

MARCELO NASCIMENTO DE ARAUJO

**Inserção de Hospitais, gerenciados por Organizações
Sociais de Saúde, no Estado de São Paulo, nos
Sistemas Locais de Saúde**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.**

**São Paulo
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARCELO NASCIMENTO DE ARAUJO

**Inserção de Hospitais, gerenciados por Organizações
Sociais de Saúde, no Estado de São Paulo, nos
Sistemas Locais de Saúde**

**Dissertação apresentada ao Curso de Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.**

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior

**São Paulo
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

**Preparada pela Biblioteca Central da
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**

Araújo, Marcelo Nascimento de

Inserção de hospitais por organizações sociais de saúde, no Estado de São Paulo, nos sistemas locais de saúde./ Marcelo Nascimento de Araújo. São Paulo, 2009.

Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Nivaldo Carneiro Junior

1. Administração de serviços 2. Sistema único de saúde 3. Organização social 4. Eficiência organizacional 5. Sistemas locais de saúde

BC-FCMSCSP/44-09

DEDICATÓRIA

*À Keila, Wellington e Caroline pelo amor,
compreensão e paciência sempre demonstrados.*

Aos meus familiares, pela torcida.

ARAÚJO, MN., Inserção de Hospitais, gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, nos Sistemas Locais de Saúde. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009.

RESUMO

Introdução: Representado pelas Entidades Filantrópicas, o Terceiro Setor sempre esteve presente e atuante para a expansão da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde, o que lhes permitiram, através da Constituição Brasileira, ser reconhecidas como parceiras fundamentais dos gestores do SUS no desenvolvimento de suas ações. Buscando o aperfeiçoamento gerencial do sistema, o Estado de São Paulo trilhou seu caminho consolidando essa parceria através de mecanismos legais que possibilitaram a qualificação dessas Entidades como Organizações Sociais de Saúde, permitindo o desenvolvimento de um novo modelo de gestão para os serviços próprios. **Objetivo:** Identificar a inserção de determinados hospitais, gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, nos Sistemas Locais de Saúde onde se encontram inseridos. **Metodologia:** Estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários das internações realizadas pelos Hospitais de Francisco Morato, Itapeverica da Serra e Itaquaquecetuba. **Conclusões:** Pelos dados consultados, verificou-se que essas Unidades Hospitalares estão instaladas em regiões extremamente carentes de serviços hospitalares, desempenhando importante papel para a solução dos problemas das regiões de saúde onde se encontram inseridos.

Descritores: 1. Administração de serviços 2. Sistema único de saúde 3. Organização social 4. Eficiência organizacional 5. Sistemas locais de saúde.

ARAÚJO, MN., Inserção de Hospitais, gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, nos Sistemas Locais de Saúde. / Insertion of Hospitals, managed for Social Organizations of Health, in the Local Systems of Health. [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009.

ABSTRACT

Introduction: Represented for the Entities Filantrópicas, the Third Sector always this operating gift and for the expansion of the assistance to the health in the Only System of Health, what they had allowed them, through the Brazilian Constitution, to be recognized as basic partners of the managers of the SUS in the development of its action. Searching the perfecting management of the system, the State of São Paulo trod its way consolidating this partnership through legal mechanisms that make possible the qualification of these Entities as Social Organizations of Health, allowing the development of a new model of management for the proper services.

Objective: To identify the insertion of determined hospitals, managed for Social Organizations of Health, in the Local Systems of Health where if they find inserted.

Methodology: Transversal descriptive study, with quantitative boarding, using given secondary of the internments carried through for the Hospitals of Francisco Morato, Itapeçerica of Serra and Itaquaquecetuba. **Conclusions:** For the consulted data, it was verified that these Hospital Units are installed in extremely devoid regions of hospital services, playing important role for the solution of the problems of the health regions where if they find inserted.

Descriptors: 1. Administration of services 2. Only System of Helth 3. Social Organization 4. Organizacional efficiency 5. Only System of Health.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Luiz Roberto Barradas Barata, Secretário de Estado da Saúde, por ter proporcionado esta grandiosa oportunidade de aprimoramento.

Ao Dr. Nilson Ferraz Paschoa, Secretário Adjunto, e Reinaldo Noboru Sato, Chefe de Gabinete, pelo incentivo e compreensão durante a vigência do curso.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Junior, pela paciência e motivação, mesmo nos momentos de maior desânimo.

Ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Professores Doutores: Cássio Silveira, Expedito José de Albuquerque Luna, José Cássio de Moraes, Luiz Carlos Morrone, Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro, Nelson Ibañez, Pedro Paulo Chieff, Andréia de Fátima Nascimento, Carla Gianna Luppi, Karina de Cássia Braga Ribeiro, Maria Amélia de Sousa Macena Veras, Regina Maria Giffoni Marsiglia, Rita de Cássia Barradas Barata, e Tânia Di Giacomo do Lago, a quem devo respeito e gratidão por compartilhar tão vasto conhecimento e incentivo.

Aos meus colegas de mestrado Ana Luiza Chieff, Elaine F. Tambellini, Eliana Ribeiro, Fátima Palmeira Bombarda, Helena Caruso Torres, Irma Ferreira, Maria Isabel Aguilar, Jairo Georgetti, Júlia Rodrigues, Louise T. Montesanti, Neide T. Kertzman, Rosana Maria Tamelini, Sandra Monetti e Tereza Mitiko Omoto, pela amizade, cumplicidade, companheirismo e pela riqueza das discussões em salas de aula e fora delas.

Ao Daniel Gomes, nosso amigo de todas as horas, sempre presente e prestativo.

Aos amigos e colaboradores do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS I, Dra. Deise, Fátima e Neide, pelo auxílio na obtenção dos dados.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Distribuição da População Residente na RSFR, em 2007	27
Tabela 02	Distribuição da População residente na RSFR, em 2007	28
Tabela 03	Distribuição de leitos totais na RSFR, em 2007	28
Tabela 04	Internações Hospitalares do SUS por local de residência, em relação às causas sensíveis da atenção básica, na RSFR, em 2007	29
Tabela 05	Sumário dos Indicadores de Saúde, da RSFR	30
Tabela 06	Classificação dos Municípios da RSFR no IDHM, 1991-2000	31
Tabela 07	Classificação dos Municípios da RSFR no IPRS, 2000-2004	33
Tabela 08	Distribuição das AIH's pagas na RSFR, em 2008	35
Tabela 09	Distribuição das AIH's pagas, por município de residência da RSFR, no HEFM, em 2008	36
Tabela 10	Distribuição das AIH's pagas, por especialidade e faixa etária, da RSFR, no HEFM, em 2008	36
Tabela 11	Distribuição da População Residente na RSM, em 2007	37
Tabela 12	Distribuição da População residente na RSM, em 2007	38
Tabela 13	Distribuição de leitos totais na RSM, em 2007	38
Tabela 14	Internações Hospitalares do SUS por local de residência, em relação às causas sensíveis da atenção básica, na RSM, em 2007	39
Tabela 15	Sumário dos Indicadores de Saúde, da RSM	40
Tabela 16	Classificação dos Municípios da RSM no IDHM, 1991-2000	41
Tabela 17	Classificação dos Municípios da RSM no IPRS, 2000-2004	42
Tabela 18	Distribuição das AIH's pagas na RSM, em 2008	43
Tabela 19	Distribuição das AIH's pagas, por município de residência da RSM, no HGIS, em 2008	44
Tabela 20	Distribuição das AIH's pagas, por especialidade e faixa etária, da RSM, no HGIS, em 2008	44
Tabela 21	Distribuição da População Residente na RSAT, em 2007	45
Tabela 22	Distribuição da População residente na RSAT, em 2007	46
Tabela 23	Distribuição de leitos totais na RSAT, em 2007	46

Tabela 24	Internações Hospitalares do SUS por local de residência, em relação às causas sensíveis da atenção básica, na RSAT, em 2007	47
Tabela 25	Sumário dos Indicadores de Saúde, da RSAT	48
Tabela 26	Classificação dos Municípios da RSAT no IDHM, 1991-2000	49
Tabela 27	Classificação dos Municípios da RSAT no IPRS, 2000-2004	50
Tabela 28	Distribuição das AIH's pagas na RSAT, em 2008	51
Tabela 29	Distribuição das AIH's pagas, por município de residência da RSAT, no HGIT, em 2008	52
Tabela 30	Distribuição das AIH's pagas, por especialidade e faixa etária, da RSAT, no HGIT, em 2008	52

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho de Secretários Estaduais de Saúde
DRS I	Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo
FUNDAP	Fundação para o Desenvolvimento Administrativo
HEFM	Hospital Estadual Francisco Morato
HGIS	Hospital Geral de Itapeverica da Serra
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
OPS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RIDE	Regiões Integradas de Desenvolvimento
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RSAT	Região de Saúde do Alto Tietê
RSFR	Região de Saúde de Franco da Rocha
RSM	Região de Saúde dos Mananciais
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

INDICE

APRESENTAÇÃO	
1. INTRODUÇÃO	01
2. MUNICIPALIZAÇÃO	05
3. REGIONALIZAÇÃO / SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE.....	07
4. ALGUNS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA A GESTÃO PÚBLICA DO SUS.....	15
5. AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO	19
5.1 O Contrato de Gestão	21
6. CONSIDERAÇÕES.....	23
7. OBJETIVOS	24
7.1 Geral.....	24
7.2 Específico	24
8. METODOLOGIA	25
9. RESULTADOS E DISCUSSÕES	26
10. REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO	26
11. REGIÃO DE SAÚDE DE FRANCO DA ROCHA.....	27
12. HOSPITAL ESTADUAL DE FRANCISCO MORATO	27
12.1 Produção Hospitalar	34
13. REGIÃO DE SAÚDE DOS MANANCAIAIS	36
14. HOSPITAL GERAL DE ITAPEKERICA DA SERRA.....	42
14.1 Produção Hospitalar	43
15. REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO TIETE	44
16. HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA	50
16.1 Produção Hospitalar	50
17. CONCLUSÕES.....	53
18. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55

APRESENTAÇÃO

Buscando o aperfeiçoamento gerencial no Sistema Único de Saúde – SUS, uma das alternativas utilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo vem sendo a parceria com entidades filantrópicas, devidamente qualificadas como Organizações Sociais de Saúde, através do Contrato de Gestão.

Assim, o presente estudo tem como objetivo de identificar a inserção de determinados hospitais, gerenciados por este modelo, na rede de serviços dos municípios onde estão inseridos.

Será pesquisado o perfil de utilização de hospitais, em determinadas regiões de saúde da Grande São Paulo, com enfoque em dois eixos.

O primeiro será identificar a rede de prestadores de serviços ao SUS, que prestem atendimento de internação hospitalar ao sistema, assim como que referenciam pacientes para os serviços, objeto da presente pesquisa.

O segundo eixo irá tratar da assistência prestada nas internações, identificando a distribuição destas por faixa etária e, principalmente, local de residência destes pacientes.

Serão abordados também temas relativos ao Programa Metropolitano de Saúde, a criação do Sistema Único de Saúde e um pouco da trajetória de implementação das Organizações Sociais de Saúde no Estado de São Paulo, visando descrever o contexto histórico em quem tais unidades de saúde foram instaladas e sobre seus perfis de funcionamento.

Por derradeiro, acredito que com a conclusão do referido trabalho, possamos entender e contribuir para o aumento das possibilidades que visem proporcionar maior êxito no aperfeiçoamento e avanço do Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Desde o início do século passado, até o final dos anos sessenta, o sistema de saúde brasileiro se preocupava, fundamentalmente, com o combate em massa de doenças, através das campanhas de saúde pública. A partir dos anos setenta, passou a priorizar a assistência médica curativa e individual (CONASS, 2007).

Em 1975, através da Lei 6.229, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, separando as ações de saúde pública das ações ditas de atenção às pessoas (BRASIL, 1975).

Em 1977, se criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), reformulando o sistema médico previdenciário. O atendimento dos desempregados e trabalhadores sem registro formal era de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde e dos serviços públicos federais (BRASIL, 1977)

Na década de 70, organiza-se o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares (AROUCA, 2007).

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação das competências do INAMPS e da Saúde Coletiva como elementos essenciais para a reforma do setor (AROUCA, 2007).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. Suas proposições são incorporadas na Constituição Federal de 1988 e, na transição desse processo, em 1987, é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o

desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

A Constituição Federal de 1988, incorporando, parcialmente, as propostas estabelecidas pelo movimento da reforma sanitária brasileira criou o Sistema Único de Saúde, regulamentado dois anos depois pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que "*a saúde é direito de todos e dever do Estado*" (BRASIL, 1988).

Um passo significativo na direção do cumprimento da definição constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde.

Em 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei 8.080, que regulamentou o SUS, o INAMPS foi extinto através da Lei nº 8.689, sendo suas funções, competências, atividades e atribuições absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal do SUS.

Ao se preservar as funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS, se preservou também a sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros, como, por exemplo, o estabelecimento de limites ou tetos físicos e financeiros para as Unidades Federadas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

O Sistema Único de Saúde tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da igualdade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O controle da ocorrência de doenças, seu aumento e propagação são algumas das responsabilidades de atenção do SUS, assim como o controle da qualidade de remédios, de exames, de alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, onde atua a Vigilância Sanitária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades

públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região (BRASIL, 1988).

O SUS está amparado em uma vasta legislação, cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Complementarmente existiram as Normas Operacionais do SUS, que, segundo LECOVITZ (2001):

“são portarias do Ministério da Saúde que representam instrumentos de regulação e definem os objetivos e estratégias do processo de descentralização da política de saúde, tratando especialmente da divisão de responsabilidade, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios não previstos nas leis 8080/90 e 8142/90. Ao editar as Normas Operacionais Básicas, o Ministério da Saúde reforça o poder e a função do governo federal na regulamentação da direção nacional do SUS”

O SUS existe em três níveis, também chamados de esferas, sendo elas a nacional, estadual e municipal. Cada uma dessas esferas conta com comando único e atribuições próprias. Os municípios têm assumido papel cada vez mais importante na prestação e no gerenciamento dos serviços de saúde; as transferências passaram a ser "fundo-a-fundo", ou seja, baseadas em sua população e no tipo de serviço oferecido, e não no número de atendimentos. Assim, este processo caracteriza-se pela transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas às diferentes esferas de gestão.

Os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade; o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando estritamente necessários. Quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a eficiência e eficácia dos mesmos. Cada serviço de saúde tem uma área de abrangência, ou seja, é responsável pela saúde de uma parte da população. Os serviços de maior complexidade são menos numerosos e por isso mesmo sua área de abrangência é mais ampla, abrangendo a área de vários serviços de menor complexidade (BRASIL, 1990).

Assim, regionalização é uma das diretrizes que orientam a organização do SUS, constituindo um eixo estruturante do sistema e que evidencia a importância da articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, que possibilitem acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. No processo de regionalização são identificadas e constituídas as regiões de saúde – espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas as ações de atenção à saúde objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de co-gestão regional. Hoje, com o Pacto de Gestão, a política de regionalização prevê a formação dos colegiados de gestão regionais que têm a responsabilidade de organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde das populações locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)..

MUNICIPALIZAÇÃO

A municipalização da saúde, estabelecida na Constituição Federal (Artigo 30, VII) e na Lei Federal 8.080 (Artigo 7º, IX, a), compreende sob dois aspectos: a HABILITAÇÃO dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a DESCENTRALIZAÇÃO da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios.

Com a municipalização da saúde, o poder público municipal passa a ser o responsável imediato, porém não o único, pelas necessidades de saúde de seus municípios.

A municipalização da saúde, todavia, não exime os demais poderes públicos (União, Estados e Distrito Federal) e a sociedade da co-responsabilidade pela saúde. (BRASIL, 1988).

A municipalização é determinada: a) em nível federal pela CIT – Comissão Intergestores Tripartite, que reúne representantes da União (MS – Ministério da Saúde), dos Estados (CONASS – Conselho de Secretários Estaduais de Saúde) e dos Municípios (CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde); b) em nível estadual, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que reúne representantes do Estado (SES – Secretaria Estadual de Saúde) e dos Municípios

(COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Todo este processo, com seus avanços e recuos, acordos e conflitos, foi mudando a realidade política e institucional do SUS, particularmente com a ampliação e articulação das Secretarias Municipais de Saúde e a revisão dos papéis e poderes das Secretarias Estaduais de Saúde e do próprio Ministério da Saúde.

A idéia, portanto, da municipalização da saúde parece ter um potencial significativo, no sentido de que o Município pode assumir e atuar como base da Federação, com maior agilidade para provocar as devidas transformações, principalmente na área das políticas sociais, particularmente na saúde, enquanto política pública. O que não significa isolamento, mas uma progressiva e permanente articulação e integração com os níveis estadual e federal, nos seus respectivos e competentes papéis constitucional e das legislações complementares.

REGIONALIZAÇÃO / SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE

Para se consolidar um sistema de saúde mais eficaz, eficiente e equitativo é necessário que o mesmo seja organizado a partir das necessidades reais dos cidadãos de determinada área ou região.

A estratégia adotada pela Reforma Sanitária foi à organização do sistema em ordem crescente de complexidade e abrangência, de forma regionalizada e hierarquizada, a partir dos sistemas locais de saúde. O sistema local é o nível mais próximo da população, onde as possibilidades de se identificar as necessidades e as demandas da população são mais precisas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

De acordo com o estabelecido no Pacto de Gestão, do Ministério da Saúde, existe um consenso de que as regiões devem expressar o encontro das identidades e coerências de um espaço territorial com o exercício do poder político-institucional. Assim, as regiões de saúde são recortes territoriais, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde e podem se organizar em:

- Regiões infraestaduais e compostas por mais de um município;
- Regiões intramunicipais organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- Regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, como por exemplo, as Regiões Integradas de Desenvolvimento (RIDE), ou similares;
- Regiões fronteiriças, quando o território regional de saúde envolve os países vizinhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os estados e municípios identificarão as regiões de saúde a partir das identidades compartilhadas em um mesmo território, tais como: identidade socioeconômica e cultural, redes de comunicação, infra-estrutura de transportes, redes de ações e serviços direcionadas para a integralidade da atenção à saúde e, para as questões relacionadas à educação a existência de instituições de ensino. Além desses, outros critérios poderão ser definidos em CIB estadual.

O reconhecimento das regiões de saúde, pelo SUS deve ser feito:

- Regiões infraestaduais e compostas por mais de um município – reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e homologadas na Comissão Intergestores Tripartite.

- Regiões intramunicipais – homologadas nas Comissões Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Tripartite.

- Regiões interestaduais – reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e homologadas na Comissão Intergestores Tripartite.

- Regiões fronteiriças – reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e homologadas na Comissão Intergestores Tripartite.

Assim, entendemos que o nível local é a porta de entrada no sistema de saúde, sendo a partir deste nível que se estruturam todos os demais níveis. No espaço local, interagem diferentes atores, interesses, determinantes e condicionantes de saúde que precisam ser compreendidos e esmiuçados para a devida articulação e enfrentamento dos problemas.

Um sistema local é formado por um território, por uma população adstrita, por unidades de saúde, por profissionais integrantes e tecnologia disponível. Todos esses elementos não se distribuem uniformemente neste sistema, nem em quantidade, nem em qualidade. É necessário identificar as diferentes áreas ou micro-áreas homogêneas de condições de vida, para o melhor entendimento e intervenção sobre os problemas de saúde. Isto significa o reconhecimento das desigualdades existentes e da necessidade de desenvolvimento de estratégias diferentes de atuação para garantir a equidade do acesso e os resultados das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Dentro desta perspectiva a proposta de territorialização para trabalhar a organização dos sistemas locais é de fundamental importância ao identificar as desigualdades existentes na área de abrangência das unidades de saúde e planejar as ações de acordo com as necessidades de cada área e/ou micro-área.

A programação das ações de saúde para um sistema local envolve um bom planejamento, com estudo apurado das condições de saúde, das desigualdades existentes no território e a seleção dos principais problemas, para então se programar ações de caráter coletivo e as de caráter individual; as de vigilância da saúde e de atendimento à demanda. Essas ações, muitas vezes, transcendem a esfera local

necessitando de serviços existentes em outros municípios. Nestas situações, é a programação intersetorial que deve prever e quantificar essas ações, identificar serviços que podem ser envolvidos e articular-se com diferentes instituições e organizações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A programação da rede de referência é fundamental para garantir a resolubilidade dos serviços locais. Quando uma determinada atividade de saúde não está disponível no município, é preciso identificar onde ela pode estar disponível, de preferência o mais próximo possível. Os serviços de maior complexidade precisam de uma organização mais detalhada, pois, na maioria das vezes, estes serviços estão localizados em grandes municípios, servindo de referência não só regional, mas também estadual. Ao se programar as ações de saúde, é preciso identificar esses serviços, estabelecer critérios para referência e prover os meios para que o acesso seja garantido. Caso contrário, sem os devidos critérios pode-se simplesmente existir um fluxo pelo encaminhamento a outros municípios, mas sem nenhuma garantia do adequado atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No entanto, o planejamento e a programação da rede de saúde não são tão simples. Embora estejam na agenda política do SUS desde a sua criação, muitas tentativas de organização dos sistemas distritais, regionais e estaduais de saúde não foram bem sucedidas, a não ser em experiências localizadas e muitas vezes temporárias. Mudanças administrativas, disputas políticas, financiamento, disponibilidade de profissionais, entre outros, tem dificultado a organização da rede de saúde. Neste sentido, precisa-se delinear como estratégia prioritária, a profissionalização da gestão em saúde.

Em São Paulo, na década de 80 do século passado, houve uma grande preocupação dos dirigentes das instituições públicas de saúde no sentido de se proceder a uma reestruturação do conjunto da assistência médica na Região Metropolitana de Saúde de São Paulo (RMSP) com vista ao atendimento integral das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, desenvolveu-se um estudo da situação de saúde e da rede de serviços existentes. Foram detectadas deficiências que envolviam desde a inexistência de serviços nas áreas mais carentes, a concentração destes em áreas centrais e a existência de múltiplas instituições atuando sem mecanismos de coordenação e integração para o desenvolvimento de suas atividades.

Com essas questões a solucionar, começou a ser delineado o Programa Metropolitano de Saúde (PMS).

O PROGRAMA METROPOLITANO DE SAÚDE

Em novembro de 1981 foi apresentado, na Reunião Regional da Organização Mundial de Saúde / Organização Panamericana de Saúde – OMS/OPS realizada em Washington D.C., um trabalho sobre o Desenvolvimento de Serviços de Saúde nas Grandes Cidades da América Latina (JATENE, 1981).

Posteriormente, a referida proposta foi denominada de Programa Metropolitano de Saúde, uma iniciativa que, antes das Ações Integradas de Saúde – AIS, visava a solução de um conjunto de problemas detectados no setor médico sanitário da região metropolitana da Capital.

A importância da proposta ficou evidenciada pelo amplo escopo que assumiu, envolvendo o planejamento minucioso e abrangente da situação de saúde e dos serviços existentes naquela região, sendo baseada em princípios que anteciparam diversas propostas adotadas somente muitos anos depois, pois, já naquela oportunidade, JATENE, (1981), destacou que:

- *“a proposta elaborada pela Secretaria da Saúde baseou-se nos seguintes princípios:*
- *do direito de todo indivíduo à saúde;*
- *do direito à assistência médico-odontológica integral de toda a população;*
- *da vinculação de cada unidade de saúde a determinada população;*
- *da garantia da facilidade de acesso aos serviços;*
- *da participação comunitária nas agências de saúde;*
- *da regionalização, hierarquização e integração dos diferentes serviços das instituições;*
- *do planejamento integrado interinstitucional;*
- *do planejamento a partir do nível local (horizontalização programática).”*

Afirmou-se ainda que os princípios acima expostos deveriam ser alcançados por meio da organização dos serviços de saúde na Região Metropolitana da Grande

São Paulo, segundo um sistema hierarquizado e regionalizado composto por redes de Unidades Básicas de Saúde, de Hospitais Gerais, de Unidades Ambulatoriais e Hospitais para atendimento médico especializado e de laboratórios de saúde pública.

Segundo a proposta, a rede de Unidades Básicas de Saúde deveria ser a porta de entrada do sistema, sendo integrada por unidades de dois tipos: para 10 mil e para 20 mil habitantes, que garantiriam a continuidade do atendimento aos indivíduos e famílias de sua área de influencia. Essas unidades deveriam atender universalmente à população, sem distinção de vinculação previdenciária (JATENE, 1981).

As unidades integrantes do PMS foram dimensionadas de modo que pudessem propiciar um relacionamento informal e melhor com a população, permitindo-se a real participação da comunidade, uma vez que as unidades grandes dificultariam este tipo de prática. Além disso, pretendia-se que as unidades pudessem ser facilmente atingidas pelos usuários, o que, para grande parte da população, significava ter acesso a pé (JATENE, 1981).

Ainda segundo a proposta, no que se refere à rede de hospitais gerais, a idéia era que as unidades oferecessem assistência hospitalar geral, com ênfase nas patologias de maior incidência e influencia e que não dependam de alta tecnologia médica, para os clientes encaminhados pela rede básica de saúde, sendo cerca de 150 leitos em média.

As unidades ambulatoriais especializadas deveriam ser localizadas estrategicamente em função das grandes vias de acesso, sempre levando em conta que os pacientes seriam encaminhados pelas unidades básicas da região de referencia.

Ênfase seria dada para o sistema de referencia e contra-referencia nos vários níveis da proposta, inclusive com hospitais especializados e de ensino. Por outro lado, a ampliação de unidades deveria privilegiar as regiões mais carentes de serviços de saúde dentro da região metropolitana, as unidades básicas totais para a área do projeto estavam previstas em 591, das quais 99 já existiam e, portanto, seria necessário a construção de mais 492 unidades. Projetou-se também a construção de 40 novos hospitais, prioritariamente para assistência geral das áreas periféricas e intermediária da região metropolitana de até 20 ambulatórios de especialidades (JATENE, 1981).

No planejamento do Programa Metropolitano, talvez pela primeira vez no Brasil, observamos a noção de assistência integral em saúde orientando a concepção de um verdadeiro sistema de saúde, com unidades hierarquizadas e planejadas conforme as necessidades populacionais, tendo como pano de fundo, o direito universal da saúde, motivo pelo qual o caracteriza como uma das ações de saúde precursoras ao SUS, uma vez que propunha fortes mudanças de paradigma da saúde da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Mais do que uma proposta de uma nova abordagem política, econômica, administrativa e conceitual, o PMS foi um dos poucos programas que gerou a implantação de um grande número de unidades para o atendimento à saúde (JATENE, 1981).

O programa Metropolitano de Saúde – PMS foi oficialmente criado em 1983 por meio do Decreto Estadual n.º 21.862 do então recém-empossado Governador André Franco Montoro, eleito na primeira eleição direta para o Executivo Estadual desde a instalação do regime militar de 1964 (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE SP, 1983).

Em janeiro de 1985, com o Decreto n.º 23.195, foi criada a Coordenação do Programa Metropolitano de Saúde, órgão da Secretaria de Estado de Saúde, sendo que sua atribuição era implantar o novo modelo de saúde na Região Metropolitana (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE SP, 1985).

Com o planejamento, em sua primeira fase, de construção de 99 unidades básicas de saúde e de cinco hospitais no período, sendo eles o de Vila Nova Cachoeirinha, de Vila Penteados, de São Mateus, de Guaianases e de Taipas, bem como da reconstrução de mais 28 unidades e 3 hospitais, a saber: Nardini, de Mauá, Odair Pedroso, de Cotia e o de Franco Rocha. A localização desses hospitais e o perfil dos serviços foram definidos após ampla participação dos movimentos de saúde, com uma expectativa de se atingir uma população estimada, á época, em 200 mil habitantes.

Com financiamento em conjunto do Banco Mundial, do Governo do Estado e da Prefeitura da Capital, tendo sido aprovado pelo Senado Federal em 1984, iniciaram-se os processos de construção e reformas a partir de então e foram devidamente concluídas, embora com atrasos nos cronogramas iniciais.

Segundo COSTA (2005), em 1987 foram apresentadas as estratégias de implantação do Programa Metropolitano de Saúde, que incorporavam as formulações propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano anterior. As diretrizes que regiam estas propostas eram:

- a) *“universalização da atenção, com garantia de acesso aos serviços públicos de saúde a todo cidadão;*
- b) *equidade no atendimento, com ausência de discriminação de qualquer natureza na prestação dos serviços;*
- c) *integralidade das ações de saúde, com o fim da dicotomia entre as ações de promoção à saúde e as de assistência propriamente ditas;*
- d) *descentralização, com aproximação do processo de tomada de decisões em relação à execução dos serviços;*
- e) *participação, com o reconhecimento do direito dos usuários e dos profissionais de saúde em participar do processo de formulação e controle das políticas.”*

Ainda segundo esse autor, o PMS também preconizava os seguintes princípios organizacionais:

- a) *“integração institucional, com comando único em cada esfera de governo, implicando na constituição de um sistema único de saúde em nível nacional;*
- b) *regionalização e hierarquização, com estabelecimento de organização regional estruturada em níveis crescentes de complexidade;*
- c) *“modularização”, com o módulo de saúde caracterizado como unidade operacional básica responsável pela população residente em uma determinada área;*
- d) *gestão colegiada, garantida a articulação das diversas esferas de governo, bem como dos vários segmentos sociais na formulação das políticas e no controle das práticas institucionais.”*

A partir de um diagnóstico de necessidades e prioridades, foi estabelecida a criação dos módulos assistenciais compostos por uma rede de unidades básicas de saúde e de uma unidade de atendimento de emergência, que seriam a porta de entrada do sistema. Na retaguarda destas unidades, o módulo assistencial contaria também com um ambulatório de especialidades e um hospital geral com

especialidades nas áreas básicas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral e psiquiatria.

Foi iniciada a construção de vários hospitais. A Segunda Fase do Programa Metropolitano de Saúde planejada em 1988, previa 287 UBS, sendo 187 novas construções e 100 reinstalações, além de 33 novas unidades hospitalares, sendo 22 novas construções de hospitais gerais e 7 adequações de unidades já existentes, bem como a construção de 4 novas unidades mistas (SES/Relatório PMS, 1988). Esta fase não foi completada e após o início das construções, a maioria dessas obras foram paralisadas nos dois governos que sucederam o Governador Montoro, nas gestões de Orestes Quércia e Luiz Antonio Fleury Filho, que destinaram os recursos orçamentários para outras prioridades.

Em 1995, ao assumir o governo paulista, Mário Covas, encontrou várias obras paradas havia vários anos e estabeleceu seu término como diretriz, antes de iniciar qualquer outra. Os movimentos sociais organizados da área da saúde exerceram forte pressão para que os hospitais fossem concluídos e entrassem em funcionamento. (BARATA, 2007)

A partir de 1998, o Governo do Estado de São Paulo, finalizou todas as obras iniciadas e inacabadas por Governos anteriores, colocando à disposição da população aproximadamente 3.900 leitos equipados, distribuídos em 18 hospitais, sendo 15 deles situados na periferia da Capital e da Região Metropolitana da Grande São Paulo e 03 no Interior do Estado, nas Regiões de Campinas, Bauru e Taubaté (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2007).

Destes, 13 são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e os outros 05 por meio de convênios, sendo que, para todos os hospitais, o instrumento de relacional é o Contrato de Gestão.

ALGUNS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS PARA GESTÃO PÚBLICA DO SUS

As críticas que se fazem ao SUS, traduzidas nas infundáveis filas, no atendimento desumano, na falta de leitos, exames, médicos, e medicamentos, não surgiram com o novo sistema de saúde. São, na realidade, conseqüências históricas de um modelo de atenção à saúde centrado na assistência médica. Todavia, é preciso se realçar que nesses vinte anos de SUS, se obtiveram resultados bastante positivos.

São exemplos: a erradicação da poliomielite, a queda acentuada do tétano acidental e neonatal, além da diminuição considerável de outras doenças evitáveis pela vacinação, aumento da cobertura da Atenção Básica, Programa Nacional de Imunizações, Programa DST; HIV, entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Outro grande desafio prende-se à área de recursos humanos, onde não só está o grande problema dos sistemas de saúde de hoje, como também a mais importante das soluções capaz de dirigir o sistema para sua finalidade fim, que é intervir nas condições sanitárias e proporcionar melhor qualidade de vida à população (SANTANA, 1996).

Há também um grande descompasso entre a necessidade e a oferta, a boa formação e a capacitação em número suficiente de profissionais para atuarem no âmbito do SUS. A evolução dos conhecimentos e a velocidade com que tem ocorrido estão a demandar do aparelho formador de todos os níveis e profissões de saúde uma agilidade não existente. De outro lado, tem restado aos serviços de saúde realizar este papel de “formador” e atualizador dos profissionais que necessita, situação esta que não tem ocorrido ou tem sido feito de maneira não adequada para garantir um funcionamento satisfatório dos serviços de saúde a que estão vinculados (FUNDAP, 2009).

Muitas das dificuldades pelas quais o modelo hegemônico de administração pública apresenta na área da administração hospitalar são resumidas, segundo LEVY (2004), em:

- ✓ *“Restrições fiscais que impediam a contratação de pessoal por concurso;*
- ✓ *Baixa remuneração de gerentes;*

- ✓ *Dificuldades de reposição de pessoal pelas regras convencionais da administração pública;*
- ✓ *Dificuldade em aplicar o pagamento por produtividade;*
- ✓ *A rigidez dos prazos e controles tradicionais da administração pública”.*

Essas dificuldades fizeram com que, ao longo das décadas de 70 e 80, novos modelos de gestão dos hospitais públicos fossem propostos para o Estado de São Paulo e alguns, implantados com relativo sucesso.

Dentre estes modelos destacaram-se a instituição de Fundações Privadas de Apoio à Administração de Hospitais Públicos e a transformação de alguns hospitais públicos da administração direta em Fundações Públicas com maior autonomia e agilidade administrativa (REVISTA SP GOV, 2004).

Estas experiências buscaram, ao longo das duas décadas, contornar as limitações legais impostas aos serviços públicos de saúde, que são gerenciados dentro do mesmo arcabouço jurídico, comum à administração pública.

É inegável que as Fundações de Apoio possibilitaram, a alguns hospitais públicos, condições especiais de gerenciamento que permitiram a essas unidades atingir graus de excelência reconhecido por todo o país (REVISTA SP GOV, 2004)

De qualquer forma, estas soluções tiveram o mérito de conseguir, por algum tempo, contornar as limitações legais impostas aos gerentes públicos de saúde.

Os arcabouços legais do início dos anos 90 do século passado, como a Lei nº 8.666/1993, que instituiu normas para as licitações e contratos da Administração Pública e a Lei Complementar nº. 82/95, que disciplina os limites das despesas com o funcionalismo público - Lei Camata (impossibilidade de gastar acima de 60% do Orçamento com pessoal, no caso dos Estados), Lei Orgânica da Saúde de São Paulo (proibição de terceirização da gerência de hospitais públicos estaduais e proibição de cobrança dos serviços oferecidos a particulares), fizeram com que a atuação das Fundações de Apoio viesse a ser questionada.

O papel que deve desempenhar o setor público na prestação dos serviços de saúde é um dos principais temas de debate nos processos de reforma dos sistemas de saúde e mais ainda quando o entorno econômico e orçamentário gera discussão sobre

quais devem ser os limites da atuação dos governos no contexto atual (NOGUEIRA, 2009).

Desta forma, a discussão que se desencadeia e a realidade dos processos de reforma, nos dão conta de que não é tão significativo centrar o debate em qual seria o melhor ou o pior sistema, mas sim que, de acordo com a realidade de cada país, o importante é como se desenvolvem as funções de planejamento, financiamento, compra e provisão de serviços de saúde e como se organizam instrumentalmente as relações entre a Administração, os prestadores de serviços, os profissionais e os cidadãos.

A maior parte dos sistemas de saúde dos diferentes países, tanto dos desenvolvidos como daqueles em desenvolvimento, estão enfrentando profundos processos de reforma que, a médio ou a longo prazos, podem transformar de forma significativa a estrutura, características, organização e formas de atuação dos mesmos. Também se vêem afetados por uma série de problemas similares, que influem em sua capacidade de desenvolvimento, viabilidade econômica e legitimação. Os desafios comuns que enfrentam os sistemas de saúde, justificam a busca de novos modelos que possam introduzir mecanismos de melhoria (FRENK; DANTÉS, 2009).

Segundo BARATA (2007),

“O desenvolvimento do SUS trouxe também enormes desafios ao país, entre os quais destaca-se a necessária ampliação do financiamento das ações e serviços do sistema, de modo a garantir a continuidade e ampliação dessa política.

Esse desafio é ainda maior em função do contexto econômico que tem acompanhado a implantação do SUS desde seu início: as limitações nas despesas e a capacidade de investimentos no setor saúde em todas as áreas do governo, resultado das crises econômico-financeiras e das exigências de ajustes macroeconômicos enfrentados pelo Brasil.”

Ainda segundo esse autor,

“Surgiram dificuldades para a manutenção do custeio da rede de serviços de saúde, especialmente na área hospitalar, do sistema de média e alta complexidade, que necessita de expansão para permitir o acesso

equitativo da população de diferentes regiões do país a estas ações.”

É nesse contexto que o Governo do Estado de São Paulo, na busca de alternativas para aperfeiçoar a prestação de serviços no SUS, encaminha à Assembléia Legislativa do Estado um Projeto de Lei, que mais tarde seria regulamentado na Lei Complementar nº. 846 de 04 de junho de 1998, (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE SP, 1998).

Todavia, na tramitação desse Projeto de Lei, surgiram críticas relacionadas ao modelo de gestão a ser empregado nesses hospitais, através das Organizações Sociais de Saúde – OSS’s, no que diz respeito aos seguintes tópicos:

- As OSS’s representam a privatização da saúde:
 - O atendimento prestado nas unidades não é público;
 - O patrimônio do hospital não é do Estado;
 - Os gestores públicos não definem os atendimentos que serão realizados.
- As OSS’s não estão submetidas ao controle social:
 - Os contratos não possuem acompanhamento do gestor público (SES/SP);
 - Ausência de comissão de avaliação externa;
- O êxito do modelo se deve a privilégios:
 - Recebem mais recursos financeiros;
 - Não existe controle das demandas de Pronto Socorro referenciado;
 - Escolha do parceiro sem licitação;
 - Resistência dos Sindicatos e outros que propõe modelo estatal de saúde.

AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Organização Social é uma qualificação dada às entidades privadas sem fins lucrativos (associações, fundações ou sociedades civis), que exerçam atividades de interesse público. Essas entidades depois de devidamente qualificadas adquirem condições para participar de convocação pública e firmar contrato de gestão com o governo estadual, passando a receber recursos orçamentários para administrar serviços, instalações e equipamentos do Poder Público.

O Governo do Estado de São Paulo, na gestão de Mario Covas, assumiu o Estado recebendo um pouco mais de uma dezena de hospitais cujas obras estavam paralisadas. Inicialmente, a parceria pensada visava encontrar mecanismos para firmar-se parcerias que permitissem ao Governo e à iniciativa privada concluir as obras e, *a posteriori*, a operacionalização desses hospitais.

A escolha desse modelo fez com que o Estado de São Paulo se tornasse o pioneiro nessa modalidade de gestão, permitindo que as unidades entrassem em funcionamento, o mais rápido possível, devido a uma demanda reprimida da população por serviços públicos de saúde, pela ausência e/ou insuficiência de recursos para investimento pelo governo estadual e porque estes hospitais se encontravam em regiões densamente povoadas, com baixo nível de renda média e populações superiores a 300.000 habitantes.

Os hospitais que foram escolhidos para esse modelo de gestão são: Carapicuíba, Diadema, Grajaú, Guarulhos, Itaim Paulista, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Pedreira, Pirajussara, Santo André e Vila Alpina.

A Lei Complementar nº. 846 de 04 de junho de 1998, do Estado de São Paulo, que trata da qualificação de entidades como organizações sociais, diz entre outros aspectos que:

- prestação de serviços exclusiva para os usuários do SUS;
- criação, pelo poder público, de um contrato de gestão que defina as metas e o tipo de assistência à saúde a ser desenvolvido;
- existência de uma comissão de avaliação dos contratos de gestão que realize o controle público do contrato, sendo composta por representantes do Conselho

Estadual de Saúde e demais membros escolhidos entre os que possuem experiência na área da saúde;

- prestação de contas controlada pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo; e

- exigência de que a entidade qualificada tenha experiência de pelo menos cinco anos na administração de serviços próprios de saúde.

As OSS devem cumprir todas as metas exigidas em contrato, tais como volume de produção de internações, atendimentos ambulatoriais e de urgência, indicadores de qualidade e de satisfação da população usuária dos serviços.

O CONTRATO DE GESTÃO

O contrato de gestão é o principal instrumento de relação entre as OSS e o Estado, definindo claramente as responsabilidades de cada um, o qual deve trazer, entre outras cláusulas:

- objetivos;
- metas;
- indicadores de produtividade;
- prazos para execução das metas estabelecidas e para vigência do contrato;
- critérios de avaliação de desempenho;
- condições para revisão, renovação, suspensão e rescisão; e penalidades aos administradores que descumprirem as determinações contratuais.

O contrato de gestão permite que o Estado possa aplicar as prioridades da política de saúde pública e aumentar a eficiência do prestador, além de descentralizar a gestão de forma que os prestadores possam dedicar-se à produção eficiente dos serviços definidos pelo poder público.

O contrato não apresenta uniformidade de tratamento nas várias leis que o contemplam, mas a sua finalidade básica é possibilitar a Administração Superior a fixação de metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada, a fim de permitir melhor o controle de resultados (VARGAS apud MEIRELLES, 2006).

Não se constitui num contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios, trata-se mais de um acordo operacional, um acordo de Direito Público, pelo qual o órgão superior da Administração Direta estabelece em conjunto com os dirigentes da entidade contratada, o programa de trabalho, com a fixação de objetivos a alcançar, prazos de execução, critérios de avaliação de desempenho, limites para as despesas, assim como o cronograma de liberação dos recursos previstos (VARGAS apud MEIRELLES, 2006).

A primeira versão do contrato de gestão celebrado entre a SES/SP e as OSS, vigorou de 1998 a dezembro de 2000 e sua elaboração atendeu às exigências da Lei Complementar nº. 846/98, definindo metas de produção e as formas de financiamento dos hospitais sob essa forma de gestão.

A partir de 2002 é estabelecido um novo modelo de contrato, apresentando as seguintes mudanças:

- sistema de pagamento vinculado à atividade assistencial (produção) por grandes linhas de produto e a indicadores relacionados com a qualidade, organização, eficiência e complexidade dos serviços;

- um orçamento econômico para cada hospital, decidido em consenso entre a SES, os níveis loco-regionais e a direção dos hospitais, independente do faturamento SUS;

- novos processos de registros mensais, fáceis de serem auditados;

- um quadro para controle econômico-financeiro com a homogeneização da terminologia e dos registros;

- uma comissão de acompanhamento para cada hospital;

- a criação de uma instância na SES responsável pela contratação de serviços de saúde.

Atualmente existem 21 hospitais, três ambulatórios, duas farmácias e três laboratórios de análises clínicas são administrados por esta forma de gerenciamento. Os novos hospitais colocaram a serviço do SUS cerca de 4.300 leitos no Estado de São Paulo.

CONSIDERAÇÕES

A partir dessas considerações históricas e teórico-conceituais sobre a gestão pública do SUS e as atuais políticas de gerenciamento de serviços hospitalares no Estado de São Paulo, há necessidade de se investigar a relação desses hospitais gerenciados na modalidade de OSS's com os sistemas locais de saúde.

Tal investigação visa identificar a efetiva capacidade que esse modelo possibilitou de responder às necessidades locais para a assistência hospitalar.

OBJETIVOS

Geral

Estudar a inserção de Hospitais sob modalidade de gestão de Organizações Sociais de Saúde, nos sistemas locais de saúde da região metropolitana de São Paulo, SP.

Específico

- Identificar o perfil tecnológico de hospitais, gerenciados por OSS's, localizados na Região Metropolitana da Grande São Paulo;
- Reconhecer o perfil de utilização pelo usuário desses Hospitais.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

Os dados a serem utilizados serão os do banco de dados de Autorização de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – BDAIH, no ano de 2008.

Serão abordados os principais indicadores sociais e de saúde das regiões em estudo, focando a análise nas variáveis faixa etária, local de residência e de internações realizadas, considerando como atendimentos locais os pacientes que procederem da área de referência a qual encontram-se situadas as citadas unidades de saúde.

Quanto ao levantamento do perfil tecnológico, utilizaremos como fonte o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Serão selecionados para este estudo 03 (três) unidades hospitalares, gerenciadas pela Modalidade de Gestão OSS's, que possuam aspectos semelhantes relativos à entrada do paciente em suas dependências e localizados na Região Metropolitana de São Paulo:

- Hospital Geral de Francisco Morato;
- Hospital Geral de Itaquaquecetuba;
- Hospital Geral de Itapeçerica da Serra;

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Região Metropolitana de São Paulo (RMSP)

O Brasil possui vinte e seis Regiões Metropolitanas (RM) devidamente aprovadas por lei. Estas regiões concentram aproximadamente: 34% da população brasileira, 84% da população urbana e são caracterizadas, muitas vezes, como grandes focos de violência, desemprego e principalmente de pobreza.

A Região Metropolitana de São Paulo, também conhecida como Grande São Paulo, é constituída por 39 municípios, que formam uma grande mancha urbana. Atualmente, conta com aproximadamente 20 milhões de habitantes, caracterizando-se pelo maior centro urbano do Brasil e da América do Sul, sendo a sexta maior área urbana do mundo.

Em 2006, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) impulsionou uma reordenação das Regiões de Saúde, tendo como referência o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº. 399 de 22/02/2006; Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SP) Deliberação nº. 153/2007 de 21/09/2007).

A delimitação de uma região compreende a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade, garantindo algum grau de resolubilidade no território e a pactuação inter-regiões ou macro-regionais é fundamental para a garantia da atenção da média e alta complexidade, sendo pactuada na CIB a partir da realidade de cada região.

Os 645 municípios do Estado de São Paulo, na área de saúde, estão atualmente distribuídos em 17 Departamentos Regionais de Saúde que apóiam as 64 Regiões de Saúde pactuadas.

O Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo (DRS I) atende aos limites geográficos da Região Metropolitana de São Paulo e agrega 39 municípios distribuídos em sete Regiões de Saúde: Região do Alto Tietê, Região de Franco da Rocha, Região de Guarulhos, Região dos Mananciais, Região da Rota dos Bandeirantes, Região do Grande ABC, e Região de São Paulo.

Os hospitais selecionados para este estudo estão nas seguintes Regiões de Saúde: Franco da Rocha, Alto Tietê e Mananciais.

REGIÃO DE SAÚDE DE FRANCO DA ROCHA

Condições de vida e saúde

A Região de Saúde de Franco da Rocha é formada pelos municípios de Caieiras, Cajamar, Franco da Rocha, Francisco Morato e Mairiporã.

Tabela 1 - Distribuição da População Residente, na RSFR, em 2007.

Município	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Caieiras	1.797	7.810	9.637	9.956	10.128	18.020	16.881	12.125	6.691	3.278	1.690	563	98.576
Cajamar	1.420	5.437	6.573	6.632	6.736	13.003	10.754	7.255	4.013	2.148	949	324	65.244
Francisco Morato	4.054	17.050	19.786	20.020	19.669	31.858	26.558	20.250	9.904	4.449	1.950	605	176.153
Franco da Rocha	2.460	9.985	11.991	12.474	14.216	25.346	19.276	15.408	8.792	4.390	2.267	734	127.339
Mairiporã	1.413	5.950	7.277	7.632	7.719	13.809	12.092	9.658	5.991	3.435	1.730	568	77.274
FRANCO DA ROCHA	11.144	46.232	55.264	56.714	58.468	102.036	85.561	64.696	35.391	17.700	8.586	2.794	544.586
%	2,0%	8,5%	10,1%	10,4%	10,7%	18,7%	15,7%	11,9%	6,5%	3,3%	1,6%	0,5%	100,0%
	42%					53%				5%			

Fonte: IBGE - DATASUS

Conforme pode ser verificado na tabela acima, a população residente da Região de Saúde de Franco da Rocha, em 2007, foi de 544.586 habitantes. A evolução da estrutura da população pode ser resumida em três grandes grupos etários: o grupo das crianças e jovens (0-19 anos), o grupo dos adultos ou potencialmente ativos (20-59 anos), e o dos idosos (60 anos e mais).

A Região de Saúde de Franco da Rocha possui apenas 21 Equipes de Saúde da Família, que são responsáveis pelo atendimento de 24.601 famílias, perfazendo o total de 94.036 pessoas devidamente cadastradas no Programa, na cobertura de 17,27% da população residente na região.

Tabela 2 - Equipes de Saúde da Família existentes na RSFR, em 2007.

Municípios e Regiões	Equipes	Famílias	Pessoas cadastradas	População	Pessoas atendidas por equipe	Cobertura Populacional
Caieiras	-	-	-	98.576	-	0%
Cajamar	5	4.802	17.539	65.244	3.508	26,88%
Francisco Morato	7	10.016	40.115	176.153	5.731	22,77%
Franco da Rocha	5	5.404	20.887	127.339	4.177	16,40%
Mairiporã	4	4.379	15.495	77.274	3.874	20,05%
Região de Franco da Rocha	-	24.601	94.036	544.586	-	17,27%

Fonte: CNES, SIAB e IBGE

Com relação aos leitos totais por mil habitantes e percentual de leitos gerais por mil habitantes é importante destacar que a Região de Saúde de Franco da Rocha, que possui índices 2,00 e 0,85, respectivamente, encontra-se abaixo dos níveis encontrados tanto na Região Metropolitana da Grande São Paulo, que são de 2,33 e 1,06, quanto com relação ao Estado de São Paulo, com índices de 2,57 e 1,19.

Tabela 3 – Distribuição de Leitos Totais, na RSFR, em 2007.

Municípios e Regiões	Leitos Totais	Leitos Totais SUS	% de Leitos SUS	Leitos Totais por hab (mil)	Leitos Gerais	Leitos Gerais SUS	População	% de Leitos Gerais por hab (mil)
Caieiras	124	32	25,81	1,26	124	32	98.576	0,32
Cajamar	72	72	100	1,10	57	57	65.244	0,87
Francisco Morato	193	193	100	1,10	193	193	176.153	1,10
Franco da Rocha	652	647	99,23	5,12	140	135	127.339	1,06
Mairiporã	48	48	100	0,62	48	48	77.274	0,62
Região de Franco da Rocha	1089	992	91,09	2,00	562	465	544.586	0,85
TOTAL DA REGIÃO METROPOLITANA	46540	26214	56,33	2,33	39763	21198	19.949.261	1,06
TOTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO	107054	68115	63,63	2,57	84743	49492	41.663.623	1,19

Fonte: CNES, IBGE

As internações hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, por causas sensíveis a atenção básica, constitui num novo indicador, utilizado em alguns países, para medir indiretamente o funcionamento e a capacidade de resolução da Atenção

Primária. No Brasil, recentemente foi publicada a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, que deverá ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e / ou da utilização hospitalar REHEM (2008).

Segundo o DRS I (2009), essas causas estão relacionadas à: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Gastroenterites Infecciosas e complicações, Anemia, Deficiências Nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Pneumonias bacterianas, Asma, Doenças Pulmonares, Hipertensão, Angina, Insuficiência cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Diabetes Melitus, Epilepsias, Infecção do rim e trato urinário, Infecção da pele e tecido subcutâneo, Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos, Úlcera gastrointestinal, Doenças relacionadas ao pré-natal e parto, na Região de Saúde de Franco da Rocha teve índice de 17,38% do total das internações por local de residência, muito parecido com o encontrado no Estado de São Paulo, que foi de 17,36%, porém acima do índice encontrado na Região Metropolitana da Grande São Paulo, de 15,85%.

Tabela 4 - Internações Hospitalares do SUS, por local de residência, em relação às causas sensíveis a atenção básica, na RSFR, 2007.

Região de Saúde por Município de Residência	Condições Sensíveis a Atenção Básica (CSAB)*	Total de internações	Internações por CSAB (%)
Caieiras	669	3.466	19,30%
Cajamar	519	3.265	15,90%
Francisco Morato	1.875	8.816	21,27%
Franco da Rocha	974	10.915	8,92%
Mairiporã	1.378	4.702	29,31%
Franco da Rocha	5.415	31.164	17,38%
RMGSP	165.117	1.041.657	15,85%
ESP	430.484	2.480.308	17,36%

Fonte: SIH

Tabela 5 - Sumário dos Indicadores de saúde da RSFR.

INDICADOR	DRS	FRANCO DA ROCHA	SÃO PAULO
Coefficiente de mortalidade Infantil (2007)	12,89	13,22	12,57
Coefficiente de mortalidade neonatal (2007)	8,46	7,4	8,2
Coefficiente de mortalidade pós neonatal (2007)	4,43	5,82	4,37
Coefficiente de mortalidade materna (2006)	29,68	36,39	28,56
Coefficiente de mortalidade por neoplasia maligna da mama (2006)	16,74	9,26	19,86
Coefficiente de mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero (2006)	3,91	3,33	4,53
Coefficiente de mortalidade por neoplasia maligna da próstata (2006)	11,94	8,74	13,94
Coefficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (2006)	179,1	151,31	194,85
Coefficiente de mortalidade por causas externas (2006)	61,18	71,06	58,48
Percentual de Óbitos Mal Definidos na População Branca (2006)	1,74	1,72	1,24
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Preta (2006)	2,52	2,14	1,8
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Parda (2006)	2,31	1,68	1,63
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Amarela (2006)	1,95	-	1,34
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Índigena (2006)	5,26	-	4,76
Mortalidade proporcional por causas mal definidas (2006)	1,92	1,72	1,35
Percentual Baixo peso ao nascer (< 1,5 Kg) (2007)	1,39	1,27	1,41
Percentual Baixo peso ao nascer (< 2,5 Kg) (2007)	8,99	9,06	8,87
Percentual de partos em menores de 19 anos (2007)	14,97	17,9	14,13
Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue (2007)	40	-	33,33
Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade (2007)	2,04	2,27	2,84
Prevalência de pacientes em diálise (2007)	59,99	36,54	69,58

Fonte: Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS I

Destaca-se que coeficientes como: mortalidade infantil, mortalidade pós-neonatal e de mortalidade materna são superiores aos registrados tanto no âmbito de Região Metropolitana de São Paulo, quanto no âmbito da Região de Saúde de São Paulo, assim como o percentual de partos em menores de 19 anos, o que nos leva a entender que se faz necessária interferência do poder público nos processos de

planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para a atenção relativa ao planejamento familiar, ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Outro coeficiente que nos chama bastante a atenção é o de mortalidade por causas externas. Este indicador, segundo a Organização Mundial de Saúde, engloba todos os tipos de acidentes, os suicídios e os homicídios e na região em referência foi 21,51% maior que na Região de Saúde de São Paulo e 16,15% maior que na área de abrangência do DRS I. Isto nos remete à constatação de que o poder público, além de precisar adotar providências para que essas mortes sejam evitadas, precisa também dotar as Unidades de Saúde com tecnologias e mecanismos apropriados para o atendimento desta clientela.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) engloba três dimensões: riqueza, educação e esperança média de vida. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população.

Em São Paulo desenvolveu-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) para que se possa estabelecer um ranking dos municípios.

Todos os indicadores são obtidos a partir do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O IDHM se situa entre 0 (zero) e 1 (um), os valores mais altos indicando níveis superiores de desenvolvimento humano. Para referência, segundo classificação do PNUD, os valores distribuem-se em 3 categorias:

- a. Baixo desenvolvimento humano, quando o IDHM for menor que 0,500;
- b. Médio desenvolvimento humano, para valores entre 0,500 e 0,800;
- c. Alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800.

Tabela 6 - Classificação dos municípios da RSFR no IDHM, 1991 – 2000.

Município	IDHM, 1991	IDHM, 2000	IDHM-Renda, 1991	IDHM-Renda, 2000	IDHM-Longevidade, 1991	IDHM-Longevidade, 2000	IDHM-Educação, 1991	IDHM-Educação, 2000
Caieiras (SP)	0,762	0,813	0,718	0,736	0,717	0,785	0,851	0,917
Cajamar (SP)	0,735	0,786	0,714	0,724	0,712	0,737	0,78	0,897
Francisco Morato (SP)	0,713	0,738	0,682	0,636	0,667	0,717	0,789	0,862
Franco da Rocha (SP)	0,736	0,778	0,699	0,692	0,717	0,766	0,792	0,876
Mairiporã (SP)	0,761	0,803	0,771	0,784	0,717	0,747	0,796	0,877

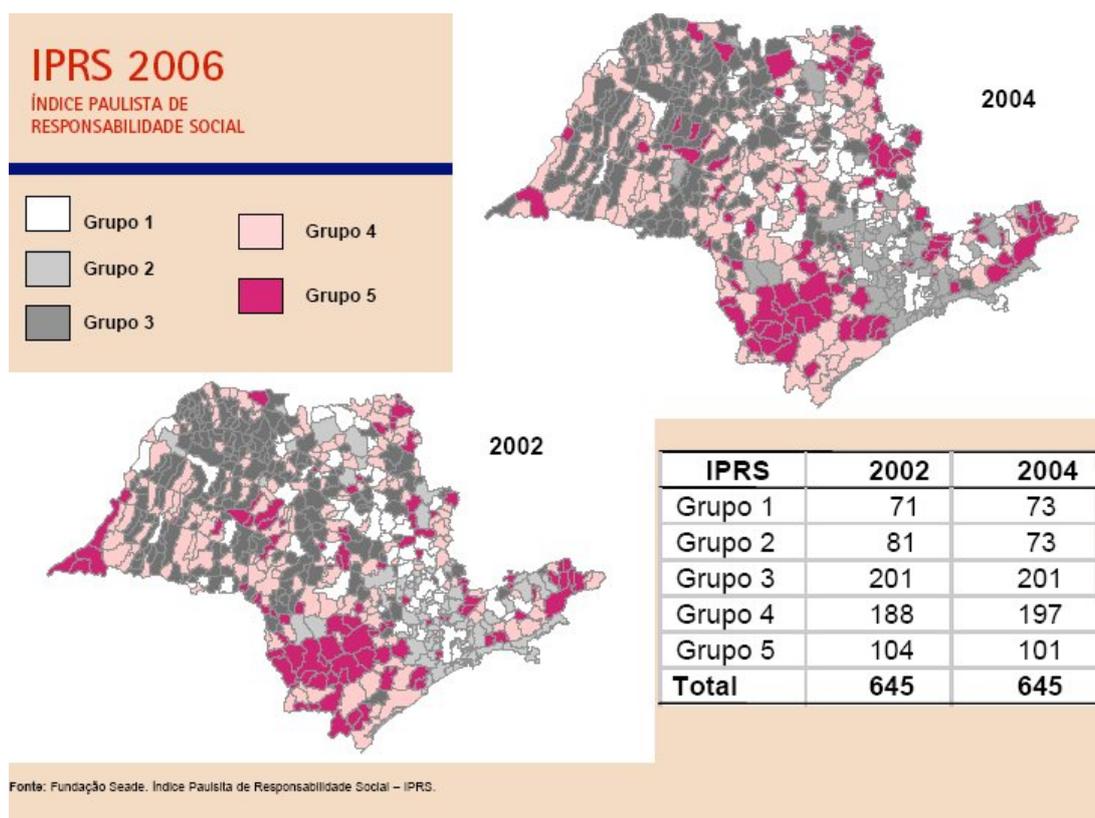
Fonte: PNUD

De acordo com o que pudemos observar, os municípios dessa Região de Saúde apresentaram melhorias nos quesitos analisados pelo IDH-M, todavia, apenas Mairiporã e Caieiras conseguiram melhorias significativas que os permitissem ser classificados com melhor se classificar num patamar melhor.

Outro índice utilizado para avaliar o desenvolvimento humano e social do município é o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS).

A Lei Estadual nº 10.765, de 19 de fevereiro de 2001, criou o IPRS. A metodologia para sua composição foi desenvolvida pela Fundação SEADE e considera as dimensões de riqueza, longevidade e escolaridade. Tais informações são de grande relevância para identificar as demandas e potencialidades de cada um dos 645 municípios do Estado (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE SP, 2001).

No IPRS, a reunião dos três indicadores coloca cada uma das cidades do Estado em um dos cinco grupos. Nos grupos 1 e 2, estão os municípios mais ricos; a diferença se dá pelos indicadores sociais – no grupo 1 estão os melhores e no grupo 2, os piores. Nos grupos 3, 4 e 5 estão os municípios mais pobres do Estado. Os que apresentam os melhores indicadores sociais estão no grupo 3; níveis intermediários de indicadores sociais ficam no grupo 4; e níveis ruins, no grupo 5.



Os municípios da Região de Saúde de Franco da Rocha foram enquadrados no IRPS, conforme tabela abaixo:

Tabela 7 – Classificação dos municípios da RSFR no IPRS, 2002 – 2004.

Município	2002	2004
<i>Caieiras</i>	2	2
<i>Cajamar</i>	2	2
<i>Francisco Morato</i>	5	5
<i>Franco da Rocha</i>	5	5
<i>Mairiporã</i>	2	2

Fonte: Assembléia Legislativa de SP

Caieiras, Cajamar e Mairiporã estão enquadrados no Grupo 2, enquanto que Francisco Morato e Franco da Rocha aparecem no grupo 5. Segundo a FUNDAÇÃO SEADE, o crescimento econômico fez com que todos os municípios tivessem

avanços, mas a diferença é que uns avançaram em proporção maior que outros e nivelaram por cima os grupos a que pertencem. Todavia, na Região em estudo, não foram verificados avanços significativos que pudessem alterar tal classificação em 2004, que foi a mesma obtida em 2002.

HOSPITAL ESTADUAL Prof. CARLOS DA SILVA LACAZ, DE FRANCISCO MORATO

O Hospital Estadual Prof. Carlos da Silva Lacaz, de Francisco Morato, possui uma área construída de 4,8 mil m². Conta com pronto-socorro e ambulatório, setor de diagnóstico com raios-x, ultrassonografia, eletrocardiograma e tomografia, farmácia e centros obstétrico e cirúrgico (DRS I).

A unidade conta com 99 leitos e serve de referência para a região em maternidade de alto risco, em traumatologia e neurocirurgia, beneficiando cerca de 545 mil habitantes dos municípios de Franco da Rocha, Francisco Morato, Caieiras, Cajamar e Mairiporã. Dos leitos existentes, 66 são destinados para clínica cirúrgica, pediatria e obstetrícia; e 33 para UTI de adulto, infantil e neonatal. O Hospital realiza atendimento de urgência e emergência, internações nessas especialidades, exames e pequenas cirurgias (CNES, 2009).

Produção Hospitalar

A Tabela a seguir caracteriza os locais onde a população residente nos Municípios da Região de Saúde de Franco da Rocha está sendo atendida em suas necessidades hospitalares.

Tabela 8 – Distribuição das AIH's pagas, na RSFR, em 2008

Hospitais	AIHs_Pagas	%
LAR ASSISTENCIAL S.BENEDITO	4805	19,8%
SES HOSP CLIN FRANCO DA ROCHA	4121	17,0%
SES COMPL.HOSPITALAR JUQUERY	3882	16,0%
OSS HOSP EST FRANCISCO MORATO	3577	14,7%
HOSPE MATERNIDADE MAIRIPORA	3022	12,4%
HOSP ENF.ANTONIO POLICARPIO DE OLIVEIRA	2598	10,7%
UNID MISTA DE FRANCO DA ROCHA	859	3,5%
EMED SERV MED E HOSPITALARES SC LTDA	835	3,4%
UNID MISTA ROSA STA P.AGUIAR	603	2,5%
Total	24302	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

Da análise, podemos observar que os Hospitais próprios da Secretaria de Estado da Saúde e Unidades existentes nos Municípios daquela Região de Saúde foram responsáveis pelo atendimento de 53,7% de todas as AIH's pagas no exercício de 2008 e que as Entidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde procederam ao atendimento de 46,3%.

Com relação ao atendimento prestado especificamente pelo Hospital Estadual de Francisco Morato, podemos observar que o mesmo foi responsável por prestar serviços de atendimento médico para 14,7% de toda a demanda originada naquela Região de Saúde.

Destes atendimentos que foram prestados pelo Hospital acima referido, 47,5% foram para pacientes residentes no próprio Município de Francisco Morato e apenas 10,1% dos atendimentos ali realizados foram para municípios que não se encontram incluídos na Região de Saúde de Franco da Rocha, conforme podemos observar no Quadro abaixo:

Tabela 9 – Distribuição das AIH's pagas por município de residência da RSFR, no HEFM, em 2008.

Município	AIHs_Pagas	%
Francisco Morato	1699	47,5%
Franco da Rocha	590	16,5%
Caieiras	350	9,8%
Mairiporã	339	9,5%
Cajamar	238	6,7%
Outros	361	10,1%
Total	3577	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH

Ainda com relação a esses atendimentos, elaboramos a tabela abaixo onde dividimos entre 5 especialidades os atendimentos prestados pela Unidade, devidamente classificados de acordo com três grupos etários, onde constatamos que o perfil de internação desses pacientes naquele Hospital foi cirúrgico, uma vez que representou 49,1% do total de AIH's, voltado especialmente para a população adulta, compreendida entre 20 e 59 anos, visto terem sido atendidas nesta especialidade, 31,9% dos casos.

Tabela 10 - Distribuição das AIH's pagas por especialidade e faixa etária da RSFR, no HEFM, em 2008.

Especialidade	0 - 19 anos	20 - 59 anos	60 anos e mais	Total	%
01-Cirúrgico	269	1142	344	1755	49,1%
02-Obstétricos	129	532	0	661	18,5%
03-Clínico	119	335	132	586	16,4%
07-Pediátricos	575	0	0	575	16,1%
Total	1092	2009	476	3577	100,0%
%	30,5%	56,2%	13,3%	100,0%	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

REGIÃO DE SAÚDE DOS MANANCIAIS (RSM)

A Região de Saúde dos Mananciais é composta pelos municípios de Cotia, Embu, Embu-Guaçu, Itapeverica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista

Tabela 11 - Distribuição da População Residente, na RSM, em 2007.

Município	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Cotia	3.514	14.453	17.626	8.358	19.915	34.339	29.837	23.384	12.229	6.382	3.077	1.211	184.325
Embu	5.390	22.026	24.841	5.566	27.839	51.391	39.613	28.958	15.851	6.628	2.578	945	251.626
Embu-Guaçu	1.501	6.093	7.318	.675	7.962	13.777	11.150	8.507	5.334	3.033	1.548	577	74.475
Itapeccerica da Serra	3.617	14.760	17.128	7.355	18.152	32.605	26.609	19.141	10.000	4.839	2.184	768	167.158
Juquitiba	709	2.878	3.452	.554	3.262	5.752	4.672	3.198	2.213	1.430	680	178	31.978
São Lourenço da Serra	324	1.363	1.663	.699	1.685	2.910	2.442	1.811	1.130	718	326	119	16.190
Taboão da Serra	4.558	17.941	20.988	2.371	24.616	45.321	38.425	27.877	15.405	7.668	3.304	1.122	229.596
Vargem Grande Paulista	927	3.756	4.590	.976	5.089	8.685	7.638	5.680	3.032	1.625	749	242	46.989
MANANCIAIS	20.540	83.270	97.606	01.554	108.520	194.780	160.386	118.556	65.194	32.323	14.446	5.162	1.002.337
	2,0%	8,3%	9,7%	0,1%	10,8%	19,4%	16,0%	11,8%	6,5%	3,2%	1,4%	0,5%	100,0%
	41%				54%				5%				

Fonte: IBGE – DATASUS

Conforme podemos verificar na tabela acima, a população residente da Região de Saúde dos Mananciais, em 2007, foi de 1.002.337 habitantes. A evolução da estrutura da população pode ser resumida em três grandes grupos etários: o grupo das crianças e jovens (0-19 anos), o grupo dos adultos ou potencialmente ativos (20-59 anos), e o dos idosos (60 anos e mais).

A Região de Saúde dos Mananciais possui apenas 22 Equipes de Saúde da Família, que são responsáveis pelo atendimento de 29.216 famílias, perfazendo o total de 107.324 pessoas devidamente cadastradas no Programa, na cobertura de 10,71% da população residente na região.

Tabela 12 - Equipes de Saúde da Família existentes na Região dos Mananciais, em dezembro 2007.

Municípios e Regiões	Equipes	Famílias	Pessoas cadastradas	População	Pessoas atendidas por equipe	Cobertura Populacional
Cotia	-	-	-	184.325	-	0%
Embu	-	-	-	251.626	-	0%
Embu-Guaçu	-	-	-	74.475	-	0%
Itapecerica da Serra	-	-	-	167.158	-	0%
Juquitiba	6	7.176	25.832	31.978	4.305	80,78%
São Lourenço da Serra	3	7.141	25.320	16.190	8.440	156,39%
Taboão da Serra	8	8.773	33.417	229.596	4.177	14,55%
Vargem Grande Paulista	5	6.126	22.755	46.989	4.551	48,43%
Região dos Mananciais	-	29.216	107.324	1.002.337	-	10,71%

Fonte: CNES, SIAB e IBGE (www.datasus.gov.br)

Com relação aos leitos totais por mil habitantes e percentual de leitos gerais por mil habitantes é importante destacar que esta Região de Saúde, que possui índices 1,38 e 0,74, respectivamente, encontra-se abaixo dos níveis encontrados tanto na Região Metropolitana da Grande São Paulo, que são de 2,33 e 1,06, quanto com relação ao Estado de São Paulo, com índices de 2,57 e 1,19.

Tabela 13 – Distribuição dos Leitos Totais, na RSM, em 2007.

Municípios e Regiões	Leitos Totais	Leitos Totais SUS	% de Leitos SUS	Leitos Totais por hab (mil)	Leitos Gerais	Leitos Gerais SUS	População	% de Leitos Gerais por hab (mil)
Cotia	300	190	63,33	1,63	188	110	184.325	0,60
Embu	70	70	100	0,28	70	70	251.626	0,28
Embu-Guaçu	15	15	100	0,20	15	15	74.475	0,20
Itapecerica da Serra	385	295	76,62	2,30	231	201	167.158	1,20
Juquitiba	24	24	100	0,75	24	24	31.978	0,75
São Lourenço da Serra	0	0	0	0	0	0	16.190	0,00
Taboão da Serra	587	351	59,80	2,56	378	323	229.596	1,41
Vargem Grande Paulista	0	0	0	0	0	0	46.989	0,00
Região dos Mananciais	1381	945	68,43	1,38	906	743	1.002.337	0,74
TOTAL DA REGIÃO METROPOLITANA	46540	26214	56,33	2,33	39763	21198	19.949.261	1,06
TOTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO	107054	68115	63,63	2,57	84743	49492	41.663.623	1,19

Fonte: CNES, IBGE

As internações hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, por causas relacionadas à atenção básica, já descritas por REHEM(2008) e pelo DRS I(2009), possuem a distribuição que segue na Tabela abaixo, na Região de Saúde dos Mananciais.

Tabela 14 - Internações Hospitalares do SUS, por local de residência, em relação às causas sensíveis a atenção básica, na RSM, em 2007.

Região de Saúde por Município de Residência	Condições Sensíveis a Atenção Básica (CSAB)*	Total de internações	Internações por CSAB (%)
Cotia	1.077	7.739	13,92%
Embu	2.197	16.025	13,71%
Embu-Guaçu	534	3.856	13,85%
Itapeverica da Serra	1.411	10.641	13,26%
Juquitiba	211	1.789	11,79%
São Lourenço da Serra	106	780	13,59%
Taboão da Serra	2.459	16.010	15,36%
Vargem Grande Paulista	157	1.437	10,93%
Mananciais	8.152	58.277	13,99%
RMGSP	165.117	1.041.657	15,85%
ESP	430.484	2.480.308	17,36%

Fonte: SIH

Tabela 15 – Sumário dos Indicadores de Saúde, na RSM

INDICADOR	DRS	MANANCIAIS	SÃO PAULO
Coefficiente de mortalidade Infantil (2007)	12,89	13	12,57
Coefficiente de mortalidade neonatal (2007)	8,46	8,07	8,2
Coefficiente de mortalidade pós neonatal (2007)	4,43	4,93	4,37
Coefficiente de mortalidade materna (2006)	29,68	52,23	28,56
Coefficiente de mortalidade por neoplasia maligna da mama (2006)	16,74	13,9	19,86
Coefficiente de mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero (2006)	3,91	5,29	4,53
Coefficiente de mortalidade por neoplasia maligna da próstata (2006)	11,94	7,73	13,94
Coefficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (2006)	179,1	159,33	194,85
Coefficiente de mortalidade por causas externas (2006)	61,18	74,43	58,48
Percentual de Óbitos Mal Definidos na População Branca (2006)	1,74	1,92	1,24
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Preta (2006)	2,52	1,31	1,8
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Parda (2006)	2,31	1,42	1,63
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Amarela (2006)	1,95	3,03	1,34
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Indígena (2006)	5,26	-	4,76
Mortalidade proporcional por causas mal definidas (2006)	1,92	1,78	1,35
Percentual Baixo peso ao nascer (< 1,5 Kg) (2007)	1,39	1,46	1,41
Percentual Baixo peso ao nascer (< 2,5 Kg) (2007)	8,99	9,09	8,87
Percentual de partos em menores de 19 anos (2007)	14,97	16,45	14,13
Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue (2007)	40	100	33,33
Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade (2007)	2,04	-	2,84
Prevalência de pacientes em diálise (2007)	59,99	46,49	69,58

Fonte: Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS I

Destaca-se que alguns coeficientes como: de mortalidade infantil, de mortalidade neonatal e de mortalidade pós-neonatal acompanharam, com pouca variação, os índices registrados no âmbito de atuação do DRS I e na Região de Saúde de São Paulo, não sendo observadas grandes variações. Um índice que se destacou negativamente foi o de mortalidade materna. A morte materna é definida como sendo

a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Desta forma, verificou-se que o indicador de mortalidade materna apresentou uma variação de aproximadamente 180% em relação às demais regiões comparadas.

Outro coeficiente que nos chama bastante a atenção é o de Mortalidade por causas externas. Este indicador, segundo a Organização Mundial de Saúde, engloba todos os tipos de acidentes, os suicídios e os homicídios e na região em referência foi 15,95% maior que na Região de Saúde de São Paulo e 13,25% maior que na área de abrangência do DRS I. Isto nos remete à mesma constatação encontrada na Região de Saúde de Franco da Rocha de que o poder público, além de precisar adotar providências para que essas mortes sejam evitadas, precisa também dotar as Unidades de Saúde com tecnologias e mecanismos apropriados para o atendimento desta clientela.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, já definido anteriormente, na Região de Saúde dos Mananciais, apresentou a seguinte classificação:

Tabela 16 - Classificação dos Municípios da RSM, no IDHM, 1991- 2000.

Município	IDHM, 1991	IDHM, 2000	IDHM- Renda, 1991	IDHM- Renda, 2000	IDHM- Longevidade, 1991	IDHM- Longevidade, 2000	IDHM- Educação, 1991	IDHM- Educação, 2000
Cotia	0,787	0,826	0,772	0,786	0,754	0,778	0,834	0,913
Embu-Guaçu	0,73	0,811	0,7	0,723	0,696	0,823	0,793	0,888
Embu	0,749	0,772	0,725	0,691	0,718	0,75	0,805	0,874
Itapeccica da Serra	0,747	0,783	0,748	0,712	0,696	0,761	0,798	0,877
Juquitiba	0,668	0,754	0,628	0,666	0,703	0,75	0,674	0,845
São Lourenço da Serra	0,722	0,771	0,681	0,687	0,762	0,778	0,724	0,849
Taboão da Serra	0,767	0,809	0,737	0,754	0,718	0,778	0,846	0,894
Vargem Grande Paulista	0,738	0,802	0,695	0,723	0,699	0,783	0,82	0,9

Fonte: PNUD

De acordo com o que pudemos observar, os municípios dessa Região de Saúde apresentaram pequenas melhorias nos quesitos analisados pelo IDH-M, uma vez que Cotia, Embu Guaçu, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista conseguiram ser

classificados em um patamar superior ao da análise anterior, todavia, destaca-se que ainda se encontra ainda no liame entre um e outro patamar.

Os municípios da Região de Saúde dos Mananciais foram enquadrados no IPRS, conforme tabela abaixo:

Tabela 17 – Classificação dos Municípios da RSM, no IPRS, 2002- 2004.

Município	2002	2004
<i>Cotia</i>	2	2
<i>Embu</i>	2	2
<i>Embu-Guaçu</i>	5	2
<i>Itapecerica da Serra</i>	2	2
<i>Juquitiba</i>	2	2
<i>São Lourenço da Serra</i>	2	2
<i>Taboão da Serra</i>	2	2
<i>Vargem Grande Paulista</i>	2	2

Fonte: Assembléia Legislativa de SP.

Todos os Municípios da Região de Saúde dos Mananciais foram classificados, em 2004, no Grupo 2 do IPRS. Nos grupos 1 e 2, estão os municípios mais ricos; a diferença se dá pelos indicadores sociais – no grupo 1 estão os melhores e no grupo 2, os piores, situação que praticamente continua a mesma se comparada ao exercício de 2002, quando somente o Município de Embu-Guaçu encontrava-se no Grupo 5. Segundo a FUNDAÇÃO SEADE, o crescimento econômico fez com que todos os municípios tivessem avanços, mas a diferença é que uns avançaram em proporção maior que outros e nivelaram por cima os grupos a que pertencem.

HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA

O Hospital Geral de Itapecerica da Serra (HGIS) foi inaugurado em 1998.

A unidade conta com 187 leitos e serve de referência para a região em cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, endoscopia, obstetria de baixo e alto riscos, neuroclínica, ortopedia/trauma, tomografia e UTI adulto, pediátrica e neonatal e tomografia, beneficiando cerca de 1.000.000 de habitantes dos municípios da Região de Saúde dos Mananciais (DRS I, 2009)

Dos leitos existentes, 70 são destinados para clínica cirúrgica, pediatria e obstetrícia; 29 para clínica geral; 44 para UTI de adulto, infantil e neonatal; 22 para obstetrícia clínica e cirúrgica, 12 para pediatria clínica e 10 para hospital-dia.(CNES, 2009)

Produção Hospitalar

A tabela a seguir caracteriza os locais onde a população residente nos Municípios da Região de Saúde dos Mananciais está sendo atendida em suas necessidades hospitalares.

Tabela 18 – Distribuição das AIH's pagas, na RSM, em 2008.

Hospitais	AIHs_Pagas	%
HOSPITAL DA GRACA S/C LTDA	1.036	2,4%
HOSPITAL DE COTIA	1.705	3,9%
HOSPITAL STA MONICA S/C LTDA	1.057	2,4%
OSS HOSP DE PIRAJUSSARA	15.308	34,9%
OSS HOSP ITAPECERICA DA SERRA	12.786	29,1%
PS E MAT DE ITAPECERICA DA SERRA	2.626	6,0%
UMS DE JUQUITIBA	2	0,0%
UMS IRMA ANETTE M.F.DE MELLO	760	1,7%
UNID MISTA DE SAUDE DE EMBU-GUACU	591	1,3%
UNID MISTA DE TABOAO DA SERRA	4.907	11,2%
UNID MISTA E MAT CENTRAL	3.119	7,1%
Total	43.897	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

Da análise, podemos observar que somente os dois Hospitais próprios da Secretaria de Estado da Saúde responsáveis pelo atendimento de 64% de todas as AIH's pagas no exercício de 2008 na região de saúde em estudo e que as Unidades Municipais e as Entidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde procederam ao atendimento do e 36%.

Com relação ao atendimento prestado especificamente pelo HGIS, observa-se que foi responsável por prestar serviços de atendimento médico para 29,1% de toda a demanda originada naquela Região de Saúde.

Destes atendimentos que foram prestados pelo Hospital acima referido, 46,9% foram para pacientes residentes no próprio Município de Itapeçerica da Serra e

apenas 15,9% dos atendimentos ali realizados foram para municípios que não se encontram incluídos na Região de Saúde dos Mananciais, conforme podemos observar no Quadro abaixo:

Tabela 19 – Distribuição das AIH's pagas, por município de residência da RSM, no HGIS, em 2008.

Municípios	AIHs_Pagas	%
Itapecerica da Serra	5993	46,9%
Embu-Guaçu	2206	17,3%
Juquitiba	1321	10,3%
São Paulo	1098	8,6%
São Lourenço da Serra	596	4,7%
Osasco	404	3,2%
Cotia	344	2,7%
Embu	286	2,2%
Outros	105	4,1%
Total	12765	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

Ainda com relação a esses atendimentos, elaboramos a tabela abaixo onde dividimos entre 5 especialidades os atendimentos prestados pela Unidade, devidamente classificados de acordo com três grupos etários, onde constatamos que o perfil de internação desses pacientes naquele Hospital foi cirúrgico, uma vez que representou 42,4% do total de AIH's, voltado especialmente para a população adulta, compreendida entre 20 e 59 anos, visto terem sido atendidos nesta especialidade, 51,2% dos casos.

Tabela 20 – Distribuição das AIH's pagas, por especialidade e faixa etária, da RSM, no HGIS, em 2008.

Especialidade	0 - 19 anos	20 - 59 anos	60 anos e mais	Total	%
01-Cirúrgico	1.457	3.093	875	5.425	42,4%
02-Obstétricos	410	1.497		1.907	14,9%
03-Clínic	381	1.913	1.468	3.762	29,4%
07-Pediátricos	1.291	24	10	1.325	10,4%
09-Leito Dia / Cirúrgicos	293	24	50	367	2,9%
Total	3.832	6.551	2.403	12.786	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

REGIÃO DE SAÚDE DO ALTO TIETÊ (RSAT)

A Região de Saúde do Alto Tietê é formada pelos municípios de Arujá, Biritiba-Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis; Santa Isabel e Suzano.

Tabela 21 - Distribuição da População Residente, na RSAT, em 2007.

Município	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais	Total
Arujá	1.571	6.352	7.666	8.100	8.359	14.206	12.168	9.852	4.956	2.552	1.296	455	77.533
Biritiba-Mirim	603	2.616	3.126	3.195	3.218	5.293	4.406	3.138	2.344	1.581	706	230	30.456
Ferraz de Vasconcelos	3.937	16.162	19.203	19.086	18.973	34.163	29.600	20.885	10.977	5.438	2.435	833	181.692
Guararema	421	1.925	2.476	2.513	2.501	4.435	3.744	3.007	2.002	1.220	722	291	25.257
Itaquaquecetuba	8.658	34.344	41.016	40.522	39.248	67.406	58.960	40.421	19.798	9.079	4.021	1.338	364.811
Mogi das Cruzes	7.255	29.320	35.328	37.029	38.047	67.454	60.265	46.353	28.309	17.415	8.964	3.051	378.790
Poá	2.183	8.858	10.874	11.746	11.734	20.037	18.105	13.993	7.749	4.194	2.167	751	112.391
Salesópolis	319	1.319	1.577	1.759	1.616	2.865	2.580	1.852	1.318	984	547	172	16.908
Santa Isabel	932	3.751	4.641	4.974	5.007	8.483	7.616	5.770	3.690	2.287	1.110	386	48.647
Suzano	5.925	24.322	28.699	29.835	30.379	52.667	45.516	34.168	19.208	10.517	5.235	1.647	288.118
TOTAL	31.804	128.969	154.606	158.759	159.082	277.009	242.960	179.439	100.351	55.267	27.203	9.154	1.524.603
	2,1%	8,5%	10,1%	10,4%	10,4%	18,2%	15,9%	11,8%	6,6%	3,6%	1,8%	0,6%	100,0%
		42%				52%				6%			

Fonte: IBGE –DATASUS

Conforme podemos verificar na tabela acima, a população residente da Região de Saúde do Alto Tietê, em 2007, foi de 1.524.603 habitantes. A evolução da estrutura da população pode ser resumida em três grandes grupos etários: o grupo das crianças e jovens (0-19 anos), o grupo dos adultos ou potencialmente ativos (20-59 anos), e o dos idosos (60 anos e mais).

A Região de Saúde do Alto Tietê possui apenas 32 Equipes de Saúde da Família, que são responsáveis pelo atendimento de 34.052 famílias, perfazendo o total de 131.89307 pessoas devidamente cadastradas no Programa, proporcionando uma cobertura de 8,65% da população residente na região.

Tabela 22 - Equipes de Saúde da Família existentes na RSAT, 2007.

Municípios e Regiões	Equipes	Famílias	Pessoas cadastradas	População	Pessoas atendidas por equipe	Cobertura Populacional
Arujá	-	-	-	77.533	-	0%
Biritiba-Mirim	2	2.888	11.177	30.456	5.589	36,70%
Ferraz de Vasconcelos	6	6.705	25.995	181.692	4.333	14,31%
Guararema	-	-	-	25.257	-	0%
Itaquaquetuba	8	9.113	35.543	364.811	4.443	9,74%
Mogi das Cruzes	6	6.574	26.184	378.790	4.364	6,91%
Poá	7	5.936	22.639	112.391	3.234	20,14%
Salesópolis	-	-	-	16.908	-	0%
Santa Isabel	-	-	-	48.647	-	0%
Suzano	3	2.836	10.355	288.118	3.452	3,59%
Região do Alto Tietê	-	34.052	131.893	1.524.603	-	8,65%

Fonte: CNES, SIAB e IBGE

Com relação aos leitos totais por mil habitantes e percentual de leitos gerais por mil habitantes é importante destacar que esta Região de Saúde, que possui índices 1,45 e 0,95, respectivamente, encontra-se abaixo dos níveis encontrados tanto na Região Metropolitana da Grande São Paulo, que são de 2,33 e 1,06, quanto com relação ao Estado de São Paulo, com índices de 2,57 e 1,19.

Tabela 23 – Distribuição dos Leitos Totais, na RSAT, em 2007.

Municípios e Regiões	Leitos Totais	Leitos Totais SUS	% de Leitos SUS	Leitos Totais por hab (mil)	Leitos Gerais	Leitos Gerais SUS	População	% de Leitos Gerais por hab (mil)
Arujá	49	0	0	0,63	47	0	77.533	0,00
Biritiba-Mirim	14	14	100	0,46	14	14	30.456	0,46
Ferraz de Vasconcelos	222	222	100	1,22	222	222	181.692	1,22
Guararema	41	16	39,02	1,62	41	16	25.257	0,63
Itaquaquetuba	274	274	100	0,75	257	257	364.811	0,70
Mogi das Cruzes	1107	782	70,64	2,92	1036	719	378.790	1,90
Poá	14	14	100	0,12	14	14	112.391	0,12
Salesópolis	24	19	79,17	1,42	24	19	16.908	1,12
Santa Isabel	108	96	88,89	2,22	108	96	48.647	1,97
Suzano	355	209	58,87	1,23	241	95	288.118	0,33
Região do Alto Tietê	2208	1646	74,55	1,45	2004	1452	1.524.603	0,95
REGIÃO METROP.	46540	26214	56,33	2,33	39763	21198	19.949.261	1,06
TOTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO	107054	68115	63,63	2,57	84743	49492	41.663.623	1,19

Fonte: CNES, IBGE

As internações hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS, por causas relacionadas à atenção básica, já descritas por REHEM(2008) e pelo DRS I(2009), possuem a distribuição que segue na Tabela abaixo, na Região de Saúde do Alto Tietê.

Tabela 24 - Internações Hospitalares do SUS, por local de residência, em relação às causas sensíveis a atenção básica, na RSAT, em 2007.

Região de Saúde por Município de Residência	Condições Sensíveis a Atenção Básica (CSAB)*	Total de internações	Internações por CSAB (%)
Arujá	244	1.806	13,51%
Biritiba-Mirim	361	1.586	22,76%
Ferraz de Vasconcelos	1.930	10.067	19,17%
Guararema	442	1.778	24,86%
Itaquaquecetuba	2.157	16.380	13,17%
Mogi das Cruzes	3.628	23.448	15,47%
Poá	998	5.860	17,03%
Salesópolis	651	1.562	41,68%
Santa Isabel	761	3.253	23,39%
Suzano	1.044	11.462	9,11%
Alto do Tietê	12.216	77.202	15,82%
RMGSP	165.117	1.041.657	15,85%
ESP	430.484	2.480.308	17,36%

Fonte: SIH

Tabela 25 – Sumário dos Indicadores de Saúde, na RSAT

INDICADOR	DRS	ALTO DO TIETÊ	SÃO PAULO
Coeficiente de mortalidade Infantil (2007)	12,89	13,65	12,57
Coeficiente de mortalidade neonatal (2007)	8,46	8,77	8,2
Coeficiente de mortalidade pós neonatal (2007)	4,43	4,88	4,37
Coeficiente de mortalidade materna (2006)	29,68	34,55	28,56
Coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna da mama (2006)	16,74	8,94	19,86
Coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero (2006)	3,91	2,72	4,53
Coeficiente de mortalidade por neoplasia maligna da próstata (2006)	11,94	9,7	13,94
Coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (2006)	179,1	127,18	194,85
Coeficiente de mortalidade por causas externas (2006)	61,18	62,9	58,48
Percentual de Óbitos Mal Definidos na População Branca (2006)	1,74	9,41	1,24
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Preta (2006)	2,52	14,37	1,8
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Parda (2006)	2,31	12,98	1,63
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Amarela (2006)	1,95	7,98	1,34
Percentual de Óbitos Mal Definidos População Indígena (2006)	5,26	100	4,76
Mortalidade proporcional por causas mal definidas (2006)	1,92	10,64	1,35
Percentual Baixo peso ao nascer (< 1,5 Kg) (2007)	1,39	1,29	1,41
Percentual Baixo peso ao nascer (< 2,5 Kg) (2007)	8,99	9,29	8,87
Percentual de partos em menores de 19 anos (2007)	14,97	18,49	14,13
Taxa de letalidade por febre hemorrágica de dengue (2007)	40	-	33,33
Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos de idade (2007)	2,04	1,93	2,84
Prevalência de pacientes em diálise (2007)	59,99	49,78	69,58

Fonte: Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS I

Destaca-se que alguns coeficientes como: de mortalidade infantil, de mortalidade neonatal e de mortalidade pós-neonatal acompanharam, com pouca variação, os índices registrados no âmbito de atuação do DRS I e na Região de Saúde de São Paulo, não sendo observadas grandes variações. Um índice que se destacou negativamente foi o de mortalidade materna.

Verificou-se que o indicador de mortalidade materna apresentou uma variação de 18,8% em relação à média das demais regiões comparadas.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, já definido anteriormente, na Região de Saúde dos Mananciais, apresentou a seguinte classificação:

Tabela 26 - Classificação dos Municípios da RSAT, no IDHM, 1991- 2000.

Município	IDHM, 1991	IDHM, 2000	IDHM-Renda, 1991	IDHM-Renda, 2000	IDHM-Longevidade, 1991	IDHM-Longevidade, 2000	IDHM-Educação, 1991	IDHM-Educação, 2000
Arujá	0,745	0,788	0,72	0,745	0,705	0,727	0,811	0,893
Biritiba-Mirim	0,7	0,75	0,667	0,688	0,67	0,739	0,764	0,824
Ferraz de Vasconcelos	0,713	0,772	0,663	0,674	0,67	0,755	0,806	0,887
Guararema	0,705	0,798	0,672	0,752	0,687	0,792	0,756	0,851
Itaquaquetuba	0,704	0,744	0,648	0,651	0,67	0,702	0,795	0,88
Mogi das Cruzes	0,763	0,801	0,741	0,767	0,697	0,725	0,85	0,91
Poá	0,765	0,806	0,69	0,726	0,746	0,768	0,86	0,925
Salesópolis	0,695	0,748	0,649	0,698	0,69	0,725	0,745	0,822
Santa Isabel	0,701	0,766	0,65	0,709	0,705	0,727	0,749	0,863
Suzano	0,734	0,775	0,702	0,719	0,67	0,713	0,831	0,892

Fonte: PNUD

De acordo com o que pudemos observar, os municípios dessa Região de Saúde apresentaram pequenas melhorias nos quesitos analisados pelo IDH-M, e somente Mogi das Cruzes e Poá conseguiram ser classificados em um patamar superior ao da análise anterior, todavia, destaca-se que ainda se encontram no liame entre um e outro patamar.

Os municípios da Região de Saúde dos Mananciais foram enquadrados no IPRS, conforme tabela abaixo:

Tabela 27 – Classificação dos Municípios da RSAT, no IPRS, 2002- 2004.

Município	2002	2004
<i>Arujá</i>	2	2
<i>Biritiba-Mirim</i>	5	5
<i>Ferraz de Vasconcelos</i>	5	5
<i>Guararema</i>	2	2
<i>Itaquaquetuba</i>	2	5
<i>Mogi das Cruzes</i>	2	2
<i>Poá</i>	4	4
<i>Salesópolis</i>	5	3
<i>Santa Isabel</i>	4	4
<i>Suzano</i>	2	2

Fonte: Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo

Os Municípios da Região de Saúde do Alto Tietê mantiveram, em 2004, a mesma classificação obtida em 2002, com exceção de Itaquaquetuba, que passou do Grupo 2 para o 5 e Salesópolis, que foi do Grupo 5 para o 3. Esta Região de Saúde se mostrou bastante heterogênea, visto contar com municípios classificados em quatro dos cinco grupos existentes.

HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA

O Hospital Geral de Itapeçerica da Serra (HGIT) foi inaugurado em 2000.

A unidade conta com 244 leitos e serve de referência para a região em cirurgia geral, obstetrícia de baixo e alto riscos, neurocirurgia, ortopedia/trauma, psiquiatria, tomografia e UTI adulto e neonatal, beneficiando cerca de 1.500.000 de habitantes dos municípios da Região de Saúde do Alto Tietê (DRS I, 2009).

Dos leitos existentes, 83 são destinados para clínica cirúrgica; 54 para clínica geral; 20 para UTI adulto e neonatal; 40 para obstetrícia clínica, 30 para pediatria clínica e 17 para psiquiatria (CNES, 2009).

Produção Hospitalar

A tabela a seguir caracteriza os locais onde a população residente nos Municípios da Região de Saúde dos Mananciais está sendo atendida em suas necessidades hospitalares.

Tabela 28 – Distribuição das AIH's pagas, na RSAT, em 2008.

Hospitais	AIHs_Pagas	%
SES HOSP LUZIA PINHO MELO	14.354	23,9%
SANTA CASA MIS DE MOGI DAS CRUZES	11.583	19,3%
SES HOSP OSIRIS FLORINDO COELHO	11.022	18,4%
OSS STA MARCELINA-ITAQUAQUECETUBA	10.112	16,9%
IRM STA CASA MIS DE SUZANO	5.441	9,1%
IRM STA CASA MIS DE SANTA ISABEL	3.317	5,5%
SES HOSP ARNALDO PEZZUTI CAVALCANTI	1.296	2,2%
STA CASA MIS DE GUARAREMA	1.157	1,9%
STA CASA MIS FREDERICO OZANAN	915	1,5%
HOSP MUNICIPAL DE POA	496	0,8%
PREF MUNIC DE BIRITIBA MIRIM	269	0,4%
Total	59.962	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

Da análise, podemos observar que os Hospitais próprios da Secretaria de Estado da Saúde foram responsáveis pelo atendimento de 61,4% de todas as AIH's pagas no exercício de 2008 na região de saúde em estudo e que as Unidades Municipais e as Entidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde procederam ao atendimento do e 38,6%.

Com relação ao atendimento prestado especificamente pelo HGIT, observa-se que foi responsável por prestar serviços de atendimento médico para 16,9% de toda a demanda originada naquela Região de Saúde.

Dos atendimentos que foram prestados pelo Hospital acima referido, 76,4% foram para pacientes residentes no próprio Município de Itaquaquecetuba e apenas 5,2% dos atendimentos ali realizados foram para municípios que não se encontram incluídos na Região de Saúde do Alto Tietê, conforme podemos observar na Tabela abaixo:

Tabela 29 – Distribuição das AIH's pagas, por município de residência da RSAT, no HGIT, em 2008.

Municípios	AIHs_Pagas	%
Itaquaquecetuba	7.724	76,4%
Suzano	828	8,2%
São Paulo	395	3,9%
Poá	392	3,9%
Arujá	347	3,4%
Mogi das Cruzes	188	1,9%
Ferraz de Vasconcelos	103	1,0%
Outros	65	1,3%
Total	10.111	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

Ainda com relação a esses atendimentos, elaboramos a tabela abaixo onde dividimos entre 5 especialidades os atendimentos prestados pela Unidade, devidamente classificados de acordo com três grupos etários, onde constatamos que o perfil de internação desses pacientes nesse Hospital se dividiu entre cirúrgico e clínico, uma vez que estes representaram, respectivamente, 35,8% e 28,5% do total de AIH's, e, seguindo a mesma tendência dos outros dois hospitais já analisados, é voltado especialmente para a população adulta, compreendida entre 20 e 59 anos, que representou, 59,9% dos casos.

Tabela 30 – Distribuição das AIH's pagas, por especialidade e faixa etária, da RSM, no HGIT, em 2008.

Especialidade				Total	%
	0 - 19 anos	20 - 59 anos	60 anos e mais		
01-Cirúrgico	708	2.474	442	3.624	35,8%
02-Obstétricos	507	1.608	-	2.115	20,9%
03-Clinico	218	1.690	976	2.884	28,5%
05-Psiquiatria	16	280	8	304	3,0%
07-Pediátricos	1.183	2	-	1.185	11,7%
Total	2.632	6.054	1.426	10.112	100,0%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares SIH-SUS

CONCLUSÕES

A distribuição etária da população das três regiões de saúde é muito semelhante, pois em todas encontramos a mesma proporção de crianças, jovens e adultos que somados atingem em torno de 95%, sendo que os idosos, com 60 anos e mais, agregam apenas 5%.

Também compartilham praticamente a mesma situação relativa ao IDH-M, uma vez que grande parte dos municípios está classificada como “médio desenvolvimento humano”, com índices que variam entre os valores de 0,500 e 0,800. Os pouquíssimos municípios que se enquadraram no nível “alto de desenvolvimento humano” continuam no limiar dos valores de classificação, visto que ainda não progrediram o suficiente para se firmarem nessa condição.

Com relação ao IPRS, existem municípios com situação ainda muito desconfortante, pois se encontram nas piores classificações deste indicador, ou seja, nos Grupos 4 e 5. Estes grupos se caracterizam por baixa riqueza e longevidade e escolaridades insatisfatórios ou deficientes. Nessa condição, estão 31% dos municípios das três regiões de saúde analisadas, ou seja, 7 municípios, dos quais 5 pertencem à Região de Saúde do Alto Tietê. No Grupo 3, apresentou-se apenas 1 município e o restante, 65% ou 15 municípios, estão classificados no Grupo 2, com riqueza elevada e pelo menos um indicador deficitário.

Todos os Hospitais analisados neste estudo foram construídos especificamente para atendimento das demandas regionais.

O Hospital Geral de Itapeçerica da Serra foi responsável pelo atendimento, no exercício de 2008, pela parcela de 29,1% das internações realizadas na sua região de saúde, seguido do Hospital Geral de Itaquaquecetuba e do Francisco Morato, que atenderam, respectivamente, 16,9% e 14,7% das demandas regionais. Os equipamentos de saúde próprios do Governo Estadual e Municipal absorveram a parcela de 64% (RSAT), 61,4% (RSM) e 53,7% (RSFR), evidenciando que o poder público tem presença marcante nas questões relativas à área da saúde, especificamente em internações, pois recebeu e deu vazão à demanda das três regiões de saúde analisadas, em torno de 60% da totalidade, destacando-se que o restante dos atendimentos também ocorreu pelo Sistema Único de Saúde através de

unidades conveniadas com o sistema, que compõe a estratégia de assistência à saúde hospitalar naquelas regiões.

Cabe destacar, oportunamente, que o atendimento médico hospitalar prestado aos munícipes não residentes daquelas regiões de saúde foi de 16,5%, em média, caracterizando, desta forma, que os Hospitais analisados atenderam quase exclusivamente aos residentes da própria região de saúde, não havendo grandes invasões de território.

Salientamos, ainda, que as três Unidades de Saúde se encontram inseridas no sistema de regulação do Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo – DRS I, referenciado seus leitos para os municípios de suas áreas de abrangência, visando facilitar o atendimento e contribuir para a resolução dos problemas de saúde da população circunscrita.

Diante desse quadro, fica evidente que as ações de saúde executadas no âmbito dos Hospitais Estadual de Francisco Morato e os Gerais de Itapeçerica da Serra e de Itaquaquecetuba são condizentes com as necessidades da região, atendendo às carências existentes e criando condições favoráveis para o desenvolvimento, fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, encontrando-se, desta maneira, devidamente inseridos no sistemas locais de saúde a que pertencem, prestando colaboração decisiva para a resolução de grande parcela das questões afetas à saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AROUCA, S. Biblioteca Virtual de Saúde. **Oitava Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em URL:<<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista06.html>> Acesso em dezembro de 2007;
2. AROUCA, S. Biblioteca Virtual de Saúde. **Reforma Sanitária**. Disponível em URL:<<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>> Acesso em dezembro de 2007.
3. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SP. **Decreto nº. 21.862, de 29 de dezembro de 1983**. Cria a comissão que especifica, junto ao Gabinete do Secretário da Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 29 de dezembro de 1983.
4. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SP. **Decreto nº. 23.195, de 2 de janeiro de 1985**. Define a organização básica para a implementação do Programa Metropolitano de Saúde e dá providências correlatas. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 02 de janeiro de 1985.
5. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SP. **Índice Paulista de Responsabilidade Social**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs06/Index.html>> Acesso em: maio de 2009.
6. ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei Estadual nº 10.765, de 19 de fevereiro de 2001**. Cria o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS. Diário Oficial do Estado de São Paulo de 19 de fevereiro de 2001.
7. ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SP. **Lei Complementar nº. 846, de 04 de junho de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 04 de junho de 1998.
8. BARATA, L.R.B.; MENDES, J.D.V. **Organizações Sociais de Saúde: A Experiência Exitosa de Gestão Pública de Saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo, 2007.
9. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília; DF; Senado; 1988.

10. BRASIL. **Decreto 99.060, de 7 de março de 1990**. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS AO Ministério da Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 08 de março de 1990.
11. BRASIL. **Lei 6.229, de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, 18 de julho de 1975.
12. BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990;
13. BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 de dezembro de 1990.
14. BRASIL. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Institui Normas para as Licitações e Contratos da Administração Pública. Diário Oficial da União, 22 de junho de 1993.
15. BRASIL. **Lei Complementar nº 82, de 27 de março de 1995**. Disciplina os Limites das Despesas com o Funcionalismo Público, na forma do art. 169 da Constituição Federal – Lei Camata. Diário Oficial da União, 27 de março de 1995.
16. BRASIL. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Nova Política de Recursos Humanos**. Brasília, MARE, 1998;
17. BRASIL. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. Brasília, MARE, 1998.
18. BRASIL. **Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações Sociais**. Brasília, MARE, 1998;
19. CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, mar 17-21, 1986. **Relatório Final da 8ª. Conferencia Nacional de Saúde**, 1986.

20. CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Vol.1 – Sistema Único de Saúde**, 2007.
21. COSTA, N. R.; RIBEIRO, J.M. **Estudo comparativo do Desempenho de Hospitais em Regime de Organização Social**, Fiocruz, 2005.
22. CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em < http://cnes.datasus.gov.br/Info_Introducao.asp> Acesso em Junho de 2009.
23. FERREIRA JUNIOR, W. C. **Gerenciamento de Hospitais Estaduais Paulistas: Estudo Comparativo entre a administração direta e as organizações sociais**. Tese de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004
24. FRENK, J.; DANTÉS, O.G. Globalização e Saúde: Desafios para os Sistemas de Saúde em um Mundo Interdependente. Disponível em URL: < http://74.125.47.132/search?q=cache:GN5FGdEWiLUJ:www.pahef.org/success_stories/ethos_iv/portuguese/3GlobalizaoESade.pdf+problemas+sistemas+saude+mundo&cd=7&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em Março de 2009.
25. FUNDAÇÃO SEADE. **Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Saúde**. Disponível em <<http://www.seade.sp.gov.br/master.php?opt=vmenu&tema=8>> Acesso em: Maio de 2009.
26. FUNDAP. **Fundação para o Desenvolvimento Administrativo. Cadernos FUNDAP – A Formação de Recursos Humanos para o SUS: A Experiência do Programa de Aprimoramento Profissional**. Disponível em URL<<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad21/Fundap%2021/A%20FORMACAO%20DE%20RECURSOS%20HUMANOS%20PARA%20O%20SUS%20A%20EXPERIENCIADO%20P.R.pdf>>. Acesso em Janeiro de 2009.
27. IBGE. **Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo Demográfico Populacional 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm> Acesso em: maio de 2009

28. IPEA. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Estudos e Pesquisas.** Disponível em: < <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>>. Acesso em: maio de 2009.
29. IX Conferência Nacional de Saúde. **Carta da IX CNS.** Brasília, 15 a 19 de dezembro de 2000;
30. JATENE, A.D.; BARATA, L.R.B.; GUEDES, J.S.; YAMAMOTO, E.K.; ROSEMBERG, E. **Assistência à Saúde na Região Metropolitana de São Paulo – Brasil.** São Paulo, 1981.
31. LECOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. **Política de Saúde nos Anos 90: Relações Intergovernamentais e o papel das NOB.** Revista Ciência saúde Coletiva. ABRASCO. Vol.6 nº 2. 2001. p. 269 a 291.
32. LEVY, E. **IX Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administracion Publica,** Madrid, Espanha, 2 – 5 de novembro de 2004;
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, 2002. Disponível em URL <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em Junho de 2009.
34. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº. 339/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em URL <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p399_pacto_pela_vida_idoso.pdf>. Acesso em Junho de 2009.
35. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da

- Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, 1993. Disponível em URL <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_2005_1993.pdf>. Acesso em Junho de 2009.
36. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretária de Atenção à Saúde**. Relatório de Gestão do SUS. Disponível em URL <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/relatorio/5%20financiamento.htm>>. Acesso em dezembro de 2007.
37. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde**. Disponível em URL <<http://portal.saude.gov.br/saude>>. Acesso em dezembro de 2008.
38. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Imunizações**. Disponível em URL <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21483>. Acesso em Maio de 2009.
39. PNUD. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>> Acesso em maio de 2009.
40. SANTANA, J.P. **Recursos humanos: desafios para os gestores dos SUS**. Revista Divulgação em Saúde para Debates. Nº. 14. Ago., 1996.
41. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **OSS – Organizações Sociais de Saúde: A Experiência da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. São Paulo, 2007. Disponível em URL: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/Organizacoes_Sociais_de_Saude.pdf>. Acesso em Janeiro de 2009.
42. VARGAS, A. **Anotações sobre o Contrato de Gestão**. Debates GV Saúde, Volume I, 2006.
43. REVISTA SP GOV. Por que Organizações Sociais na Saúde? Ano 1, Número 2, Junho de 2004.
44. NOGUEIRA, R. P. Núcleo de Estudos de Saúde Pública NESP/CEAM/UNB – Grandes Questões da Gestão de RH. Disponível em URL <http://www.nesp.unb.br/polrhs/Temas/grandes_questoes_da_gestao_rh2.htm>. Acesso em Março de 2009.

45. REHEM, T.C.M.S.B., **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo.** Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em URL <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2716> .Acessado em Junho de 2009.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)