011.

Na estruturação da rede de atenção às urgências, 145 municípios, no ano de 2011, receberam recursos para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) - estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde ou as Unidades de Estratégia de Saúde da Família e a Rede Hospitalar.

Na atenção ambulatorial e hospitalar, foram realizados no ano de 2011:

- a) 11.117.634 internações hospitalares, a um custo de R\$ 11,1 bilhões.
- b) 3.523.910.480 procedimentos ambulatoriais, a um custo de R\$ 15,1 bilhões.

Do total de procedimentos ambulatoriais realizados em 2011, 1.682.010.649 corresponderam a procedimentos de atenção básica e 1.841.899.831 a procedimentos especializados nas áreas de patologia clínica, radiodiagnóstico, ultra-sonografia, tomografias, hemodiálise, citopatologia, cirurgias de catarata e oncologia.

A título apenas de dimensionamento, considerando em 2011 uma população estimada de 192.376.496 habitantes e uma produção de consultas médicas no total de 495.574.660, a média *per capita* para o mesmo ano foi de 2,6 consultas, incluídas aqui as consultas básicas, especializadas e de urgência.

De forma mais específica, ainda em 2011, foram realizados 11.627.856 procedimentos em tratamento dialítico (sessões de terapia renal substitutiva); as sessões ambulatoriais de quimioterapia em adultos, crianças e adolescentes somaram 2.385.550 (crescimento de 6,56% em relação ao ano de 2010); para o tratamento radioterápico foram 9.217.402 sessões e, no caso dos transplantes, o balanço de 2011 indicou 6.827 transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, pulmão, rim e pâncreas) e 16.570 transplantes de tecidos e células (córnea e medula óssea).

Entretanto, mesmo diante da produção pública de serviços apontada acima, o Sistema Nacional de Saúde vem apresentando discrepância entre o gasto privado em saúde e o seu correspondente público *per capita*. Desta forma, “o grande peso dos gastos privados em saúde no país é pouco condizente com o modelo público e universal representado pelo SUS, reflete problemas estruturais do *mix* público-privado e evidencia o caráter iníquo do financiamento setorial (...)” (Bahia, 2009).

Yazlle Rocha e Simões (1999), apontaram indícios de divisão de tarefas entre os sistemas público e privado, em que o primeiro suportaria a maior carga assistencial e financeira, viabilizando o segundo. Neste aspecto, instrumentos de planejamento do sistema público como, por exemplo, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), sem aprofundamento e análise adequados, poderiam formalizar uma situação desfavorável para o SUS.

A estrutura do sistema de saúde brasileiro apresenta muitas e antigas sobreposições público-privadas. A segmentação do sistema se dá de forma institucionalizada, e muitas vezes a interferência do setor privado sobre o interesse público se dá na contramão da universalidade e da equidade no atendimento, com decisões governamentais que promovem incentivos diretos e indiretos para o desenvolvimento do mercado privado de saúde, tanto na prestação de serviços quanto na gestão privada da assistência, paralela à ampliação da cobertura pública. (Fiocruz, 2012, fl. 62)

Assim, a ampliação de recursos públicos para o financiamento das ações e serviços de saúde e a regulação efetiva das relações público-privadas, em particular o de seguros e planos de saúde, são questões não só atuais, mas também centrais que, somadas aos desafios do planejamento em saúde na realidade brasileira, determinarão a construção do SUS.

Em que pesem as estratégias de fortalecimento do planejamento no período recente, persistem lacunas no planejamento federal da política de saúde, entre as quais podem ser citadas: a limitada consideração da dimensão territorial; a fragilidade do planejamento a longo prazo; os baixos investimentos federais; dificuldades de consolidação de uma burocracia federal suficiente e qualificada para o planejamento em saúde nas áreas estratégicas do nível central do Ministério da Saúde; a reduzida articulação entre as políticas de saúde e destas com outras políticas públicas. O

equacionamento dessas questões é fundamental para assegurar que o planejamento em saúde possa ter caráter transformador no contexto atual do sistema de saúde brasileiro. (Fiocruz, 2012, p. 113)

Por fim, cabe destacar, de maneira sucinta, visto que maior aprofundamento será dado mais adiante, o papel desempenhado pela autarquia vinculada ao Ministério da Saúde com a finalidade de acompanhar e definir regramentos para o setor privado de assistência à saúde inserido no sistema nacional.

Denominada de Agência Nacional de Saúde Suplementar e criada no ano de 2000 pela Lei 9961/2000 (Brasil, 2000), tem por finalidade a fiscalização e regulamentação da Lei 9656/1998 (Brasil, 1998), conhecida como lei dos planos de saúde. Revestida de controvérsias a criação de uma agência de mercado com perspectiva de autonomia, ou seja, de certa forma à parte do Ministério da Saúde, representou uma contradição ao proposto na VIII Conferência Nacional de Saúde e respectiva materialização constitucional.

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, (...) como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. (Lei 9961/2000, art. 1º)

Também aqui a tecnicidade tem sido o discurso predominante para justificar a manutenção de um sistema privado de assistência à saúde sem o aprofundamento adequado da relação público-privada com demonstrações evidentes da importância do setor como fonte de acumulação de capital, transações financeiras internacionais e conflito de interesses nas indicações de seus diretores numa prática identificada de exercício de cargos diretivos no órgão regulador e posterior retorno ao mercado de Operadoras e Planos de Saúde.

A título de ilustração, “o faturamento do mercado quase dobrou e seu lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia acima da inflação, impulsionado pelo crescimento acentuado do número de vínculos do mercado entre 2003 e 2011” (IPEA, 2013).

Desta forma, a forte presença do setor privado de assistência à saúde no sistema nacional de saúde brasileiro, bem como, o real papel a ser desenvolvido por este no desenho de futuro para a consolidação do SUS carece de propostas efetivas. Isto porque, ao considerar o volume de recursos públicos destinado ao setor privado, quer seja na forma de pagamentos diretos para a contratação de planos de saúde por funcionários públicos, por exemplo, ou pela renúncia fiscal, calculada em cerca de 16 bilhões de Reais no ano de 2011 (IPEA, 2013), não há neste contexto uma ação estruturante bem definida para o SUS.

Embora esse tipo de incentivo não seja uma novidade nas relações econômicas estabelecidas entre o Estado e o mercado de serviços de saúde (Dain et al., 2001; Medici, 1990), seria razoável esperar que, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, o gasto tributário com planos de saúde, decorrentes dos gastos das famílias e dos empregadores, fosse justificado plenamente pelo governo federal. Afinal, não está claro para os analistas

de políticas de saúde qual é a funcionalidade desta renúncia (...). (IPEA, 2013, pp. 2-3)

Ao contrário, conforme ressaltado por Temporão (2012) e na mesma nota técnica do IPEA, acima mencionada, a realidade atual é motivo de preocupação, pois:

Com vistas à preservação de seus preceitos constitucionais, o crescimento dos gastos tributários com planos (ou seja, a renúncia fiscal) deveria, pelo menos, ser monitorado pelo governo federal. Convém advertir que a tendência atual gera uma similaridade com a arquitetura do sistema privado de saúde estadunidense, reconhecido como caro e ineficiente, e que também se caracteriza pela presença de subsídios e benefícios aos empregadores (IPEA, 2013, p. 6)

1.2. A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS), O PACTO DE GESTÃO E O DECRETO FEDERAL Nº 7.508/2011

Conforme dito anteriormente e para o objetivo desta pesquisa, a NOAS, o Pacto de Gestão (uma das três partes do Pacto pela Saúde) e o Decreto Federal 7.508/2011 correspondem a normativos estruturais da regionalização da saúde, da integração sanitária, do registro e identificação de oferta de serviços e fortalecimento do planejamento descentralizado. Estas ações não são apenas importantes na construção do SUS, mas correspondem a medidas estratégicas para o sistema.

(...) dimensão importante a ser enfrentada é a necessária integração das redes assistenciais e dos próprios modelos assistenciais. Torna-se imprescindível que não haja diferenciação na qualidade do atendimento às necessidades de cuidados da população coberta por planos de saúde e daquela não coberta e que o acesso, prestação e uso sejam definidos pelas necessidades dos usuários, e não pela sua capacidade de pagamento. E que a lógica organizacional dos prestadores dos serviços seja integrada, de forma a evitar duplicação e desperdício. Por toda a parte há um debate crescente em torno do estabelecimento de redes assistenciais integradas, tanto horizontais (em um espaço territorial definido) como vertical (entre os diversos níveis de complexidade dos serviços prestados). (Fiocruz, 2012, pp. 63-64)

Neste aspecto, os parágrafos seguintes têm como objetivo abordar estes normativos do ponto de vista operacional, trazendo as ações previstas acompanhadas de breve comentário.

1.2.1. A NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (NOAS)

Editada em duas versões, NOAS 2001 e 2002, tratava de regulamentação indutora de regionalização para o SUS. A NOAS apresentou os critérios para a formação das regiões de saúde, sua elaboração no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e qualificação posterior junto ao MS. Estabelecia 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 constituiriam “módulos assistenciais”, o conjunto destes módulos conformaria uma “microrregião” que, com outras microrregiões, conformariam uma “região de saúde”. Também nessa ordem, ficaria estabelecida a organização crescente da complexidade da assistência, geralmente localizada nos municípios-pólo (Rezende, 2004).

De acordo com a NOAS, um plano para a regionalização teria como conteúdo mínimo a organização do território estadual em microrregiões e regiões de saúde, a identificação das prioridades de intervenção em cada região e microrregião, um Plano Diretor de Investimento (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.

Embora a NOAS, apresentasse como proposta a organização dos serviços no território, tendo como objetivo o desenho “de futuro” da rede e o enfrentamento às “situações de conflito relacionadas à imposição de barreiras de acesso à população residente em outros municípios” (Brasil, 2001, p. 12), sua característica de região pré-concebida e de baixa flexibilidade prejudicou sua implantação.

Tal característica da NOAS deve ser encarada no contexto macroeconômico da década de 1990, influenciador dos normativos e, conseqüentemente, imprimindo neles a escassa consideração da diversidade regional e das especificidades das regiões metropolitanas no desenho das estratégias de descentralização com fragmentação e pouca articulação com outras políticas públicas econômicas e sociais (Viana e Machado, 2009).

De qualquer maneira, a NOAS representou o resgate definitivo da regionalização da saúde no SUS e, segundo Viana e Machado (2009), alterou o embate federalista de uma relação vertical (União e municípios) para uma relação mais horizontal: inter-regiões, intermunicípios e interestados.

Nesse contexto de redefinição das relações intergovernamentais na saúde, o papel do gestor federal se torna estratégico, pois fica evidente que ele deveria atuar como coordenador e compensador de desigualdades. A questão da coordenação federativa ganha destaque, em contraponto à visão da descentralização como um movimento unidirecional entre União e municípios. (Viana e Machado, 2009, p. 812-813)

1.2.2. O PACTO PELA SAÚDE

A Portaria do Ministério da Saúde nº 399/2006 (Brasil, 2006) apresentou o normativo denominado Pacto pela Saúde e, conjuntamente, as suas diretrizes operacionais. Esta portaria foi concebida com três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

De forma geral, os seus principais objetivos foram:

a) Promover a mudança de foco das normas regulamentadoras do sistema de saúde para as necessidades de saúde da população.

b) Promover o envolvimento da sociedade na defesa do SUS e na busca por mais recursos para a saúde.

c) Orientar a implementação e realização de ações e serviços de saúde adequados ao estado e região de localização.

d) Definir as responsabilidades sanitárias da União, dos estados e municípios.

e) Oferecer maior autonomia para os gestores municipais e estaduais.

f) Alocar os recursos federais em cinco blocos (atenção básica, atenção de média e alta complexidades, atenção farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS), simplificando as transferências financeiras - regulamentação ocorrida pela Portaria GM nº 698/2006 (BRASIL, 2006).

g) Fortalecer as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e estimular a criação de Colegiados de Gestão Regional.

h) Promover a regulação municipal ou estadual dos prestadores de serviços, conforme pactuação nas CIBs.

i) Formalizar a gestão do sistema através do instrumento denominado Termo de Compromisso de Gestão, a ser assinado pelas esferas federal, estadual e municipal.

No terceiro componente do Pacto pela Saúde, ou seja, o Pacto de Gestão do SUS, a então denominada “regionalização solidária” é apresentada como a estratégia fundamental para o prosseguimento da descentralização fundada nos princípios do SUS, sem modelo pré-definido, com o envolvimento da esfera estadual na condução da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e coordenação dos mecanismos de referências intermunicipais.

À atuação dos estados, foi destacada a importância da atividade de avaliação e acompanhamento das metas pactuadas entre os gestores no âmbito regional, fornecendo parâmetros assistenciais e a garantia de acesso aos diferentes níveis de complexidade da assistência referenciada materializadas nos Termos de Compromisso.

O Pacto de Gestão manteve 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 dos gestores municipais, e o Plano Diretor de Investimento (PDI), para a diminuição das desigualdades e iniquidades na distribuição de recursos (Rezende, 2004).

Considerando a definição de federalismo como “(...) arranjos e regras (formais ou informais) entre governos verticais e horizontais para a realização de ações” (Viana e Machado, 2009, p. 809), é possível identificar na proposta do Pacto de Gestão o exercício permanente do federalismo e, nesta linha de raciocínio, prever que o desenrolar da história trará diferentes “pactos de gestão”, criando não apenas novas dinâmicas administrativas do sistema, mas oferecendo campo de interesse científico.

Assim, o “desafio da construção de um sistema nacional de saúde em um país federativo é refletir a heterogeneidade das necessidades regionais e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades para concretizar a cidadania

nacional” (Viana e Machado, 2009, p. 816) o que, em tese, é proposto pelo Pacto pela Saúde em suas três dimensões.

De forma mais específica, ainda assim, em consonância ao já discutido sobre o Pacto de Gestão, são apresentados no Documento Aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (Brasil, 2006, pp. 18 e 19) os seguintes objetivos para a regionalização, transcritos abaixo:

- a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcendam a escala local e municipal.
- b) Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país.
- c) Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
- d) Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região.
- e) Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

No mesmo documento, foi explicitada a necessária autossuficiência em atenção básica por parte dos municípios e a possível formatação das regiões de saúde em:

- a) Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado.
- b) Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional.
- c) Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados.
- d) Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos. Neste caso, sua organização dependente de atuação federal para os procedimentos diplomáticos necessários.

Na organização regional, independente da formatação estabelecida, o ponto fundamental é a consolidação do denominado Colegiado de Gestão Regional (CGR), visto que se constitui “num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva” (Brasil, 2006, p. 21), estando o mesmo apoiado permanentemente por Câmaras Técnicas e grupos de trabalho temporários a serem constituídos em cada região, sob auxílio da esfera estadual.

Cabe observar a ligação entre o CGR e os demais pontos de gestão do sistema, visto que para conformá-lo, “os secretários municipais de saúde da Região de Saúde e os representantes indicados do gestor estadual realizam a primeira reunião e, observadas as diretrizes pactuadas na CIB, elaboram a ata de constituição do Colegiado que, após assinada por todos os presentes, é enviada à CIB” (Brasil, 2009, p. 30). Após análise da CIB, a constituição do CGR é, então, encaminhada para a CIT e desta para o Ministério da Saúde, culminando no reconhecimento do CGR e publicação de portaria de repasse

financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde e deste para as respectivas regiões (Fundos Municipais de Saúde).

Com a criação do CGR, como espaço de decisão, espera-se fortalecer o planejamento regional, visto que:

mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado. (Brasil, 2009, p. 36)

Assim, percebe-se a capilaridade a ser implementada e exercitada na gestão do sistema tendo como referência a realidade loco-regional, ou seja, o “território usado”.

De maneira prática, para o caso do Estado de São Paulo, este processo culminou em 2007 na criação dos Colegiados de Gestão Regional e, posteriormente, no ano de 2011, na constituição de 17 Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), objetivando o mapeamento dos recursos, a organização do acesso, a incorporação de tecnologia frente às necessidades identificadas, a auditoria do sistema e a produção de informações, apoiada pela utilização do sistema de informação gerencial denominado Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS).

1.2.3. O DECRETO FEDERAL Nº 7.508/2011

Representando um passo adicional e importante para a estruturação do SUS e sua regionalização (Carvalho, 2013), foi publicado o Decreto Federal nº 7.508/2011 (Brasil, 2011) que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Um dos pontos de destaque do referido decreto é a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), explicitando no nível local-regional os recursos assistenciais existentes com revisão bianual pelo Ministério da Saúde.

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. (Brasil, 2011, art. 21)

Segundo Relatório da SAS de 2011 (Brasil, 2012), uma versão preliminar das diretrizes para elaboração da RENASES foi elaborada e apresentada na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de dezembro de 2011 (Brasil/SAS, 2011).

Ainda, em seu art. 30 o decreto coloca que “as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde (...)”, tendo como instrumento de gestão o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. (Brasil, 2011, art. 35)

Quanto a referência explícita à regionalização, ela ocorre no art. 36 em que o conteúdo essencial do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde é apresentado:

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

O decreto apresenta a definição de região de saúde como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (Brasil, 2011, art 2º, VI), colocando a região de saúde pactuada como referência para a transferência de recursos entre os entes federativos.

Por fim o decreto reconhece e reafirma as Comissões Intergestoras, definindo os elementos a serem pactuados para montar ou organizar a região de saúde:

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

(Brasil, 2011, art. 7º)

Uma de suas características mais marcantes enquanto estruturação do SUS se refere ao seu caráter legal hierárquico superior aos normativos anteriores, visto se tratar de um Decreto Governamental regulamentando a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/1990.

Assim, de maneira sucinta, os principais aspectos do Decreto 7.508/2011 a serem mencionados são:

a) O aprofundamento do conceito de regionalização com definição de região de saúde e reforço à hierarquização da atenção à saúde.

b) Reforço à atenção básica como ordenadora e principal contato inicial com o sistema de saúde.

c) Criação de contratos de responsabilidade entre os entes públicos com penalidade administrativa a ser estabelecida, os denominados Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP).

d) Reforço à lógica de planejamento integrado no SUS tendo como ferramentas de gestão o denominado Mapa da Saúde, a Relação Nacional de Serviços de Saúde (RENASES), a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) - a ser elaborada considerando protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.

Sua recente publicação, desperta agora pesquisas acerca de sua implantação bem como desdobramentos governamentais podendo-se citar a publicação da Portaria nº 2.432, de 19/10/2011 que Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor para implementação dos dispositivos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

1.3. O SETOR PRIVADO NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE BRASILEIRO

Embora o sistema de saúde brasileiro tenha, em suas origens, característica privada (Elias, 2001), a abordagem do chamado *mix* público-privado, conforme discutido atualmente, coloca como necessário um breve resgate histórico à década de 1970.

Neste período, frente às dificuldades assistenciais, ressaltadas inclusive nas propostas de reformulação apresentadas pelo denominado Movimento de Reforma Sanitária (Scorel, 1999), empresas de medicina de grupo, constituídas inicialmente no final da década de 1950, foram se firmando na oferta de assistência médica.

A visão empresarial trazida pela medicina de grupo, acompanhada da ameaça de redução da prática médica como profissão liberal, provocou no sindicato de classe, na cidade de Santos-SP, em 1967, a mobilização responsável pela criação da primeira cooperativa médica denominada de UNIMED. Dez anos depois, em 1977, já se contabilizava a criação de 60 UNIMEDS em todo o Brasil, bem como as federações dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul e um protocolo de intenções, precursor da criação da representação nacional: a Confederação das UNIMEDS (Duarte, 2001).

Também em 1977, foi regulamentada a atividade das seguradoras especializadas em saúde ocorrendo, ao final da década de 1980, a entrada decisiva destas empresas no chamado mercado de planos de saúde (Brasil, 2002).

As empresas seguradoras anteviam, já, uma taxa de retorno alta: era um mercado em ascensão, numa conjuntura que combinava recessão e inflação, onde os

resultados dos seguros de bens materiais estavam comprometidos (...), o comportamento da indústria de seguros no Brasil, medida pela relação prêmios/PIB, somente não foi pior em função do crescimento constante dos ramos “saúde” e “automóveis”. As perspectivas de executivos de grandes seguradoras como o BRADESCO Seguros e o ITAÚ Seguros, nos anos 80, seriam do seguro saúde se constituir a terceira carteira em arrecadação de prêmios, maior do que o seguro de vida. (Andreazzi, 2002, p. 150)

Desta forma, ao final da década de 1970, havia se constituído uma rede de serviços privados de saúde criada, por um lado, pela compra e financiamento governamental de serviços pela Previdência Social e, por outro, pelo credenciamento de profissionais (consultórios) e serviços médicos pelas empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas e planos próprios criados por empresas multinacionais e estatais, conhecidos e classificados atualmente sob a denominação de autogestão.

Vigoravam, ainda, regimes diferenciados de atendimento, desde aqueles vigentes no âmbito da Previdência Social - que mantinha mecanismos de contratação e financiamento de serviços para os trabalhadores rurais - até os esquemas de assistência alternativos. Um mesmo hospital poderia destinar acomodações diferenciadas para trabalhadores urbanos e rurais. E destinar quartos particulares, e acompanhamento de médicos escolhidos pelos clientes, para os que efetuassem pagamento suplementar, ou que estivessem protegidos por esquemas assistenciais mais pródigos. O valor da

Unidade de Serviço (US) do INPS servia como padrão para a remuneração dos procedimentos médico-hospitalares. (Brasil, 2002, p. 12)

Assim, nas décadas de 1970 e 1980, com a consolidação do mercado de planos de saúde, aliada à expansão dos planos individuais na década de 1990, a rede de serviços de saúde se caracterizou, por motivos econômicos óbvios, pela presença marcante na região Sudeste, fragmentada e com seus prestadores apresentando vínculos contratuais diversos.

Com esse processo de expansão, acentuou-se a organização de sub-redes, fragmentando-se cada vez mais o sistema. Assim, um hospital, conveniado, simultaneamente, com o SUS e com inúmeras empresas de assistência suplementar, podia tornar-se, também, empresa de plano de saúde. Com a adoção do Plano Real, em 1994, a perspectiva de aumento do poder de compra de expressivo contingente populacional e a informalidade do mercado de trabalho estimularam a comercialização de planos individuais, por intermédio de hospitais filantrópicos e empresas médicas. Esses planos ofereciam o acesso a serviços restritos e/ou a um único estabelecimento hospitalar, geralmente localizado em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno porte. (Brasil, 2002, pp. 12-13)

Por fim, de forma geral, conforme apresentado por Rodrigues Neto (1996), verifica-se a constituição de dois padrões de serviços privados no sistema de saúde brasileiro nos primeiros anos de criação do SUS.

O primeiro, não é um setor privado típico, na medicina que se expandiu por estímulo e apoio financeiro da Previdência Social na década de 70, não disputa mercado e tem garantia da compra de sua “produção” pelo setor público (antes o INAMPS e agora o SUS), sendo responsável por cerca de 70% das internações hospitalares no país.

O outro segmento tem várias formas de organização, sendo representado majoritariamente pelos planos e seguros de saúde que hoje alcançam cerca de 30 milhões de pessoas, na busca da segurança de atendimento que não encontram no SUS, e movimentam mais de 8 bilhões de Reais, ou cerca de 2/3 do orçamento do Ministério da Saúde. (Rodrigues Neto, 1996, p. 9)

1.3.1. A SAÚDE SUPLEMENTAR

Em que pese a estruturação do SUS nos seus 25 anos de criação e o desenvolvimento de novas formas de gestão e arcabouços institucionais de caráter privado, embora com financiamento público - exemplo típico das Organizações Sociais (Ibañez et al., 2001); o objetivo neste subtítulo é abordar especificamente a organização do que ficou denominado no sistema de saúde brasileiro como Saúde Suplementar. Trata-se, pois, de diferenciar e qualificar o segundo segmento referido por Rodrigues Neto (1996), conforme acima apresentado.

Neste sentido, diferenciar significa separar o que, embora representando serviços privados dentro do sistema de saúde brasileiro, não foi incorporado à definição trazida pela chamada Lei dos Planos de Saúde, a Lei 9.656/98 (Brasil, 1998), para então, tratar especificamente do que se consolidou sob a denominação de Saúde Suplementar.

Saúde suplementar, fem. Sin. Assistência suplementar da saúde. No âmbito das atribuições da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), refere-se à atividade que envolve a operação de planos privados de assistência à saúde sob regulação do Poder Público. Notas: i) Conforme artigo 197 da Constituição Federal de 1988. ii) Conforme marco regulatório: Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998 e Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000. (Brasil, 2009, p. 70)

Desta forma, na abordagem atual, embora a Saúde Suplementar represente o maior e mais importante percentual privado da assistência à

saúde dentro da parte privada do mix público-privado do sistema de saúde brasileiro, não engloba, numa visão mais detalhada, a sua totalidade.

Isto significa que modalidades de pagamento por serviços assistenciais médicos conhecidas por “cartões desconto”, autarquias de assistência à saúde de servidores públicos, contratação específica de serviços médicos por empresas públicas ou privadas e universidades, seguros de viagem e seguros cujos prêmios oferecem recursos financeiros no caso de internação hospitalar, não são, do ponto de vista legal brasileiro, considerados como Saúde Suplementar. A consequência direta é que tais modalidades não estão obrigadas a atender para a acima referida Lei dos Planos de Saúde e, ainda, não estão submetidas ao poder regulatório da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Em continuidade à abordagem proposta e após a separação acima realizada, serão apresentadas, com objetivo didático, duas análises acerca do setor de Saúde Suplementar: uma com a finalidade de introduzir importantes conceitos acerca da forma de sua estruturação dentro do modelo normativo estabelecido no país e, a outra, com a finalidade de apresentar a sua dimensão atual.

1.3.1.1. A SAÚDE SUPLEMENTAR: ESTRUTURA NORMATIVA

Frequentemente referido como subsistema de assistência privada à saúde (Paim et al., 2011), o setor de Saúde Suplementar é formado por prestadores privados de serviços de saúde e pessoas jurídicas de direito privado denominadas de Operadoras de Planos de Saúde, sendo estas as únicas com a possibilidade legal de disponibilizar no mercado um tipo específico de produto, convencionalmente chamado de plano de saúde.

Assim, não é possível individualmente (para a pessoa física) a criação e comercialização de planos de saúde, bem como, resta às Operadoras exclusivamente a atividade de criação e comercialização de planos de saúde com fins lucrativos ou não.

Para se constituir como Operadora de Planos de Saúde, além das reservas monetárias legais exigidas atualmente, denominadas de fundos garantidores e constituídos por investimentos no mercado financeiro, é necessária a comprovação da estrutura administrativa e assistencial junto à ANS, com a finalidade de obter o número de registro da Operadora, sem o qual sua operação no mercado não é permitida.

A legislação e sua regulamentação atual preveem a classificação das operadoras de assistência médica em diferentes tipos, sendo eles: autogestão, cooperativa médica, empresa médica, seguradoras, administradoras.

Por sua vez, as Operadoras são divididas em porte pequeno, médio e de grande porte, com área de atuação regional, estadual ou nacional, cabendo observar dentre suas responsabilidades a formalização de contratos junto a prestadores de serviços médicos e odontológicos, com a finalidade de garantir cobertura assistencial prevista no rol de procedimentos médicos e odontológicos, periodicamente atualizado pela ANS e, ainda, a alimentação de sistemas de informação específicos da Saúde Suplementar.

Ressalta-se que numa tendência atual muitas operadoras têm adquirido serviços médicos (v.g., hospitais e laboratórios) com a finalidade de controle de custos, prática conhecida no mercado sob a denominação de verticalização. Esta informação não deve ser desconsiderada do ponto de vista de análise de sistema de saúde, visto que vai em direção oposta ao comumente verificado nos sistemas públicos em que há uma relativa separação entre compradores e executores.

Em continuidade à discussão proposta, serão apresentados a seguir conceitos relacionados ao chamado Plano de Saúde e, conforme definição legal se trata de:

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (Brasil, Lei 9656/98, art. 1º, I)

Isto significa que o produto Plano de Saúde corresponde, numa análise mais abrangente, a um tipo de seguro para doença. O que inclusive, é corroborado pelo resgate à legislação, ao não prever procedimentos preventivos ou de promoção à saúde, trazendo ainda em sua concepção a centralidade no profissional médico. Trata-se de outro ponto a ser destacado, pois, considerando o período de quase duas décadas de discussão e produção na área da saúde coletiva, culminando na inscrição

constitucional do SUS, a Lei dos Planos de Saúde, editada no ano de 1998, ou seja, dez anos depois, apresentou uma visão bastante restrita da assistência à saúde. A título de exemplo, cabe observar a ausência de uma perspectiva multiprofissional, excluindo até mesmo o cirurgião dentista quando se tratava de plano de saúde médico.

Quanto à assistência odontológica, mencionada no final do último parágrafo, seu peso assistencial e mercadológico acabou por disseminar a aceitação, posteriormente formalizada em resoluções, para que o cirurgião dentista solicite procedimentos em saúde; possibilidade não prevista inicialmente na Lei dos Planos de Saúde.

Assim, para melhor compreensão do que se acabou de ler, verifica-se na regulamentação atual, que o detentor de um plano de saúde médico pode, em uma consulta odontológica com pagamento direto (consulta particular), ter o hemograma ou radiografia, solicitados pelo cirurgião dentista, realizados à custa da Operadora.

Quanto a possíveis atividades de prevenção de doenças ou promoção à saúde, o setor de Saúde Suplementar tem nas resoluções da ANS e programas específicos recentes, a tentativa de reversão da concepção implantada. No entanto, para as Operadoras, tais atividades são consideradas na perspectiva da redução de custos e na possibilidade de acúmulo de pontos utilizados na elaboração de *rankings* de Operadoras publicados pela ANS. Tais ações, são do ponto de vista científico, campo a ser investigado e avaliado tanto acerca de suas consequências na Saúde Suplementar quando na abordagem do *mix* público-privado.

Se numa visão geral o plano de saúde carrega a concepção do seguro, dois conceitos importantes merecem ser apresentados, antes de se prosseguir na classificação dos tipos de planos previstos na legislação e respectiva cobertura assistencial.

O primeiro deles é o conceito de mutualismo, ou seja, a viabilidade do plano de saúde depende de um número maior de vínculos de pessoas saudáveis pagantes em relação aos vínculos de pessoas doentes e que se

utilizam da cobertura assistencial ofertada. A dimensão de vínculos, a sua respectiva característica epidemiológica (chamada comumente no mercado por característica da carteira de beneficiários) e os tipos de planos contratados (o que será visto mais à frente), quando traduzidos em um cálculo atuarial, corresponderão ao valor de comercialização do plano e, segundo normativo vigente na ANS, será utilizado para registrar a chamada Nota Técnica, ou seja, o valor mínimo de comercialização do plano adotado como estratégia de sanidade concorrencial pelo órgão regulador.

O segundo conceito é o chamado Pacto Intergeracional ou Pacto entre Gerações e se refere à precificação dos planos de saúde em valores superiores ao que seria previsto nos cálculos atuariais para as faixas etárias mais jovens. A justificativa para o Pacto Intergeracional reside no fato de que idosos estariam impossibilitados de arcar com os custos reais de uma contraprestação pecuniária para sua faixa etária. De maneira prática, o pacto ocorre na estrutura normativa da Saúde Suplementar na previsão atual de 10 faixas etárias não sendo permitida a variação da mensalidade acima de 6 vezes entre a primeira faixa etária (0 a 18 anos de idade) e a última faixa etária (59 anos de idade e acima) e, ainda, a variação do valor da mensalidade entre a sétima faixa etária (44 a 48 anos de idade) e a décima faixa etária (59 anos de idade e acima), não podendo ser superior à variação entre a primeira faixa etária e a sétima.

Assim, percebe-se que, na estrutura proposta, o mercado de planos de saúde depende da expansão de beneficiários para fazer frente ao mutualismo e ao pacto intergeracional. No entanto, em que pese a busca por novos mercados, aliada ao crescimento da renda familiar e fusões e aquisições de Operadoras de Planos de Saúde, “a conclusão é inescapável: o presente esquema de financiamento dos idosos pelo pacto entre gerações não é sustentável no tempo. É que não haverá jovens em número suficiente para subsidiar os planos de saúde de tantos idosos que existirão” (Cechin, 2012, p. 221). As previsões indicam que, para os próximos 40 anos, “em outras palavras, rompe-se a relação de pessoas em idade ativa para cada

idoso para que a solidariedade entre gerações seja efetiva (Cechin, 2012, p. 220).

Por fim, neste aspecto, não só a rápida transição demográfica brasileira representa um desafio, mas também, os futuros efeitos para o *mix* público-privado das resoluções editadas pelo órgão regulador, ao permitir a criação nos planos corporativos de segmentos específicos para aposentados e, ainda, com a possibilidade de reajustes diferenciados em relação àqueles que, vinculados ao empregador, se encontram em idade economicamente ativa.

Cumprida esta primeira etapa, pode-se agora apresentar os diferentes tipos de planos de saúde médico: hospitalar, ambulatorial, ambulatorial e hospitalar, podendo-se agregar ou não a cobertura obstétrica, plano referência sendo todos de possível contratação coletiva ou individual/familiar.

Cabe observar que a divisão acima se refere, de forma mais exata, aos planos de saúde comercializados após 1º de janeiro de 1999, quando entrou em vigência a Lei dos Planos de Saúde. Para aqueles planos comercializados antes desta data, comumente denominados no mercado de “planos antigos” ou “não regulamentados”, além das cláusulas contratuais divergentes à regulamentação vigente, há também uma diversidade de combinações de cobertura que muitas vezes dificulta o enquadramento em uma das categorias apresentadas.

A manutenção destes contratos de planos de saúde antigos, em sua maioria restritivos na cobertura assistencial ofertada, encontra justificativa na irretroatividade da lei e no princípio de direito que prevê, na assinatura do contrato, um ato jurídico perfeito, ou ainda, o *pacta sunt servanda*, ou seja, quando assinado pela livre vontade das partes passa a ter valor de lei (Almeida, 2007).

Assim, um ponto fundamental a ser considerado para o adequado entendimento da Saúde Suplementar e o estudo do *mix* público-privado, pelo menos enquanto estiverem em vigência os planos antigos, é a proporção

entre os produtos regulamentados e não regulamentados. Isto porque, embora se considere como cobertura pela Saúde Suplementar, não necessariamente seus portadores terão a certeza da correspondência em cobertura assistencial privada, visto que, em muitos casos a assistência médica se dará no setor público.

Tão importante quanto a compreensão entre planos não regulamentados e regulamentados, é a diferenciação entre a contratação individual e a coletiva. Enquanto na contratação individual a assinatura do contrato de plano de saúde se dá entre uma pessoa física e a Operadora de Planos de Saúde, na contratação coletiva a relação contratual ocorre entre duas pessoas jurídicas, sendo os beneficiários do plano incluídos posteriormente, conforme vínculo com o contratante (associação, empresa, entidade de classe, órgão público, etc.).

A relevância do tipo de contratação está nas garantias legais mais favoráveis ao contratante pessoa física que aquelas previstas para as contratações entre pessoas jurídicas. Embora protegendo a suposta hipossuficiência do contratante individual, a regulamentação atual tem considerado a contratação entre pessoas jurídicas como “negociação entre iguais”, o que não corresponde à realidade, pois são frequentes as contratações de planos de saúde por pessoas jurídicas de pouca capacidade financeira e jurídica, num setor de complexidade considerável. Enquanto nos planos individuais os reajustes devem obedecer ao teto autorizado pela ANS, nos planos coletivos o índice válido será aquele fruto da livre negociação. No caso de adimplência, não é possível à Operadora o cancelamento do contrato individual, o que não ocorre no caso da contratação coletiva, desde que respeitadas as cláusulas contratuais rescisórias. Torna-se fácil, então, compreender os motivos da tendência de não comercialização de planos individuais por determinadas Operadoras, já que, além de vislumbrarem maior ganho de escala trabalhando com contratos coletivos, também garantem no caso de indesejável aumento de sinistralidade as opções de negociação de novo reajuste ou da rescisão contratual.

Mantendo a linha de raciocínio dos últimos parágrafos, após verificar as opções de contratação de planos de saúde, a mesma pode ocorrer com ou sem a exigência de carências e imputação de cobertura parcial temporária.

No caso das carências, a Lei dos Planos de Saúde em seu art. 12, inciso V, prevê os seguintes prazos máximos:

Trezentos dias para partos a termo;

180 dias para os demais casos e

24 h para cobertura dos casos de urgência e emergência.

No caso da chamada cobertura parcial temporária que significa o período de 24 meses em que não serão autorizados pela Operadora a cobertura de leitos de alta tecnologia, procedimentos cirúrgicos e procedimentos de alta complexidade; na contratação do plano de saúde há o preenchimento do formulário para identificação de doenças ou lesões pré-existentes.

1.4. A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COMO TRAÇADOR DA ORGANIZAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL

A proposta deste subtítulo, frente ao discutido até aqui, é identificar o papel do hospital, ou melhor, da assistência hospitalar enquanto componente da rede integrada de serviços de saúde.

Para isso, torna-se necessária a contextualização dessa rede nos sistemas integrados de serviços de saúde no que, Mendes (2001), classificou como o quinto momento cronológico de estruturação: integração vertical dos pontos de atenção à saúde com as outras políticas públicas por meio da intersectorialidade. Desta forma,

Quando consideramos o hospital como integrante da rede de serviços, estamos, em primeiro lugar, pensando numa mudança na forma como são concebidos e percebidos os problemas de saúde e doenças da população, superando concepções de atenção biológico-recuperadoras. (Instituto de Saúde, SES-SP, 1987, p. 31)

Neste sentido, a assistência hospitalar deixa de existir por si mesma e adquire nova configuração como elemento da integralidade. À função determinada ao hospital, numa dada região, sob representação hierárquica da complexidade assistencial (Great Britain, 1920; OPAS, 1964), outras necessitam ser incorporadas. Dentre elas o desenvolvimento de recursos humanos com sentimento de “pertencer à rede” predominando sobre o “pertencer à instituição” (Instituto de Saúde, SES-SP, 1987), desenvolvimento de sistemas e mecanismos de acesso baseados nos princípios de universalidade com equidade (Dallora, 2010), participação ativa

no desenvolvimento e implantação de políticas sanitárias, comprometimento com o retorno social enquanto instrumento de avaliação clínica (medicina baseada em evidência), econômica e tecnológica (Mendes, 2001; OPAS, 2004); desenvolvimento de mecanismos de pagamento em que financiadores e provedores compartilhem o risco financeiro assistencial (OMS, 2000; OPAS, 2004), desenvolvimento de estratégias e sistemas de referência e contra-referência, não apenas como elos da cadeia assistencial, mas promotoras da capacitação da rede integrada de serviços (Starfield, 2002); implantar ou aprofundar a transparência na aplicação de recursos e a abertura aos mecanismos de controle pela sociedade (controle social).

Também as instituições privadas ou de diferentes modelos de financiamento público baseados nos contratos de gestão devem participar desta concepção das funções do hospital na rede integrada de serviços.

Existe consenso quanto às limitações e as imperfeições que tem o mercado da saúde, sobretudo quando não se tem desenvolvido, adequadamente, a capacidade para exercer as funções reitora e reguladora do Estado. Sem exercer tais funções, a introdução de mecanismos de mercado pode redundar em prejuízo da equidade e em detrimento da efetividade sanitária, sem que se tenham obtido a eficiência e a satisfação desejadas pelas pessoas. (OPAS, 2004, p. 71)

Uma consequência natural deste processo de integração é que, à resposta assistencial demandada ao hospital pela sociedade, somam-se as preocupações crescentes relacionadas à qualidade dos serviços prestados e oferecidos (Czapski, 1999).

A qualidade supõe, por sua vez, que os usuários dos serviços recebam assistências oportunas, efetivas e seguras (qualidade técnica dos processos assistenciais) em condições materiais e éticas adequadas (qualidade percebida ou acolhimento). (OPAS, 2004, p. 54)

Sobre este tema, Ugá et al. (2009), ao estudarem prestadores hospitalares frente às práticas de regulação das Operadoras de Planos Privados de Saúde, identificaram os baixos índices de capacitação técnica regular dos profissionais da assistência e limpeza. Ainda, registraram a presença limitada de estruturas e práticas de garantia e de monitoramento da qualidade assistencial, corroborando a baixa profissionalização administrativa e da gestão clínica. Verificaram que do ponto de vista de aprofundamento da gestão hospitalar, em sentido amplo, as Operadoras de Planos Privados de Saúde exercem pouca influência, decorrendo os programas nesta área de iniciativas individuais e comerciais dos hospitais. Em que pese a baixa qualidade apontada, evidência preocupante, relacionada ao *mix* público-privado, foi o fato de que os hospitais que não prestam serviços ao SUS apresentaram um melhor desempenho na qualificação da gestão e monitoramento da qualidade assistencial.

Portanto, os prestadores hospitalares que prestam serviços a operadoras de planos de saúde não constituem micro-sistemas de saúde paralelos (ou suplementares) ao SUS; o que se verifica é a existência de um vasto conjunto de prestadores hospitalares privados, majoritariamente vinculados ao SUS, que não se sentem pertencentes a rede alguma de prestadores privados, sendo, entretanto, objeto de forte regulação da utilização de seus serviços exercida

pelas operadoras de planos de saúde. (Ugá et al., 2009, p. 482)

Por fim, no mesmo trabalho, os autores registraram a pouca importância dada a procedimentos obrigatórios como Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), registro e obediência às normas da Vigilância Sanitária e Sistema de Qualificação de Operadoras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); que poderiam ser utilizados como ferramentas de acompanhamento contínuo.

Em complementação, quanto ao último item citado no parágrafo anterior, a audiência pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara Federal de Deputados, realizada em 24/04/2012, para debater regras para a fiscalização da rede privada de saúde, reforçou a dificuldade da ANS em exercer função reguladora atribuída a esta autarquia.

Art. 4º - Compete à ANS:

XXIV - exercer o controle e a avaliação dos aspectos concernentes à garantia de acesso, manutenção e qualidade dos serviços prestados, direta ou indiretamente, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde;

XXV - avaliar a capacidade técnico-operacional das operadoras de planos privados de assistência à saúde para garantir a compatibilidade da cobertura oferecida com os recursos disponíveis na área geográfica de abrangência;

XXVI - fiscalizar a atuação das operadoras e prestadores de serviços de saúde com relação à abrangência das coberturas de patologias e procedimentos;

XXVII - fiscalizar aspectos concernentes às coberturas e o cumprimento da legislação referente aos aspectos sanitários e epidemiológicos, relativos à prestação de serviços médicos e hospitalares no âmbito da saúde suplementar. (Brasil, Lei 9961/2000, art. 4º)

Desta forma, ao levar em consideração o *mix* público-privado, promover a integralidade no Sistema Nacional de Saúde e exercer a gestão da assistência hospitalar enquanto componente da rede integrada de serviços, representam atividades complexas, que demandam a compreensão do “produto hospitalar”, com a necessária utilização de ferramentas já disponíveis ou de adaptação possível ao contexto nacional (v.g., Diagnosis Related Groups - DRG) - (Noronha, 2001; Noronha et al., 2004;).

Diagnosis Related Groups é um sistema de classificação de pacientes (...), o objetivo da classificação foi o de definir o produto hospitalar para fins de revisão de utilização, bem como de avaliação e gerência de qualidade da atenção hospitalar. Sua construção buscou relacionar os tipos de pacientes atendidos pelo hospital, ou seja, o seu perfil nosológico, ao conjunto de bens e serviços consumidos durante sua hospitalização. O processo de desenvolvimento da classificação integrou o julgamento médico com análise estatística, utilizando o tempo de permanência como referência do consumo de recursos. As classes resultantes desse processo contêm pacientes clinicamente homogêneos, que consomem um conjunto similar de recursos hospitalares para seu tratamento,

sendo, portanto, uma classificação de *casemix*.
(Noronha, 2001, p. 6)

Ao se falar em assistência hospitalar na rede de serviços e o *mix* público-privado existente, cabe ressaltar a diversidade de relações a serem estudadas e melhor compreendidas. Isto porque, não só coexistem hospitais públicos e privados, mas também, eles mesmos se diferenciam entre si:

a) na proporção dos “produtos hospitalares” produzidos sob financiamento público ou privado;

b) na transferência de pacientes entre hospitais de diferentes complexidades, financiamentos e contratos, estes firmados com diferentes operadoras de planos privados de saúde, de diferentes modalidades; e,

c) na cobertura assistencial ofertada para um dado paciente, visto que, na Saúde Suplementar, há exclusões previstas na regulamentação. Por motivo de ilustração, cita-se a possibilidade de contratação de plano de saúde coletivo sem cobertura para acidentes e doenças ocupacionais, condição revogada apenas em 07 de junho de 2010 com a edição da Resolução Normativa nº 211/2010 da ANS (Brasil, 2010).

Art 11. Nos contratos de planos coletivos, não é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas consequências, moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, sendo opcional à contratante, se assim desejar, estabelecer, no contrato com a operadora, cláusula específica para a cobertura desses casos.
(Brasil, 2008 RN 167/2008 ANS)

Cohn et. al. (2002), em pesquisa realizada sobre o subsídio cruzado, comumente referido como “dupla porta”, instituído no Hospital das Clínicas de São Paulo, reforçaram a necessidade de se encarar o debate acerca do *mix* público-privado; sendo o caso específico emblemático por representar instituição hospitalar de ensino, referência para alta complexidade e de elevado poder político indutor.

Desse modo, conclui-se que a abertura do hospital ao capital privado através da implantação do “subsídio cruzado” não se constitui, pelo menos até o atual estágio de desenvolvimento do modelo, uma alternativa efetiva de financiamento institucional. Pode-se considerar, portanto, que o inverso é o que tem ocorrido, ou seja, o financiamento público-estatal, de fato, é que tem subsidiado o funcionamento da “segunda porta” do HC, tal qual vem ocorrendo de modo ampliado na articulação público-privado no Sistema de Saúde do Brasil. (Cohn, 2002, p. 31)

Embora, Santos (2009), tenha abordado os contornos jurídicos da integralidade da atenção e considerado o *mix* público-privado, no sentido de que “a qualquer tempo, o cidadão poderá escolher entre um e outro sistema; mas ao fazer a escolha pelo público necessitará respeitar as suas normas, seus princípios e diretrizes, bem como os critérios de sua organização administrativa” (Santos, 2009, p. 67), as relações identificadas anteriormente apontam para o debate e a regulamentação em longo prazo.

Situação desafiadora é o atendimento de urgência e emergência, não só pelo contexto dramático individual, mas também, por representar a condição em que a escolha pessoal entre o público ou privado estará prejudicada. Também aqui, a política de regionalização se encontra presente na organização da rede de atenção às urgências em busca da integralidade

(Brasil, 2004), e caracterizando a porta de entrada do sistema de saúde em situações clínicas e operacionais. Neste aspecto, o Decreto 7.508/2011 em seu art. 10 (Brasil, 2011) ao colocar que os “serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada” (Brasil, 2011, Decreto 7508, art. 10) confirma a análise da assistência hospitalar como subsídio técnico da conformação da rede de serviços e da forma em que se dá o acesso, pois a internação representa, em muitas das vezes, para um determinado momento, o término do percurso pela busca assistencial; permitindo avaliar o respeito ao “princípio de não rejeição de demanda” pelos outros níveis de atenção (Instituto de Saúde, SES-SP, 1987).

(...) quando o primeiro nível de complexidade rejeita pacientes, estes irão à unidade de maior complexidade produzindo um exagerado uso dos serviços de emergência, já que a atenção dos pacientes, em última instância, é responsabilidade da rede de serviços e não só das unidades de saúde individualmente. (Instituto de Saúde, SES-SP, 1987, p. 26)

Outro aspecto a ser adicionado ao debate apresentado por Santos (2009) acerca da opção de atendimento no *mix* público-privado se refere ao identificado em regiões com elevada proporção de planos privados de assistência à saúde de contratação empresarial, tendo, como pessoa jurídica estipulante, empresas de atividade sazonal. Embora a sazonalidade seja uma característica presente em muitas atividades econômicas, para algumas delas seu caráter marcante pode desestimular a utilização da assistência privada contratada, visto estarem associados: instabilidade do vínculo trabalhista, seguimento assistencial já em curso nos serviços de saúde públicos, localização das unidades privadas credenciadas em relação ao

município de residência ou trabalho e a previsão contratual de pagamento de percentual do valor do procedimento assistencial realizado no serviço privado (co-participação).

Um sistema de informações funcional e que permita preservar e aprofundar a rede loco-regional de serviços, somente terá real sentido com a inclusão das diferentes instituições públicas e privadas. Com esta finalidade, a elaboração conjunta de normas, critérios e padrões comuns, bem como, informes e relatórios compartilhados representam um passo adicional na estruturação da rede de serviços de saúde (OPAS, 2004).

Com relação às medidas de economia de escala possivelmente identificadas na avaliação loco-regional, ao se utilizar dados da assistência hospitalar ofertada, o *mix* público-privado representa um desafio adicional a ser superado; pois regiões menos populosas, ao contrário das metropolitanas, têm sua limitada demanda hospitalar, uma vez mais reduzida ao ser distribuída entre diferentes prestadores públicos e privados.

Research in Canada, the United States, and overseas has shown that for many different types of care and for many different surgeries, patients treated in hospitals with higher numbers of cases are less likely to have complications or to die after surgery. However, some argue that there are trade-offs to centralizing care, especially in rural areas where access to and continuity of care may be an issue. (Canada, 2001, p. XIII)

Por fim, Yazlle Rocha e Simões (1999), reforçaram a assistência hospitalar como “traçador” da organização da rede assistencial em um sistema configurado como *mix* público-privado.

A assistência hospitalar é sabidamente muito seletiva, não apenas na medida em que a ela se encaminham ou são dirigidos os casos que requerem de cuidados especiais, mas também porque a acessibilidade à internação está condicionada à existência dos recursos procurados – especialistas, equipamentos e outros, e à disponibilidade – ou posse – de recursos financeiros ou de um sistema de financiamento da hospitalização. A criação no Brasil do SUS, público e universal, com serviços próprios (públicos) e privados conveniados e/ou contratados, acessível a toda a população, poderia levar à eliminação dos fatores de seletividade (Yazlle Rocha e Simões, 1999, p. 52)

1.4.1. ALGUMAS OBSERVAÇÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR COMO TRAÇADOR NO MIX PÚBLICO-PRIVADO

Considerando os conceitos apresentados anteriormente acerca da estruturação normativa da Saúde Suplementar, principalmente aqueles referentes ao mutualismo e pacto intergeracional, o estudo da assistência hospitalar (como espécie de traçador no sistema de saúde) adquire importante significado não apenas em pesquisas descritivas, mas também, para possíveis cenários futuros.

Researchers around the world have found that changes in how often and for how long people in specific age groups are hospitalized have been more important than overall population aging in explaining recent changes in hospital use. Proponents of this view suggest that, based on recent experience, any increased demands due to population aging could likely be accommodated by an evolving health care system. (Canadá, 2001, p. 30)

Assim, se levarmos em consideração a dinâmica de “escolha por serviço” atualmente existente na Saúde Suplementar, fatores como qualidade assistencial e hospitalização parecem ter relação mais complexa que até então se supunha.

For many different types of care and for many different surgeries, researchers have found that patients treated in hospitals with higher numbers of cases are less likely

to have complications or to die after surgery. This relationship occurs in most procedures that have been studied - ranging from rare procedures such as pediatric heart surgery and coronary bypass surgery to more common procedures, such as gall bladder removal (cholecystectomy) and removal of the uterus (hysterectomy). Why is this so? We don't know exactly. Some have suggested that high volume hospitals (those that perform more surgery) develop greater skills. According to this theory, practice makes perfect. Another possible explanation is that hospitals that do a good job attract more patients over time. In this case, superior performance attracts higher volumes of patients – the "selective referral" theory. (Canadá, 2001, p. 64)

Na mesma linha de raciocínio, Moreira e Dutilh Novaes (2011), concluíram que o estudo das internações financiadas pelo SUS e aquelas não financiadas pelo SUS aprimoram a análise do “Sistema de Serviços Hospitalares” no Brasil.

Desta forma, estudar as hospitalizações tem um significado ainda maior, visto que representa não apenas aproximação à realidade sanitária, mas o desenvolvimento e aperfeiçoamento das ferramentas teóricas, metodológicas e instrumentais disponíveis em saúde coletiva.

No mesmo trabalho, a expressão usada pelas autoras de “Sistema de Serviços Hospitalares” levou em consideração os registros nacionais baseados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) para o SUS e Comunicação de Internação Hospitalar (CIH) para a Saúde Suplementar, havendo reconhecida sub-notificação das internações privadas pelo banco de dados disponível na CIH.

No entanto, Moreira e Dutilh Novaes (2011), levando em consideração o *mix* público-privado estabelecido, reconheceram a importância da CIH para a análise da assistência hospitalar no Sistema de Saúde Brasileiro e, complementaram afirmando, que estudos de internação permitem avaliar as faixas etárias mais susceptíveis, realizando o diagnóstico de saúde populacional, ou seja, identificar padrões presentes em determinado sistema de saúde.

Do ponto de vista regional, Yazlle Rocha e Simões (1999), demonstraram a viabilidade do estudo das internações como traçador do perfil de utilização de recursos hospitalares no *mix* público-privado para a região de Ribeirão Preto, no estado de São Paulo.

Em estudos anteriores (Forster e col.3 1991; Yazlle Rocha e col.16, 1997) foi mostrado que há forte associação entre o lugar ocupado no processo produtivo e o tipo de sistema de financiamento das hospitalizações, ou seja, que se pode utilizar a categoria das internações como variável *proxy* do lugar ocupado pelo paciente – ou seu responsável - na estrutura produtiva; além disto, foram encontradas muitas diferenças clínico-epidemiológicas entre essas diferentes clientelas. Isto caracteriza a assistência médico-hospitalar no Brasil como dividida, integrando o modelo de medicina de classes (Yazlle Rocha et al 1997). (Yazlle Rocha e Simões, 1999, p. 46)

Por fim, conforme o Decreto 7508/2011, “no planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestadas pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional” (Decreto 7508/2011, art. 16), cabendo aos entes federativos “monitorar o acesso às ações e aos serviços de

saúde” (Decreto 7508/2011, art. 13, III), o que não poderá ser feito com a utilização isolada das taxas de internação como indicadores da assistência (Moreira e Dutilh Novaes, 2011).

A comparação da taxa nacional de internação de 56 por 1.000 habitantes com outros países deve ser feita com muito cuidado, contudo a taxa de internação média dos países da OCDE é de 158 por 1.000 habitantes, apresentando como valores extremos a taxa de 278 por 1.000 habitantes, na Áustria, e 55 por 1.000, no México. É grande a variabilidade entre os países e não há uma relação direta entre renda per capita e as taxas de internação, observando-se que países desenvolvidos com sistemas de saúde com cobertura universal como a Holanda (109 por 1.000) e Canadá (84 por 1.000 habitantes) apresentam valores relativamente mais baixos do que países com renda semelhante e sistemas de saúde com acesso populacional diferenciado, indicando a influência do tipo de sistema de saúde, do acesso aos serviços e da organização da assistência sobre a taxa de internação. (Moreira e Dutilh Novaes, 2011, p. 420)

1.5. O BANCO DE DADOS DO CPDH/DMS/FMRP-USP

O Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (DMS/FMRP/USP) iniciou, em 1970, a implantação de um sistema de informações denominado Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH), baseado numa folha resumo padronizada dos eventos mais relevantes da hospitalização: a Folha de Alta Hospitalar (**Anexo A**).

Destinado a dar suporte à investigação clínica e epidemiológica do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, a experiência foi estendida a todos os hospitais do município de Ribeirão Preto-SP e, em 1987, o sistema foi estendido à região de Ribeirão Preto, cobrindo 35 hospitais no total de cerca de 4.000 leitos e quase 160.000 egressos por ano (Yazlle Rocha et al., 1993).

Um aspecto singular desta experiência é que ela se sustenta ao longo de mais de 30 anos, exclusivamente pela troca de serviços entre o CPDH que oferece assessoria na área de documentação médica e estatística ao corpo clínico e administração dos hospitais e recebe as informações de todas as hospitalizações ocorridas no estabelecimento, incluindo pacientes particulares e de planos de saúde.

Isto ocorre porque os hospitais incorporaram o sistema como deles próprios e o centro é o responsável pela codificação e processamento dos dados que ficam à disposição do respectivo hospital. O CPDH conta com pessoal especializado em arquivologia médica e estatística hospitalares; oferecendo cursos e treinamento para os serviços de arquivo médico e estatística dos hospitais participantes.

O acervo do CPDH tem sido utilizado na realização de inúmeros trabalhos científicos, dissertações e teses. Muitos destes trabalhos levantam índices e coeficientes em bases populacionais – o que é incomum na

literatura científica nacional - porque na cidade de Ribeirão Preto há total cobertura da demanda de hospitalizações, sendo pouco usual o encaminhamento de casos para diagnóstico e/ou tratamento em outras cidades.

Os trabalhos baseados no CPDH permitem comparações de frequência de doenças ou procedimentos entre pacientes do sistema público e daqueles usuários de planos de saúde ou particulares (pagamento direto), havendo estudos que demonstraram a consistência da base de dados disponível quando de sua utilização para classificação em DRG dos procedimentos hospitalares realizados na cidade de Ribeirão Preto-SP.

(...) mostrou-se que esta é adequada para a classificação, embora tenham sido identificadas qualidades e limitações tanto da base de dados de Ribeirão Preto como da classificação DRG. Embora se tenha dado ênfase em análises detalhadas de possíveis problemas na base de dados, esses abrangeram uma baixa proporção de casos. (Noronha, 2001, p. 185)

1.6. CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

1.6.1. VISÃO GERAL DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

O 13º Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) é uma das 17 divisões do território paulista no sistema de saúde estadual. De acordo com o censo de 2000 (IBGE, 2000) o total populacional de seus 26 municípios era de 1.108.726 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 - a título de comparação, 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.

Entre unidades mistas, maternidades e hospitais, o DRS XIII possuía, no 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). Conta ainda com cursos universitários na área da saúde e um hospital público de grande porte, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Desta forma, a região se constitui como referência para outras regiões do estado, recebendo um fluxo considerável de pacientes, sobretudo, para a alta complexidade.

1.6.1.1. APROXIMAÇÃO ANTROPOLÓGICA DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Embora não seja objeto do presente trabalho um estudo antropológico regional, ao tomar como campo de estudo o DRS XIII é preciso considerar que a formação urbana brasileira e as diferenças entre municípios são construídas de acordo com uma série de elementos muitas vezes desprezados. Exemplo disso é que mesmo com a extensão do direito de voto a todo cidadão alfabetizado pela Constituição de 1891 o mando dos coronéis continuou prevalecendo (Queiroz, 1977) e um sistema de troca surgiu nas regiões em que a violência pura e simples não representava a melhor forma de angariar um colégio eleitoral. Quanto à parentela, inicialmente constituída por sistema de solidariedade vertical e horizontal, com a urbanização estas relações reduziram-se para seu vetor exclusivamente horizontal (Queiroz, 1977) e as camadas mais pobres com seus interesses limitados ao mínimo necessário para evitar revoltas e insubordinações - para estas a força policial. A verificação de que cargos administrativos e profissões liberais são assumidos em geral pelas classes sociais economicamente mais abastadas coloca em desvantagem os que ocupam a base da pirâmide social, inclusive nos assuntos de assistência à saúde.

Nesta estrutura, a situação se agrava quando se verifica o caótico processo de urbanização brasileiro. Darcy Ribeiro (1995) mostra que mesmo os que apresentavam enriquecimento a partir de origens simplórias “só alcançavam categoria social respeitável e se integravam na classe dominante, quando se faziam também proprietários de terra e fazendeiros”. Aos fazendeiros e ricos comerciantes agregavam-se paupérrimos brancos e mestiços livres que os serviam devotadamente em troca de favores e nenhum salário – acrescento aqui nenhuma assistência formal à saúde.

A região de Ribeirão Preto por ter sua economia baseada na agricultura e ainda mais na monocultura, primeiramente café e na atualidade

cana-de-açúcar, carrega as influências antropológicas de sua formação. Não seria por outra explicação que apesar da riqueza econômica, conta com um baixo valor no IPRS (Seade, 2003).

O DRS XIII tem um problema a enfrentar com relação aos constantes processos migratórios de diversas regiões do país com a finalidade de procura por vagas de emprego – lembrando sua oferta sazonal: a colheita da cana-de-açúcar – que, embora no campo, terão os trabalhadores que viver na cidade. Isto significa demandas por assistência em grande parte devidas a problemas de estrutura social. As cidades apresentam “pressões tremendas, porque a população deixada ao abandono mantém sua cultura arcaica, mas muito integrada e criativa. Dificulta, porém, uma verdadeira modernização, porque nenhum governo se ocupa efetivamente da educação popular e da sanidade” (Darcy Ribeiro, 1995).

Relembrando a barganha do período coronelístico e considerando suas marcas na sociedade regional, poder-se-ia questionar até que ponto, na região de Ribeirão Preto, a assistência à saúde pode ser usada como bem de troca para manutenção ou aquisição de poder e os efeitos da maior urbanização sobre este controle. E dentro de espaços mais urbanizados, livres do mando do “coronel”, até que ponto a criação de estruturas reguladoras com finalidades de manutenção da justa aplicação da lei criam suas contrapartidas irracionais (Giannotti, 2002).

A sazonalidade presente na região de Ribeirão Preto desde o final do século XIX (Sallum Jr, 1982), é característica marcante a ser considerada no planejamento sanitário.

Em síntese, durante as operações de cultivo dos cafezais, as unidades técnicas de trabalho não só deixavam de incorporar todos os membros aptos para o trabalho de suas respectivas famílias como também não despendiam toda a sua capacidade de trabalho no trato dos cafeeiros. Na época da colheita tudo se

alterava. A colheita precisava ser feita rapidamente e numa época certa, de modo que a maioria dos frutos colhidos fosse constituída de grãos maduros. (...) De modo geral, é possível dizer que quanto mais nos afastamos da Sorocabana na direção da Mogiana, mais curto deveria ser o período adequado para a colheita, dado que o amadurecimento dos frutos é mais lento nas cercanias do Rio Paranapanema e mais rápido perto do Rio Grande. (Sallum Jr, 1982, p. 234)

Quanto ao *mix* público –privado, a referida sazonalidade, no momento atual, em que o cultivo da cana-de-açúcar adquiriu dimensão considerável na região, se reflete nos vínculos e contratações de trabalhadores e familiares nos planos de saúde coletivos oferecidos pelas usinas de açúcar e álcool.

1.6.2. DUAS ABORDAGENS (REFERENCIAIS) PARA A REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO: REGIONALIZAÇÃO E MIX PÚBLICO-PRIVADO

Considerando que em momento anterior desta parte introdutória da pesquisa houve a discussão dos aspectos teóricos e legais da regionalização proposta para o Sistema Nacional de Saúde, especificamente para a região de Ribeirão Preto e do ponto de vista formal, registram-se as seguintes conformações administrativas:

a) Conforme proposto pela NOAS:

Microrregião de Ribeirão Preto com os municípios de Ribeirão Preto, Serrana, Brodowski e São Simão.

Microrregião de Sertãozinho com os municípios de Sertãozinho e Pontal.

Microrregião de Jaboticabal com os municípios de Jaboticabal, Monte Alto e Guariba.

Microrregião de Cajuru com os municípios de Cajuru, Batatais, Santo Antonio da Alegria e Altinópolis.

b) Conforme proposto pelo Pacto de Gestão:

A operacionalização da portaria normativa do Pacto pela Saúde, mais especificamente o Pacto de Gestão, fez com que a região se reorganizasse administrativamente com a criação dos seguintes Colegiados de Gestão e respectivos municípios:

Colegiado de Gestão Regional Horizonte Verde, constituído com representantes dos municípios de Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis e Sertãozinho;

Colegiado de Gestão Regional Aqüífero Guarany, constituído com representantes dos municípios de Cravinhos,

Guatapar, Jardinópolis, Luiz Antônio, Ribeir Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul e Serrana;

Colegiado de Gestão Regional Vale das Cachoeiras, constituído com representantes dos municípios de Altinópolis, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança e Santo Antônio da Alegria.

Quanto à abordagem da região do ponto de vista do *mix* público privado, a mesma não deve ser considerada como algo isolado, mas integrada às conformações administrativas propostas, pois, “as atuais mudanças na estrutura regional do SUS em São Paulo resultam de dois movimentos distintos, um dos municípios e outro do estado, que buscam uma convergência dentro da perspectiva de uma nova regionalização da saúde” (Viana et al., 2009, p. 269).

Nesse aspecto, o chamado “território vivo” e as articulações políticas entre os entes federados, passam a ter relevância na implantação da regionalização proposta pelo Pacto de Gestão e, conseqüentemente, no papel exercido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Tal contexto representa oportunidade de resgate do papel de planejamento da SES, adquirindo ainda mais complexidade frente aos novos elementos de incorporação do setor privado, trazidos pelo Decreto Federal 7508/2011.

(...) apesar dos avanços mencionados em relação à regionalização da saúde no Brasil e em São Paulo, o Pacto ainda não resolve a fragmentação existente entre o público e o privado no sistema de saúde, isto é, não aborda as possibilidades de existência do *mix* público-privado e suas lógicas (combinadas) de atuação, o que não condiz com a realidade do funcionamento do sistema em algumas regiões do país, sobretudo no Sudeste e, mais especificamente, no estado de São Paulo, onde a grande característica é a existência de um verdadeiro *mix* público-privado na oferta, financiamento e acesso aos serviços de saúde. (Viana et al., 2009, p. 270)

A Pesquisa Fapesp nº 07/55256-9/2008, ao estudar a regionalização no Estado de São Paulo e abordar a dinâmica regional sob a óptica do *mix* público-privado, elaborou o conceito de complexo regional da saúde:

(...) definido como diferentes estruturas, instituições, instâncias e atores públicos e privados que participam do processo de constituição, planejamento, organização, gestão e regulação da saúde no âmbito regional. No estado de São Paulo, esse complexo é formado por: Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Colegiados de Gestão Regional (CGR), Departamentos Regionais de Saúde (DRS), Coordenadoria Regional de Saúde da SES, Consórcios de Saúde, Privado Lucrativo (prestadores e operadoras), Privado Filantrópico, Prestadores Públicos (estaduais e municipais), Universidades e Hospitais universitários. (Viana et al., 2009, p. 277)

Na mesma pesquisa, a combinação do conceito acima apresentado à tipologia dos Departamentos Regionais de Saúde no Estado de São Paulo, desenvolvida a partir dos fluxos das internações entre os departamentos, a proporção de médicos com vínculo no SUS e a proporção de beneficiários de planos de saúde (CEALAG, 2007), permitiu identificar oito possíveis combinações a caracterizar os Departamentos Regionais, tendo como referencial o *mix* público-privado e as seguintes condições:

Setor Público forte ou fraco

Privado Regional forte ou fraco

Privado Nacional forte ou fraco

Assim, para o Departamento Regional de Saúde XIII, região de Ribeirão Preto-SP, objeto do presente estudo, a Pesquisa Fapesp nº 07/55256-9/2008, indicou que:

O setor privado regional é bem consolidado tanto pela sua vinculação à vocação regional do agronegócio, quanto pela existência de profissionais médicos com perfil empresarial. A presença da assistência em saúde suplementar é marcante nos procedimentos considerados como de média complexidade e, por isso, pode haver uma tendência à utilização dos recursos públicos para os procedimentos básicos e de alta complexidade, tendência esta muitas vezes sugerida e, no entanto, não demonstrada.

Caracterizando-se como uma região com Setor Público forte, Privado Regional forte e Privado Nacional fraco, conforme Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Elementos encontrados na região de Ribeirão Preto-SP caracterizando a relevância dos setores público e privado regional

Forte Público	Presença de Universidade pública e Hospital Universitário; Alta capacidade resolutiva na alta e média complexidade; Centro de atração para os municípios da região e para outras regiões; 60% dos médicos são vinculados ao SUS; Setor filantrópico mais aderente ao SUS; SUS menos dependente do setor filantrópico; Extensa rede básica; Apresenta instrumentos de regulação mais desenvolvidos.
Forte Privado Regional	Setor privado ligado à vocação econômica regional (agronegócio) Setor privado com forte adesão regional; Existência de rede própria; Presença de Universidade pública ou privada (formação regional do corpo clínico). Forte vocação empresarial dos médicos da região.
Fraco Privado Nacional	Grandes operadoras nacionais têm grande dificuldade de entrar no mercado regional de Ribeirão Preto.

Fonte: Pesquisa Fapesp nº 07/55256-9/2008

Por fim, não se pode deixar de ressaltar que a característica da região de Ribeirão Preto-SP no *mix* público-privado, ao possuir a presença marcante de um privado estritamente regional, constitui fator a ser estudado como possível facilitador da gestão regional conforme ferramentas de planejamento propostas no Decreto Federal 7508/2011 e organização do território do ponto de vista assistencial (regionalização formal).

2. JUSTIFICATIVAS

As informações apresentadas no capítulo anterior, em que a regionalização se caracteriza como importante mecanismo de descentralização na construção do sistema nacional de saúde (Instituto de Saúde, SES-SP, 1987), somadas à relevância de fato adquirida pelo planejamento em saúde de base territorial (Unglert, 1995), no atual estágio de desenvolvimento do SUS, justificam a linha de estudo adotada nesta pesquisa.

O eixo dessa proposta é o de reorganizar e reorientar os sistemas nacionais de saúde, com base nos processos de descentralização e desenvolvimento local. Claro está que a configuração de sistemas locais de saúde nem sempre será a mesma, se considerarmos as distintas características geográficas, históricas e políticas dos países latino-americanos. (Unglert, 1995, p. 6)

Fruto do movimento convencionado como Reforma Sanitária Brasileira (Viana, 2009) o SUS, assim como outros sistemas nacionais de saúde, enfrenta o desafio político e técnico de evitar a fragmentação (Mendes, 2001). No caso brasileiro, duas situações devem ser consideradas: a) o risco da descentralização no paradigma da municipalização autárquica (Mendes, 2001), cujo enfrentamento atual passa pela proposta da regionalização da saúde, e, b) a coexistência público-privada (*mix* público-privado), demandando uma revisão necessária das relações existentes (Paim et al. 2011).

As the private sector's market share increases, interaction between the public and private sectors are creating contradictions and unfair competition, leading to conflicting ideologies and goals (universal access vs market segmentation), which has a negative effect on the equity of health-care access and outcomes. (Paim et al, 2011, p. 17)

Levcovitz et al. (2002), em estudo publicado pela OPAS (OPAS, 2003), revendo a produção científica em política, planejamento e gestão em saúde no Brasil, no período de 1974 a 2000, apontaram:

(...) a reforma sanitária brasileira passa por um momento crucial na atualidade, pois tanto a política quanto as instituições que se dedicam à formação e investigação em saúde, parecem estacionadas numa discussão sobre o modelo da reforma, sem encontrar soluções alternativas para os impasses do setor, prejudicando a forma de relação entre gestores e investigadores estabelecida até então. (OPAS, 2003, p. 63)

Na mesma publicação, dentre as lacunas de produção científica nacional identificadas, e que justificam esta pesquisa, encontram-se: a) estudos sobre as “dificuldades no processo de descentralização política, administrativa e financeira do sistema, enfocando principalmente as desigualdades regionais (econômicas, políticas, sociais) e o impacto da política sobre as regiões” e b) “a forma de organização e coordenação do sistema e rede de serviços, com ênfase na construção de uma política de atenção integral” (OPAS, 2003, p. 63).

Assim, considerando que são recentes o conhecimento e a prática na organização da gestão dos sistemas nacionais de saúde em âmbito loco-regional (como unidade de gestão descentralizada), Mendes (2001), e que houve a configuração do sistema brasileiro em um *mix* público-privado, justificável, pois, o objeto de estudo desta pesquisa.

Quanto à assistência hospitalar, esta, como parte integrante da atenção oferecida pela rede de serviços regionalizada, tem a responsabilidade de apoiar os outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

Um sistema de saúde baseado na estratégia de atenção primária de saúde não pode realizar-se, não pode desenvolver-se, não pode funcionar e sua implementação não pode existir sem uma rede de hospitais, com responsabilidade para apoiar a atenção primária, promovendo o desenvolvimento de ações de saúde comunitária básicas e educação contínua de todas as categorias do pessoal de saúde e pesquisadores. (Instituto de Saúde, SES-SP, 1987, p. 30)

Em um novo ponto de vista conceitual, a organização dos níveis de complexidade representada pela pirâmide de base larga, para o nível primário, e vértice estreito, para o nível terciário, modifica-se. Neste modelo contemporâneo, dois componentes da assistência hospitalar são identificados: “atenção aberta ou ambulatorial e atenção fechada ou hospitalar; distinguindo-se, dentro de cada componente, níveis de baixa, média e alta complexidades” (OPAS, 2004, p. 102).

Neste novo contexto e frente à afirmação do papel do hospital na rede de serviços regionalizada, torna-se compreensível a investigação das internações (componente de atenção fechada), com financiamento público e

privado (*mix* público-privado), como forma de aproximação à realidade da assistência hospitalar numa dada região.

Mas é possível a objetivação que inclui o rigor no uso de instrumental teórico e técnico adequado, num processo interminável e necessário de atingir a realidade (...). Isto é, seria impossível se descrever com tal fidedignidade a realidade que ela se tornasse transparente. Um retrato fixa a imagem e o momento, mas não é dinâmico. (Minayo, 1999, p. 34)

Ainda, como estratégia de avaliação de resultados e posterior tomada de decisão, o produto hospitalar (Noronha, 2001) tem a capacidade de indicar condições de acesso, perfil epidemiológico da atenção ofertada e, mais recentemente, contribuir para a elaboração do “Mapa da Saúde” previsto no Decreto Federal nº 7.508/2011.

Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. (Decreto nº 7508/2011, art. 2º, V)

Moreira e Novaes (2011), ao estudarem as internações ocorridas no Brasil, para o ano de 2006, no que denominaram de Sistema de Serviços Hospitalares, concluíram pela importância da inclusão, nas pesquisas do componente de atenção fechada da assistência hospitalar, das taxas de internação dos serviços não financiados pelo SUS (internações referidas no

estudo como “não SUS”). Ao mesmo tempo, foi ressaltada a necessidade de análises adicionais com enfoque loco-regional, visto diferenças e variações peculiares encontradas.

As taxas obtidas para o não SUS contribuem para a melhor compreensão da assistência hospitalar à luz da oferta de serviços, SUS e não SUS, e utilização de planos de saúde. As taxas observadas mostram-se, em geral, maiores nos estados com nível socioeconômico mais elevado e, menores nos estados com menor nível socioeconômico. Os valores elevados em alguns estados da Região Norte e o valor muito baixo no Rio de Janeiro exigem uma análise cuidadosa adicional, para a sua compreensão. (Moreira e Novaes, 2011, p. 420)

Estas observações fazem parte da constatação de que proporção elevada das pesquisas acerca do *mix* público-privado no sistema nacional de saúde brasileiro tem como objeto de estudo a macro-política. Assim, estudos nesta temática, com enfoque regional, apresentam aspecto inovador, visto estar aí o verdadeiro *locus* empírico da coexistência público-privada.

Do ponto de vista do planejamento em saúde, a significativa participação do setor privado na assistência hospitalar, com destaque para a Saúde Suplementar (Marizelia e DutilhNovaes, 2011), impõe a realização de estudos como subsídio para que o “Mapa da Saúde”, previsto no Decreto Federal nº 7.508/2011, tenha um fator a mais contribuindo para transformá-lo em real ferramenta de gestão do SUS (Ministério da Saúde, 2011).

Também o Plano Nacional de Saúde, para os anos de 2012 a 2015 (Ministério da Saúde, 2011), avançou ao considerar, no sistema nacional de saúde, o *mix* público-privado.

(...) construção de um modelo nacional que otimize os recursos dos setores público e privado de saúde e que harmonize a sua atuação; o alcance de maiores patamares de sustentabilidade econômico-financeira; a construção de novo modelo de gestão de risco; o aprimoramento da governança corporativa das operadoras; a adequação do equilíbrio financeiro-atuarial dos planos às demandas assistenciais dos idosos; o desenvolvimento de metodologia de reajuste de planos individuais, baseada nas diferenças regionais; e a valorização do desempenho assistencial das operadoras. (Ministério da Saúde, 2011, p. 53)

No entanto, o relativo aprofundamento acerca do *mix* público-privado presente no Plano Nacional de Saúde - 2012 a 2015, não foi acompanhado pelas metas para o cumprimento da sua nona diretriz: “Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado (...)” (Ministério da Saúde, 2011, p. 68), restringindo-se o Plano na proposição de “ampliar o processo de ressarcimento das operadoras ao SUS, aumentando em 4 vezes o número de processos concluídos até 2015” (Ministério da Saúde, 2011, p. 88). Desta forma, caminhando para o senso comum, ainda contraditório, de desoneração do setor público pela participação do setor privado (Santos, 2011) em arriscada política de caracterização do SUS como prestador de serviços para a Saúde Suplementar, numa realidade de fronteiras não bem delimitadas.

A demarcação das fronteiras entre esfera pública e esfera privada não apenas pela percepção de suas demandas, mas também pelo mapeamento de interesses privados e seus representantes, pode

contribuir para aproximar o país real do país formal.
(Bahia, 2005, p. 447)

No campo da representação parlamentar, Scheffer e Bahia (2011), estudando dados disponíveis de financiamento de campanhas eleitorais por Operadoras de Planos Privados de Saúde, a partir do ano de 2006, observaram a difícil tarefa de detectar a relação causal entre financiamento de campanha e a atuação parlamentar. Dentre as tendências elencadas pelos autores, apontaram que:

As empresas de planos de saúde privados contribuíram para o financiamento das campanhas de postulantes ao mandato de cargos proporcionais e majoritários nas eleições de 2006, tanto para as eleições de deputados estaduais, federais quanto para governadores, sugerindo o interesse desse segmento econômico pelo acompanhamento de políticas públicas em todas as esferas de governo. (Scheffer e Bahia, 2011, p. 953)

Uma vez justificado o objeto desta pesquisa, resta apontar as razões para o recorte temporal realizado – o ano de 2007. Sobre este ponto, há que se considerar inicialmente as limitações técnicas de disponibilidade de banco de dados em geral (Soboll et al., 2001; Jacobsen, 2008), visto que usualmente, como neste caso, o mesmo não se encontra acessível em tempo real.

Assim, frente ao objeto em estudo nesta pesquisa e no processo histórico recente do sistema nacional de saúde brasileiro, o ano de 2007 representa um marco operacional para a regionalização. Esse momento é traduzido por ações loco-regionais para a implantação de Política Nacional, incluída a regionalização, cujas diretrizes foram aprovadas na Comissão

Intergestores Tripartite (CIT) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) no primeiro trimestre de 2006 e discutida em maiores detalhes no correr da introdução deste trabalho (Brasil, 2006).

No ano de 2006 houve a consolidação dos trabalhos realizados pelo Ministério da Saúde nos anos de 2004 e 2005, materializados pela formulação das Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (Brasil, 2006) e sua subsequente regulamentação normativa. Por este motivo, o ano de 2007 pode ser considerado como um marco inicial a ser estudado e servir de referência para os anos posteriores, caracterizando o acompanhamento de estruturação histórica do *mix* público-privado em âmbito loco-regional.

Nada se constrói fora da história. Ela não é uma unidade vazia ou estática da realidade, mas uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo de produção concreto. Isto é, os fenômenos econômicos e sociais são produtos da ação e da interação, da produção e da reprodução da sociedade pelos indivíduos. (Minayo, 1999, p. 68)

3. PERGUNTAS CENTRAIS DO ESTUDO

Os componentes público e privado da assistência hospitalar, na região de Ribeirão Preto-SP, operariam com uma divisão de tarefas que se expressa no perfil de uso da complexidade tecnológica da infraestrutura estabelecida?

Seria possível identificar ações na formulação e condução da política de regionalização da saúde que considerem o setor privado na lógica de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) regional?

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar e comparar o perfil das hospitalizações nos municípios da região de Ribeirão Preto-SP (Departamento Regional de Saúde – DRS XIII), na perspectiva da regionalização da saúde.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar os fluxos intermunicipais de hospitalizações na região de Ribeirão Preto-SP, para os setores público e privado.

b) Identificar padrões de organização das hospitalizações na região de Ribeirão Preto-SP, para os setores público e privado.

c) Discutir a relevância do setor privado de assistência hospitalar na regionalização da saúde.

5. MÉTODO

5.1. TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de natureza quantitativa, que tem como base empírica dados existentes em sistema de informação em saúde referentes às internações hospitalares ocorridas na região de Ribeirão Preto-SP (Departamento Regional de Saúde – DRS XIII), no ano de 2007, nos setores público e privado.

5.2. CAMPO E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa contemplou as internações hospitalares ocorridas nos municípios de abrangência do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), para o ano de 2007, excluídas as internações ocorridas nos municípios de Jardinópolis e Santa Rita do Passa Quatro.

Para o município de Jardinópolis, onde há um hospital geral (Santa Casa de Jardinópolis), até o ano de 2012, por motivos operacionais do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH), não foram incluídas as internações realizadas em 2007. Entretanto, as internações ocorridas nos demais hospitais do DRS XIII com procedência de Jardinópolis foram registradas e consideradas. Conforme será demonstrado nos resultados, a série histórica dos anos de 2000 a 2005, neste caso, permitiu dimensionar as internações não incorporadas deste município.

Para a cidade de Santa Rita do Passa Quatro, onde há uma Santa Casa instalada, a sua inclusão na região de saúde do DRS XIII ocorreu após a publicação do Decreto do Poder Executivo do Estado de São Paulo nº

51.433, de 28 de dezembro de 2006 (São Paulo, 2006) e, desta forma, as internações ocorridas neste município não fizeram parte do banco de dados do CPDH para o ano de 2007. Entretanto, as internações ocorridas nos demais hospitais do DRS XIII, com procedência de Santa Rita do Passa Quatro, foram registradas e consideradas.

Foram retiradas da população de estudo as internações de recém nascidos em que o diagnóstico foi o próprio nascimento, indicado no banco de dados como paciente de “idade na internação igual a **zero dia**”.

O DRS XIII abrange 36 unidades entre hospitais e unidades mistas instalados em 20 municípios e que somam cerca de 4.800 leitos.

O Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) é vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), coordenando e disponibilizando, desde 1987, base de dados constituída pelos resumos de altas hospitalares (ANEXO A) das internações públicas (financiadas pelo SUS) e privadas (planos de saúde, sistemas próprios de assistência médica de servidores públicos municipais e estaduais e o pagamento direto ou “pagamento do próprio bolso”), ocorridas na região de Ribeirão Preto-SP.

5.3. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi apresentado e aprovado na Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP) e da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) sob o protocolo nº 0440/09 (ANEXOS F e G).

O pesquisador obteve a autorização do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, responsável pela coordenação do CPDH, para a utilização do banco de dados (ANEXO B).

Na ocasião de obtenção dos dados, foi assinado termo de responsabilidade (ANEXO C).

Para garantir o sigilo das internações, o pesquisador não teve acesso aos dados que possibilitariam identificar nominalmente os pacientes.

5.4. FONTE DE DADOS

Os dados das internações foram obtidos 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).

5.5. INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE

O instrumento de coleta dos dados do CDPH é a Folha de Alta Hospitalar (ANEXO A). Este formulário padronizado em papel (realidade para o ano de 2007) foi preenchido pelo médico responsável por cada paciente internado no momento da alta hospitalar e não se destina a faturamento dos procedimentos realizados durante a permanência do paciente no hospital.

A Folha de Alta Hospitalar contém dados de identificação da instituição, enfermaria, número do registro do paciente, iniciais de seu nome, 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).

As Folhas de Alta Hospitalar são coletadas regularmente nos hospitais e passam por processo de revisão para garantir a integridade das

informações; são, então, cotejadas com o censo hospitalar de cada instituição com o objetivo de evitar discrepância no registro de internações. Após a revisão, as mesmas são codificadas, digitadas, revisadas novamente e consolidadas por programa de consistência passando, finalmente, a integrar o banco de dados do CPDH.

A análise do banco de dados fornecido foi realizada utilizando-se os gerenciadores de bancos de dados denominados Tab Win, desenvolvido e disponibilizado gratuitamente pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), e Epi Info™ desenvolvido e disponibilizado gratuitamente pelo *Centers for Disease Control* (CDC).

As tabelas utilizadas para análise das internações foram geradas com a utilização do Microsoft® Excel. Optou-se pela elaboração de uma tabela geral incluindo todas as internações e por uma tabela para cada capítulo da CID 10, tendo como referência o diagnóstico principal apresentado no respectivo registro de cada internação.

Em cada tabela do Microsoft® Excel foram dispostos nos cabeçalhos das colunas os hospitais de internação (codificados e agrupados por município em que se encontram instalados) e, nas linhas, o município de procedência dos pacientes.

Para melhor visualização dos fluxos indicados pelas tabelas foram elaboradas figuras esquemáticas dispostas como uma figura geral, incluindo todas as internações, e figuras para cada capítulo da CID 10, considerando as categorias de internação financiadas pelo SUS (internações SUS) e aquelas não financiadas pelo SUS (internações “Não SUS”).

As internações com diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), parto vaginal e cesáreo, câncer de mama e próstata e internações psiquiátricas foram analisadas de forma mais específica.

Os códigos de unidades de internação correspondentes a unidades mistas, sem a ocorrência de internações para o ano de 2007, foram

excluídos do banco de dados. Em consulta à coordenação do CPDH, foi confirmada a interrupção de internações nestas unidades.

Para comparações e análise das internações, os leitos disponíveis em cada hospital foram identificados por consulta ao sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Dados de população foram obtidos no sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que apresenta a estimativa populacional para os municípios brasileiros para o ano de 2007.

Dados referentes ao número de beneficiários de planos de saúde em cada município do DRS XIII, bem como, o percentual de planos de saúde contratados antes e depois da entrada em vigor da Lei Federal 9.656/98 foram obtidos no sítio da ANS, pelo tabulador de dados Tab Net, desenvolvido e disponibilizado gratuitamente pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

No item referente às variáveis utilizadas na pesquisa, as internações privadas foram classificadas nas modalidades de particular, autogestão, seguradoras, empresa médica e cooperativa. Uma vez classificadas nas suas respectivas modalidades, foram consideradas para análise aquelas que, elencadas do maior número de internações para o menor, em percentual acumulado, perfizeram 99% das internações da categoria “Não SUS”, ou seja, aquelas internações não financiadas pelo SUS.

5.6. VARIÁVEIS DO ESTUDO

As seguintes variáveis, pertencentes à Folha de Alta Hospitalar do CPDH do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP, foram incluídas neste estudo:

- a)** Data da admissão e alta hospitalar (duração da internação).

- b)** Idade do paciente na internação.
- c)** Município de procedência da internação.
- d)** Município onde foi realizada a internação.
- e)** Hospital onde foi realizada a internação.
- f)** Diagnóstico principal da internação.
- g)** Categoria da internação (pública ou privada com a respectiva especificação).
- h)** Condição do egresso na alta hospitalar (alta médica e a pedido, transferência, óbito).

A variável “Categoria da internação” da Folha de Alta Hospitalar permitiu que as internações fossem classificadas como “internações SUS” (SUS), as financiadas pelo sistema público de saúde e como “Não SUS” (NSUS), aquelas não financiadas pelo sistema público de saúde, ou seja, planos de saúde, sistemas próprios de assistência médica de servidores públicos municipais e estaduais e o pagamento direto ou “pagamento do próprio bolso”.

Como na variável “Categoria da internação”, quando do seu registro na condição de internação privada, consta especificação de particular (pagamento do “próprio bolso” ou gasto privado direto) ou empresa/operadora responsável pelo pagamento, foi possível classificar as operadoras de planos de saúde identificadas nas suas respectivas modalidades: autogestão, seguradoras, empresa médica e cooperativa.

A variável “Diagnóstico Principal da Internação” permitiu a codificação e inclusão dos eventos nos respectivos capítulos da CID 10 e a seleção dos diagnósticos de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), parto vaginal e cesáreo, câncer de mama e próstata e internações psiquiátricas para análise mais específica.

A consulta ao CNES forneceu o número de “leitos hospitalares” existentes nos hospitais dos municípios do DRS XIII.

Por fim, a população dos municípios do DRS XIII, foi obtida junto ao sítio do IBGE.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme proposto no objetivo geral desta pesquisa, para caracterizar e comparar o perfil das hospitalizações nos municípios da região de Ribeirão Preto-SP (Departamento Regional de Saúde – DRS XIII), na perspectiva da regionalização da saúde, uma aproximação ao cenário das internações desta região para o ano de 2007 foi realizada a seguir. Em algumas situações, pela disponibilidade de dados, uma comparação com anos anteriores foi feita, bem como, cálculo estatístico de correlações entre variáveis. Também foram considerados os municípios em seus respectivos Colegiados de Gestão Regional, conforme o Pacto de Gestão.

Na sequência, os fluxos intermunicipais de hospitalizações para as categorias SUS e NSUS, por capítulos da CID 10, foram apresentados e descritos, bem como o estudo específico das internações com diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), parto vaginal e cesáreo, câncer de mama e próstata e internações psiquiátricas. Em todas as análises, foram consideradas as internações financiadas pelos setores público e privado, cumprindo o proposto nos objetivos específicos.

Inicialmente, vale lembrar que, conforme descrito na metodologia, as internações ocorridas no município de Jardinópolis não foram incluídas. Este município dispõe de um hospital geral (Santa Casa de Jardinópolis) e a análise de anos anteriores permitiu dimensionar a frequência anual usual de internações naquele hospital (Tabela 6.1).

Tabela 6.1 - Frequência das internações registradas em Jardinópolis-SP, de procedência não especificada – 2000 a 2005

Ano	SUS	(%)	NSUS	(%)	Total
2000	1332	79,19	350	20,81	1682
2001	1124	82,77	234	17,23	1358
2002	916	80,42	223	19,58	1139
2003	1027	82,62	216	17,38	1243
2004	1316	85,68	220	14,32	1536
2005	806	84,84	144	15,16	950

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Assim, a Tabela 6.1 apresenta que ao trabalhar com dados referentes ao ano de 2007 e, portanto, sem considerar as internações ocorridas em Jardinópolis, tendo como referência o período de 2000 a 2005, na média, não foram incluídas possíveis 1318 internações (1087 SUS e 231 NSUS), o que equivale a 0,90% das internações registradas na região de Ribeirão Preto-SP (1,30% SUS e 0,35% NSUS). Demonstra-se, desta forma, o impacto limitado para a análise proposta por esta pesquisa quando da opção de trabalhar com os dados de 2007.

Outro ponto a ser observado, foi a inclusão do município de Santa Rita do Passa Quatro à região de saúde de Ribeirão Preto. Como já mencionado anteriormente, a antiga denominação de Divisão Regional de Saúde XVIII – DIR XVIII (composta por 25 municípios) deu lugar, em dezembro de 2006, ao Departamento Regional de Saúde XIII – DRS XIII, totalizando agora 26 municípios.

Da mesma forma, coube dimensionar as internações registradas na região de Ribeirão Preto-SP com procedência de Santa Rita do Passa Quatro, no ano de 2007 (Tabela 6.2). Entretanto, as internações ocorridas no município em questão não foram consideradas, visto que a medida tomada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP) não foi acompanhada, no ano de 2007, da devida inclusão do novo município nos registros do CPDH.

Tabela 6.2 - Frequência de internações na região de Ribeirão Preto-SP, com procedência de Santa Rita do Passa Quatro – 2007

Município de Procedência	SUS	(%)	NSUS	(%)	Total
Santa Rita do Passa Quatro	134	24,36	416	75,64	550

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

A Tabela 6.2 apresenta as 550 internações (134 SUS e 416 NSUS) com procedência de Santa Rita do Passa Quatro ocorridas na região de Ribeirão Preto-SP. A frequência apresentada equivale a 0,37% (0,16% SUS e 0,63% NSUS) das internações registradas no CPDH no ano de 2007.

Por fim, retornando à metodologia e diante das observações feitas acima, ao se referir nesta pesquisa à região de Ribeirão Preto-SP, foi mantida a composição anterior, ou seja, o município de Santa Rita do Passa Quatro não foi rotineiramente incluído nas análises apresentadas.

A região de Ribeirão Preto-SP possui importante estrutura hospitalar instalada e atua como pólo de atração para outras regiões do estado e unidades da federação. Embora esta pesquisa tenha como foco as internações ocorridas na região de Ribeirão Preto-SP com procedência na mesma região, foi elaborada a Tabela 6.3 indicando a origem das internações e dividindo-as naquelas com procedência dos municípios da região de Ribeirão Preto-SP (internas) e nas internações “externas”, ou seja, sem procedência dos municípios desta região, para o ano de 2007.

Tabela 6.3 – Procedência das internações na região de Ribeirão Preto-SP – 2007

Procedência	SUS	(%)	NSUS	(%)	Total	(%)
Interna ¹	76263	56,69	58261	43,31	134524	90,05
Externa	7593	51,10	7266	48,90	14859	9,95
Total	83856	56,13	65527	43,87	149383	100,00

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

¹ Incluído Santa Rita do Passa Quatro

A Tabela 6.3 demonstra a importante participação das internações de procedência externa à região de Ribeirão Preto-SP (9,95% do total). No entanto, merece destaque a mudança na proporção entre as categorias SUS e NSUS quando das internações de procedência externa: composição quase meio a meio (51,10% SUS e 48,90% NSUS). Desta forma, ainda carecendo de uma análise mais detalhada, possível objeto de outra pesquisa, a princípio as “invasões” do setor suplementar à região são tão importantes quanto as originárias do setor público.

Tal fato coloca outro elemento a reforçar o apresentado por Viana et al. (2009) quando classificou o DRS XIII, do ponto de vista do *mix* público-privado no Estado de São Paulo, em região com setores público e privado fortes.

Além disso, como identificado mais à frente, o setor privado regional, no caso das internações – e estas funcionando como marcador da presença das Operadoras de Planos de Saúde – é representado por empresas locais e que vem, progressivamente, expandindo sua atuação no interior do Estado de São Paulo e regiões interioranas dos estados limítrofes.

Assim, a expansão da área de atuação de Operadoras de Planos de Saúde regionais e a manutenção das instalações hospitalares do DRS XIII como referência ou rede hospitalar credenciada, poderiam justificar o

percentual encontrado e, ainda, indicar do ponto de vista de planejamento em saúde um aumento de demanda hospitalar anunciado.

Com o intuito de analisar uma breve série histórica (ano de 2000 a 2007) de distribuição entre as internações públicas e privadas na região de Ribeirão Preto-SP, foi elaborada a Tabela 6.4, a seguir.

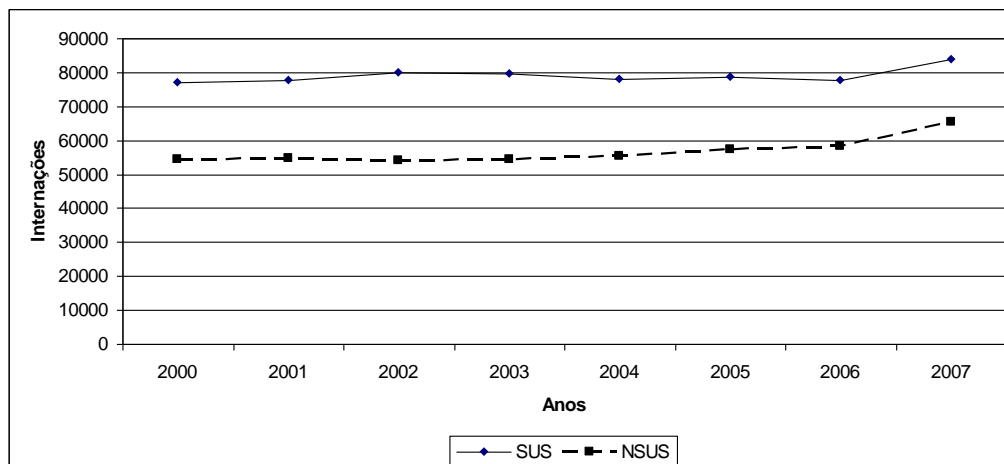
Tabela 6.4 - Frequência das internações SUS e NSUS na Região de Ribeirão Preto-SP – 2000 a 2007

Ano	SUS	%	NSUS	%	Total
2000	77113	58,66	54335	41,34	131448
2001	77672	58,65	54772	41,35	132444
2002	80078	59,66	54154	40,34	134232
2003	79651	59,37	54510	40,63	134161
2004	78027	58,43	55515	41,57	133542
2005	78628	57,83	57333	42,17	135961
2006	77803	57,20	58211	42,80	136014
2007	83856	56,13	65527	43,87	149383

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

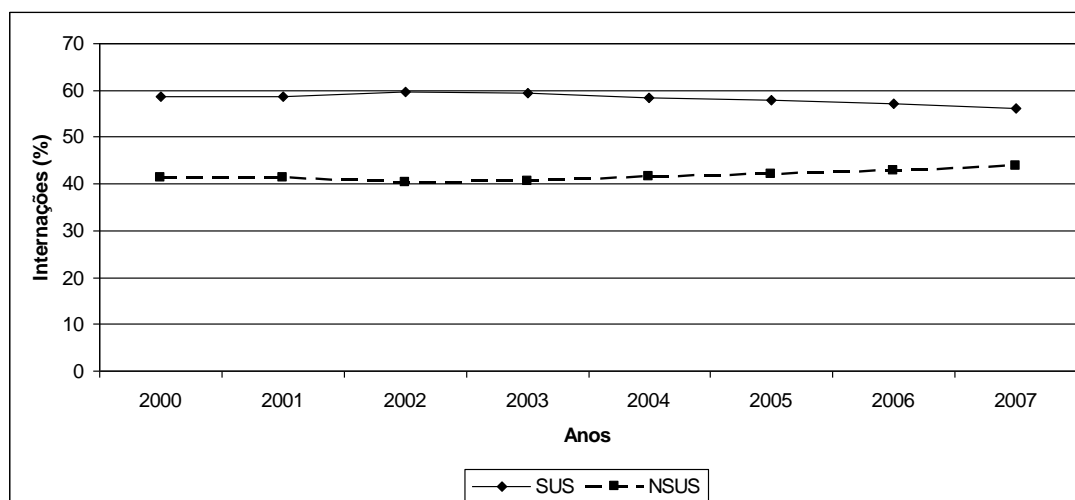
A Tabela 6.4 demonstra o crescimento geral das internações para os anos de 2000 a 2007 em 12,00% (8,04% SUS e 17,08% NSUS), demonstrando o maior crescimento percentual do NSUS, embora proporcionalmente as internações SUS fiquem, durante o período apresentado, em torno de 60,00%.

A análise conjunta **da Tabela 6.3 e Tabela 6.4 contribui** para a tese da expansão da área de atuação das Operadoras de Planos de Saúde regionais e o Gráfico 6.1 demonstra o crescimento sustentado das internações NSUS ao longo do período e as internações SUS mantendo uma oscilação relativamente constante em torno da média de 79000 internações para o período apresentado.

Gráfico 6.1 – Frequência das internações SUS e NSUS – 2000 a 2007

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

O mesmo se verifica no Gráfico 6.2 onde estão representadas as proporções entre as categorias com a queda proporcional do SUS em relação ao NSUS, indicando uma maior atuação do setor de Saúde Suplementar na região.

Gráfico 6.2 – Proporções entre as internações SUS e NSUS – 2000 a 2007

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Na Tabela 6.5, foi incluída a população da região de Ribeirão Preto-SP nos anos de 2000 e 2007, tornando possível o cálculo dos coeficientes de internação.

Tabela 6.5 - Coeficientes de internação SUS, NSUS e Geral na região de Ribeirão Preto - 2000 e 2007

Ano	População	SUS	Coeficiente internação SUS	NSUS	Coeficiente internação NSUS	Total de internações	Coeficiente geral de internação
2000	1 108 726	77 113	6,96	54 335	4,90	131 448	11,86
2007	1 243 993	83 856	6,74	65 527	5,27	149 383	12,01

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP , IBGE

A Tabela 6.5 confirma as observações feitas anteriormente. Embora os coeficientes de internação geral tenham se mantido praticamente os mesmos na comparação entre os anos de 2000 e 2007 (aumento de 1,30%), a análise das categorias separadamente apresentou queda para o SUS (menos 3,26%) e aumento para o NSUS (7,02%).

Frente aos dados atuais indicando a escassez de recursos públicos para a saúde (Carvalho, 2013) e as tabelas apresentadas, verifica-se que o componente privado do *mix* tem se fortalecido na região. Ainda, considerando que a aquisição de planos de saúde apresenta limites financeiros às famílias e indivíduos, aliada à sazonalidade já mencionada na parte introdutória do trabalho, tem-se uma combinação indesejada em que a demanda por internações públicas não poderá ser correspondida.

Antes de consolidar os dados de internação na região de Ribeirão Preto-SP, os mesmos encontravam-se distribuídos nos meses do ano de 2007. A visualização destes dados demonstrou padrão semelhante de distribuição no correr do ano, consequência provável da rotina de funcionamento dos serviços. Desta forma, foi elaborada a Tabela 6.6 para as internações gerais para o ano de 2007.

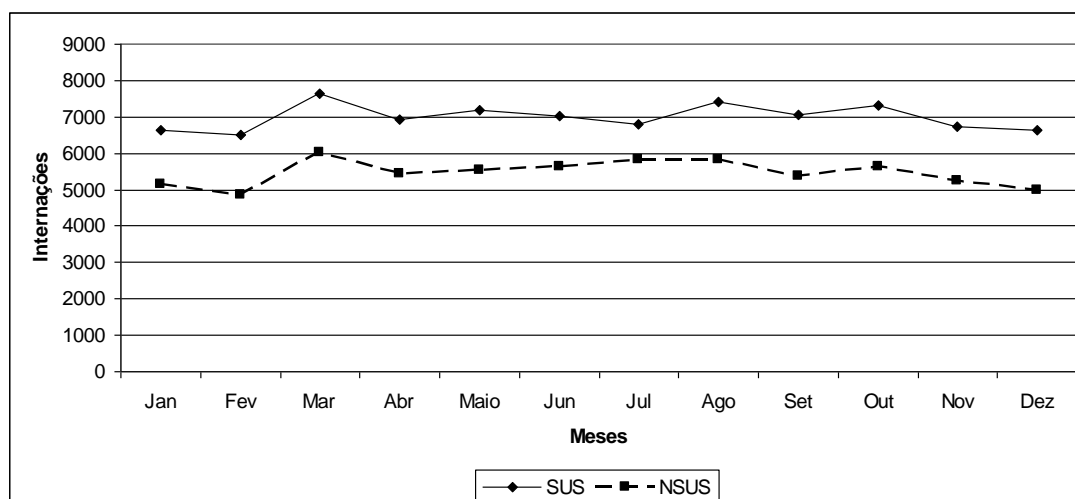
Tabela 6.6 - Internação SUS e NSUS por mês - 2007

Meses	SUS	(%)	NSUS	(%)	Total	(%)
Jan	6629	7,91	5139	7,84	11768	7,88
Fev	6502	7,75	4855	7,41	11357	7,60
Mar	7643	9,11	6007	9,17	13650	9,14
Abr	6936	8,27	5436	8,30	12372	8,28
Maio	7183	8,57	5539	8,45	12722	8,52
Jun	7019	8,37	5637	8,60	12656	8,47
Jul	6798	8,11	5842	8,92	12640	8,46
Ago	7425	8,85	5834	8,90	13259	8,88
Set	7043	8,40	5364	8,19	12407	8,31
Out	7316	8,72	5623	8,58	12939	8,66
Nov	6722	8,02	5255	8,02	11977	8,02
Dez	6641	7,92	4997	7,63	11638	7,79
Total	83857	100	65528	100	149385	100

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Verifica-se que não há grandes variações na frequência mensal de internações durante o ano, havendo um padrão tanto para SUS como para o NSUS de cerca de 8,00% do total de internações anuais para cada categoria (**Gráfico 6.3**).

Gráfico 6.3 – Frequência mensal das internações na região de Ribeirão Preto – 2007



Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

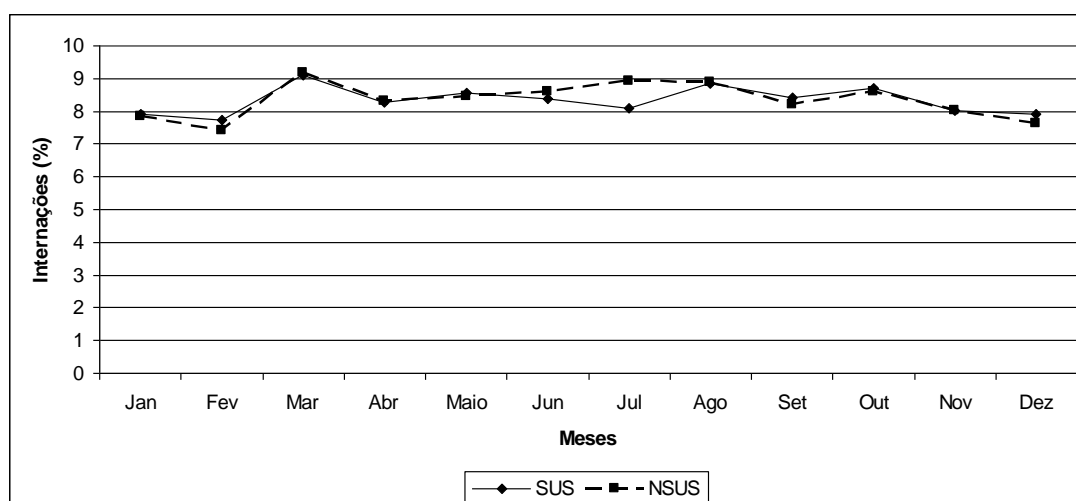
O Gráfico 6.3, que representa o aspecto visual da Tabela 6.6, demonstra uma ligeira queda na frequência de internações para os meses de janeiro, fevereiro e dezembro, com compensação no mês de março, demonstrando comportamento semelhante para o SUS e NSUS.

Desta forma, cabe a discussão acerca da dependência que o processo de admissão hospitalar tem do profissional médico e de sua atuação, visto que este trabalha tanto no componente privado como no componente público do *mix*. Assim, a possível subutilização neste período da estrutura hospitalar instalada está presente no *mix* público-privado como um todo.

A Tabela 6.6 indica fato intrigante para o período correspondente à sazonalidade das doenças respiratórias: a esperada elevação da frequência de internações não ocorre na categoria SUS, havendo inclusive um aumento nítido (Gráfico 6.4) na proporção para o NSUS entre as categorias.

Uma hipótese para esta condição pode ser a saturação da oferta dos leitos públicos aliada à competição entre pacientes públicos e privados nos mesmos prestadores, havendo com o aumento das doenças respiratórias uma maior destinação dos leitos aos pacientes da Saúde Suplementar. Neste aspecto, maior investigação seria necessária frente a questões bastante relevantes relacionadas à equidade no sistema de saúde regional.

Gráfico 6.4 – Proporção mensal entre as categorias SUS e NSUS – 2007



Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

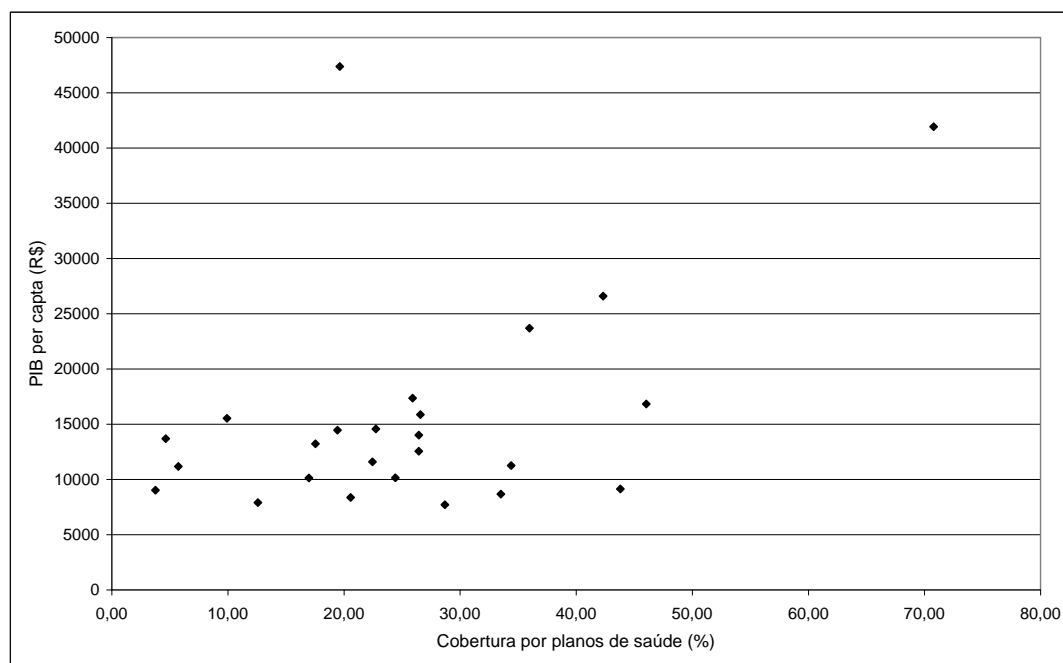
As tabelas a seguir, agrupando os municípios da região de Ribeirão Preto-SP nos Colegiados de Gestão, segundo Pacto de Gestão implantado, consolidam dados referentes à população, cobertura para planos de saúde, PIB *per capita*, internações SUS e NSUS, proporção entre as internações nestas duas categorias e seus respectivos coeficientes de internação.

Tabela 6.7 – Colegiados de Gestão Regional do DRS XIII e respectivos municípios, população e PIB per capita

Colegiado de gestão	Município residência	População	PIB per capita (R\$)#
Aquífero Guarani	Cravinhos	30647	11251
	Guatapar	6386	13227
	Jardinópolis	36872	10141
	Luis Antônio	11489	47369
	Ribeirão Preto	558136	23692
	Santa Rosa de Viterbo	23824	15859
	São Simão	14280	14461
	Serra Azul	9880	7906
	Serrana	38956	14002
	total	730470	21600,72
Horizonte Verde	Barrinha	26915	7709
	Dumont	8163	8666
	Guariba	34217	9128
	Jaboticabal	72614	16820
	Monte Alto	45719	17352
	Pitangueiras	35070	11579
	Pontal	38409	12542
	Pradópolis	16287	41920
	Sertãozinho	109565	26586
	total	386959	18318,97
Vale das Cachoeiras	Altinópolis	15560	15528
	Batatais	56022	14575
	Brodowski	20190	8361
	Cajuru	24003	10133
	Cássia dos Coqueiros	2752	11162
	Santa Cruz da Esperança	1741	13684
	Santo Antônio da Alegria	6296	9030
	total	126564	12496,14
DRS XIII	Total geral		

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Gráfico 6.5 – Cobertura por planos de saúde e PIB *per capita* para os municípios da Região de Ribeirão Preto-SP – 2007



Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP, IBGE Cidades@

Outra correlação interessante na análise da Tabela 6.8 (abaixo) foi o cálculo do coeficiente de correlação (r) entre cobertura por planos de saúde e a cobertura por planos antigos que foi igual a 0,88. O que indica que à medida que maior percentual da população é coberta pode-se esperar um aumento na cobertura por planos antigos, ou seja, aqueles contratos de planos de saúde assinados antes da entrada em vigor da Lei Federal 9.656/98 e que usualmente apresentam diversas restrições de cobertura assistencial.

Assim, seria de se esperar que com a maior presença de planos antigos as internações do SUS seriam mais presentes. No entanto, tal não ocorreu, conforme indica o coeficiente de correlação (r) entre cobertura por planos antigos e a proporção de internações SUS dos municípios, resultado igual a -0,70, correlação negativa (a correlação entre cobertura de planos e proporção de internação SUS foi de -0,79).

No entanto, a presença marcante da cobertura por planos antigos pode justificar a baixa conversão de internações SUS para NSUS e que, quando da internação, esta já ocorreria desde o início pelo financiador público ou privado da hospitalização de cada paciente.

Tabela 6.8 - Colegiados de Gestão Regional do DRS XIII e respectivos municípios, percentual geral de cobertura populacional por planos de saúde, planos anteriores à Lei 9.656/98 e planos coletivos – 2007

Colegiado de gestão	Município residência	Cobertura Planos (%)*	Cobertura Planos Antigos (%)	Cobertura Planos Coletivos (%)*	Percentual de planos coletivos para pop coberta planos
Aquífero Guarani	Cravinhos	34,39	10,12	23,08	67,11
	Guatapar	17,54	6,98	12,32	70,24
	Jardinópolis	24,44	12,77	16,24	66,45
	Luis Antônio	19,64	8,87	17,85	90,89
	Ribeirão Preto	35,98	13,05	23,32	64,81
	Santa Rosa de Viterbo	26,59	14,43	17,05	64,12
	São Simão	19,45	10,21	10,03	51,57
	Serra Azul	12,59	2,86	10,06	79,90
	Serrana	26,45	6,88	20,55	77,69
	total	33,46	12,32	21,98	65,69
Horizonte Verde	Barrinha	28,70	18,53	21,87	76,20
	Dumont	33,52	15,20	20,57	61,37
	Guariba	43,81	14,68	35,84	81,81
	Jaboticabal	46,05	13,46	30,61	66,47
	Monte Alto	25,91	10,35	21,29	82,17
	Pitangueiras	22,46	5,02	18,76	83,53
	Pontal	26,44	15,07	21,19	80,14
	Pradópolis	70,79	45,16	50,54	71,39
	Sertãozinho	42,32	27,49	29,14	68,86
	total	37,90	18,29	27,56	72,72
Vale das Cachoeiras	Altinópolis	9,93	3,02	6,81	68,58
	Batatais	22,74	12,67	11,33	49,82
	Brodowski	20,57	11,95	9,86	47,93
	Cajuru	16,97	6,19	11,90	70,12
	Cássia dos Coqueiros	5,74	1,71	3,34	58,19
	Santa Cruz da Esperança Santo	4,65	1,78	3,27	70,32
	Antônio da Alegria	3,76	1,86	1,68	44,68
	total	18,17	9,21	9,89	54,43

DRS XIII

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Tabela 6.9 - Colegiados de Gestão Regional do DRS XIII e respectivos municípios, internações por residência categoria SUS e NSUS, coeficientes de internação SUS, NSUS e Geral – 2007

Colegiado de gestão	Município residência	Internações SUS	SUS (%)	Coef SUS	Internações NSUS	NSUS(%)	Coef NSUS	Internações Gerais	Coef Geral
Aquífero Guarani	Cravinhos	1607	66,76	5,24	800	33,24	2,61	2407	7,85
	Guatapará	393	76,02	6,15	124	23,98	1,94	517	8,10
	Jardinópolis	1261	57,61	3,42	928	42,39	2,52	2189	5,94
	Luis Antônio	446	62,03	3,88	273	37,97	2,38	719	6,26
	Ribeirão Preto	32978	53,96	5,91	28132	46,04	5,04	61110	10,95
	Santa Rosa de Viterbo	1797	67,84	7,54	852	32,16	3,58	2649	11,12
	São Simão	1276	76,41	8,94	394	23,59	2,76	1670	11,69
	Serra Azul	637	81,15	6,45	148	18,85	1,50	785	7,95
	Serrana	3245	73,45	8,33	1173	26,55	3,01	4418	11,34
	total	43640	57,07	5,97	32824	42,93	4,49	76464	10,47
Horizonte Verde	Barrinha	1233	53,87	4,58	1056	46,13	3,92	2289	8,50
	Dumont	379	53,99	4,64	323	46,01	3,96	702	8,60
	Guariba	2557	59,85	7,47	1715	40,15	5,01	4272	12,49
	Jaboticabal	3076	45,32	4,24	3712	54,68	5,11	6788	9,35
	Monte Alto	3173	46,50	6,94	3650	53,50	7,98	6823	14,92
	Pitangueiras	1960	56,11	5,59	1533	43,89	4,37	3493	9,96
	Pontal	2248	48,31	5,85	2405	51,69	6,26	4653	12,11
	Pradópolis	640	44,44	3,93	800	55,56	4,91	1440	8,84
	Sertãozinho	6160	48,45	5,62	6555	51,55	5,98	12715	11,60
	total	21426	49,63	5,54	21749	50,37	5,62	43175	11,16
Vale das Cachoeiras	Altinópolis	1379	83,22	8,86	278	16,78	1,79	1657	10,65
	Batatais	4858	76,50	8,67	1492	23,50	2,66	6350	11,33
	Brodowski	1198	69,49	5,93	526	30,51	2,61	1724	8,54
	Cajuru	2846	77,15	11,86	843	22,85	3,51	3689	15,37
	Cássia dos Coqueiros	204	86,81	7,41	31	13,19	1,13	235	8,54
	Santa Cruz da Esperança	269	85,13	15,45	47	14,87	2,70	316	18,15
	Santo Antônio da Alegria	310	84,93	4,92	55	15,07	0,87	365	5,80
	total	11064	77,18	8,74	3272	22,82	2,59	14336	11,33

DRS XIII

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Outro ponto é a forte presença de internações SUS no colegiado de gestão do Vale das Cachoeiras, indicando que o olhar gestor nesta parte da região de Ribeirão Preto-SP precisa ser peculiar.

Cabe observar na Tabela 6.7 que o PIB *per capita* do colegiado de gestão do Vale das Cachoeiras é o menor dentre os três colegiados, apresentando atividade econômica mais relacionada à pecuária leiteira, turismo rural e café. Este aspecto econômico identificado, combinado com a menor cobertura por planos de saúde, evidencia a característica de mercado da atividade dos planos de saúde e, de forma não superficial, deve estar presente nas discussões da Comissão Intergestores Regional.

Também se verifica o coeficiente de correlação (r) de -0,05 entre o aumento de cobertura de planos de saúde e o coeficiente geral de internações. Ou seja, poder-se-ia pensar que quanto maior o percentual de cobertura por planos de saúde maior seria o coeficiente de internação. No entanto, cabe lembrar o dado anteriormente visto da relevante presença dos planos de saúde não regulamentados e, portanto, com restrições de cobertura assistencial aliado à limitação de disponibilidade de leitos no setor público.

Por fim, a Tabela 6.8 também indica a forte presença dos planos coletivos (de forma consolidada, 65,69% para o colegiado de gestão do Aquífero Guarani; 72,72% para o colegiado Horizonte Verde e 54,43% para o colegiado Vale das Cachoeiras).

A Tabela 6.10, a seguir, procura analisar as internações considerando as faixas etárias usadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) como forma de distribuir as contratações de planos de saúde segundo os princípios estruturais de mutualismo e pacto intergeracional.

Tabela 6.10 - Internações de residentes na região de Ribeirão Preto-SP por faixas etárias utilizadas pela ANS – 2007

Fx etária	SUS	SUS (%)	(%) SUS	NSUS	NSUS (%)	(%) NSUS	Total	Total (%)
00-18a	15392	63,72	19,89	8762	36,28	15,14	24154	17,90
19-23a	7168	65,38	9,26	3795	34,62	6,56	10963	8,10
24-28a	7018	55,9	9,07	5536	44,10	9,56	12554	9,30
29-33a	5777	51,9	7,47	5355	48,10	9,25	11132	8,20
34-38a	4900	52,36	6,33	4459	47,64	7,70	9359	6,90
39-43a	4417	52,53	5,71	3992	47,47	6,90	8409	6,20
44-48a	4514	55,53	5,83	3615	44,47	6,24	8129	6
49-53a	4400	54,38	5,69	3691	45,62	6,38	8091	6
54-58a	4319	57,86	5,58	3145	42,14	5,43	7464	5,50
59-99a	19450	55,59	25,13	15538	44,41	26,84	34988	25,90
ignorado	29	100		0	0	0,00	29	0
Total	77384	57,21	100	57888	42,79	100,00	135272	100

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

A Tabela 6.10 apresenta a maior frequência de internações para as faixas dos extremos (17,90% para a faixa etária de 0 a 18 anos e 25,90% para os maiores de 59 anos), o mesmo ocorrendo quando analisadas as categorias SUS e NSUS, isoladamente. Cabe observar também a maior participação proporcional do NSUS nas faixas etárias intermediárias correspondendo àquelas pessoas com provável vínculo trabalhista e compatível com a importante participação de planos coletivos identificada na Tabela 6.8. A constatação imediata é que o componente privado do *mix* absorve as internações nas faixas etárias em que as complicações decorrentes das doenças crônico-degenerativas são menos relevantes.

A Tabela 6.11 demonstra e confirma as observações feitas no estudo FAPESP (2008) mencionado na parte introdutória deste trabalho identificando a participação não relevante das operadoras de abrangência nacional.

A Tabela 6.11 também apresenta a participação das internações com pagamento direto ("do próprio bolso") que se encontram dentro do percentual máximo de 5,00% usualmente encontrado no sistema de saúde

brasileiro (na região de Ribeirão Preto-SP, para o ano de 2007, esta categoria de internação ficou em 3,70%).

Tabela 6.11 – Modalidades de financiamento das hospitalizações na região de Ribeirão Preto-SP – 2007

Modalidade de financiamento	Frequência	(%)	(%) acumulado
SUS	76821	56,8	56,8
Sistema Unimed	17420	12,9	69,7
Grupo São Francisco	13096	9,7	77,9
Sermed	8608	6,4	84,2
Particular	5063	3,7	88
SASSOM	2472	1,8	89,8
Santa Casa de Ribeirão Preto	2382	1,8	91,6
Santa Casa de Monte Alto	1990	1,5	94,5
outras	7420	5,5	100
Total	135.272	100	

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Embora o SUS seja responsável pelo maior percentual de internações (56,80%), seguido pelas cooperativas médicas do sistema Unimed (12,90%), há duas empresas médicas regionais com importante participação de 16,10% das internações (9,70% Grupo São Francisco e 6,40% Sermed),

Tabela 6.12.

Tabela 6.12 – Operadoras na modalidade de medicina de grupo da região de ribeirão Preto

Operadora	Modalidade	Porte	Nº beneficiários	
Grupo São Francisco	São Francisco Saúde	Medicina de grupo	Grande	153 039
	São Francisco Clínicas			125 342
Sermed	Medicina de grupo	Médio		70 889

Fonte: ANS TabNet

A Tabela 6.13 apresenta os municípios em que estão instalados os hospitais da região de Ribeirão Preto-SP, dispostos de acordo com os Colegiados de Gestão, bem como a indicação de atendimento às categorias SUS e NSUS.

Tabela 6.13 – Municípios, respectivos hospitais e internações SUS e NSUS da região de Ribeirão Preto-SP - 2007

Colegiado de gestão	Município	HOSPITAL	SUS	%SUS	NSUS	%NSUS	Total
Aquífero Guarani	Cravinhos	Santa Casa	422	100	0	0	422
Aquífero Guarani	Luiz Antônio	LUIZ ANTONIO	0	0	0	0	0
Aquífero Guarani	RP	ABRIGO ANA DIEDERICHSEN	20	100	0	0	20
Aquífero Guarani	RP	BENEFICÊNCIA	8528	85,13	1490	14,87	10018
Aquífero Guarani	RP	CENTRO CLINICO BONINI	450	100	0	0	450
Aquífero Guarani	RP	HCRP	30784	97,5	789	2,5	31573
Aquífero Guarani	RP	MATER	4336	100	0	0	4336
Aquífero Guarani	RP	PSIQUIÁTRICO	1018	100	0	0	1018
Aquífero Guarani	RP	RIBEIRÂNIA	0	0	2580	100	2580
Aquífero Guarani	RP	SANTA CASA	9145	71,37	3668	28,63	12813
Aquífero Guarani	RP	SANTA LYDIA	273	7,35	3442	92,65	3715
Aquífero Guarani	RP	SÃO FRANCISCO	190	1,87	9996	98,13	10186
Aquífero Guarani	RP	SÃO LUCAS	1	0,01	7292	99,99	7293
Aquífero Guarani	RP	SÃO PAULO	2	0,03	5745	99,97	5747
Aquífero Guarani	RP	SINHÁ JUNQUEIRA	1	0,01	8100	99,99	8101
Aquífero Guarani	São Simão	SANTA CASA	792	92,96	60	7,04	852
Aquífero Guarani	Serra Azul	SERRA AZUL	0	0	0	0	0
Aquífero Guarani	Serrana	SANTA CASA	2497	87,52	356	12,48	2853
Aquífero Guarani	Sta Rosa de Viterbo	STA CASA	1277	90,18	139	9,82	1416
Horizonte Verde	Guariba	SANTA CASA	2306	75,53	747	24,47	3053
Horizonte Verde	Jaboticabal	SANTA ISABEL	2241	40,26	3326	59,74	5567
Horizonte Verde	Jaboticabal	SÃO MARCOS	1	0,06	1706	99,94	1707
Horizonte Verde	Monte Alto	HOSP UNIMED	3	0,25	1200	99,75	1203
Horizonte Verde	Monte Alto	IRMANDADE DE MISERICÓRDIA	2623	54,27	2210	45,73	4833
Horizonte Verde	Pitangueiras	SANTA CASA	1549	59,01	1076	40,99	2625
Horizonte Verde	Pontal	SANTA CASA	1485	55,68	1182	44,32	2667
Horizonte Verde	Sertãozinho	IRMANDADE DE MISERICÓRDIA	5662	57,49	4186	42,51	9848
Horizonte Verde	Sertãozinho	NETTO CAMPELLO	0	0	4324	100	4324
Vale das Cachoeiras	Altinópolis	IRMANDADE DE MISERICÓRDIA PÚBLICO MUNICIPAL	895	100	0	0	895
Vale das Cachoeiras	Altinópolis	PÚBLICO MUNICIPAL	0	0	105	100	105
Vale das Cachoeiras	Batatais	SANTA CASA	4741	80,79	1127	19,21	5868
Vale das Cachoeiras	Cajuru	IRM SÃO VICENTE DE PAULO	2614	79,33	681	20,67	3295
Vale das Cachoeiras	Cássia dos Coqueiros	CASSIA DOS COQUEIROS	0	0	0	0	0
Vale das Cachoeiras	Sto Antônio da Alegria	SANTO ANTONIO DA ALEGRIA	0	0	0	0	0
Total			83 856	56,13	65 527	43,87	149 383

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

As tabelas a seguir procuraram identificar um aspecto frequentemente comentado do *mix* público-privado: a conversão de uma internação originalmente SUS para NSUS e vice versa.

Devido à inexistência de um registro único do paciente na região, somente foi possível identificar essa situação para as “reinternações” ocorridas no mesmo hospital, ou seja, não foi possível quantificar a frequência em que um mesmo paciente inicia sua internação em determinado prestador e, posteriormente, é transferido e “reinternado” em outro prestador em outra categoria (SUS ou NSUS), não sendo possível também identificar quais os diagnósticos relevantes neste aspecto.

A Tabela 6.14, a seguir, apresenta o número de “reinternações” e a correspondente frequência em que ocorreram em um mesmo prestador. Verifica-se que para um mesmo prestador 84,80% das internações ocorreram em um único período para o ano de 2007, sendo reduzido o número de pacientes “reinternados” (10,50% com 2 internações no ano de 2007 e no mesmo prestador hospitalar e 2,70% com 3 internações, nas mesmas condições).

Verifica-se, na mesma tabela, que há pacientes com inúmeras “reinternações”, explicadas pelo longo período de permanência hospitalar exigindo a medida administrativa de efetuar sucessivas altas e baixas hospitalares.

Tabela 6.14 - Ocorrência de internações para um mesmo paciente em um mesmo prestador - 2007

Internações	Frequência	(%)	Acumulado (%)
1	91892	84,8	84,8
2	11340	10,5	95,3
3	2931	2,7	98,0
4	1030	1,0	99,0
5	485	,4	99,4
6	244	,2	99,6
7	149	,1	99,8
8	88	,1	99,8
9	53	,0	99,9
10	28	,0	99,9
11	19	,0	99,9
12	16	,0	100,0
13	10	,0	100,0
14	10	,0	100,0
15	5	,0	100,0
16	6	,0	100,0
17	2	,0	100,0
18	3	,0	100,0
19	3	,0	100,0
20	2	,0	100,0
21	2	,0	100,0
22	1	,0	100,0
23	2	,0	100,0
27	1	,0	100,0
30	1	,0	100,0
32	1	,0	100,0
47	1	,0	100,0
54	1	,0	100,0
67	1	,0	100,0
Total	108327	100,0	

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

A Tabela 6.15 indica a frequência, em cada hospital da região de Ribeirão Preto-SP, em que houve “reinternação” para um mesmo paciente e mudança ou não de categoria SUS e NSUS.

Tabela 6.15 - Ocorrência ou não de mudança de categoria de internação - 2007

Hospital	SUS para NSUS	NSUS para SUS	Sem alteração	total
11	16	18	17728	17762
18	1	0	1218	1219
21	22	34	4690	4746
22	10	10	6817	6837
26	0	0	1828	1828
27	0	0	6735	6735
28	21	10	3626	3657
29	0	1	849	850
30	13	15	2276	2304
31	8	10	2253	2271
32	12	8	2198	2218
33	0	0	776	776
34	11	9	2508	2528
35	0	0	342	342
36	0	17	3255	3272
39	29	9	2230	2268
40	0	0	887	887
41	0	0	105	105
42	5	4	4436	4445
43	25	28	7940	7993
44	5	8	6127	6140
46	2	0	1206	1208
49	0	0	12	12
53	0	0	1112	1112
54	1	0	4213	4214
55	0	0	4983	4983
56	0	0	420	420
66	0	1	4350	4351
77	2	4	2848	2854
99	20	11	9958	9989
Sem registro	0	0	1	1
Total	203	197	107927	108327

A Tabela 6.16 mostra os dados consolidados que foram apresentados na tabela anterior (**Tabela 6.15**) e indica que, para um mesmo prestador hospitalar, a conversão de categoria de internação, para o ano de 2007, não se mostrou relevante, apresentando frequência de 203 “reinternações” de SUS para NSUS e de 197 “reinternações” de NSUS para SUS.

Embora de baixa relevância quantitativa, a possibilidade de identificar as conversões e, posteriormente, buscar o diagnóstico da internação permitiria o dimensionamento destes casos em termos de impacto financeiro para o sistema regional de saúde. No entanto, frente à metodologia adotada nesta pesquisa e impossibilidade de identificação individual de cada paciente na internação (compromisso ético adotado na transferência do banco de dados) este detalhamento não foi realizado.

A **Tabela 6.16** também mostra que 99,60% das internações para o ano de 2007 não foram convertidas em uma nova categoria, seja SUS ou NSUS.

Tabela 6.16 – Conversões de categorias nas internações na região de Ribeirão Preto-SP - 2007

Alteração	Frequência	Percentual	(%) Acumulado
SUS passou para NSUS	203	0,2	0,2
NSUS passou para SUS	197	0,2	0,4
não mudou de categoria	107927	99,6	100,0
Total	108327	100,0	

A Tabela 6.17, a seguir, apresenta as “reinternações” por capítulos da CID 10 (vide Anexo E com a descrição dos Capítulos da CID 10), para o ano de 2007. Verifica-se que o percentual de “reinternações” para as categorias SUS e NSUS, em relação ao total de internações por capítulo da CID 10, não apresentou resultados relevantes ou que justifiquem a indicação de um capítulo específico de maior frequência de conversão de categoria – “reinternação” SUS para NSUS o maior percentual foi de 0,41% para o

capítulo III (doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários) e, de NSUS para SUS, o maior percentual foi de 0,33%, para o capítulo IV (doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas).

Novamente, os dados demonstram que, para a região de Ribeirão Preto-SP, a frequentemente discutida transferência de ônus ao componente público do *mix* pelo componente privado, não se dá na transferência de pacientes internados.

Mesmo para o Capítulo II da CID 10 (neoplasias) em que a presença de tecnologia assistencial é significativa, a transferência não foi verificada. No entanto, há que se considerar que no estágio atual da assistência oncológica a mesma se dá preponderantemente no âmbito ambulatorial.

Tabela 6.17 – Conversão de categoria por capítulo da CID 10 - 2007

CID PRINCIPAL	SUS PARA NSUS	NSUS PARA SUS	NAO MUDOU	Total	%
I.	13	6	3363	3382	3,1
II	7	9	5601	5617	5,2
III.	2	1	481	484	0,4
IV.	10	10	3014	3034	2,8
V	3	1	2139	2143	2,0
VI.	5	4	1854	1863	1,7
VII.	1	0	571	572	0,5
VIII.	0	0	432	432	0,4
IX.	28	26	13520	13574	12,5
X	27	25	10846	10898	10,1
XI.	21	19	11981	12021	11,1
XII.	0	2	1236	1238	1,1
XIII.	2	11	4333	4346	4,0
XIV	16	15	10209	10240	9,5
XV	38	30	19118	19186	17,7
XVI.	5	1	2515	2521	2,3
XVII.	2	0	889	891	0,8
XVIII.	8	4	2848	2860	2,6
XIX	14	30	9441	9485	8,8
XX.	0	0	0	0	0,0
XXI.	1	3	3527	3531	3,3
Nao especificado	0	0	9	9	0,0
Total	203	197	107927	108327	100,0

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Em continuidade, foram identificados e analisados os fluxos intermunicipais de hospitalizações para as categorias SUS e NSUS, para o total de internações e por capítulos da CID 10, para o ano de 2007. Foi utilizado o *software Microsoft® Excel* para a elaboração das tabelas que deram origem ao registro e sistematização dos fluxos gerais.

Cabe destacar que em 2007 não houve registros de internações com diagnósticos principais classificados no capítulo XX da CID 10 (causas externas de morbidade e de mortalidade), isto porque, para as causas externas, o registro se deu no capítulo XIX da CID 10 (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas).

Das tabelas elaboradas com a utilização do *software Microsoft® Excel*, foram selecionados os dados referentes aos seguintes capítulos da CID 10:

- a) II (neoplasias),
- b) V (transtornos mentais e comportamentais),
- c) IX (doenças do aparelho circulatório),
- d) XV (gravidez, parto e puerpério) e
- e) XIX (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas).

A análise em separado destes capítulos (**Tabela 6.18**) se justificou pela relevância epidemiológica e pelo impacto na política de saúde regional, pois somados representaram 46,95% de todas as internações registradas procedentes da região de Ribeirão Preto-SP, para o ano de 2007.

Tabela 6.18 – Descrição capítulos CID 10 analisados - 2007

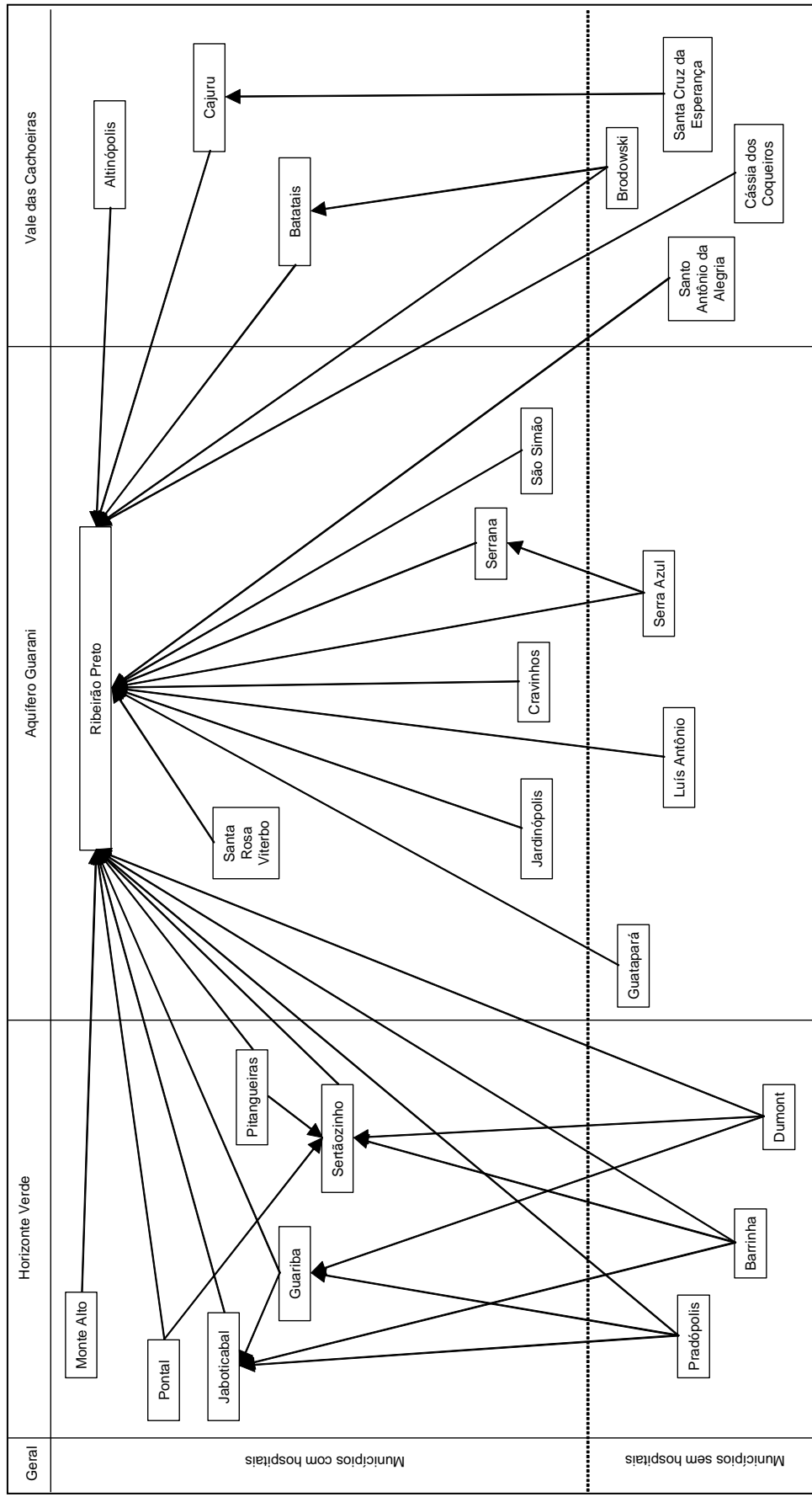
Capítulo	Descrição	Frequência internação	% para o total internação
II	Neoplasias (tumores)	9 054	6,73039755
V	Transtornos mentais e comportamentais	3 071	2,28286402
IX	Doenças do aparelho circulatório	17 912	13,3150962
XV	Gravidez, parto e puerpério	21 325	15,8521899
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	11 796	8,76869555

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Os fluxos de internações para as categorias SUS e NSUS agrupadas deram origem às Figuras 6.1 a 6.6 apresentadas a seguir. Foram considerados os fluxos gerais de todas as internações (Figura 6.1) e os fluxos separados para cada um dos capítulos da CID 10 acima selecionados (capítulos II, V, IX, XV e XIX) - Figuras 6.2 a 6.6.

Um dos objetivos da elaboração das figuras mencionadas foi demonstrar que uma ferramenta simples e replicável pode facilitar sobremaneira o entendimento da realidade sanitária de uma dada região, mais especificamente, na organização do território e podendo inclusive ser utilizado pelas Câmaras Técnicas permanentes previstas no Pacto de Gestão.

Figura 6.1 – Fluxo Geral (SUS e NSUS) de internações - 2007



Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Na **Figura 6.1** que representa o fluxo geral de internações SUS e NSUS, verifica-se a centralidade do município de Ribeirão Preto, demonstrando visualmente seu papel como polo regional. Da mesma forma, verifica-se que a implantação dos Colegiados e suas respectivas divisões territoriais coincidem com os fluxos de internação quando estes não se direcionam ao município polo regional. Assim, a organização proposta pelos gestores à época respeitou os fluxos de internação e, possivelmente, visto ser a internação um importante marcador, a realidade sanitária regional.

Cabe observar que a capacidade assistencial do município polo tem forte efeito atrativo sobre os municípios de sua microrregião (Colegiado Aquífero Guarani), provocando o direcionamento dos fluxos de internação quase que exclusivamente em sua direção. Desta forma, a organização de serviços mais complexos, mesmo que intermediários, são justificáveis para o município de Ribeirão Preto, visto que a atuação dos municípios com hospitais se volta para o atendimento de sua própria demanda, exceção feita ao município de Serrana que recebeu internações consideráveis de Serra Azul. Entretanto, considerando as dimensões deste município torna-se necessário verificar se o fato identificado não foi evento exclusivo para o ano de 2007.

Quanto à visualização dos fluxos do Colegiado de Gestão Regional denominado Horizonte Verde, verifica-se maior inter-relação entre os seus municípios, ocorrendo dentre os 6 municípios com hospitais a polarização para 3 deles, recebendo inclusive internações de municípios com hospitais.

No entanto, antes de considerar o Colegiado em questão como uma aproximação aos princípios organizativos “Dawsonianos”, uma análise que considere as Operadoras de Planos de Saúde em atuação local e seus prestadores hospitalares credenciados ou próprios deve ser realizada.

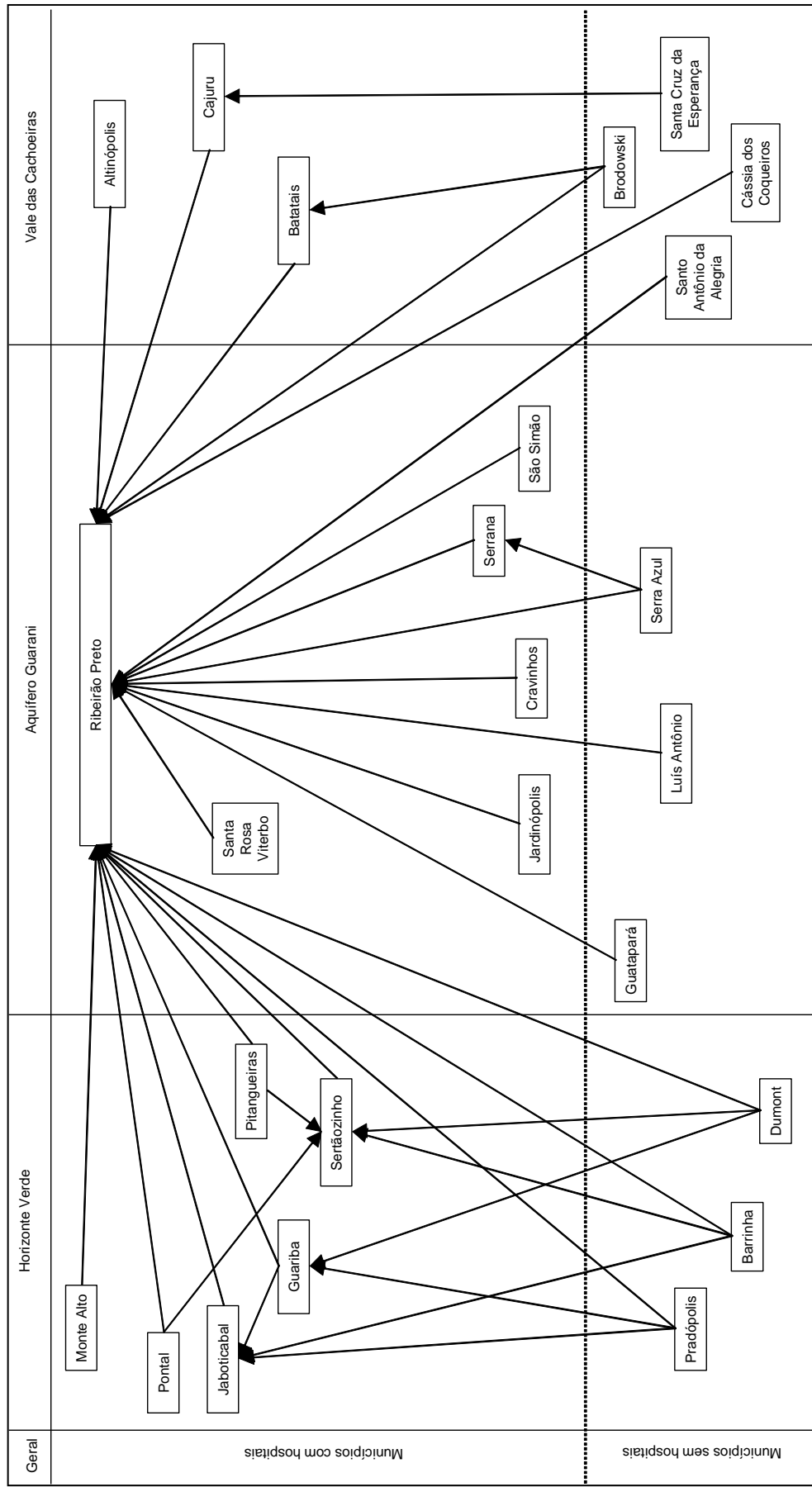
Quanto ao Colegiado de Gestão Regional do Vale das Cachoeiras, dois municípios se apresentam como estruturados a ponto de atrair fluxo de internações. Neste Colegiado, cabe ressaltar a presença de campo de estágio de alunos da FMRP-USP nos municípios de Santo Antônio da Alegria e Cássia dos Coqueiros. A presença da Universidade pode explicar o fluxo direcionado para o

município polo de Ribeirão Preto sem a utilização da estrutura disponível no município próximo, Cajuru.

As figuras seguintes tratam de capítulos específicos da CID 10 verificando-se que para o Capítulo II, **Figura 6.2**, os fluxos são semelhantes ao geral, surgindo no colegiado denominado Vale das Cachoeiras os municípios de Cajuru e Batatais como referência hospitalar intermediária.

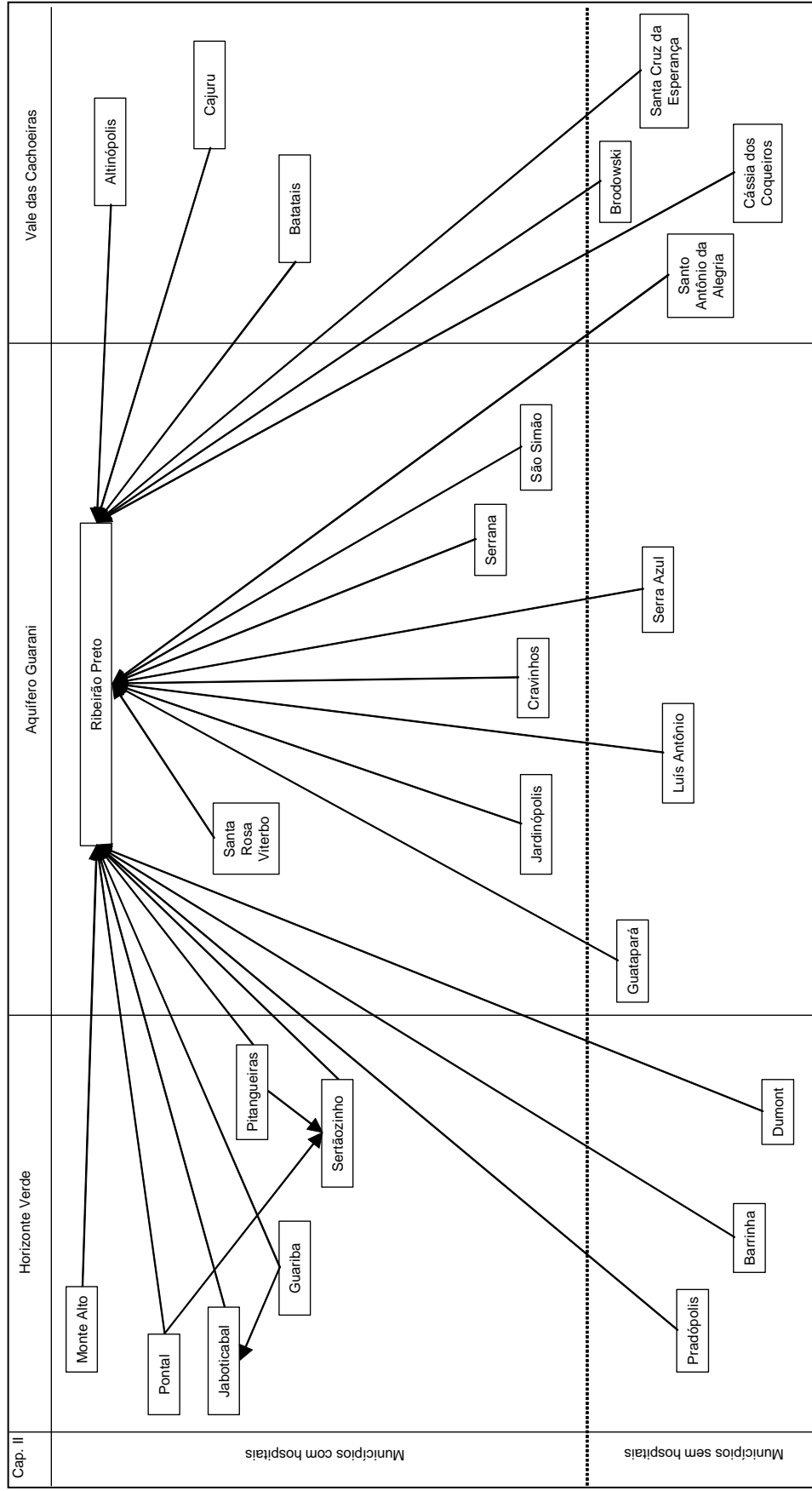
Para o Capítulo V da CID 10, **Figura 6.3**, a centralidade de Ribeira Preto é marcante. Tal fato também foi identificado para os Capítulos IX - **Figura 6.4**, XV - **Figura 6.5** e XIX da CID 10, **Figura 6.3**.

Figura 6.2 – Fluxo SUS e NSUS para o capítulo II da CID 10 - 2007



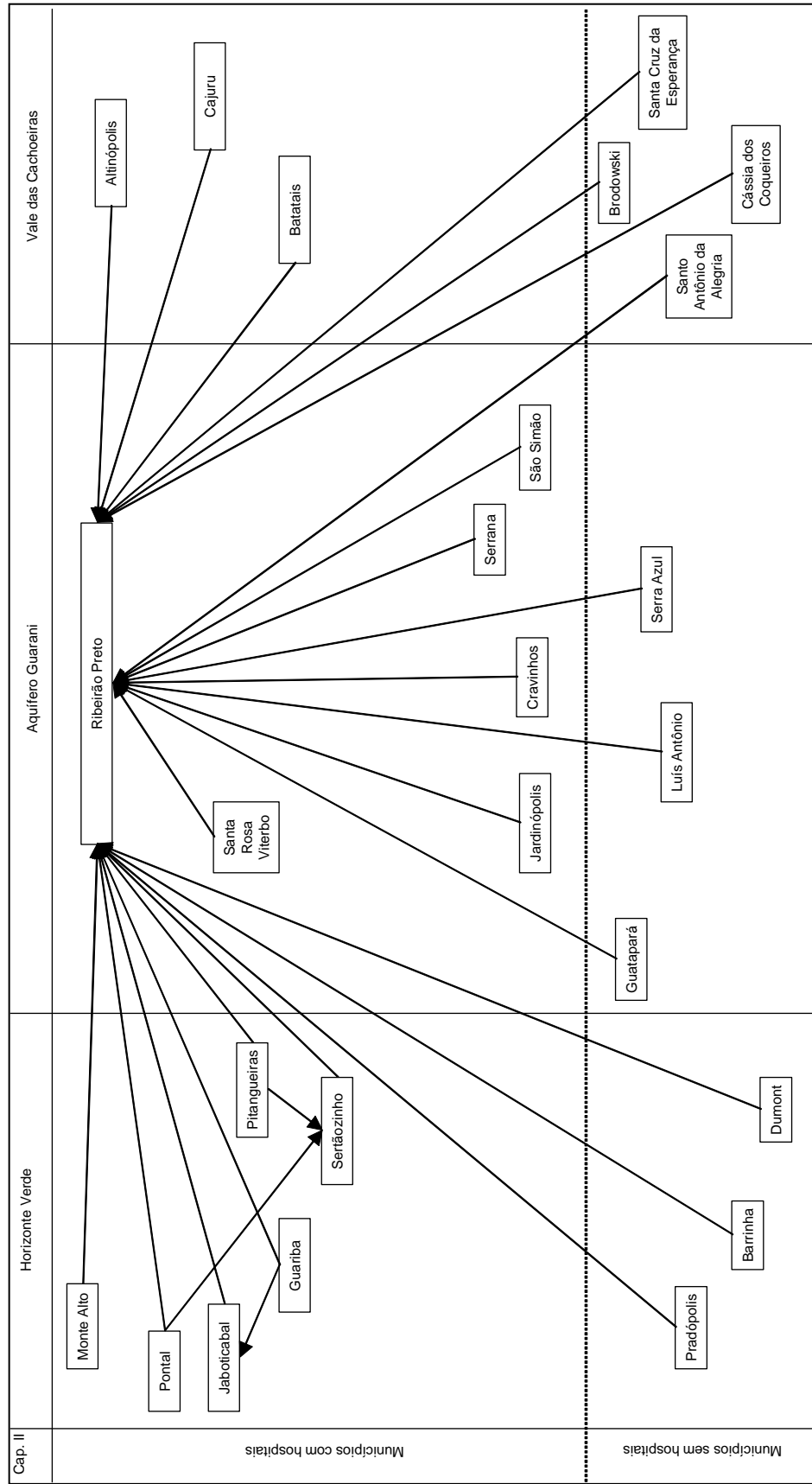
Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Figura 6.3 – Fluxo SUS e NSUS para o capítulo V da CID 10 - 2007



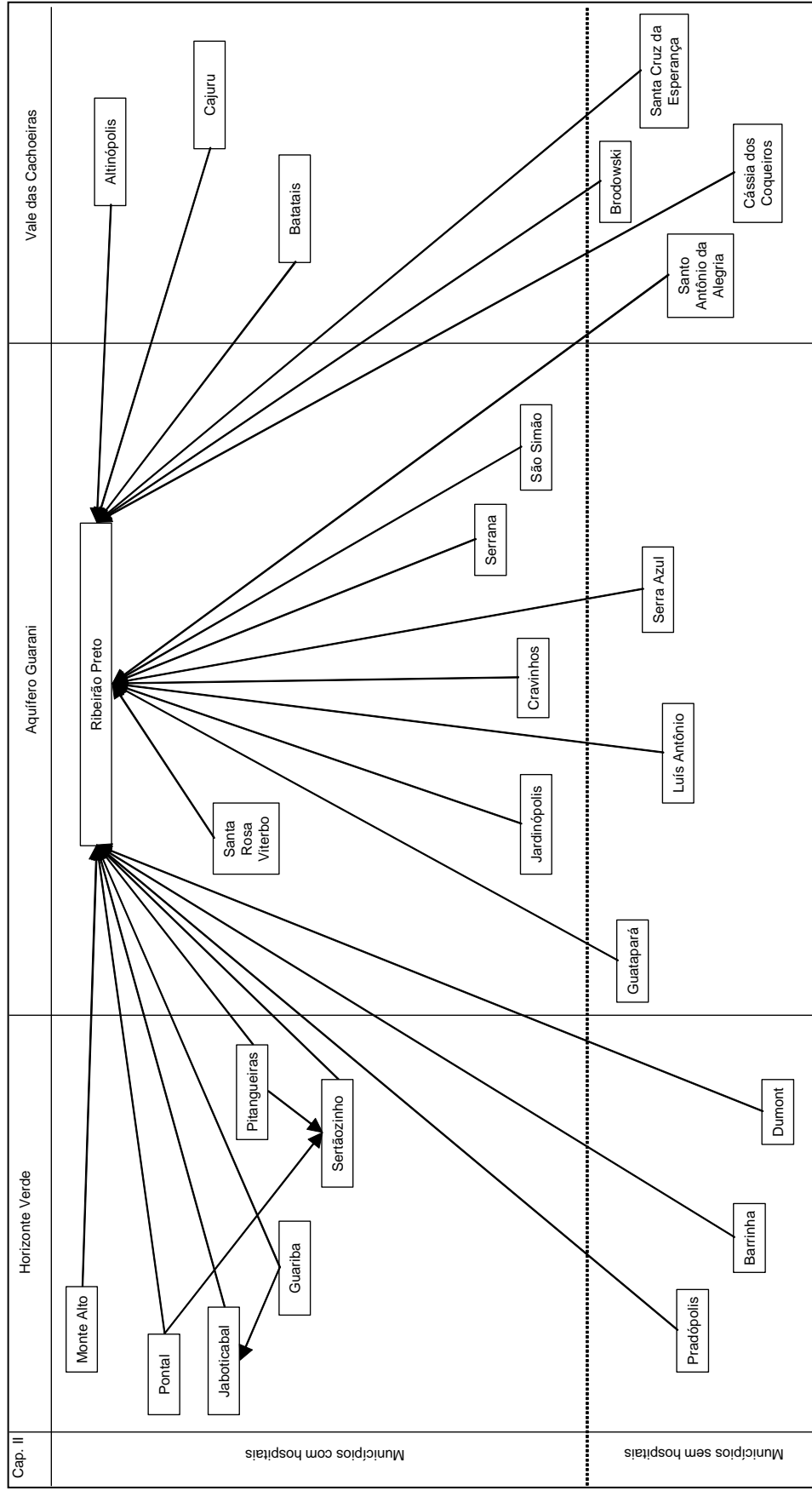
Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Figura 6.4 – Fluxo SUS e NSUS para o capítulo IX da CID 10 - 2007



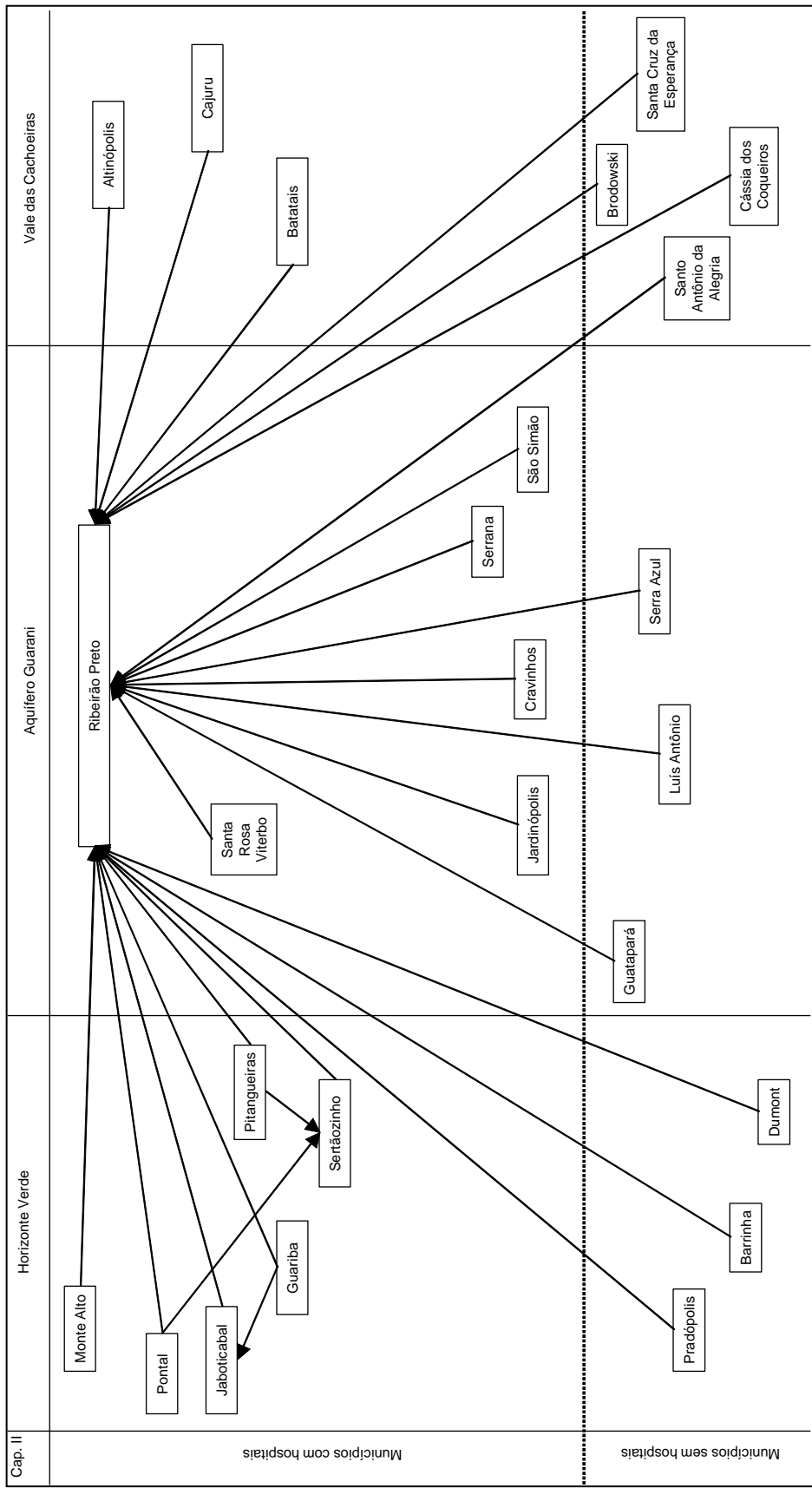
Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Figura 6.5 – Fluxo SUS e NSUS para o capítulo XV da CID 10 - 2007



Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Figura 6.6 – Fluxo SUS e NSUS para o capítulo XIX da CID 10 - 2007



Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Cabe lembrar que, exceto para o capítulo XIX da CID 10 (lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas), condições emblemáticas para os capítulos da CID 10 apresentados na Tabela 6.18 foram selecionadas para análise específica: câncer de mama e próstata (capítulo II), internações psiquiátricas (capítulo V), infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (capítulo IX) e parto vaginal e cesáreo (capítulo XV). Observa-se que estes capítulos quando somados corresponderam a quase metade de todas as internações para pacientes residentes ocorridas na região de Ribeirão Preto-SP (46,95%).

A Tabela 6.19 apresenta os sete diagnósticos principais “emblemáticos” selecionados para os capítulos da CID 10 acima mencionados e respectivas internações para pacientes residentes ocorridas na região de Ribeirão Preto-SP.

Tabela 6.19 – Os 7 diagnósticos principais selecionados das internações ocorridas no DRS XIII – 2007

Capítulo CID 10	Código do Diagnóstico	Especificação	Número de internações	Percentual em relação ao total de internações desta análise
II	C50	Câncer de mama	767	0,60
II	C61	Câncer de próstata	472	0,30
V	F00	Psiquiatria	3071	2,30
IX	I21	IAM	871	0,60
IX	I64	AVC	577	0,40
XV		Partos Cirúrgicos	9655	7,10
XV		Partos vaginais	6976	5,20
		Demais diagnósticos	113027	83,50
		Total	135416	100,0

Fonte: CPDH/DMS/FMRP/USP

Apresentadas de forma geral, ou seja, sem a diferenciação entre internações SUS e NSUS, visto que esta análise será feita de forma mais específica à frente, cabe observar na Tabela 6.19 a importância das internações psiquiátricas na região (2,30%) e da assistência obstétrica – partos cirúrgico e vaginais somados (12,30%).

Para o caso da assistência obstétrica, verifica-se o maior percentual de partos cirúrgicos (7,10% das internações gerais) em relação aos partos vaginais (5,20% das internações gerais). Assim, do total de 16.631 internações obstétricas para parto, das pacientes residentes na região de Ribeirão Preto-SP, 9.655 foram cesarianas (58,05%) e 6.976 partos vaginais (41,95%).

Os percentuais de internação por IAM (0,60%) e AVC (0,40%) indicam que, apesar daquele ser mais frequente, as internações neurológicas adquiriram importância epidemiológica significativa, apontando na direção da estruturação das unidades de cuidados de AVC nos moldes das unidades coronarianas.

A condição clínica insidiosa e de tratamento eminentemente ambulatorial são características que podem justificar a diferença percentual encontrada entre as internações de câncer de mama (0,60% do total de internações) e câncer de próstata (0,30% do total de internações).

A análise das hospitalizações por câncer de mama no DRS XIII, para o ano de 2007, indicou que das 767 internações, 395 (51,50%) foram financiadas pelo SUS e 372 (48,50%) se deram por financiamento privado na seguinte distribuição: 5 por pagamento direto, 30 pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e familiares dependentes, 121 por OPS na modalidade de Cooperativa Médica, 34 por OPS na modalidade Empresa Médica não instalada em Ribeirão Preto, 125 por OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, 8 por OPS filantrópica de Ribeirão Preto, 1 por OPS filantrópica de Monte Alto e 48 por outras modalidades de financiamento privado.

O SUS regional encontra no Hospital Universitário instalado em Ribeirão Preto o seu principal prestador responsável pela internação das pacientes originárias de quase todos os municípios do DRS XIII, perfazendo o total de 318 internações. Para o setor privado, a OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, em dois prestadores privados, foi a maior responsável isolada pelas internações deste diagnóstico (43 internações em hospital e maternidade privada de Ribeirão Preto e 82 internações em prestador hospitalar próprio).

A análise das hospitalizações por câncer de próstata na região de Ribeirão Preto-SP, para o ano de 2007, indicou que das 472 internações, 232 (49,20%) foram financiadas pelo SUS e 240 (50,80%) se deram por financiamento privado na seguinte distribuição: 18 por pagamento direto, 15 pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e familiares dependentes, 99 por OPS na modalidade de Cooperativa Médica, 21 por OPS na modalidade Empresa Médica não instalada em Ribeirão Preto, 52 por OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, 9 por OPS filantrópica de Ribeirão Preto, 6 por OPS filantrópica de Monte Alto e 20 por outras modalidades de financiamento privado.

Também neste caso, o SUS regional encontra no Hospital Universitário instalado em Ribeirão Preto o seu principal prestador responsável pela internação dos pacientes originários de quase todos os municípios do DRS XIII, perfazendo o total de 105 internações. Para este diagnóstico, a presença de dois prestadores filantrópicos instalados em Ribeirão Preto é destacada, sendo responsáveis por 103 internações SUS. Para o setor privado, a OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, realizou em seu prestador próprio 94% das internações (49 internações).

A análise das hospitalizações psiquiátricas no DRS XIII, para o ano de 2007, indicou que das 3.083 internações, 2.860 (92,77%) foram financiadas pelo SUS e 223 (7,23%) se deram por financiamento privado na seguinte distribuição: 21 por pagamento direto, 12 pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e familiares dependentes, 63 por OPS na modalidade de Cooperativa Médica, 22 por OPS na modalidade Empresa Médica não instalada em Ribeirão Preto, 25 por OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, 13 por OPS filantrópica de Ribeirão Preto, 20 por OPS filantrópica de Monte Alto e 47 por outras modalidades de financiamento privado.

Para as internações psiquiátricas, na região de Ribeirão Preto, para o ano de 2007, os dados demonstram que as mesmas, além de estarem concentradas no financiamento público da assistência hospitalar, se distribuíram basicamente em dois prestadores públicos localizados em Ribeirão Preto. Estes dois prestadores somaram 2.651 internações (86,00% do total e 92,70% das internações SUS), recebendo pacientes de todos os municípios do DRS XIII (exceção feita ao município de Santa Cruz da Esperança que não “encaminhou” paciente para um dos prestadores referidos).

O cenário apontado demonstra que a assistência hospitalar psiquiátrica ficou configurada como atribuição do setor público e, mesmo se considerando tratar-se de uma internação a exigir baixa concentração de recursos tecnológicos, se mantém concentrada no município polo da região, Ribeirão Preto. Cabe destacar que Moreira e Dutilh Novaes (2011), demonstraram em nível nacional uma significativa maior internação para psiquiatria no SUS que no NSUS.

A análise das hospitalizações por infarto agudo do miocárdio (IAM) no DRS XIII, para o ano de 2007, indicou que das 871 internações, 516 (59,24%) foram financiadas pelo SUS e 355 (40,76%) se deram por financiamento privado na seguinte distribuição: 24 por pagamento direto, 20 pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e familiares dependentes, 103 por OPS na modalidade de Cooperativa Médica, 52 por OPS na modalidade Empresa Médica não

instalada em Ribeirão Preto, 99 por OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, 17 por OPS filantrópica de Ribeirão Preto, 5 por OPS filantrópica de Monte Alto e 229 por outras modalidades de financiamento privado.

As internações por IAM financiadas pelo SUS encontram boa distribuição nos prestadores filantrópicos da região. Neste caso, o Hospital Universitário não detém a maioria dos casos e, em conjunto com os filantrópicos nos municípios de Ribeirão Preto, Batatais e Sertãozinho prestam assistência a pacientes originários de toda a região.

No entanto, quando se trata de IAM, os prestadores filantrópicos apresentaram como padrão a realização de internações eminentemente financiadas pelo SUS. Por outro lado, as modalidades de Cooperativa Médica e Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, as duas modalidades privadas individualmente responsáveis pelo maior número de internações para este diagnóstico, hospitalizam seus pacientes dos diversos municípios do DRS XIII em prestadores exclusivamente privados e próprios.

A análise das hospitalizações por acidente vascular cerebral (AVC) no DRS XIII, para o ano de 2007, indicou que das 577 internações, 400 (69,32%) foram financiadas pelo SUS e 177 (30,68%) se deram por financiamento privado na seguinte distribuição: 6 por pagamento direto, 8 pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e familiares dependentes, 39 por OPS na modalidade de Cooperativa Médica, 19 por OPS na modalidade Empresa Médica não instalada em Ribeirão Preto, 71 por OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, 5 por OPS filantrópica de Ribeirão Preto, 8 por OPS filantrópica de Monte Alto e 21 por outras modalidades de financiamento privado.

À semelhança das internações relacionadas a IAM, as internações por AVC financiadas pelo SUS encontram boa distribuição nos prestadores filantrópicos da região. Neste caso, o Hospital Universitário não detém a

maioria dos casos e, em conjunto com os filantrópicos nos municípios de Ribeirão Preto, Batatais, Monte Alto, São Simão, Guariba, Pitangueiras, Cajuru, Sertãozinho e Santa Rosa de Viterbo prestam assistência a pacientes originários preferencialmente do município onde estão localizados. Exceção a este padrão foi demonstrada nas internações registradas para o prestador filantrópico de Batatais, recebendo pacientes de diversos municípios da região, embora mantendo o perfil assistencial preferencial para os pacientes do próprio município em que está localizado.

Assim, o padrão de internação para estas duas condições cardiovasculares (IAM e AVC) inclui como de relevância regional o papel dos prestadores filantrópicos, quantitativamente mais importante até que o Hospital Universitário.

Outra característica, no caso das internações por AVC, é o perfil descentralizado da assistência hospitalar, diametralmente oposto ao que foi evidenciado para a assistência hospitalar psiquiátrica.

Em padrão semelhante às internações por IAM, as modalidades de Cooperativa Médica e Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, as duas modalidades privadas individualmente responsáveis pelo maior número de internações para o diagnóstico de AVC, hospitalizam seus pacientes dos diversos municípios do DRS XIII em prestadores exclusivamente privados e próprios.

A análise das hospitalizações obstétricas que resultaram em parto cesáreo, no DRS XIII, para o ano de 2007, indicou que das 9.655 internações, 3.805 (39,41%) foram financiadas pelo SUS e 5.850 (60,59%) se deram por financiamento privado na seguinte distribuição: 574 por pagamento direto, 71 pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e familiares dependentes, 1.840 por OPS na modalidade de Cooperativa Médica, 860 por OPS na modalidade Empresa Médica não instalada em Ribeirão Preto, 1.514 por OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, 237 por OPS filantrópica de

Ribeirão Preto, 140 por OPS filantrópica de Monte Alto e 614 por outras modalidades de financiamento privado.

Verifica-se a atratividade para este tipo de internação para os prestadores Hospital Universitário, Maternidade pública em Ribeirão Preto e Maternidade privada em Ribeirão Preto. Assim, embora os partos cesáreos ocorram na maioria dos prestadores localizados nos municípios do DRS XIII, estes três prestadores citados têm a capacidade de atrair pacientes de todos os municípios da região. Ainda, no caso da maternidade privada em Ribeirão Preto, verifica-se a sua capacidade de credenciamento para as diversas modalidades do setor privado, demonstrando que, para este tipo de serviço, a utilização de prestador próprio exclusivo não é o padrão regional.

Quanto ao número menor de internações com cesarianas no SUS, este padrão já é conhecido e será invertido na análise das internações obstétricas que resultaram em parto vaginal.

A análise das hospitalizações obstétricas que resultaram em parto vaginal, no DRS XIII, para o ano de 2007, indicou que das 6.976 internações, 6.220 (89,16%) foram financiadas pelo SUS e 756 (10,84%) se deram por financiamento privado na seguinte distribuição: 54 por pagamento direto, 5 pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e familiares dependentes, 207 por OPS na modalidade de Cooperativa Médica, 214 por OPS na modalidade Empresa Médica não instalada em Ribeirão Preto, 154 por OPS na modalidade Empresa Médica instalada em Ribeirão Preto, 50 por OPS filantrópica de Ribeirão Preto, 10 por OPS filantrópica de Monte Alto e 62 por outras modalidades de financiamento privado.

Verifica-se a atratividade para este tipo de internação para os prestadores Hospital Universitário, Maternidade pública em Ribeirão Preto e Maternidade privada em Ribeirão Preto, bem como um dos filantrópicos em Ribeirão Preto.

A comparação dos percentuais do tipo de parto entre as diferentes modalidades de financiamento privado demonstrou que foram cesáreos 91,40% dos partos com pagamento direto, 93,42% dos partos financiados pela autarquia municipal de assistência à saúde dos servidores da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 89,90% dos partos financiados pela modalidade de OPS Cooperativa Médica e 80,10% dos partos financiados pela Empresa Médica não instalada em Ribeirão Preto. Assim, a realização de parto cesáreo parece não só estar ligada ao prestador hospitalar em que a internação se dará, mas também ao tipo de financiamento privado.

7. CONCLUSÕES

A região de Ribeirão Preto-SP apresenta importante presença do componente privado do *mix* público-privado, sendo este o responsável por percentual de internações próximo a 50%. Esta característica reforça a necessidade de considerar o *mix* público-privado no planejamento sanitário regional.

O componente privado do *mix* na região de Ribeirão Preto-SP tem ampliado sua participação nas internações regionais, podendo-se falar em uma “privatização das hospitalizações”. A correlação (r) igual a menos 0,05 observada entre o aumento de cobertura por planos de saúde e o coeficiente geral de internações, demonstrou que mesmo com maior cobertura da Saúde Suplementar a criação de novos leitos encontra-se prejudicada, ocorrendo a competição entre pacientes públicos e privados com preponderância da internação privada.

A composição regional de cobertura pela Saúde Suplementar é formada por percentuais elevados de planos de saúde não regulamentados à Lei 9.656/98 e por planos de saúde coletivos, nas faixas etárias economicamente ativas. Tal característica quando associada à estabilização de leitos e “privatização” das hospitalizações representa desafio ao planejamento regional frente à transição demográfica.

Na região de Ribeirão Preto-SP o aumento do PIB *per capita* entre os diferentes municípios não é acompanhado do aumento correspondente de cobertura pela Saúde Suplementar, demonstrando que o uso deste indicador de forma isolada não é adequado.

A composição da Saúde Suplementar na região de Ribeirão Preto-SP é preponderantemente formada por Operadoras de Planos de Saúde regionais. Esta característica representa para a gestão loco-regional e processo de regionalização um fator a ser observado pela sua capacidade de contrapor favoravelmente à base da regulamentação privada que se apresenta centralizada na ANS e, portanto, longe da governabilidade do gestor local.

Neste mesmo sentido, ficou demonstrada a relevância das internações financiadas pelo Serviço de Assistência Médica do Servidor Público do município de Ribeirão Preto, uma autarquia municipal, que frente à sua característica legal agrega um fator adicional ao *mix* público-privado: atuação regional, privada e desobrigada de seguir a regulamentação da Saúde Suplementar.

A característica do *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro apresentando intersecções assistenciais entre o componente público e privado não representou, ao contrário do comumente apregoado, fator que conduzisse à conversão de hospitalizações privadas em públicas e vice versa. Mesmo para os diferentes capítulos da CID 10 e prestadores hospitalares classificados como filantrópicos com leitos privados e públicos, a conversão SUS para NSUS (possíveis casos clínicos potencialmente mais vantajosos financeiramente) e NSUS para SUS (possíveis casos clínicos complexos, crônicos e de baixa remuneração ao prestador) não foi relevante na região de Ribeirão Preto-SP.

A divisão de tarefas entre o público e privado para o caso das internações psiquiátricas é inequívoca. As internações psiquiátricas são preponderantemente públicas e ocorrem em sua maioria de forma centralizada no município polo da região, Ribeirão Preto-SP. Trata-se de uma contradição assistencial a ser trabalhada e com impactos visíveis, pois a elevada demanda se sobrepõe à oferta do município polo em uma condição de internação que exige pouca tecnologia agregada e, portanto, com possibilidade de ser executada de forma descentralizada e regionalizada.

A assistência obstétrica tem como peculiaridade, em relação aos outros diagnósticos estudados, o compartilhamento preferencial da mesma estrutura hospitalar privada no município polo da região. Isto se dá para os diferentes pagadores pela assistência hospitalar do componente privado do *mix* (operadoras de planos de saúde, serviços fechados dos funcionários públicos de Ribeirão Preto-SP e pagamento direto). Embora na mesma estrutura hospitalar privada, o percentual entre partos normais e cesarianas nestes grupos são diferentes, demonstrando que o tipo de assistência ofertada pode variar dentro de um mesmo prestador na dependência do vínculo apresentado no setor privado.

O padrão de internação para infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) inclui como relevante o papel dos prestadores filantrópicos nos diferentes municípios da região, quantitativamente com mais internações que o Hospital Universitário instalado no município polo. Desta forma, para estas duas condições cardiovasculares há certa descentralização da assistência. Entretanto, para as internações dos pacientes destas condições clínicas vinculados a empresas médicas e cooperativa médica regional, o município polo centraliza as internações fazendo-o em prestadores próprios destas Operadoras de Planos de Saúde e demonstrando, assim, uma especialização assistencial.

O desenho proposto e adotado para os colegiados de gestão demonstrou, conforme política do Pacto de Gestão, ser compatível com o fluxo das hospitalizações, representando um avanço na gestão loco-regional, ao se considerar as hospitalizações como importante marcador para decisões na gestão do sistema de saúde. Ainda, o desenho proposto representou uma modificação evoluída das experiências obtidas anteriormente com a NOAS.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se que o sistema disponível na região de Ribeirão Preto-SP pode trazer informações relevantes não só para a compreensão do *mix* público-privado, ou seja, investigação no campo da Saúde Coletiva, mas também representa ferramenta útil para a gestão do sistema de saúde regional.

Neste aspecto, iniciativas como a atual proposta de conversão do CPDH para um observatório regional do sistema de saúde são relevantes e podem colaborar para a divulgação e utilização destas informações pelos gestores e respectivas câmaras técnicas permanentes dos Colegiados de Gestão Regional.

Cabe considerar como operacionalizar neste sistema a utilização nos dados de internação do registro junto à ANS para o caso de Operadoras de Planos de Saúde, permitindo assim, a identificação imediata do tipo e porte da Operadora.

A experiência acumulada deste sistema, agregada a outros sistemas implantados recentemente (v.g., o sistema de agendamento e direcionamento das referências entre unidades), poderia ser considerada para o desenvolvimento de informações acerca tempo de espera para procedimentos médicos e o desenvolvimento de informações para a atenção ambulatorial.

Ficou evidente a capacidade dos dados disponíveis no CPDH de produção acadêmica em Saúde Coletiva no momento em que o *mix* público-privado adquire maior importância na gestão do sistema de saúde e, ainda, com embasamento legal frente à elaboração do Mapa da Saúde previsto no Decreto Federal 7508/2011.

ANEXOS

ANEXO A: FOLHA DE ALTA HOSPITALAR DO CPDH/DMS/FMRP-USP

FOLHA DE ALTA HOSPITALAR					
CPDH - CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS HOSPITALARES					
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL - FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRAO PRETO					
PAC: _____					
Nome do Hospital		Prontuario	Hosp.	Enf.	Espec.
Sexo	Idade na Internacao	Ocupacao	Sexo	Idade	Ocupacao
M []	a m d				
F []	[] RN				
Categoria de Internacao		Procedencia	Cat.Intern.	Proced.	
[] Particular					
[] SUS					
[] Outros (espec.)					
		Estado:	Data da Internacao		
			Data da Alta		
Afeccao principal da causa da internacao			Afeccao Principal		
Outras Afeccoes			Outras Afeccoes		
1.					
2.					
3.					
4.					
Operacao Principal		Data: / /	Data da Cirurgia		
Outras Operacoes			Operacao Princ		
1.					
2.					
Reoperacao			Reoperacao		
Causa do Acidente, Envenenamento ou Violencia			Acidente		
Complicacoes Hospitalares			Compl. Hosp.		
Infeccoes / Traumatismos / Outras					
Nome do Medico Responsavel		CRM	CRM		
Data da Alta	Condicoes de Saida		Cond.	Procedimento	
	----- ALTA ----- -- OBITO --		Saida	SUS	
	[] O. M [] Transf [] c/ Auto				
	[] A P. [] Fuga [] s/ Auto				
Formulario integrado ao CPDH - DMS - FMRP - USP - Fone: 3602-2539/Fax:3633-1386					

**ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DE USO DO BANCO DE DADOS DO
CPDH/DMS/FMRP-USP**

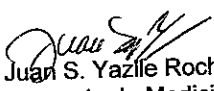


Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social



DECLARAÇÃO

A pedido, para os devidos fins, declaro que o pós-graduando CARLOS EDUARDO MENEZES DE REZENDE, está autorizado por este Departamento de Medicina Social da FMRP-USP a utilizar as informações necessárias do banco de dados do CENTRO DE PROCESSAMENTO DE DADOS HOSPITALARES - CPDH-DMS-FMRP-USP para a realização da pesquisa intitulada "Regionalização da Assistência à Saúde: a coexistência entre público e privado na região de Ribeirão Preto-SP" sob orientação do Prof. Dr. PAULO EDUARDO MANGEON ELIAS do programa de pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP.


Prof. Dr. Juan S. Yazlle Rocha
Chefe do Departamento de Medicina Social
22/04/2009

ANEXO C: TERMO DE RESPONSABILIDADE



Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social



Centro de Processamento de Dados Hospitalares - (C.P.D.H.)

Telefone: (016) 3602.2568 - FAX (016)3633-1386 email: cpdhi@fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 13 novembro 2009

Termo de Responsabilidade

Este termo de aceitação refere-se às condições inerentes à utilização de dados indicados na solicitação em anexo, que me foi fornecido pelo Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Eu, abaixo-assinado, aceito o seguinte:

- (1) Finalidade: utilizar os dados apenas para os fins de pesquisa científica, especificados na descrição apresentada na solicitação.
- (2) Confidencialidade: preservar a confidencialidade dos indivíduos e instituições, sendo proibida a utilização dos dados, por si ou cruzados com outros, para apuramento de informação relacionada com determinado indivíduo ou instituição.
- (3) Copyright e acesso a terceiros: não comercializar os dados fornecidos, nem por qualquer forma, cedê-los a terceiros.
- (4) Referenciação: referenciar a fonte: Centro de Processamento de Dados Hospitalares do Departamento de Medicina Social/FMRP/USP, em qualquer publicação impressa, eletrônica ou sob a forma de comunicação, baseada total ou parcialmente em dados fornecidos pelo CPDH.
- (5) Envio: enviar uma cópia de qualquer trabalho publicado ou relatório baseado na informação disponibilizada pelo CPDH ou enviar o link de disponibilidade da publicação eletrônica.
- (6) Métodos, técnicas e detecção de erros: informar ao CPDH de quaisquer problemas de natureza técnica, metodológica, do registro de dados ou de erros detectados nas bases de dados utilizadas.

Carlos Eduardo Menezes de Rezende
Pós-graduando, Departamento de Medicina Preventiva – FMUSP

ANEXO D: HOSPITAIS DA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP

Hospital	Município
Santa Casa	Altinópolis
Público Municipal	Altinópolis
Santa Casa	Batatais
São Vicente De Paulo	Cajuru
Santa Casa	Cravinhos
Santa Casa	Guariba
São Marcos	Jaboticabal
Santa Isabel	Jaboticabal
Hospital de Jardinópolis	Jardinópolis
Hospital Unimed	Monte Alto
Santa Casa	Monte Alto
Santa Casa	Pitangueiras
Santa Casa	Pontal
Hospital das Clínicas – HCFMRP-USP	Ribeirão Preto
Abrigo Ana Diedericsen	Ribeirão Preto
Beneficência Portuguesa	Ribeirão Preto
Centro Clínico – Electro Bonini	Ribeirão Preto
Hospital Psiquiátrico	Ribeirão Preto
Ribeirão	Ribeirão Preto
Mater – Complexo Aeroporto	Ribeirão Preto
Sanatório Espirita Vicente de Paula	Ribeirão Preto
Santa Casa	Ribeirão Preto
Santa Lydia	Ribeirão Preto
São Francisco	Ribeirão Preto
São Lucas	Ribeirão Preto
São Paulo	Ribeirão Preto
Maternidade Sinhá Junqueira	Ribeirão Preto
Santa Casa	Santa Rosa Viterbo
Santa Casa	São Simão
Santa Casa	Serrana
Netto Campello	Sertãozinho
Santa Casa	Sertãozinho

ANEXO E: CAPÍTULOS DA CID 10

Capítulo	Descrição	Códigos
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H96
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidas e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99

ANEXO F: APROVAÇÃO NA CAPPesq



APROVAÇÃO


A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 03/06/2009, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0440/09**, intitulado: **"REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA Á SAÚDE: A COEXISTÊNCIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA REGIÃO DE RUBEIRÃO PRETO-SP"**, apresentado pelo Departamento de **MEDICINA PREVENTIVA**, conforme parecer anexo.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **PROF. DR. PAULO EDUARDO MANGEON ELIAS**

Pesquisador (a) Executante: **CARLOS EDUARDO MENEZES DE REZENDE**

CAPPesq, 03 de junho de 2009.


Hildegonda Maria Dutilh Novaes
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
do Depto. de Medicina Preventiva



PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP e da FMUSP Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP Fone: 011 3069 6442 Fax: 011 3069 6492 e-mail:

cappesq@hcnet.usp.br / secretariacappesq2@hcnet.usp.br
matc



ANEXO G: MUDANÇA DE PESQUISADOR RESPONSÁVEL - CAPPesq

Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPPesq

Nº Protocolo: 0440/09

Título: REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE: A COEXISTÊNCIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO NA REGIÃO DE RIBEIRÃO PRETO-SP.

Pesquisador Responsável: Hillegonda Maria Dutilh Novaes

Pesquisador Executante: Carlos Eduardo Menezes de Rezende

Finalidade Acadêmica: Doutorado

Departamento: MEDICINA PREVENTIVA

O Coordenador da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, **APROVOU / TOMOU CIÊNCIA ad-referendum** em 15/05/2012, do(s) documento(s) abaixo mencionado(s):


• **Carta datada de 16/04/12 - Mudança de Pesquisador Responsável de Prof. Paulo Eduardo Mangeon Elias, para Profa. Dra. Hillegonda Maria Dutilh Novaes**

A CAPPesq em obediência à Resolução CNS 196/96, solicita ao pesquisador (a) s elaboração de relatório parcial e final.

No caso de relatório parcial é necessário informar o tempo previsto para a conclusão do protocolo e breve resumo dos resultados obtidos.


Paulo Rossi Menezes
 Coordenador do Programa de Pós-Graduação
 do Depto. de Medicina Preventiva

CAPPesq, 17 de Maio de 2012


PROF. DR. LUIZ EUGÊNIO GARCEZ LEME
 Coordenador
 Comissão de Ética para Análise de
 Projetos de Pesquisa - CAPPesq

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.6, pp. 1337-1349. ISSN 0102-311X.

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 (Orgs.). *Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: Edusp, 2001. p. 13-50.

ANDREAZZI, 2002, TEIAS E TRAMAS: RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADAS NO SETOR SAÚDE BRASILEIRO DOS ANOS 90 - MARIA DE FÁTIMA SILIANSKY DE ANDREAZZI ORIENTADOR: GEOGE EDWARD MACHADO KORNIS Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva – Área de Concentração em Políticas, Planejamento e Administração em Saúde – do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 350 pp.

ALMEIDA, NILZA R. DE, CONTRATO DE PLANOS DE SAÚDE, Edições inteligentes São Paulo 2007 157 pp

BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N.T. et. al. (org). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. pp. 407-450.

BELON, Ana Paula et al. Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o

privado. VIVA - Campinas/SP, 2009. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.9, pp. 2279-2290. ISSN 1413-8123.

BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 359-366. Epub 14-Fev-2012. ISSN 0034-8910.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães e GASTALDO, Denise. Construindo pontes entre ciência, política e práticas em saúde coletiva. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1197-1200. ISSN 0034-8910.

BRASIL CNS Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf em [12/10/2012](#) documento em pdf

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.

Brasil Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 1ª edição 236 p.

BRASIL MINISTERIO DA SAUDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.6, pp. 1206-1207. ISSN 0034-8910.

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

BRASIL. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 76 p.

BRASIL. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 1996. Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov. 1996. p. 22932-40.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.722 de 22 de setembro de 2005. Altera a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2005Set 23; Seção 1:43.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.722 de 22 de setembro de 2005. Altera a estrutura da Comunicação de Internação Hospitalar e dá outras providências. Diário Oficial da União; 2005Set 23; Seção 1:43.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5 1. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. SUS (BR). I. Título. II. Série. 2006

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 40 p. – (Regionalização Solidária e Cooperativa) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3) ISBN 85-334-1186-3 1. Serviços básicos de saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública. I. Título. II. Série.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 114 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 978-85-334-1859-2

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual : orientações para organização e funcionamento / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 60 p. : il. – (Série B.Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10) ISBN 978-85-334-1620-8

BRASIL PORTARIA Nº 2.432, DE 19 DE OUTUBRO DE 2011 Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Comitê Gestor para implementação dos dispositivos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Glossário temático : saúde suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 84 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1601-7 1. Saúde suplementar. 2. Terminologia. 3. Disseminação da informação. I. Título. II. Série.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2002. 264 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 76)) ISBN 85-334-0505-7 1. Seguro Saúde – Legislação. 2. Assistência Médica. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. III. Título. IV. Série.

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.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. Estud. av. [online]. 2013, vol.27, n.78, pp. 7-26. ISSN 0103-4014. Revista instituto estudos avançados USP

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.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, n.4, pp. 987-998. ISSN 1413-8123.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; TRAVASSOS, Cláudia and CARVALHO, Marília Sá. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.4, pp. 795-811. ISSN 1413-8123.

CESAR, Juraci A. et al. Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.31, n.1, pp. 53-61. ISSN 0034-8910.

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.

COHN, Amélia and ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, suppl., pp. S173-S180. ISSN 0102-311X.

Cohn, Amélia, Elias, Paulo, Ianni, Áurea. Subsídio Cruzado ou Dupla Porta O público e o privado no hospital das clínicas de São Paulo Série didática nº 6 Abril 2002, São Paulo CEDEC 32 p.

Cohn, Amélia, Pugin, Simone R., Nascimento, Vânia Barbosa do. Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974 a 1998) Série didática nº 1 Janeiro de 1999, São Paulo CEDEC 36 p.

CONILL, Eleonor Minho et al. O *mix* público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1501-1510. ISSN 1413-8123.

Czapski, Cláudio André. Qualidade em estabelecimentos de saúde. São Paulo: SENAC, 1999. 165 p.

DALLORA, M. E. L. V. Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário. 2010. 89 p. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

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.

DUARTE, C. M. R., Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):999-1008, julho, 2001

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.

ESCRIVAO JUNIOR, Álvaro and KOYAMA, Marcos Fumio. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 903-914. ISSN 1413-8123.

FAPESP. O Pacto Pela Saúde e a Gestão Regional em São Paulo: fatores intervenientes e reorientação da política da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSC), Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (CEDEC), Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP/FMUSP). Oitava Chamada para o Programa de Pesquisas em Políticas Públicas (PPP-FAPESP). Ref. Proc.: 07/55256-9. 2008.

FERRI-DE-BARROS, Fábio; GIBSON, Jennifer and HOWARD, Andrew. An argument for explicit rationing of health resources within the public-private mix in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.6, pp. 1211-1212. ISSN 0102-311X.

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.

France G. Compatibilità fra il federalismo e gli Standard sanitari nazionali. In: France G. Federalismo, regionalismo e Standard Sanitari Nazionali. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore; 2001. p.169-197. (observação autor citando autor Viana e Machado 2009)

Fundação Oswaldo Cruz A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. 323 p.

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.

GREAT BRITAIN. Ministry of Health. Consultative Council on Medical and Allied Services. Interim report on the future provision of medical and allied services. London: H. M. Stationery Off. , 1920. 28 p.

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

GUERREIRO, Jória Viana and BRANCO, Maria Alice Fernandes. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.3, pp. 1689-1698. ISSN 1413-8123.

IBAÑEZ, Nelson; CASTRO, Paulo C. de. Proteção Social e Instituições Filantrópicas. Panorama Atual do Estado de São Paulo. In: VIANA, A. L. D'Á, ELIAS, P. e IBAÑEZ, N. (orgs.). Proteção Social: dilemas e desafios. ; 2005. São Paulo: Hucitec; 2005. 220-243 pp.

IBANEZ, Nelson et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2001, vol.6, n.2, pp. 391-404. ISSN 1413-8123.

Infante, Alberto; Mata, Isabel de la; López-Acuña, Daniel. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica* 8 (1/2), 2000

IPEA NOTA TÉCNICA Nº 5, ACESSADO EM 16/09/13
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/130528_notate_cnicadiest05.pdf Mensuração dos Gastos Tributários: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011 Carlos Octávio Ocké-Reis Brasília, maio de 2013

Jacobsen, Alessandra de Linhares. Sistemas de informações gerenciais. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2008. 134 p.

KUSCHNIR, Rosana and CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2307-2316. ISSN 1413-8123.

Laurell, Asa Cristina. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: Barata, Rita Barradas, Barreto, Maurício Lima, Almeida Filho, Naomar de, Veras, Renato Peixoto Orgs. *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 83-101.

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

LIMA, Luciana Dias de; QUEIROZ, Lúcia F. N. de; MACHADO, Cristiani Vieira and VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, pp. 1903-1914. ISSN 1413-8123.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. et al. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.18, n.1, pp. 177-186. ISSN 0102-311X.

LOUVISON, Marília Cristina Prado et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.4, pp. 733-740. ISSN 0034-8910.

Marina Ferreira de Noronha, Margareth Crisóstomo Portela, Maria Lúcia Lebrão. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S242-S255, 2004

MARTINS, Mônica; BLAIS, Régis and MIRANDA, Nair Navarro de. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.3, pp. 643-652. ISSN 0102-311X.

Mendes, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS: tomo II. Editora Casa da Qualidade 2001 Salvador 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.

MOREIRA, Marizélia Leão and DUTILHNOVAES, Hillegonda Maria. Internações no sistema de serviços hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2011, vol.14, n.3, pp. 411-422. ISSN 1415-790X.

MOREIRA, Marizelia Leão. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31082010-155750/>>. Acesso em: 2012-10-03. ABNT

Moreira, Marizelia Leão. Readmissões no sistema de serviços hospitalares no Brasil [tese]. São Paulo: , Faculdade de Medicina; 2010 [acesso 2012-10-03]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-31082010-155750/>. Vancouver

NORONHA, Marina F. Classificação de hospitalizações em Ribeirão Preto: os Diagnosis Related Groups. 2001. 200 p. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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. 2008.

Organização Pan-Americana da Saúde OPAS. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña em 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Medicos y Afines. Washington DC. 1964. 38 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe. Brasília: OPAS/OMS, 2004. 398 p.

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.

Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. — Brasília. 2003. 75 p.: il. Conteúdo: Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil : (1974-2000) / Eduardo Levcovitz... [et al.] — Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. — (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, 2). Bibliografia ISBN: 85-87943-14-6

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.

Paim, Jairnilson; Travassos, Claudia; Almeida, Celia; Bahia, Ligia; Macinko, James. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011 Published online May 9. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

PIETROBON, Louise; SILVA, Cíntia Magali da; BATISTA, Luciana Rodrigues Vieira and CAETANO, João Carlos. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1589-1599. ISSN 1413-8123.

PIETROBON, Louise; SILVA, Cíntia Magali da; BATISTA, Luciana Rodrigues Vieira and CAETANO, João Carlos. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1589-1599. ISSN 1413-8123.

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, R. A integração sanitária: doutrina e prática. 1972. 366 p. Livre-Docência – Faculdade de Saúde Pública, Disciplina de Administração Sanitária, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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.

Rodrigues Neto E. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. *Saúde em Debate* 1996; (49/50): 9-10

Rodrigues Neto E. SUS: quem são os verdadeiros vilões. *Saúde em Debate* 1996; (49/50): 11-12

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, Isabela Soares. Evidência sobre o mix público-privado em países com cobertura duplicada: agravamento das iniquidades e da segmentação em sistemas nacionais de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.6, pp. 2743-2752. ISSN 1413-8123.

SANTOS, Isabela Soares; UGA, Maria Alicia Dominguez and PORTO, Silvia Marta. O *mix* público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1431-1440. ISSN 1413-8123.

SANTOS, M. Por uma outra globalização, do pensamento único à consciência universal. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SANTOS, Maria Angélica Borges dos and GERSCHMAN, Silvia. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 795-806. ISSN 1413-8123.

Scheffer Mário; Lúcia Bahia. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO* v.15, n.38, p.947-56, jul./set. 2011

SCHEFFER, Mário and BAHIA, Lúcia. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. *Interface (Botucatu)* [online]. 2011, vol.15, n.38, pp. 947-956. ISSN 1414-3283.

SILVA, Paulo Fagundes da and COSTA, Nilson do Rosário. Saúde mental e os planos de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4653-4664. ISSN 1413-8123.

SOBOLL, Maria Lúcia de Moura Silva; Carvalho, André de Oliveira; Paula Eduardo, Maria Bernardete de; Tanaka, Oswaldo Yoshimi; SES SP; Moreira, Marizélia Leão. Sistemas de Informação em saúde, mecanismos de controle, de auditoria e de avaliação. In: WESTPHAL, Márcia F. ; ALMEIDA, Eurivaldo S. de (Orgs.). *Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: Edusp, 2001. p. 205-254.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de and OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.3, pp. 671-677. ISSN 1413-8123.

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.

Starfield, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STUCCHI, Maria Luiza Rebouças. Consórcios Intermunicipais de Saúde no Estado de São Paulo. In: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Planejamento de Saúde: conhecimento & ações*. São Paulo: SES/CPS; 2006. 133-148 pp.

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

Tânia Margarete Mezzomo Keinert, Silvia Helena Bastos de Paula, José Ruben de Alcântara Bonfim orgs. As ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde textolenir santos p63-72 Instituto de Saúde São Paulo 2009 233 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.

Uga et al capítulo 12 pp. 417-483 Organização Pan-Americana da Saúde. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. — Brasília. 2009. 484 p.: il. — Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. — (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, 14).

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.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias / elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. – São Paulo : Divisão de Biblioteca e Documentação - DBD/FMUSP, 2011. 92 p.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; ARAUJO, Denizar Viana and MENDES, Rosana Kuschniere Walter. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.4, pp. 1119-1126. ISSN 1413-8123.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.4, pp. 921-934. ISSN 1413-8123.

VIANA Ana Luiza D'Á. /Nelson Ibañez/Paulo Eduardo M. Elias/Luciana D. De Lima/Mariana V. De Albuquerque/Fabiola L. Iozzi NOVAS PERSPECTIVAS PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008

VIANA, A. L. d'Á. ; IBAÑEZ, N. ; ELIAS, P. E. M. (Orgs.). Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: HUCITEC, 2009. 307 p. Coleção saúde em debate n. 194

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.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila and ELIAS, Paulo Eduardo M.. Saúde e desenvolvimento. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1765-1777. ISSN 1413-8123.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila and MACHADO, Cristiani Vieira. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 807-817. ISSN 1413-8123.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de and FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos

Colegiados de Gestão Regional. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2317-2326. ISSN 1413-8123.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; LIMA, Luciana Dias de and OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2002, vol.7, n.3, pp. 493-507. ISSN 1413-8123.

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, Juan S e SILVA, Gleiton C M. Hospitalizações por infarto agudo do miocárdio segundo o dia da semana: estudo retrospectivo. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.2, pp. 157-162. ISSN 0034-8910.

Yazlle ROCHA, Juan Stuardo and SIMOES, Breno José Guanais. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.33, n.1, pp. 44-54. ISSN 0034-8910.

Yazlle ROCHA, Juan Stuardo. Morbidade e mortalidade hospitalar em Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1972. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1977, vol.11, n.2, pp. 214-228. ISSN 0034-8910.

Yazlle ROCHA, Juan Stuardo. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). *Rev. Saúde Pública* [online]. 1975, vol.9, n.4, pp. 477-493. ISSN 0034-8910.

YAZLLE ROCHA, Juan Stuardo; JORGE, Alzira de Oliveira; SIMOES, Breno José G. e VICHI, Fábio Leite. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares-cerebrais em localidade do Estado de São Paulo (Brasil), 1986. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1989, vol.23, n.5, pp. 374-381. ISSN 0034-8910.

YAZLLE ROCHA, Juan Stuardo; SIMOES, Breno José Guanais e GUEDES, Geraldo Luiz Moreira. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.31, n.5, pp. 479-487. ISSN 0034-8910.

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.