

**UNIVERSIDADE DE ARARAQUARA - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DESENVOLVIMENTO TERRITORIAL E MEIO AMBIENTE**

FLÁVIO ALBERTO OLIVA

**Gestão de urgência, emergência e ambulatorial: Um estudo sobre o acesso à rede de serviços
de saúde do Hospital Regional de Presidente Prudente - SP**

**ARARAQUARA – SP
2019**

Flávio Alberto Oliva

Gestão de urgência, emergência e ambulatorial: Um estudo sobre o acesso à rede de serviços de saúde do Hospital Regional de Presidente Prudente - SP

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente da Universidade de Araraquara - UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Dinâmicas Territoriais, Políticas Públicas e Vulnerabilidade Social

Orientando: Flávio Alberto Oliva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Lúcia Ribeiro
Co-Orientador: Prof. Dr. Luis A. Barone

ARARAQUARA – SP
2019

FICHA CATALOGRÁFICA

O41 Oliva, Flávio Alberto

Gestão de urgência, emergência e ambulatorial: um estudo sobre o acesso à rede de serviços de saúde do hospital regional de Presidente Prudente-SP/Flávio Alberto Oliva. – Araraquara: Universidade de Araraquara, 2019.

239f.

Tese (Doutorado))- Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente- Universidade de Araraquara-UNIARA

Orientador: Profa. Dra. Maria Lúcia Ribeiro

1. Sistema Único de Saúde. 2. Regionalização da saúde. 3. Atendimento Médico-hospitalar. I. Título.

CDU 577.4



FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome do Aluno: *Flávio Alberto Oliva*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente, curso de Doutorado, da Universidade de Araraquara – UNIARA – como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente.

Área de Concentração: Desenvolvimento Territorial e Alternativas de Sustentabilidade.


BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Luis Garcia Hermosilla



Profa. Dra. Telma Reginato Martins



Profa. Dra. Iracimara de Anchieta Messias



Profa. Dra. Helena Carvalho De Lorenzo



Profa. Dra. Maria Lúcia Ribeiro

Araraquara – SP, 20 de setembro de 2019

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, pela saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito aqui presente.

Em especial a minha orientadora Professora Maria Lúcia Ribeiro pela atenção, pela paciência, pelo carinho, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos.

Ao Professor Luís Antônio Barone pela valiosa contribuição na realização deste trabalho.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e a minha irmã pelo amor e apoio incondicional.

A Tatiana Dano pela presença amorosa, pelo carinho que me acolhe, por me fazer sonhar, acreditar e seguir em frente.

E a todos que direta ou indiretamente agregaram conhecimentos e experiências essenciais, minha eterna gratidão.

RESUMO

O presente trabalho discute o acesso da população aos serviços ambulatoriais, de urgência e emergência do Hospital Regional de Presidente Prudente. Busca-se entender o fluxo e o fluxo da rede de saúde da 10ª Região Administrativa do estado de São Paulo bem como a influência que Presidente Prudente exerce como cidade na região. Para isto, foi construído um estudo baseado no binômio espaço (cidade) e acessibilidade dos usuários dos serviços de saúde. Optamos por abordar esses elementos por serem de extrema importância para analisarmos o acesso da população de Presidente Prudente e região aos serviços de saúde. Com este estudo, pretendemos contribuir para que a população usuária da rede de serviços de saúde possa ser caracterizada. Serão considerados os bancos de dados da instituição, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e da Divisão Regional de Saúde. O cruzamento dos dados, por meio de um software denominado *On-line Analytical Processing (OLAP)* e planilhas do Microsoft Excel permitiu caracterizar o perfil e os motivos que levam grandes contingentes populacionais a dirigirem-se ao serviço de urgência e emergência do Hospital Regional. A realidade socioeconômica e a oferta de serviços de saúde das cidades que compõem a décima região administrativa do estado de São Paulo permearam a caracterização dos usuários dos serviços de saúde. Dentre os atributos requeridos de uma atenção primária de qualidade estão a integralidade e a continuidade dos cuidados, ambos fortemente dependentes de um efetivo sistema de referência e contrarreferência entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade da rede de saúde. Concluímos que o difícil acesso ao sistema de marcação de consultas e exames especializados, a baixa resolutividade da atenção primária dos quarenta e cinco municípios da Rede Regional de Atenção à Saúde, as desigualdades socioeconômicas, a localização do Hospital Regional, a oferta desigual de serviços de saúde da rede, a população em transição e o notório poder de atração do HR levam os usuários a migrarem para o pronto socorro causando superlotação do serviço. Pacientes oriundos de todos os municípios da rede misturam-se num mesmo espaço onde deveriam estar somente pessoas caracterizadas como urgente e emergente. A pesquisa fortaleceu a necessidade de entendimento do que seja uma rede de serviços de saúde, a aproximação entre os municípios, prestadores e o estado num processo contínuo de cristalização do planejamento e implementação da rede de serviços em saúde que deve ser entendida como uma teia, operando como vasos comunicantes promovendo definitivamente a atenção integral. A superlotação do pronto socorro por pacientes em real situação de urgência e emergência e usuários da rede básica, sacramenta o descompasso da rede de saúde com repercussão direta na qualidade dos serviços, trazendo como consequência sofrimento, insatisfação e baixa resolutividade.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. regionalização da saúde. atendimento médico-hospitalar.

ABSTRACT

This paper discusses the population's access to outpatient, emergency and emergency services at the Presidente Prudente Regional Hospital. We seek to understand the fixed and the flow of the health network of the 10th Administrative Region of the state of São Paulo as well as the influence that Presidente Prudente has as a city in the region. For this, a study based on the binomial space (city) and accessibility of users of health services was built. We chose to address these elements because they are extremely important for analyzing the access of the Presidente Prudente population and region to health services. With this study, we intend to contribute so that the user population of the health services network can be characterized. The databases of the institution, the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the Regional Health Division will be considered. Crossing the data through software called Online Analytical Processing (OLAP) and spreadsheets from Microsoft Excel allowed to characterize the profile and the reasons that lead large population contingents to go to the emergency service of the Regional Hospital. The socioeconomic reality and the supply of health services in the cities that make up the tenth administrative region of the state of São Paulo permeated the characterization of health service users. Among the required attributes of quality primary care are the completeness and continuity of care, both strongly dependent on an effective referral and counter-referral system understood as a mechanism of mutual referral of patients between different levels of complexity of the health network. We conclude that the difficult access to the appointments and specialized examinations system, the low resolution of the primary care of the forty-five municipalities of the Regional Health Care Network, the socioeconomic inequalities, the location of the Regional Hospital, the unequal supply of network health, the transition population and HR's notorious attractiveness lead users to migrate to the emergency room causing service overcrowding. Patients from all municipalities of the network mix in the same space where only people characterized as urgent and emerging should be. The research strengthened the need to understand what a health services network is, the approximation between municipalities, providers and the state in a continuous process of crystallization of the planning and implementation of the health services network that should be understood as a web. operating as communicating vessels definitely promoting integral attention. The overcrowding of the emergency room by patients in real urgent and emergency situations and users of the basic network, sacrament the mismatch of the health network with direct repercussion on the quality of services, resulting in suffering, dissatisfaction and low resolution.

Key words: Unified Health System. health regionalization. medical-hospital care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1- Estrutura corporativa baseada no modelo de Beer..... | 26 |
| Figura 2 - Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo..... | 48 |
| Figura 3- Entrada da Urgência e Emergência do Hospital Regional..... | 86 |
| Figura 4 - PIB Per Capta da RRAS | 112 |
| Figura 5- Taxa de analfabetismo das regiões da RRAS acima de 15 anos | 116 |
| Figura 6 - Taxa de urbanização da RRAS. | 120 |
| Figura 7 - Densidade populacional (hab/Km2) RRAS 11..... | 121 |
| Figura 8 - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) da RRAS. | 122 |
| Figura 9 - Presença de Usinas alcooleiras na RRAS..... | 124 |
| Figura 10 - Assentamentos localizados na RRAS..... | 126 |
| Figura 11 - Unidades prisionais na RRAS. | 127 |
| Figura 12 - Evolução anual do AME..... | 161 |
| Figura 13 - Fachada do Ambulatório do Hospital Regional de Presidente Prudente..... | 165 |
| Figura 14 - Pirâmide e distribuição populacional segundo sexo e faixa etária da RRAS. | 171 |
| Figura 15 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS- Alta Paulista. | 173 |
| Figura 16 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Alta Sorocabana..... | 174 |
| Figura 17 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Alto Capivari | 175 |
| Figura 18 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Extremo Oeste Paulista. | 176 |
| Figura 19 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Pontal do Paranapanema..... | 177 |
| Figura 20 - Distribuição dos municípios: proporção de idosos em 2010..... | 179 |
| Figura 21 - Índice de envelhecimento por municípios, regiões de saúde e RRAS. | 183 |
| Figura 22 - Pirâmide etária dos atendimentos do AME nos anos de 2013, 2014 e 2015..... | 185 |
| Figura 23- Recepção do AME..... | 187 |
| Figura 24 - Evolução do atendimento anual do AME por gênero..... | 192 |
| Figura 25 - Percentagem de óbitos de acordo com as causas (CID 10) da população masculina entre 25 e 59 anos. | 196 |
| Figura 26 - Percentual de mortalidade masculina por câncer do aparelho digestivo em 2015. | 197 |
| Figura 27 - Classificação do atendimento no pronto socorro: município e cores. | 202 |
| Figura 28 - Recepção do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Regional. | 203 |
| Figura 29. Evolução das internações no pronto socorro..... | 206 |
| Figura 30 - Classificação dos atendimentos por especialidades..... | 208 |
| Figura 31- Pirâmide etária dos atendimentos no pronto socorro..... | 210 |
| Figura 32 - Atendimento por gênero, no pronto socorro, no período de 2013 a 2015. | 211 |
| Figura 33 - Atendimentos no pronto socorro por região de saúde. | 216 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 - Composição Regional da Saúde, segundo macrorregião, Departamento Regional de Saúde (DRS) e Região de Saúde, São Paulo, 2010. | 47 |
| Tabela 2 – Classificação de Risco. Níveis de gravidade por cor..... | 85 |
| Tabela 3 - Percentual aplicado em saúde do recurso próprio dos municípios da RRAS. | 103 |
| Tabela 4 - IDH dos municípios da RRAS para os anos de 2000 e 2010..... | 106 |
| Tabela 5 - PIB per capta dos municípios da RRAS. Dados comparativos entre os anos 2000 e 2010. | 109 |
| Tabela 6 - Taxa de analfabetismo da RRAS..... | 114 |
| Tabela 7 - Taxa de urbanização dos estados brasileiros..... | 117 |
| Tabela 8 - Taxa de urbanização dos municípios da RRAS. | 118 |
| Tabela 9 - Percentual de municípios com IPRS 4 e 5 por Regiões da RRAS..... | 123 |
| Tabela 10 – Presença de Usinas alcooleiras na RRAS..... | 124 |
| Tabela 11- Assentamentos localizados na RRAS..... | 125 |
| Tabela 12 - População privada de liberdade na RRAS | 128 |
| Tabela 13 - População assentada e encarcerada na RRAS..... | 130 |
| Tabela 14 - Óbitos e Taxa de Mortalidade Infantil da RRAS. | 131 |
| Tabela 15 - Causas de mortalidade neonatal: RRAS 11 Pres. Prudente..... | 132 |
| Tabela 16 - Principais causas específicas de mortalidade masculina na RRAS..... | 134 |
| Tabela 17 - Principais causas específicas de mortalidade feminina na RRAS..... | 135 |
| Tabela 18 - Taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero na RRAS..... | 136 |
| Tabela 19 - Taxa de mortalidade por neoplasia de mama na RRAS..... | 136 |
| Tabela 20 - Taxa de mortalidade masculina por neoplasia de próstata na RRAS..... | 137 |
| Tabela 21 - Internações por condições sensíveis à atenção básica na RRAS..... | 138 |
| Tabela 22 - Taxa de internação por AVC na população entre 30 e 59 anos na RRAS | 139 |
| Tabela 23 - Taxa de cesárea por região de saúde na RRAS. | 140 |
| Tabela 24 - Estrutura ambulatorial de equipamentos. | 146 |
| Tabela 25 - Unidades de Urgência e Emergência..... | 148 |
| Tabela 26 - Hospitais Gerais por porte e natureza na RRAS | 150 |
| Tabela 27 - Leitos totais SUS e não SUS por população na RRAS | 152 |
| Tabela 28 - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico da RRAS | 154 |
| Tabela 29 - Serviço de alta complexidade na RRAS..... | 156 |
| Tabela 30 - Taxa de internação da população total e população dependente SUS na RRAS..... | 157 |
| Tabela 31 - Situação sanitária dos Hospitais da RRAS..... | 158 |
| Tabela 32 - Evolução anual do AME. | 161 |
| Tabela 33 - Atendimento do AME por município..... | 162 |
| Tabela 34 - Composição da RRAS em relação a seus municípios, Regiões de Saúde, Departamento Regional de Saúde e respectiva população total e por gênero..... | 167 |
| Tabela 35 - Número de Municípios por Departamento Regional de Saúde e Regiões de Saúde segundo faixas populacionais da RRAS pelo senso de 2010. | 169 |
| Tabela 36 - Distribuição da população na RRAS..... | 172 |
| Tabela 37 - Percentual da população idosa (acima de 60 anos) na RRAS e Região de Saúde para os anos de 2000 e 2010..... | 179 |
| Tabela 38 - Índice de envelhecimento por municípios, regiões de saúde e RRAS. | 180 |
| Tabela 39 - Pirâmide etária do AME..... | 185 |
| Tabela 40 - Taxa de natalidade por municípios, regiões de saúde e RRAS..... | 189 |
| Tabela 41 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida da RRAS. | 195 |
| Tabela 42 - Classificação do atendimento no pronto socorro: município e cores..... | 200 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 43- Atendimento no pronto socorro por cores e volume de internações. | 204 |
| Tabela 44 - Evolução anual das internações no pronto socorro. | 206 |
| Tabela 45 - Classificação dos atendimentos por especialidades | 207 |
| Tabela 46 - Pirâmide etária dos atendimentos no pronto socorro. | 208 |
| Tabela 47 - Atendimento por gênero, no pronto socorro, no período de 2013 a 2015..... | 210 |
| Tabela 48 - Atendimentos no PS por município no período de 2013 a 2015..... | 211 |
| Tabela 49 - Ranking de atendimentos no pronto socorro..... | 213 |
| Tabela 50 - Atendimentos no pronto socorro por região de saúde..... | 214 |
| Tabela 51 - População das regiões de saúde e proporção dos atendimentos no PS. | 217 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AME | Ambulatório Médico de Especialidades |
| APAE | Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais |
| APS | Atenção Primária a Saúde |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CCIH | Comissão de Controle de infecção Hospitalar |
| CEO | Centro de Especialidades Odontológicas |
| CEREST | Centro de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| DRS | Departamentos Regionais de Saúde |
| EACS | Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FPM | Fundo de Participação Municipal |
| HR | Hospital Regional de Presidente Prudente |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| IPRS | Índice Paulista de Responsabilidade Social |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PAMU | Programa Integrado de Atendimento Médico de Urgência |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PPC | Paridade de Poder de Compra |
| PS | Pronto Socorro |
| RDH | Relatório de Desenvolvimento Humano |
| RMSP | Região Metropolitana de São Paulo |
| RNB | Renda Nacional Bruta |
| RRAS | Rede Regional de Atenção a Saúde |
| SADT | Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SAP | Secretaria de Administração Penitenciária |
| SEADE | Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados |
| SINASC | Sistema Nacional de Nascidos Vivos. |
| SINPAS | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SIVISA | Sistema de Informação em Vigilância Sanitária |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVO | Serviço de Verificação de Óbito |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UNOESTE | Universidade do Oeste Paulista |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 | OBJETIVOS | 18 |
| 1.1.1 | Objetivo Geral | 18 |
| 1.1.2 | Objetivos Específicos | 18 |
| 1.2 | METODOLOGIA..... | 19 |
| 1.3 | COLETA DE DADOS..... | 19 |
| 1.3.1 | Tratamento dos dados | 20 |
| 2 | ASSISTÊNCIA À SAÚDE | 23 |
| 2.1 | Visão por cenários em saúde | 24 |
| 2.2 | Atenção Primária à Saúde | 36 |
| 3 | REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE | 38 |
| 4 | O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... | 43 |
| 4.1 | Saúde e Atualidade | 53 |
| 5 | REDE PRIMÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE | 55 |
| 6 | REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS | 61 |
| 7 | CONCEITOS E DEFINIÇÕES QUE EMBASAM O TEXTO..... | 68 |
| 7.1 | Gestão Hospitalar | 72 |
| 7.2 | Emergência e Urgência | 74 |
| 7.3 | Qualificação Profissional | 76 |
| 7.4 | Equipe Administrativa | 76 |
| 7.5 | Finalidade dos Serviços de Emergência | 76 |

| | | |
|------|--|-----|
| 7.6 | Complexidade do Setor de Emergência..... | 77 |
| 7.7 | Porta de Entrada dos Serviços de Urgência e Emergência..... | 84 |
| 8 | REDE URBANA DE PRESIDENTE PRUDENTE..... | 87 |
| 9 | CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DE SAÚDE DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE | 103 |
| 10 | PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE..... | 130 |
| 11 | AS DESIGUALDADES REGIONAIS E OS REFLEXOS NA REDE DE SAÚDE 141 | |
| 11.1 | Oferta de Serviços da Rede Regional de Atenção à Saúde | 144 |
| 12 | O AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES E O PRONTO SOCORRO NO CONTEXTO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DA RRAS | 159 |
| 12.1 | Caracterização dos Atendimentos do AME | 184 |
| 12.2 | O Pronto Socorro do Hospital Regional | 198 |
| 13 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 218 |
| | REFERÊNCIAS | 222 |

1 INTRODUÇÃO

A razão da escolha

*“Um passo a frente,
e você não está mais no mesmo lugar.”
(Chico Science)*

Tão importante quanto conhecer a obra é conhecer as motivações que levaram à mesma. Nesse sentido, é importante destacar que, antes da realização de qualquer investigação científica, existe um pano de fundo e um contexto, em termos de motivação, que levaram ao desenvolvimento de um dado assunto. Um desses motivos está relacionado com minha formação e meu primeiro emprego na área da saúde. Imaginei, durante a graduação em economia que minha carreira seria desenvolvida na área industrial. O destino levou-me para a área de serviços. Trabalhei como assessor de planejamento na Prefeitura de Presidente Bernardes elaborando projetos para captação de recursos. Este emprego levou-me à primeira experiência no ensino superior e ao Hospital Universitário. Tinha como desafio no Hospital equalizar as questões sociais, financeiras, educacionais e de pesquisa. Um desafio e muito aprendizado! Depois dessa experiência, fui desenvolver minhas atividades num plano de saúde e em dois outros hospitais, posteriormente, numa empresa de Home Care. A construção de minha carreira profissional na saúde pública e privada nortearam minha dissertação de mestrado em administração com o tema Balanced Scorecard: Ferramenta gerencial para organizações hospitalares. Neste momento tive a convicção que serviços em saúde seria minha área de atuação profissional, o campo industrial não me causava tamanho encantamento.

A elaboração da tese seguiu um caminho inusitado. Depois de um período distante de minha cidade natal, ao retornar à Presidente Prudente, fiz uma visita ao Hospital Regional no ano de 2012, local onde trabalhei por cinco anos quando ainda era Hospital Universitário, de propriedade da Universidade do Oeste Paulista -UNOESTE, e que, por um ato do Governo do Estado de São Paulo, em 2008, declarou-o de utilidade pública e, por assim ser, estatizou sua estrutura física. A gestão passou, então, a ser de uma Organização Social de Saúde. O diálogo com os membros da diretoria administrativa permitiu constatar algumas angústias, chamadas, por eles, de problemas de atendimento insólúveis.

Após a estatização do Hospital Universitário, agora Hospital Regional de Presidente Prudente, muitos investimentos foram feitos para ampliar a capacidade de atendimento do

pronto socorro, ambulatório, unidades de internação e centros cirúrgicos, principalmente. A administração comparou os volumes de atendimentos no pronto socorro e ambulatório, setores cruciais do hospital, chamados de portas de entrada, antes dos investimentos de ampliação e, depois, constatou que, embora houvesse praticamente a duplicação da capacidade de atendimento, o fluxo de pacientes, no pronto socorro, continuava estrangulando a capacidade de atendimento, ou seja, o aumento na capacidade do pronto socorro não resolveu o problema do fluxo de pessoas. Por outro lado, os investimentos na ampliação do ambulatório de especialidades foram frustrantes, o volume de pacientes esperados não atingiu as expectativas, ficou abaixo da capacidade instalada, o que gerou, muitas vezes, grande ociosidade. Esse relato, iniciado em uma conversa despreziosa, causou-me inquietação e me motivou a desenvolver a presente pesquisa. Fizemos levantamentos nos bancos de dados do IBGE, do SUS, do Hospital Regional e da literatura necessária à sistematização do material bibliográfico que deu ênfase ao tema proposto.

Em seguida, iniciamos o trabalho de tabulação dos dados dos atendimentos no pronto socorro e ambulatório do Hospital Regional. Sabíamos das dificuldades para ordenar, sistematizar, tabular e compreender as informações contidas no banco de dados do Hospital, devido ao volume e também por não apresentarem configurações que pudessem permitir julgamentos ou entendimentos dos fluxos. Iniciamos um trabalho meticuloso de arquitetura de dados, uma espécie de desenho das informações pretendidas que culminaria na geração de planilhas eletrônicas no formato Excel. Para nossa surpresa, o volume de dados gerados foi incompatível com a capacidade do Excel 2010. Nesse momento, achamos que estaria inviabilizada a pesquisa, pois o recurso do Excel não foi suficiente para trabalhar os dados e gerar os relatórios, gráficos e tabelas.

Partindo-se do princípio de que não devemos ser tolhidos pelos recursos e que a pesquisa poderia trazer luz ao angustiante problema do hospital, iniciamos uma nova busca, porém, agora, para encontrar meios científicos ou tecnológicos suficientes para o tratamento dos dados.

Após alguns meses de estudos, encontramos, no setor de tecnologia da informação da UNOESTE, uma possibilidade de tabulação dos dados por meio de uma tecnologia chamada OLAP (*On-line Analytical Processing*), que permite manipular e analisar um grande volume de dados sob múltiplas perspectivas. Em um modelo de dados OLAP, a informação é conceitualmente organizada em cubos que armazenam valores quantitativos ou medidas. As medidas são identificadas por duas ou mais categorias descritivas denominadas dimensões, as quais formam a estrutura de um cubo. Esse modelo multidimensional de dados simplifica,

para os usuários, o processo de formular pesquisas complexas, criar relatórios, efetuar análises comparativas e visualizar subconjuntos. Assim, a partir da sistematização das leituras e dos dados, foi possível construir o perfil dos atendimentos no pronto socorro e ambulatório do Hospital Regional de Presidente Prudente. Pudemos investigar e analisar categorias, estudar e compreender a mobilidade e acessibilidade aos serviços de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS - de Presidente Prudente e da 10ª Região Administrativa.

O resultado da elaboração argumentativa do presente trabalho é uma delimitação de mais um aporte da ciência que compreende o sujeito, usuário do serviço público de saúde, como uma interface desse processo.

Diante do exposto, como introdução a este trabalho, o plano de redação da Tese ficou definido como explicitado a seguir:

Na introdução apresentamos as razões que motivaram a pesquisa, os objetivos gerais, os objetivos específicos, a metodologia, a coleta e o tratamento de dados.

No capítulo dois foram considerados os elementos que caracterizam a assistência à saúde desde a criação dos primeiros hospitais na Europa, a alta taxa de mortalidade e a concepção, a partir do século XIX do hospital como um local para diagnóstico e tratamento de doentes. Os hospitais ganharam contornos de gestão e passaram a ser tratados como organizações empresariais dotados de estrutura tecnológica, de recursos humanos e de pesquisa.

As características que formam a rede de atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, foram tratadas no capítulo três, tendo como objetivos a melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde.

Nas redes de atenção à saúde, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, conceito originário do campo da ciência política que constitui um sistema político característico das sociedades contemporâneas modernas e que se expressa na desconcentração de recursos de poder, na tomada das decisões por livre negociação de uma pluralidade de atores sociais, ao mesmo tempo autônomos e concorrentes, ligados por pactos estabelecidos por regras do jogo social e político. A estruturação das redes de atenção à saúde permite gerar valor para as pessoas usuárias adstritas a estas redes e o valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde

O Sistema Único de Saúde foi abordado no capítulo quatro considerando, principalmente a Constituição Federal de 1988 onde a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, com vistas a reduzir o risco de doenças e outros agravos e acesso universal e

igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, os quais devem ser garantidos por meio da adoção de políticas públicas, sociais e econômicas. A organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), deu-se com a implantação do SUS, o qual foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 pela lei nº 8.080, que define seu funcionamento e o institui legalmente como um sistema dinâmico de organização contínua e crescente das ações de atenção à saúde do povo brasileiro.

O capítulo cinco tratou da rede primária de atenção à saúde, é o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e deve ser organizada, hierarquizada e estruturada de maneira a produzir eficiência e eficácia no atendimento, direcionando o usuário para a atenção secundária e terciária após esgotadas as fases preliminares de atenção e resolubilidade. Constitui esta fase a porta de entrada do sistema, não devendo ser transposta principalmente pelos serviços de urgência e emergência, constitui um componente essencial no pacto pela vida.

Procuramos delinear, no capítulo seis a necessidade de integração entre a atenção básica e o pronto socorro que se mostra frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços que compõem a rede de atenção a saúde. A questão do acesso destes aos serviços de atenção primária à saúde, aqui configurado como o principal entrave a ser superado, indica que a reorganização do modelo assistencial hoje centrado no Pronto-Atendimento passa, necessariamente, pela ampliação do acesso à atenção básica. Um dos principais desdobramentos do modelo assistencial brasileiro é a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas que apresentam queixas compatíveis com a atenção primária à Saúde.

No capítulo sete tivemos como objetivo entender a complexidade da organização hospitalar, da necessidade da utilização de ferramentas gerenciais e organizacionais para que sejam otimizados os recursos tecnológicos, humanos e científicos. Atualmente as organizações hospitalares possuem como fim comum o atendimento ao paciente, e devem, como função principal proporcionar serviços de qualidade com recursos disponíveis adequados às necessidades da sociedade, assistir aos doentes, promover a educação profissional, conduzir a pesquisa e exercer a medicina preventiva e curativa. O hospital constitui-se num centro de serviços onde são despendidos esforços técnicos, de pesquisa e de gestão voltados à conquista do objetivo principal, o restabelecimento da saúde, considerando-se que todos os serviços oferecidos são igualmente essenciais, devendo, portanto, coordená-

los equilibrada e harmoniosamente.

Considerando sua importância no contexto da pesquisa, no capítulo oito buscamos como elemento norteador caracterizar a rede urbana de Presidente Prudente. Entendida como parte integrante da sociedade e de sua dinâmica e, por assim ser, torna-se reflexo, meio e condição social dessa sociedade, incorpora e age sobre suas contradições, conflitos e negociações. Em virtude disso, é possível esperar que as diferenças econômicas, políticas, sociais, demográficas e culturais influenciem as diferenças estruturais. Verificou-se a formação e/ou aprofundamento das redes e/ou dos processos de articulação e de integração funcional entre municípios e centros urbanos da sua área de influência, o que corresponde ou não à formação e/ou adensamento de processos de conturbação, repercutindo, principalmente na prestação de serviços de saúde.

O capítulo nove objetivou evidenciar as características sociais, econômicas e de saúde em cada um dos quarenta e cinco municípios da rede regional de atenção à saúde de Presidente Prudente. Entender as questões socioeconômicas, de saúde e o perfil demográfico da população que está referenciada para os serviços de urgência e emergência do Hospital Regional.

O perfil de morbimortalidade da região em estudo foi trabalhado no capítulo dez uma vez que não se tem um completo deslinde da história natural de doenças. As ações de saúde pública concentram-se globalmente no controle dos fatores de risco tais como: alimentação adequada, atividade física, controle de peso, tabagismo e hipertensão, os quais são, principalmente, os fatores identificados. As ações necessárias, embora possam ser consideradas existentes, concentram-se preponderantemente no diagnóstico preventivo e secundário. São necessárias ações mais globais e precoces no início da infância e dos anos escolares, pois já se encontram casos de hipertensão nessas fases, na idade escolar, fato que deve ser resolvido com a ampliação da capacidade de atendimento de rede de atenção básica.

Entender os desafios sobre as relações entre determinantes sociais e saúde, consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas adstrita na rede de saúde.

Como forma de ressaltar as desigualdades regionais e os reflexos na rede de atenção à saúde, o capítulo onze buscou traçar um paralelo entre as desigualdades regionais observadas na região em estudo com a rede de atenção à saúde. Os problemas em saúde que se desdobram a partir das desigualdades socioeconômicas. O SUS ajudou a alcançar um

estreitamento das desigualdades em saúde com melhorias na cobertura e acesso aos cuidados de saúde em todo o país, mas grandes variações permaneceram entre os municípios em relação à infraestrutura, recursos humanos, capacidade de gestão e acesso a serviços de saúde eficazes. O Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Estas iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira, a RRAS de Presidente Prudente não é uma exceção.

O capítulo doze tratou da caracterização do AME no contexto das características demográficas e sociais da região de saúde em estudo.

E, por fim, nas conclusões e perspectivas futuras, apresentamos considerações a respeito da pesquisa, lançamos novas indagações como uma obra aberta a outras pesquisas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a estrutura regional da rede de atenção à saúde e seus desdobramentos nos serviços de urgência, emergência e ambulatorial do Hospital Regional de Presidente Prudente no período de 2013 a 2015 e a evolução sócio econômica por meio dos censos de 2000 e 2010. Buscou-se analisar a estrutura fixa de equipamentos e serviços e o fluxo de usuários composto pelos 45 municípios agregados nas regiões de saúde Alta Paulista, Alta Sorocabana, Alto Capivari, Extremo Oeste Paulista e Pontal do Paranapanema.

1.1.2 Objetivos Específicos

- caracterizar o perfil socioeconômico dos 45 municípios que compõem a Rede Regional de Atenção à Saúde – Departamento de Saúde de Presidente Prudente;
- levantar a oferta de serviços de saúde na região;
- quantificar o atendimento do ambulatório do Hospital Regional de Presidente Prudente por gênero e faixa etária;
- quantificar o atendimento da emergência e urgência do Hospital Regional de Presidente Prudente por gênero, faixa etária e classificação de risco;

- levantar os casos caracterizados como urgência e emergência que resultaram em internação;
- visitar periodicamente o espaço de pesquisa para observar a rotina de atendimento.

1.2 METODOLOGIA

O trabalho foi desenvolvido norteado pelo binômio espaço (cidade) e acessibilidade dos usuários dos serviços de saúde. Optamos por abordar esses elementos por serem importantes para a compreensão do acesso da população de Presidente Prudente e região aos serviços de saúde. Com este estudo, pretendemos contribuir para que as questões relativas aos serviços ambulatorial, de urgência e de emergência do Hospital Regional de Presidente Prudente, do ponto de vista da acessibilidade e mobilidade dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), possam ser melhor compreendidos.

Elegemos, como ponto de partida, a realidade socioeconômica e o perfil de morbimortalidade das cidades que compõem a décima região administrativa do estado de São Paulo a fim de caracterizar a demanda por serviço de saúde na região.

Para a construção da pesquisa, elaboramos três perguntas norteadoras.

- Existe um perfil regional de saúde? Verificar o perfil socioeconômico dos 45 municípios que compõem a 10ª região administrativa. Analisar as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas e a oferta de serviços na rede de saúde.
- Há inversão dos fluxos de atendimentos da rede de saúde com sobrecarga no Pronto Socorro do Hospital Regional de Presidente Prudente em detrimento dos serviços de atenção básica dos pacientes de Presidente Prudente e região?
- A análise dos fluxos de pacientes na rede de saúde que buscam o atendimento ambulatorial, de urgência e emergência do Hospital Regional de Presidente Prudente, evidencia a organização espacial regional?

1.3 COLETA DE DADOS

Para o desenvolvimento do trabalho foram considerados três bancos de dados:

- a) banco de dados do Hospital Regional de Presidente Prudente: volume de pacientes que acessam os serviços de urgência, emergência e ambulatorial. Por meio da tecnologia da informação foram selecionados, no banco de dados do HR, os

períodos e perfis de pacientes desejados para o estudo que deram origem as tabelas no formato excel. Após a formatação em excel, as planilhas foram transportadas para o software OLAP programado especificamente para construir, de maneira dinâmica, novas tabelas cruzando os dados das tabelas importadas do modelo excel. O OLAP integra, em fração de segundos, colunas e linhas permitindo ao pesquisador novas construções e análises em tempo real a partir de parâmetros estabelecidos.

- b) banco de dados dos últimos dois censos do IBGE: análise da evolução socioeconômica dos 45 municípios que compõem a 10ª região de saúde de Presidente Prudente. O banco de dados do IBGE é de domínio público, construído e disponibilizado pelas metodologias do próprio órgão. Foram utilizados os recursos do microsoft excel para juntar, tabular e construir tabelas e gráficos que deram suporte ao entendimento da evolução socioeconômica no período em epígrafe. Além do acesso ao banco de dados pela internet, foram necessárias inúmeras visitas ao escritório do IBGE na cidade de Presidente Prudente.
- c) banco de dados da Divisão Regional de Saúde de Presidente Prudente: estrutura e oferta dos serviços de saúde dos 45 municípios que compõem a rede. Embora disponibilizados pelo portal do governo federal e estadual pelo Sistema DataSus, os dados e informações estão organizados pelas metodologias dos governos. Para a elaboração das tabelas e gráficos que configuram a estrutura e oferta de serviços de saúde foram acessados pela internet, individualmente, os dados de cada um dos 45 municípios. Os dados foram obtidos de maneira fragmentada, ou seja, necessitando do auxílio do microsoft excel para a construção de fórmulas, elaboração de tabelas e gráficos, bem como visitas constantes ao escritório da Divisão Regional de Saúde.

Visitas periódicas no Hospital Regional com o objetivo de esclarecer o contexto do atendimento à saúde assim como possibilitar melhor compreensão dos dados estatísticos processados pelo software OLAP.

1.3.1 Tratamento dos dados

O cruzamento dos dados, por meio de um software denominado *On-line Analytical Processing (OLAP)*, permite entender o perfil e os motivos que levam grandes contingentes populacionais a dirigirem-se ao serviço de urgência e emergência do Hospital

Regional.

O processamento analítico online (OLAP) é uma tecnologia utilizada para organizar grandes bancos de dados e oferecer suporte à Business Intelligence. Os bancos de dados OLAP são divididos em um ou mais cubos, e cada um deles é organizado e projetado por um administrador de cubos para se adequar à maneira como se analisam dados de forma a criar e usar os relatórios de tabelas dinâmicas e gráficos

É uma tecnologia sofisticada que usa estruturas multidimensionais para fornecer acesso rápido a dados para análise. Essa organização possibilitou a construção de relatórios, tabelas dinâmicas e gráficos exibindo resumos de alto nível, classificados pelas variáveis de sexo, idade, especialidade médica, município de origem e período de atendimento realizado no serviço de urgência e emergência e ambulatorial do Hospital Regional.

Como exemplificação, ao cruzar no ambiente OLAP a variável sexo, disposta na linha horizontal com a variável especialidade, disposta na coluna vertical, obtemos os volumes de atendimentos do Pronto Socorro separados em colunas e linhas pelo gênero masculino e feminino bem como o total por gênero atendido no período em questão e as internações ocorridas após o atendimento. As variáveis escolhidas para essa finalidade podem ser cruzadas em colunas e linhas, gerando novas colunas e linhas que permitem entender o perfil desta combinação. O banco de dados do Pronto Socorro e do Ambulatório funcionam como um local de busca de dados para gerar informações em tempo real a partir de variáveis pré-determinadas onde objetivamos para a presente pesquisa os perfis de sexo, idade, período de atendimento, município de origem e especialidade médica e, no caso do PS, a classificação de risco pelas cores vermelho, verde e amarelo obtidas por meio do cruzamento da variável cor disposta na linha horizontal com a variável especialidade médica disposta na coluna vertical tendo como resultado dessa combinação, os volumes totais de pacientes atendidos separados por tipo de especialidade bem como se foram internados ou tiveram alta após o atendimento.

A tecnologia permite ainda trabalhar os dados somente em colunas ou linhas, analisando o comportamento de uma única variável como a idade dos usuários, o município de origem ou especialidade médica. No trabalho em questão foram escolhidas as variáveis que deram origem ao estudo proposto.

As análises dos cruzamentos das variáveis trabalhadas deram origem aos gráficos e tabelas do PS e do ambulatório elencados nos resultados da pesquisa de maneira que, as tabelas criadas no ambiente OLAP foram transferidas de volta ao microsoft excel para a construção dos gráficos e tabelas finais.

A análise multidimensional é uma das grandes utilidades da tecnologia OLAP,

constituindo em analisar determinados cubos de informações de diferentes ângulos, e de vários níveis de agregação. Os cubos são massas de dados que retornam das consultas feitas ao banco de dados, e podem ser manipulados e visualizados por inúmeros ângulos.

Inúmeras atividades têm se utilizado de aplicações *OLAP* para tomar decisões estratégicas entre elas as áreas da saúde, financeira, marketing e geográficas. As tecnologias de armazenamento, recuperação e análise de dados estratégicos têm evoluído em sincronia e são complementares umas das outras. As ferramentas *OLAP* trabalham de modo interativo, permitindo que a partir de uma resposta o usuário faça outros questionamentos, ou seja, o usuário consiga analisar o porquê dos resultados obtidos (ANZANELLO, 2012).

Segundo Haque *et al* (2014), as organizações de saúde coletam grandes volumes de dados que tradicionalmente são armazenados em formatos diversos, dificultando a análise ou o uso eficaz. Na pesquisa os autores utilizam as técnicas de Business Intelligence (BI) aplicadas aos dados de infraestrutura do sistema de saúde, a fim de tornar essas informações mais acessíveis e compreensíveis para um grupo mais amplo de pessoas. Um processo de integração foi desenvolvido para limpar e integrar dados de fontes diferentes em um data warehouse. Um cubo OLAP (Online Analytical Processing) foi construído para permitir o fatiamento em várias dimensões determinadas por vários indicadores-chave de desempenho, representando perfis de população e paciente, grupos de casos e indicadores de comunidade saudáveis.

Ainda sobre a utilização do OLAP, na pesquisa de Villar *et al.* (2018), foi descrita a implementação de um sistema de visualização de dados, formado por um mecanismo OLAP e uma biblioteca de navegação de dados integrada em um aplicativo Web personalizado, que permite aos usuários navegar facilmente e agregá-los diariamente (para dados meteorológicos e admissões hospitalares de pacientes) e visitas a pronto socorros ou observações horárias, para dados de qualidade do ar previamente carregadas em um banco de dados relacional por meio de diversos processos. Uma coleção de arranjos de dados pré-compilados, consistindo em diferentes tipos de calendários e séries temporais com filtros, categorizações e níveis de agregação variados, pode ser selecionada pelos usuários finais, como uma maneira de obter uma visualização rápida dos dados existentes ou ponto de partida para navegar por todos os diferentes níveis de agregação e, opcionalmente, exportado para uso off-line.

O aconselhamento prognóstico na esclerose múltipla (EM) é difícil devido à alta variabilidade da progressão da doença. Simultaneamente, pacientes e médicos são cada vez mais confrontados com decisões de tratamento em um estágio inicial, o que requer a

consideração de prognósticos individuais para obter um bom equilíbrio entre os benefícios e os danos dos tratamentos. Portanto, é importante entender como pacientes e médicos estimam o risco prognóstico, e ainda como essas estimativas podem ser melhoradas. Uma ferramenta de processamento analítico on-line (OLAP) baseada em dados agrupados de cortes de ensaios clínicos com placebo oferece estimativas prognósticas de curto prazo que podem ser usadas para aconselhamento de risco individual (HEESEN, *et al.*, 2013)

O termo *OLAP* foi citado pela primeira vez por E.F.Codd, quando ele definiu doze regras que estas aplicações deveriam atender. A visão conceitual multidimensional dos negócios de uma empresa foi umas das regras citadas, a qual se tornou a característica fundamental no desenvolvimento destas aplicações. A visão multidimensional consiste de consultas que fornecem dados a respeito de medidas de desempenho, decompostas por uma ou mais dimensões dessas medidas. Podendo também ser filtradas pela dimensão e/ou pelo valor da medida. As visões multidimensionais fornecem as técnicas básicas para cálculo e análise requeridos pelas aplicações de *Business Intelligence* (BI). A aplicação OLAP soluciona o problema de síntese, análise e consolidação de dados, pois é o processamento analítico *online* dos dados. Tem capacidade de visualizações das informações a partir de muitas perspectivas diferentes, enquanto matem uma estrutura de dados adequada e eficiente. A visualização é realizada em dados agregados e não em dados operacionais porque a aplicação OLAP tem por finalidade apoiar os usuários finais a tomar decisões estratégicas. Os dados são apresentados em termos de medidas e dimensão (ANZANELLO, 2012).

2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Neste capítulo foram considerados os elementos que caracterizam a assistência à saúde desde a criação dos primeiros hospitais na Europa, e a concepção, a partir do século XIX do hospital como um local para diagnóstico e tratamento de doentes. Os hospitais ganharam contornos de gestão e passaram a ser tratados como organizações empresariais dotados de estrutura tecnológica, de recursos humanos e de pesquisa.

O aumento do comércio portuário no século XV aproximou os povos e trouxe novas doenças para a Europa. Com receio de epidemias que já haviam devastado o continente, negociadores e mercadores tornaram-se os principais interessados em construir e financiar hospitais e dispensários. Nessa análise, a política de saúde europeia foi estendida para as colônias. Houve, na época, a iniciativa de criar instituições de atendimento provenientes da própria sociedade. O Estado já se retirava da obrigatoriedade da assistência à população.

Os primeiros hospitais eram instituições sem fins lucrativos onde o pobre ou necessitado era isolado e ficava sob os cuidados de religiosos. Tinham finalidade mais social do que terapêutica. Os conhecimentos médicos baseavam-se nas informações que o próprio doente fornecia. É fato que se conhecia mais o doente do que a própria doença.

Foi somente a partir do século XVIII que os novos conhecimentos adquiridos pela medicina colocaram o médico como figura central do hospital. Esse profissional tornou-se, então, símbolo da instituição e, esta, perdeu o caráter caridoso passando a ter finalidades de tratamento e recuperação.

Na metade do século XIX, em Viena, o médico Ignaz P. Semmelweis mostrou-se preocupado com a alta taxa de mortalidade por febre puerperal em mulheres que se submetiam ao trabalho de parto. Ao pesquisar sobre as possíveis causas do problema, uma das hipóteses levantadas foi que a febre vinha da infecção da parturiente por agentes vindos de outros pacientes, denominada, posteriormente, de infecção hospitalar. Além disso, o excesso de pessoas e as formas de exames realizados pelos estudantes de medicina colaboravam para o agravamento da situação.

Já nos Estados Unidos, até a passagem deste século, os hospitais não possuíam as mínimas condições de higiene e seus pacientes ficavam sob o risco de contrair alguma infecção que poderia agravar seus quadros clínicos e os levar à morte.

Portanto, até o início deste século, o hospital era visto como um dispensário de necessitados, ou então servia para os casos insolucionáveis. O hospital era o último recurso a ser utilizado em caso de doença. Aqueles que podiam chamavam os médicos em casa, onde eram feitos todos os procedimentos e intervenções.

Nessa época, os métodos conhecidos de tratamento e diagnose podiam ser carregados pelos profissionais. Os médicos passaram a frequentar os hospitais a partir de meados do século XIX, quando diminuiu a taxa de morte por infecção hospitalar. As formas de diagnóstico e tratamento foram expandidas, complementadas por meio dos equipamentos. O hospital configurou, a partir deste período, suas atuais funções e objetivos (FOUCAULT, 2011).

2.1 Visão por cenários em saúde

Segundo Serra (2003), cenário é uma visão com possibilidade abrangente de futuro, elaborada segundo uma configuração do macroambiente geral e, em especial, do setor onde está inserida a organização.

A criação de cenários é a resposta para as instituições se organizarem e se adaptarem às tendências e perspectivas futuras, para que possam servir de orientação ao planejamento, com vistas não apenas à sobrevivência, mas também à inovação, ao desenvolvimento e à eficiência no uso de recursos.

Em geral, o futuro é incerto, por isso os estudos de cenários constituem-se em poderosas ferramentas de planejamento e controle e ainda se configuram como instrumentos de apoio fundamental para a tomada de decisão.

Para o autor, o estudo de cenários é um conjunto de instrumentos utilizados para ordenar a percepção sobre ambientes alternativos futuros, nos quais as decisões podem ser viabilizadas. Esses doutrinadores afirmam que o cenário é um conjunto de métodos organizados para sonhar o futuro de maneira eficiente. Para Porter (2007), cenário é uma visão internamente consistente daquilo que o futuro poderia vir a ser.

O autor valoriza o estudo de cenários como uma ferramenta que torna mais fácil conhecer as implicações da incerteza sobre o desempenho futuro da organização e deixa claro que eles são instrumentos poderosos e relevantes quando se pretende levar em conta o impacto da incerteza.

Segundo Ansoff (2008), considerado por muitos o precursor do planejamento, no início da década de 1950, as organizações passaram a se preocupar com o ambiente e, o enfoque de estratégias é essencialmente analítico, portanto, é relevante como objeto de estudo de cenários de macroambientes (setores) e de ambientes organizacionais (organizações).

O estudo de “cenários” possibilita ao planejador visualizar diversas versões singulares do futuro e, por meio delas, realizar reflexões sobre as influências de cada uma no futuro da organização. Vasconcelos (2001) define como “os horizontes de eventos de interesse de uma organização”. O autor considera que a utilidade da técnica de cenários para a atividade de planejar depende, essencialmente, da capacidade das pessoas envolvidas em seu estudo.

No entender de Malik e Teles (2012), a compreensão estratégica da organização como um sistema remete ao reconhecimento de diferentes níveis de gerenciamento de operações, os quais podem ser associados aos seus subsistemas componentes. A literatura sobre o tema revela o desdobramento desse contexto, a hierarquização dessas diferentes instâncias administrativas, aspecto que está alinhado com a prática organizacional adotada por grande parte das empresas e que compreende três níveis: normativo, estratégico e operacional.

Ainda de acordo com os autores, as diferenças entre os níveis de gerenciamento de uma organização implicam em lógicas diferenciadas de comportamento, compreensão de situações e reconhecimento de contextos. Os objetivos, as metas, os indicadores de

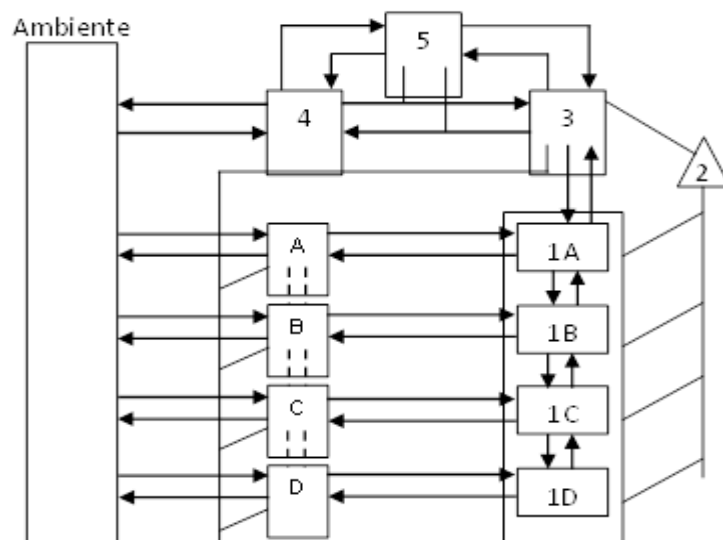
desempenho, assim como a perspectiva temporal e as decisões de cada nível administrativo, são definidos e/ou condicionados pelo elenco e estrutura das informações utilizadas pela organização. O modelo organizacional permite uma compreensão mais aprofundada do domínio da aplicação, abandonando a visão simplesmente funcional do sistema.

Para Alencar (2009), o modelo organizacional é uma representação da estrutura, das atividades, dos processos, das informações, dos recursos, do pessoal, do comportamento, dos objetivos e restrições das atividades comerciais, governamentais ou de outra natureza, a fim de ajudar a compreender as complexas interações entre organizações e pessoas.

No entender de Souza (2008), o modelo organizacional propõe-se a facilitar a definição de requisitos, a partir de uma melhor integração entre as fontes de informações. Ele integra o sistema de informação e os objetivos da organização, a fim de proporcionar uma definição de requisitos mais correta, mais fácil de ser elaborada e de ser posteriormente alterada.

Segundo os autores, o modelo organizacional não só separa e representa o conhecimento da organização em partes (subsistemas), mas também facilita a leitura e a compreensão pelos diferentes grupos de usuários. Dessa maneira, a partir da compreensão dos subsistemas, surgem consequências benéficas para a definição dos requisitos, visto que, quando se entende o que se lê, naturalmente surgem críticas e sugestões ao que está representado, o que permite um modelo organizacional mais completo e consistente. Mesmo com um modelo volumoso, a leitura por partes facilita a análise e compreensão. Schwaninger (2003) apresenta o esquema de uma estrutura corporativa baseada no modelo de Beer, conforme reproduzido na Figura 11.

Figura 1- Estrutura corporativa baseada no modelo de Beer.



Fonte: Schwaninger (2003)

Em virtude desta divisão, a organização passa a ter subsistemas, como os apresentados:

Subsistema 1

- Operação: identificado com o sistema operacional da organização, compreende todas as unidades dotadas de autonomia (relativa) e podem ser tomadas como objeto de análise isoladamente.

Subsistema 2

- Coordenação: funcionalmente representa uma instância que assegura a harmonização entre a operação e os objetivos dos subsistemas componentes do subsistema 1, absorve a variedade (conceito de Beer vinculado à mutabilidade de condições, associada a modificações de natureza complexa em variáveis condicionantes de comportamento dos sistemas) e as oscilações não controladas.

Subsistema 3

- Controle: possui, como atividade-alvo, função de monitoramento das operações, cuja responsabilidade é a definição e o reconhecimento de sinais indicadores do desempenho interno e, desse modo, como atribuição compartilhada com o subsistema 2, assume a preservação da estabilidade interna da organização.

Subsistema 4

- Inteligência: conjuga duas atribuições principais: garantir o fluxo de informações entre os sistemas, particularmente entre o subsistema 5 e os demais, e capturar da organização e para a organização as informações e dados relevantes ao ambiente, disponibilizando-os adequadamente.

Subsistema 5

- Estratégia: formula políticas e define estratégias a partir da compreensão e análise recursiva, nível a nível, da organização e de sua interação com o ambiente, por meio das informações disponíveis oferecidas basicamente pelos subsistemas 3 e 4.

Schwaninger (2003) apresenta os seguintes objetivos procurados por cada um dos três níveis de gerenciamento de uma organização:

- Nível operacional: a eficiência econômica (ou particularmente a lucratividade);
- Nível estratégico: a capacidade cooperativa e competitiva da organização;
- Nível Normativo: legitimidade, definida como o potencial de atendimento das necessidades e reivindicações dos indivíduos que compõem a organização (SCHWANINGER, 2003, p.123).

No entendimento de Malik e Teles (2012), na área de serviços, a produtividade tem sido estudada por vários autores em todo o mundo, muitas vezes a partir da utilização de ferramentas da reengenharia para alcançar as melhorias desejadas.

Dentre as medidas de reengenharia que podem ser adotadas, podemos destacar as seguintes:

- Melhor alocação de recursos;
- Agilização de serviços e tomada de decisão;
- Melhor qualidade no atendimento;
- Alternativas para resolução de problemas;
- Análise de investimentos;
- Redução de desperdícios e gastos desnecessários;
- Identificação de restrições no sistema de funcionamento da empresa.

Do ponto de vista da gestão de uma organização, existem vários sistemas que podemos utilizar para este fim, mas, dentre eles, destaca-se o sistema holístico, o qual busca atender harmonicamente às necessidades de todos os *stakeholders*, a partir do momento que junta o pragmatismo da busca das metas, com respeito à dignidade humana no trabalho e por meio de uma seleção de ferramentas de gestão dos grandes modelos de gestão atual.

Com origem nos EUA, esse sistema vê a organização não como uma instituição independente, mas como uma célula que se integra com outras células visando o bem-estar e o aprimoramento da sociedade. Os pontos chaves são:

- Busca da simplicidade desse modelo para que ele possa caber dentro da empresa, sejam elas grandes ou pequenas, já que para ter pensamento sistêmico na gestão, todas as peças devem fazer sentido e ainda estar clara a conexão de todas elas na mente dos gestores do negócio;
- Uso de técnicas de impacto para evitar o uso de um grande número de técnicas com baixo efeito prático;

- Busca de uso das ferramentas de gestão de forma a serem aplicadas formando um todo, sem a possibilidade de aplicar uma ferramenta que não esteja sintonizada com as demais;
- Uso de técnicas e conceitos que respeitem nossos valores.

Esse modelo, além de considerar as modernas teorias de gestão, ainda leva em consideração que a empresa deve ser uma organização que aprende e define rumos para o seu aprendizado e faz uso da metodologia de desbloqueios quanto aos seguintes aspectos críticos da gestão: o compromisso da cúpula diretiva com o sistema a ser adotado, o envolvimento da média gerência com o sistema da organização e o sistema de informações para os funcionários. Ela está estruturada dentro dos modelos de excelência da gestão e atende às normas ISO tanto para a gestão geral como para o meio ambiente, segurança e higiene no trabalho.

Os grandes processos existentes, além da gestão sistêmica como um todo, segundo Malik e Teles (2012), são:

- **Processo de Política Básica**

Esse processo, do ponto de vista racional, é o primeiro a ser montado em uma empresa, mas, na prática, ele normalmente é desenvolvido após haver experiência da organização na definição das políticas do presidente, no seu desdobramento e cumprimento. Dessa forma, quando a empresa montar o seu planejamento de longo prazo, o qual deve estar atrelado aos de médio e curto prazos, acoplado à experiência prática de cumprir planos, teremos um caminho pela frente, sem desgastes, já que a definição do plano de longo prazo soa dentro da empresa como algo muito teórico e distante.

A montagem da política básica deve ter como ponto de partida a consideração dos valores universais, intrínsecos da natureza humana e que independem da cultura, com vistas a assegurar alinhamento das pessoas com o projeto da empresa. Todas as vezes que não houver essa consideração, teremos uma atitude ambígua do funcionário perante a empresa, bem como a não utilização de toda a sua potencialidade em benefício das metas organizacionais.

O planejamento de longo prazo tem seu tempo definido de acordo com o negócio, longo prazo pode estar entre cinco e dez anos ou mais; para uma empresa de tecnologia de ponta, um ano pode ser um prazo longo; para as empresas de serviço, como hospitais, o longo prazo, normalmente, varia entre um e três anos. Esse planejamento busca definir a missão de negócio, os valores que serão seguidos por todos e a visão de onde se deseja chegar no tempo.

Essa política básica, juntamente com toda a análise de ambiente do negócio, objetiva

gerar as políticas dos processos organizacionais. Considerando que na política básica foram observados os valores humanos, teremos, como consequência, uma política ética que irá interferir nas ferramentas de gestão de forma a garantir, por um lado, o pragmatismo quanto à busca das metas; por outro, o respeito à natureza humana.

- **Processo de Informação e Documentação**

Esse processo enfoca a busca de entendimento quanto às ferramentas futuras para o negócio, estudos dos cenários e quanto ao uso de capital intelectual na organização, com vistas à realização de inovações necessárias.

Está baseado na tecnologia crítica da atividade, para que haja foco de atuação que busque a melhor resposta. Esse processo trata da criação de indicadores e visa um planejamento amplo que atenda a todos os interessados diretos na prestação do serviço. Ele é a base de controle de todo o sistema de informações e documentação e ainda gera as necessidades de informatização e comunicação com toda a organização e sociedade. Ele abrange os aspectos gerenciais e define as áreas em que o talento faz a diferença e quais são as competências críticas.

Dentro desse processo, os requisitos e os parâmetros de toda a rotina são acompanhados com vistas a atender à missão da organização em que temos as referências básicas da tecnologia. Em síntese, esse processo se assemelha a uma central de verificação da informação para permitir a definição de políticas fundamentais para garantir o melhor uso possível dos escassos recursos.

- **Processo de desenvolvimento de Políticas e Planejamento Estratégico em Saúde**

A base do processo de desenvolvimento de políticas e planejamento é o processo de informações no qual são desenvolvidas as políticas de diretrizes gerais para o ano ou para os próximos meses subsequentes. Considerando que as alternativas de políticas são muitas, aquelas vitais, vinculadas fortemente com a sobrevivência e o crescimento da atividade.

As políticas definem as áreas de inovação e são de responsabilidade direta da diretoria e do corpo de gerentes da organização que estão nos níveis estratégico e tático.

Para a organização dos dados, com vistas à montagem das políticas, são utilizadas, geralmente, as ferramentas gerenciais da qualidade, como o diagrama de afinidades, o diagrama de árvore e a matriz de correlação. O ponto-chave para o funcionamento da estratégia está na adoção de políticas que visem ao desdobramento dessas diretrizes até o momento da execução das ações. Dessa forma, uma política pode ser desdobrada em planejamento da gerência, que, por sua vez, gerará o planejamento da chefia e resultará em

uma relação de causa e efeito encadeada.

Um ponto importante a ser analisado, ao se pensar em avaliação da instituição, é a definição da amplitude dos indicadores definidos para medir o desempenho. Normalmente, com base em observações empíricas, as empresas dedicam mais atenção aos indicadores financeiros voltados para os custos e que tendem a mostrar resultados de curto prazo.

Quando se identifica a necessidade da mensuração de desempenho com visão ampliada, isto é, do desempenho financeiro e do não financeiro, exige-se também a capacitação do gestor no entendimento dessa visão, na mesma proporção, a fim de poder executar suas funções sob as dimensões financeiras e não financeiras.

Diante desses fatos justifica-se a necessidade de adotar modelos de avaliação de desempenho que contemplem os aspectos financeiros e não financeiros de uma organização. Também não se pode estabelecer mecanismos de avaliação que indiquem apenas o que está acontecendo, os impactos que têm causado sob o ponto de vista econômico-financeiro e na imagem da organização. É necessário que se saibam as causas das ocorrências dos fatos.

• **Planejamento Estratégico Hospitalar**

Segundo Ferreira (2011), o enfoque *démarche stratégique* foi inicialmente utilizado na definição da missão do Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, norte da França, tendo sido idealizado por M. Crémadez e F. Gâteau e trazido originalmente ao Brasil por Rivera em 1997, em seu artigo intitulado “ O enfoque de integração estratégica de Crémadez e Gâteau e a gestão de recursos tecnológicos e humanos (ARTMANN, 2002).

O significado do termo *démarche* é relativo a processo, trâmite, gestão, poderia então ser traduzido como gestão estratégica. Inicialmente o método foi elaborado para o setor público, a partir do sistema de saúde público francês (PORTER, 2003). Este método se utiliza de elementos da microeconomia, do campo da estratégia e da política, da área de desenvolvimento organizacional e cultural. Sua elaboração tem como base autores como Henry Mintzberg (1982), Michel Crozier e Erhard Friedberg (1977), Machel E. Porter (1092), Maurice Thevènet (1993), dentro outros (ARTMANN, 2002).

A *démarche* visa definir racionalmente a missão de hospitais a partir do contexto demográfico, organizacional e epidemiológico da organização hospitalar. A elaboração da missão institucional será realizada mediante uma negociação com o ambiente externo, incluindo outros hospitais da região. O método caracteriza a organização com uma capacidade pró-ativa e atuação dinâmica sobre o ambiente (FERREIRA, 2011).

Para Borba (2013), o planejamento estratégico trata do futuro das decisões atuais. De acordo com o autor, a base das decisões atuais deve considerar as possíveis alternativas futuras. De outra forma, as escolhas ou decisões, em relação aos caminhos futuros, representarão a base das decisões atuais. Identificar sistematicamente oportunidades e ameaças do futuro, e combiná-las com outros dados relevantes, constituem os fundamentos para que sejam tomadas decisões mais acertadas, aproveitando-se as oportunidades e evitando-se as ameaças.

O planejamento estratégico é também, de acordo com Ribeiro (2014), um processo, uma filosofia, e composto por uma estrutura de planos. Como processo, ele precisa explicar os objetivos e definir estratégias e políticas para alcançá-los. Trata-se de decisão prévia sobre o que deve ser feito, quando, como e quem irá fazer.

Como filosofia, o planejamento estratégico é uma concepção, um modo de vivenciar a organização, pois conseguir um planejamento mais eficaz depende de inúmeras variáveis, e dentre elas as atitudes de valorização do referido processo.

Segundo o autor, existem dois tipos de planejamento estratégico: o planejamento intuitivo e o previsto. O primeiro, geralmente, é realizado por uma só pessoa. Na maioria das vezes, ele não resulta em um conjunto de planos por escrito, seu horizonte temporal é curto, pois é elaborado com base na experiência passada, no julgamento e na reflexão individual. O segundo envolve o trabalho de várias pessoas, resulta em planos escritos, seu horizonte temporal pode ser amplo, é elaborado com base em pesquisas e em técnicas de análise de problemas e de tomada de decisões. O ideal é que os dois sistemas sejam complementares ou complementem-se.

A implementação do planejamento estratégico, segundo o autor, deve obedecer a três etapas: levantamento de dados, a diagnose (avaliação do ambiente e das respostas da entidade aos impactos ambientais, a partir do levantamento de dados) e a identificação da missão, que consiste na definição das finalidades e a explicitação dos objetivos.

No entender de Matus (2009), o planejamento faz-se necessário, pois possibilita prever ações e, conseqüentemente, ser oportuno e eficaz na ação. Matus propõe o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o qual consiste em um sistema descentralizado de planejamento por problemas e oportunidades.

O autor defende que o planejamento tem de se apoiar em alguma teoria da produção de ações humanas e determinar a confiabilidade do plano (ou pacote de medidas ou políticas) para solucionar os problemas a partir das seguintes análises:

- prova de eficácia;

- da viabilidade econômica;
- de opções exploradas;
- de vulnerabilidade do plano;
- sua viabilidade política;
- eficácia comunicacional;
- de equidade.

O modelo desenvolvido por Beuren (2008) destaca as áreas de conhecimento da organização. É constituído por cinco modelos elaborados a partir de objetivos (Modelo de Objetivos – MO), atores (Modelo de Atores – MA), atividade e uso (Modelo de Atividades e Uso – MAU), conceitos (Modelo de Conceitos – MC) e requisitos (Modelo de Requisitos do Sistema de Informação – MRSI).

De acordo com Alencar (2009), sob o ponto de vista da administração, não basta apenas encher as empresas com equipamentos ou sistemas de informação, sem que haja a necessária preocupação de atualização dos próprios processos. É necessário entender, além das questões internas, as variáveis externas que influenciam a organização. No caso da saúde, fatores como renda, localização, quantidade de equipamentos e recursos, são determinantes no planejamento.

A seleção de problemas específicos é feita segundo as causas ou gargalos críticos do macroproblema. Processar problemas implica em explicar como nascem e se desenvolvem, por meio da sua descrição, a partir da utilização de indicadores da realidade. Elaborar planos para resolver as causas do problema, implica, necessariamente, em ações Inter setoriais e a articulação entre os agentes envolvidos.

Desse modo, Matus (2009 p.45) sintetiza:

- Momento explicativo, no qual a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscar compreender mais amplamente por que eles ocorrem e identificar os gargalos críticos.
- Momento normativo, que inclui a identificação dos atores que fazem parte do problema, a identificação dos recursos para controlar as operações, a projeção de cenários em que são mapeadas as variáveis de teto (as melhores possibilidades) as variáveis de centro e as de piso (as piores possibilidades), projetar cada uma das operações pensadas nos três cenários, construir a árvore de apostas.
- Momento estratégico, buscar responder quais operações do plano são viáveis ou inviáveis, que possíveis reações cada ator envolvido

no problema terá e como construir a viabilidade para as ações inviáveis.

- Momento tático operacional, é o momento de implementar as ações propostas. Considera-se que a ação exige um cálculo que completa o plano. É necessário fazer a mediação do plano na realidade, isto é, adequá-lo diante das situações que se apresentam.

A grande função do método pode ser descrita como um exercício permanente de reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, com vistas a prever situações e alternativas, antecipar possibilidades de decisão e preparar estratégias para ganhar governabilidade sobre ela. Portanto, ao sintetizarmos as principais características do planejamento estratégico, que o diferencia do modelo normativo, temos:

Síntese: perspectivas do planejamento estratégico como instrumento de gestão dos serviços para viabilização da assistência médica.

O planejamento, dessa forma, pode ser visto como um projeto de organização da atenção aos serviços de saúde e que pode se configurar na articulação de modelos técnico-assistenciais que abarcam a prática clínica segundo a lógica mercadológica. Nesse foco, pode-se suscitar a necessidade de repensar no modelo de gerenciamento dos serviços de saúde, bem como nas ferramentas de gestão dentro do enfoque do planejamento.

Cabe à organização, como desafio básico, redefinir sua prática assistencial e gerencial. Nesse sentido, o planejamento passa a ser instrumento precioso para a construção de uma prática inovativa e contemplada em um programa de sustentação da sua clientela.

O planejamento, de forma condizente com a teoria do processo de atendimento para a saúde ou doença que embasa a atual política de saúde, exige que a consciência ingênua seja suplantada pela consciência crítica da realidade, o que se daria pela possibilidade de participação ampla que o planejamento requer.

O planejamento, desse modo, deve ser discutido como ponto focal para a implementação de uma política voltada ao aprimoramento da organização na prestação de serviços de saúde. Segundo nossa percepção, o planejamento deve ser, então, uma das ferramentas a ser amplamente utilizada no gerenciamento dos serviços de atendimento à saúde. É um equívoco entender que o planejamento deverá ser utilizado somente pelos serviços hospitalares. A saúde é composta por uma rede ampla e complexa de serviços que carecem de reestruturação para garantir o acesso e a aplicação eficiente dos recursos.

Os serviços de saúde devem constituir a resposta às necessidades de saúde de uma sociedade ou comunidade, sejam elas individuais ou coletivas, devem,

pois ter acesso e organização suficientes para permitir uma oferta que responda ao volume e à natureza destas necessidades, garantindo o início e a continuidade de sua utilização, conseqüentemente, devem ter uma ampla porta de entrada que possibilite a todos os indivíduos daquela comunidade a sua utilização. É fundamental que esta ampla porta de entrada esteja a nível primário. E que o critério para passar para os outros níveis, seja a complexidade dos problemas e nunca critérios econômicos ou sociais (ESMANHOTO; PEREIRA, 2011, p. 77).

No entendimento dos autores, a desorientação dos serviços de saúde, principalmente de atenção básica, irão, indubitavelmente desembocar nos serviços de urgência e emergência. Essa demanda que deveria ser atendida pela rede básica, desestrutura qualquer possibilidade de planejamento organizacional hospitalar. As portas dos prontos socorros estão escancaradas e a demanda é espontânea, o controle e os critérios de referenciamento são falhos. Com exceção dos casos que realmente demandam pelo pronto atendimento, a porta de entrada deveria ser sempre pelo nível primário.

São grandes os desafios para que a APS assuma o papel de coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde. Dentre os nós críticos, destacam-se a falta de política institucional direcionada ao fortalecimento da APS, a representação social das comunidades sobre este ponto de atenção, a falta de legitimidade social, a visão restrita de gestores que tendem a compreendê-la, por vezes, como seletiva, além da insuficiência de recursos qualificados para um *modus faciendi* desta estratégia, o que resulta numa notável carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos na APS. A coordenação das RAS pela APS implica que ela assuma papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção da rede e de toda a vida de uma comunidade (RODRIGUES *et al.*, 2014).

A inversão do fluxo de atendimento de pacientes nos serviços e equipamentos de saúde tem provocado restrições aos atendimentos. A utilização de serviços terciários, em substituição à rede básica, onera o atendimento e esgota a possibilidade de mais pacientes serem atendidos. As filas de espera por consultas, exames e cirurgias, engrossam as estatísticas, o que é resultante do mau direcionamento dos atendimentos. Segundo relato de um administrador hospitalar, uma consulta no pronto socorro custa, em média, seis vezes mais que no ambulatório e cerca de oito vezes mais que na rede básica.

Segundo recomendações da OMS, e em certa medida já incorporadas como parâmetros pelo INAMPS e por outras instituições públicas, implica a capacidade destas unidades resolverem pelo menos 80% dos problemas de saúde da população de sua área programática. Adotando-se essa

conceituação, há de se repensar a estrutura desses serviços tendo-se em conta não mais conteúdos definidos de forma abstrata, mas considerando-se a necessidade de saúde dos usuários do sistema. A capacidade de resolver pelo menos 80% dos problemas de saúde só será alcançada em cada unidade a partir da incorporação de uma determinada composição adequada de recursos, capaz de atingir aquela capacidade de resolução com eficácia e utilizando o mínimo de investimentos possíveis, criteriosamente planejado (MADUREIRA, 2009, p. 39).

Na concepção do autor, pode-se extrair as bases do modelo regionalizado e hierarquizado de saúde, defendidos no ideário da Reforma Sanitária Brasileira e incorporado a documentos legais. Para se dar respostas efetivas aos problemas de saúde de uma população é necessário construir um sistema de serviços de saúde, com estrutura semelhante a uma pirâmide, na qual a base ampla corresponda às ações primárias, cuja função é dar respostas aos problemas mais simples, entendidos como os de maior frequência. Para cumprir essa função, os serviços devem estar próximos aos usuários e sua extensão deve ser tão ampla que possibilite o atendimento de toda população. Dessa forma, os componentes sociais tem grande relevância na estrutura econômica, produtiva e social do país onde o planejamento estratégico em saúde deve permear essa estrutura objetivando imprimir agilidade e resolutividade no atendimento aos usuários. A seguir, vêm os demais níveis, os quais correspondem aos serviços especializados e representam o cume da pirâmide, de maior complexidade.

2.2 Atenção Primária à Saúde

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade e oferece serviços de prevenção, cura e reabilitação, a fim de maximizar a saúde e o bem-estar do cidadão. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e ainda influencia o comportamento das pessoas a seus problemas de saúde. Contudo, a APS como eixo coordenador ainda encontra vários desafios, sobretudo pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Historicamente, a atenção primária tem sido definida pelo tipo de médico que a exerce, mesmo atualmente, é comum que ela seja caracterizada como o atendimento oferecido por clínicos gerais (ou médicos de família). O problema com essa caracterização é que a norma para a atenção primária se transforma naquela que descreve as unidades de medicina de

família. Como isso, pode variar de lugar para lugar e de país para país, em virtude disso, é necessária uma melhor alternativa para especificar suas funções. A atenção primária pode ser distinguida de outros tipos de atenção pelas características clínicas dos pacientes e seus problemas. Essas características incluem a variedade de diagnósticos ou problemas observados, um componente identificável dedicado à prevenção de doenças, e uma alta proporção de pacientes que já sejam conhecidos na unidade de saúde (LAVRAS, 2011).

Como a atenção primária é o ponto de primeiro contato dentro do sistema de atenção à saúde, seus profissionais deveriam encontrar uma série muito mais ampla de problemas apresentados do que no caso da atenção subespecializada. Quando esses problemas apresentados são catalogados, um número muito maior deles deveria abranger qualquer porcentagem determinada de todos os problemas, na atenção primária, do que na atenção especializada. Podemos supor que nas unidades de atenção primária haja uma maior porcentagem de consultas classificadas como relacionadas à prevenção. Tanto o potencial como o alcance dos aspectos cruciais da atenção primária podem ser medidos pela abordagem da capacidade-desempenho. Quatro elementos estruturais do sistema de serviços de saúde definem o potencial, enquanto dois aspectos do processo traduzem o potencial numa atividade importante.

Na definição do Ministério da Saúde, os quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária são acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade, e estes são definidos como segue:

- acessibilidade: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência desses aspectos da acessibilidade.
- variedade de serviços: é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis.
- definição da população eletiva: inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.
- continuidade: consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende um paciente, um prontuário

médico que registra um atendimento prestado, um registro computadorizado, ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos, na população, indica a extensão da continuidade da atenção.

Traduzir o potencial na atividade adequada requer dois elementos de desempenho do sistema de serviços de saúde: a utilização de serviços pela população e o reconhecimento de problemas por profissionais de serviços de saúde. O primeiro refere-se à extensão e ao tipo de uso dos serviços de saúde. A razão fundamental para uma consulta pode ser a investigação da ocorrência de um novo problema, o acompanhamento de um problema antigo ou o recebimento de serviços preventivos. A utilização pode começar pelo paciente ou ser uma exigência, uma orientação de um profissional de saúde, o que pode, ainda, ocorrer como resultado de alguma exigência administrativa. Já o segundo, o reconhecimento de um problema (ou de necessidade), é o passo que precede o processo diagnóstico. Se os problemas ou necessidades de saúde não forem reconhecidos, não haverá qualquer processo diagnóstico ou, então, será um processo inadequado. Os pacientes podem não se queixar de problemas por não estarem cientes deles, ou podem se queixar de um sintoma que mascara o outro. O papel do profissional de saúde é a determinação precisa das necessidades de saúde de um paciente ou de uma população.

O paciente, ao perceber a fragilidade do atendimento primário em resolver seus problemas, encaminha-se para os serviços secundários ou terciários, o que desencadeia a superlotação e oneração dos serviços que deveriam receber apenas pacientes referenciados por outro serviço.

Não há como afastar os elementos de um processo político de construção da atenção à saúde quando se pretende a compreensão da forma de utilização, acesso e percepção do cuidado. A política de saúde estabelece contornos que são percebidos e cobrados pela sociedade, na medida em que são estabelecidas as responsabilidades de cada participante do processo. O segundo elemento fundamental para compreensão da forma como a atenção à saúde está disponibilizada, os critérios de acesso, e a concepção do cuidado, é o sistema de saúde. Esse estabelece a forma de manter a assistência, a organização da atenção em seus aspectos operacionais, enquadrando as instituições e espaços de atenção de acordo com as vocações e as necessidades da população na rede de saúde.

3 REDE DE ATENÇÃO À SAUDE

As características que formam a rede de atenção à saúde nos níveis primário, secundário e terciário, tendo como objetivos a melhoria da qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde foram tratados no presente capítulo.

Nas redes de atenção à saúde, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia, conceito originário do campo da ciência política que constitui um sistema político característico das sociedades contemporâneas modernas e que se expressa na desconcentração de recursos de poder, na tomada das decisões por livre negociação de uma pluralidade de atores sociais, ao mesmo tempo autônomos e concorrentes, ligados por pactos estabelecidos por regras do jogo social e político. A estruturação das redes de atenção à saúde permite gerar valor para as pessoas usuárias adstritas a estas redes e o valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011).

As redes de atenção à saúde apresentam algumas características: apresentam missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, intercambiam constantemente seus recursos, são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica, implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde, prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis, focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde, têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população, e devem gerar valor para a sua população. Os objetivos das redes de atenção à saúde são melhorar a qualidade do cuidado, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2008).

Nas redes de atenção à saúde o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde em que não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Assim, todos os componentes das redes de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos dessas redes, apenas se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam. A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, atenção de média complexidade e atenção de alta complexidade. Contudo, as redes de atenção à saúde apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na atenção primária à saúde (CONASS, 2016)

A estruturação das redes de atenção à saúde permite gerar valor para as pessoas usuárias adstritas a estas redes e o valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre os resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde (PORTER; TEISBERG, 2007).

Há evidências, obtidas em vários países, de que as redes de atenção à saúde melhoram os resultados clínicos, sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (GILBODY *et al.*, 2003). No Brasil, a concepção de redes de atenção à saúde vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS, por dois instrumentos jurídicos. A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990.

O Ministério da Saúde define as redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). No Decreto Presidencial, explicita-se que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na rede de atenção à saúde a ser constituída nas regiões de saúde (BRASIL, 2009).

As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos fundamentais: a população, os modelos de atenção e a estrutura operacional (MENDES, 2011). O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. As redes de atenção à saúde nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada podem prescindir dos territórios sanitários.

Mas não há possibilidades de as redes de atenção à saúde, públicas ou privadas, serem implantadas sem uma população adstrita. Assim, as redes de atenção à saúde, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Não basta, contudo, o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

Na concepção de redes de atenção à saúde, cabe à atenção primária à saúde a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora das redes de atenção à saúde ou em gestão da saúde da população se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento próximo da equipe de saúde com a população adstrita, estratificada em subpopulações e organizada em grupos familiares que habitam territórios de vida.

O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e modelos de atenção às condições crônicas. Os modelos de atenção aos eventos agudos prestam-se à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde às condições agudas, às agudizações das condições crônicas e aos sintomas gerais e inespecíficos que se manifestam agudamente. Os modelos de atenção às condições crônicas utilizam-se para a estruturação de respostas às condições crônicas não agudizadas. É preciso dizer que o conceito de condição crônica não é igual à doença crônica, porque são consideradas condições crônicas todas aquelas que exigem uma resposta proativa, contínua e integrada por parte do sistema de atenção à saúde. Nesse sentido, todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas há muitas outras condições que, também, são abarcadas por esse conceito. O terceiro

elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Em uma rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os seus nós.

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de tele-assistência e sistemas de informação em saúde), os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde), e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós (CONASS, 2016).

Na ótica das redes de atenção à saúde, o seu elemento fundante e sua razão de ser são essas populações determinadas, postas sob suas responsabilidades sanitárias. As populações dessas redes têm um espaço de vinculação qualificado que é a atenção primária à saúde. Nesse sentido, a população de responsabilidade das redes de atenção à saúde não é a população dos censos demográficos, nem a população geral que tem direito ao SUS, mas a população cadastrada e vinculada a uma equipe de cuidados primários. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários (MENDES, 2011). O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão da oferta e instituir a gestão da saúde da população, elemento essencial das redes de atenção à saúde.

Esse modelo envolve várias dimensões: definir uma população de responsabilidade sanitária e econômica, estabelecer um registro dessa população e de suas subpopulações, ter um centro de comunicação na atenção primária à saúde, conhecer profundamente essa população nos seus riscos sociais e sanitários, integrar em redes as ações dos diferentes pontos de atenção à saúde, operar um modelo de gestão que inclua os elementos do conceito de saúde da população como ações sobre os determinantes intermediários e proximais da saúde e sobre os determinantes biopsicológicos individuais, desenvolver e aplicar parâmetros de necessidades com base em evidências científicas, dividir a população em subpopulações

segundo estratos de risco, estabelecer metas de melhoria dos indicadores sanitários e econômicos, definir estratégias para impactar a segurança, os custos e os resultados clínicos, buscar a redução das desigualdades; monitorar os processos e os resultados em termos de qualidade, eficiência e efetividade, implantar sistemas efetivos de informações em saúde, operar com equipes multiprofissionais trabalhando de forma interdisciplinar na elaboração, execução e monitoramento de planos de cuidados, e estabelecer parcerias entre profissionais de saúde e pessoas usuárias no cuidado (McALEARNEY, 2003).

A governança de redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita (MENDES, 2011).

Esse conceito coloca como ponto central da governança das redes de atenção à saúde, em um ambiente decisório poliárquico, o incremento da interdependência entre todos os atores em situação para gerar excedente cooperativo que irá produzir os resultados econômicos e sanitários. É importante entender esse conceito e essa dinâmica virtuosa da governança em redes para não cair na tentação de substituir os mecanismos de decisão colegiada interfederativa, vigentes no SUS, por propostas de organização de uma estrutura de governança hierárquica nas regiões de saúde. Isso reflete um desconhecimento sobre o funcionamento em redes e isso poderá ser um desastre se for operacionalizado. A governança de redes de atenção à saúde é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos (gerência hospitalar, gerência dos ambulatórios especializados, gerência das unidades de atenção primária à saúde, gerência do laboratório de patologia clínica, gerência da assistência farmacêutica, gerência do transporte em saúde etc), já que cuida de governar as relações entre a atenção primária à saúde, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (CONASS, 2016).

4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O deslinde deste capítulo foi a formação do Sistema Único de Saúde, considerando, principalmente a Constituição Federal de 1988 onde a saúde passou a ser direito de todos e

dever do Estado, com vistas a reduzir o risco de doenças e outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, os quais devem ser garantidos por meio da adoção de políticas públicas, sociais e econômicas. A organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), deu-se com a implantação do SUS, o qual foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 pela lei nº 8.080, que define seu funcionamento e o institui legalmente como um sistema dinâmico de organização contínua e crescente das ações de atenção à saúde do povo brasileiro.

Foi a partir da promulgação da Constituição Federal, em 1988, que a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, com vistas a reduzir o risco de doenças e outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, os quais devem ser garantidos por meio da adoção de políticas públicas, sociais e econômicas (ALBUQUERQUE, 2001).

A defesa da saúde como um direito, aliada à criatividade e à capacidade de superar adversidades, fez do SUS um exemplo de inovação do sistema de saúde para a América Latina e referência para o mundo. Esse legado não pode (e não deveria) ser desperdiçado. Olhando para o futuro, à medida que o novo contexto se desdobra, o efeito de novas políticas sobre os resultados de saúde, disparidades e bem-estar da sociedade como um todo deve ser examinado criticamente para avaliar as consequências das políticas fiscal, econômica, ambiental, educacional e de saúde da população brasileira (CASTRO *et al.*, 2019).

A organização da rede de serviços de saúde, de forma regionalizada (municipal, regional, estadual e federal) e hierarquizada (atenção básica, atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar), deu-se com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 pela lei nº 8.080, que define seu funcionamento e o institui legalmente como um sistema dinâmico de organização contínua e crescente das ações de atenção à saúde do povo brasileiro (CARVALHO, 2003).

Integram o SUS as equipes de saúde da família, as unidades básicas de saúde (UBS), os hospitais públicos municipais, estaduais e federais – incluindo os universitários, as fundações e os institutos de pesquisa (como Butantã, Adolfo Lutz e Vital Brasil), os laboratórios, os hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Ambiental, além de hospitais e serviços privados de saúde contratados ou conveniados pelo Poder Público (FORTES *et al.*, 2010).

Em 21 de novembro de 1966, durante o governo militar no Brasil, foi promulgado o Decreto-Lei nº 72, que unificou os Institutos de Aposentadoria e Pensões e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Após 11 anos, a lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, estabelece o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), e cria como autarquia federal o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2009).

O INAMPS contava com uma rede própria de serviços que foi incorporada, por decreto, ao Ministério da Saúde em 1990 e, com a regulamentação do SUS, transferida parcialmente às Secretarias Estaduais da Saúde. Somente em 27 de julho de 1993, com a lei nº 8.689, ocorre a extinção do INAMPS e a totalidade de suas atividades foram finalmente incorporadas ao Ministério da Saúde, porém, sem a transferência correspondente dos recursos financeiros, o que gerou a crise financeira da saúde que se estende até os dias atuais.

Na época anterior ao SUS, as atividades de saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais dos grandes centros urbanos resumiam-se a atividades de promoção de saúde (educação sanitária) e prevenção de doenças (vacinação, campanha de combate a enfermidades como tuberculose, hanseníase e outras) para todas as pessoas, indiscriminadamente, e realizava assistência médico-hospitalar aos indigentes, pobres e desempregados que não tinham como pagar serviços privados de saúde (médicos particulares ou hospitais e casas de saúde com fins lucrativos). O restante da população, que não tinha carteira de trabalho assinada (lembrando que as mulheres, nessa época, não faziam parte do mercado formal de trabalho, isto é, a maioria delas eram donas de casa ou trabalhavam dentro do lar), recorriam às práticas populares de cuidados com a saúde (chás, ervas, curandeiros, curiosas/parteiras, fórmulas manipuladas por boticários e tantas outras modalidades conhecidas até hoje pela população que vive em áreas rurais) ou recorriam às Santas Casas, geralmente quando a enfermidade era grave, que as abrigava e cuidava até a morte (FORTES *et al.*, 2010).

O SUS, diferentemente das Caixas de Aposentadoria e Pensão que deram origem aos Institutos de Assistência Previdenciária, depois reunidos no Instituto Nacional de Previdência Social e que, na sequência, originaram o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, foi uma conquista não só dos trabalhadores, mas de todos os cidadãos brasileiros. Foi resultado do movimento da Reforma Sanitária que nasceu como forma de oposição técnica e política ao regime militar, por diferentes setores da sociedade e por movimentos populares e que contribuíram para a realização do Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, promovido pela Câmara dos Deputados, no período de 9 a 11 de outubro

de 1979 (FORTES *et al.*, 2010).

No seu processo histórico de construção, o SUS tem como marco principal a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. “Foi a primeira vez que a população participou das discussões da conferência. Participaram dessa conferência mais de 4 mil delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2010, p. 97).

Todo o esforço da sociedade e dos movimentos populares na obtenção de uma política de saúde mais justa e igualitária foi contemplada na Constituição Federal de 1988, na lei de criação do SUS (lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) e na lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários e/ou população na gestão de suas ações e serviços.

Portanto, é interessante lembrar que o movimento de reforma sanitária, originado no final da década de 1960 e início da década de 1970, não se esgotou nem se esgota com a aprovação do SUS na Constituição. A garantia legal foi um marco do movimento, mas não seu fim. Há muito que fazer e muito a conquistar. No campo das políticas públicas, apenas a saúde caminhou. Chegamos hoje ao ponto em que há a necessidade de que outros setores da sociedade estejam presentes com ações políticas de inclusão. Se quisermos uma saúde que ultrapasse o bem-estar físico e mental, e penetre na construção de estratégias que visam à qualidade de vida, é necessária a interação dos diferentes e complexos setores da sociedade (ABRAHÃO, 2006, p. 132).

O SUS não é um sistema pronto e acabado, ele está em constante superação de suas formas de trabalho e envolve um gerenciamento com alto grau de complexidade. Para suprir as necessidades de atenção à saúde que não pudessem ser resolvidas pelas Secretarias de Saúde dos municípios, o Ministério da Saúde editou, em 2006, o Pacto pela Saúde. Este consiste em um conjunto de reformas institucionais pactuado entre municípios, estados e a União, com vistas a realizar a gestão do Sistema Único de Saúde. Ele objetiva promover novas formas de gestão do SUS, por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que é renovado anualmente, e estabelece metas e compromissos para cada município, para o Estado e para o Governo Federal.

O Pacto pela Saúde está composto pelas seguintes dimensões:

- Pacto pela Vida
- Pacto em Defesa do SUS
- Pacto de Gestão (BRASIL, 2010, p. 116).

O financiamento do SUS, realizado por meio das transferências de recursos, passou a ser dividido em seis grandes blocos: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade

da Assistência Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde.

O Pacto pela Saúde também contribuiu para alavancar o processo de regionalização na definição e implantação das regiões de saúde. As regiões de saúde são definidas como “espaços territoriais nos quais são desenvolvidas as ações de atenção à saúde, objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão regional. A política de regionalização prevê a formação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs), que têm a responsabilidade de organizar a rede de ações e serviços de atenção à saúde das populações locais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Com a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, coube aos municípios a responsabilidade pela totalidade de ações envolvidas na Atenção Básica. As regiões de saúde ficaram com a responsabilidade na definição das redes de atenção e do desenvolvimento de ações para assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Coube ao Estado realizar as ações de atenção de alta complexidade que não pudessem ser cobertas pela região de saúde.

No Estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde conta com 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), (Tabela 1 e Figura 2), os quais apoiam as 64 regiões de saúde que, por sua vez, agrupam os 645 municípios. Alguns municípios, como São Paulo e Guarulhos, dadas as suas dimensões, são, cada um, uma região de saúde. A regionalização é importante porque permite congrega os profissionais e gestores para a definição das redes de atenção à saúde, como são a Rede Onco (que dá atenção à pessoa com câncer) e a rede de Saúde Mental, entre outras, que podem fazer a referência e a contrarreferência dos pacientes (FORTES *et al.*, 2010).

Tabela 1 - Composição Regional da Saúde, segundo macrorregião, Departamento Regional de Saúde (DRS) e Região de Saúde, São Paulo, 2010.

| Macrorregião | DRS | Região de Saúde | Número de Municípios | População 2010 |
|--------------|-----------------------|-----------------|----------------------|----------------|
| Noroeste | Araçatuba | 3 | 40 | 724.570 |
| | Barretos | 2 | 19 | 420.179 |
| | São José do Rio Preto | 7 | 101 | 1.480.128 |
| | 3 | 12 | 160 | 2.624.877 |
| Nordeste | Araraquara | 4 | 24 | 913.983 |
| | Franca | 3 | 22 | 659.302 |
| | Ribeirão Preto | 3 | 26 | 1.284.318 |
| | São João da Boa Vista | 3 | 20 | 791.581 |
| | 4 | 13 | 92 | 3.649.184 |
| | Baixada Santista | 1 | 9 | 1.668.428 |

| | | | | |
|---------------------|----------------------------|----------|-----------|----------------|
| Sul/Sudeste | Grande São Paulo | 7 | 39 | 19.777.084 |
| | Registro | 1 | 15 | 282.550 |
| | Sorocaba | 3 | 48 | 2.232.198 |
| | Taubaté | 4 | 39 | 2.259.019 |
| | 5 | 16 | 150 | 26.219.279 |
| Centro Oeste | Bauru | 5 | 68 | 1.675.938 |
| | Marília | 5 | 62 | 1.096.347 |
| | Presidente Prudente | 5 | 45 | 722.192 |
| | 3 | 15 | 175 | 3.494.477 |
| Centro Leste | Campinas | 4 | 42 | 3.971.102 |
| | Piracicaba | 4 | 26 | 1.415.526 |
| | 2 | 8 | 68 | 5.386.628 |
| Estado de São Paulo | 17 | 64 | 645 | 41.374.445 |

Fontes: SES/SP, IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

Figura 2 - Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo



Fonte: SES/SP (2010).

Historicamente, o pronto atendimento era realizado pelos municípios. Em 2003, quando foi instituída a política de atenção às urgências em âmbito nacional, diversos municípios já tinham serviço de urgência e emergência estruturado. No estado de São Paulo, no período de 1983 a 1988, foi implantada a Comissão de Recursos Assistenciais de Pronto Socorros (CRAPS), com vistas a constituir um sistema inter-hospitalar para integrar o

atendimento médico na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Em 1992, com apoio do Ministério da Saúde e participação da Secretaria de Estado da Saúde e de todos os municípios da RMSP, foi criado um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar uma proposta de regionalização e hierarquização do atendimento médico de urgência. Em julho de 1992, foi criado o Programa Integrado de Atendimento Médico de Urgência (PAMU), fundamentado no Acordo Básico Interinstitucional celebrado entre as três esferas de Governo – Federal, Estadual e Municípios da Região Metropolitana (MANUAL DO PROGRAMA INTEGRADO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA, 1992).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída por meio da Portaria nº 1.863/GM, em 29 de setembro de 2003, que rege a implantação dos serviços de atendimento móvel de urgências nos municípios brasileiros e da Portaria nº 2.972/GM, de 9 de dezembro de 2008, que orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995, urgência significa a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define, ainda, a emergência como uma constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, que exige, portanto, tratamento médico imediato. Note-se que esses conceitos se relacionam ao fator tempo como determinante do prognóstico vital.

No entanto, esses termos podem ter outra interpretação, como um imprevisto ou uma interrupção de ordem do curso da vida para pacientes e familiares, perturbação de sua organização para as instituições, e outras ainda, como

(...) relativo a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia, ou que não era vista, e que passa a existir ou ser manifesta, representando, dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passe a apresentar. Assim, tanto um acidente quanto uma virose respiratória, uma dor de dente ou uma hemorragia digestiva, podem ser consideradas emergências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 197).

O Ministério da Saúde, com o intuito de eliminar transtornos, preferiu a utilização do termo “urgência”, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, e deixou de lado a diferenciação das terminologias “urgência” e “emergência”.

Observa-se que, apesar dos inegáveis avanços do SUS em mais de duas décadas de existência, a atenção às urgências destaca-se pela insuficiente efetivação das diretrizes relativas à descentralização, à regionalização e ao financiamento. Desse modo, o perfil

assistencial traz marcas de um atendimento ainda ineficaz à população e uma tensão constante aos trabalhadores e gestores desses serviços, diante das dificuldades em proporcionar acesso universal e equitativo e assegurar os direitos de cidadania. Dados epidemiológicos sobre as causas de morbimortalidade em nosso país indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, o que se torna a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total.

Segundo Minayo (2014), estudos epidemiológicos apontam as causas externas/violência como o maior responsável pelos altos índices de morbidade e mortalidade em adultos jovens no Brasil, o que é considerado um problema de saúde pública. Na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram vítimas de violência e acidentes: cerca de 400 mil por homicídios, 310 mil em acidentes de trânsito e 65 mil por suicídios; o restante é distribuído entre outras causas de acidentes, com destaque para os afogamentos, os quais podem ocultar atos suicidas.

O enfrentamento das causas de urgências requer ações de promoção Inter setorial de saúde, isto é, o envolvimento de trabalhadores da saúde, conselhos e gestores de saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros

As longas filas em portas de serviços de urgência e emergência, entretanto, não indicam que todos que ali estão tenham necessidade desse tipo de atendimento.

as pessoas disputam o atendimento sem critério algum, a não ser a hora da chegada. A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo, às vezes, até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 24).

É uma situação que retrata a persistência do modelo assistencial da saúde pública conhecida como preventivas e programáticas, sem a devida atenção às pessoas com quadros agudos de baixa complexidade que poderiam, na maioria dos casos, serem resolvidos na unidade básica ou pela equipe de saúde da família. As pessoas dirigem-se aos serviços de urgência, mantêm um ciclo vicioso, submetidas a um tratamento predominantemente sintomático, principalmente de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, e, por fim, ficam sem o devido acompanhamento.

No nosso entendimento, outro fator que influencia a demanda de serviços de urgência é o comprometimento dos serviços de média e baixa complexidade, cuja consequência é o funcionamento de uma rede com escassos recursos de apoio diagnóstico e terapêutico, o que

dificulta a resolução de problemas de saúde de maior complexidade ou gravidade. Essa crescente demanda, inadequadamente alocada, resulta na superlotação dos serviços de emergência e no risco de atender inadequadamente ao paciente grave e comprometer significativamente a qualidade da assistência prestada. Nesse cenário, observamos que os profissionais, na maioria das vezes, encontram-se muito atarefados, com dificuldades em avaliar os seus processos de trabalho e interferir para modificá-los.

Além da ampliação da rede assistencial, é necessário reordenar a atenção em saúde, de modo que ela possa efetivamente iniciar-se na atenção primária, de forma qualificada e resolutive. O desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos reflete-se na diminuição da demanda do atendimento de pacientes graves nos serviços de emergência e na redução dos índices de internação hospitalar. Essa reordenação é essencial, caso contrário, pactuaremos com a distorção da realidade, deparando-nos com a permanência de pacientes em estado crítico nos diferentes níveis de atenção. Para melhor compreensão da organização do sistema de atenção às urgências em nosso país e, particularmente, em nosso Estado, entendemos que é importante fazer um resgate histórico, que reveja as principais portarias que nortearam a sua implementação, sem perder de vista a dimensão histórica da construção do SUS (FORTES *et al.*, 2010).

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é um elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Assim, torna-se indispensável envolver todos os níveis de complexidade e estruturar uma rede de assistência na qual os diferentes serviços possam se reconhecer como parte de um todo, referenciar para receber cliente com agravos de alta complexidade, e se contrarreferenciar para encaminhar este cliente no momento de sua alta hospitalar para reabilitação e assistência domiciliar (BRAGA, 2003).

Viabilizar a distribuição de assistência à saúde de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada requer pactuações regionais, municipais e estaduais; estabelecimento de protocolos de atendimento e implantação de um sistema de regulação médica de urgências para operacionalizar ações previamente estabelecidas. O monitoramento do sistema de integração pactuado é uma ferramenta gerencial fundamental para garantir a acessibilidade e resolubilidade dos problemas ali encontrados (FORTES *et al.*, 2010).

A Política Nacional de Humanização (PNH), foi concebida para toda a rede SUS, com vistas, sobretudo, a melhorar a qualidade do atendimento. Aspectos relevantes da

humanização:

- valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde - usuários, trabalhadores e gestores;
- fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- identificação das necessidades sociais de saúde;
- mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, com foco nas necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; e o compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 209).

Nos serviços pré-hospitalares e hospitalares de urgência, as diretrizes para a implantação da PNH apontam para a organização do atendimento com o acolhimento e classificação de risco, acesso referenciado aos demais níveis de assistência e implementação de protocolos clínicos, com o objetivo de eliminar as intervenções desnecessárias e respeitar a individualidade do sujeito.

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e invenções; quem acolhe toma para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com a resolutividade necessária para o caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois se constitui numa ação de inclusão que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 17).

A classificação de risco é um processo que permite identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Busca-se ordenar o enorme fluxo de pessoas que procuram atendimento em serviços de urgência, tendo como critério os diferentes graus de necessidade ou sofrimento originados pelos agravos agudos.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento. (MINISTÉRIO

DA SAÚDE, 2009, p. 287).

A operacionalização requer iniciativas quanto à adequação da estrutura física e logística, estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e de classificação de risco, qualificação das equipes, entre outras medidas que são objeto do presente estudo.

4.1 Saúde e Atualidade

Considerando a relevância do tema para a pesquisa, neste tópico abordamos a necessidade da adoção de um amplo modelo assistencial, o que acentua, cada vez mais, a importância da participação do Estado na atenção básica e coletiva de saúde e, essencialmente, na assistência hospitalar direcionada para os mesmos favorecidos que dispõem e dependem exclusiva e essencialmente do SUS.

Na era do mundo globalizado, a informação e os negócios, igualmente, ocorrem na velocidade da luz, fato que obriga as organizações a buscarem, cada vez mais, a tecnologia da conectividade. O espetacular avanço da internet surge, inclusive, em áreas tradicionais como a da saúde e, por isso, integra gestores, prestadores, operadores, profissionais e serviços. Nesse cenário, não haverá mais espaços para casuísmos e imediatismos relativos, pois, daqui em diante, o modelo de gestão será altamente estratégico, com foco na eficiência e voltado para modernidade e profissionalismo. Este é o momento da gestão virtual ou da gestão do conhecimento informatizado em rede.

Os sistemas voltados para o atendimento das demandas sociais, portanto, de função pública e domínio comunitário, devem se preparar para um rápido processo de mudanças planejadas, inteiramente enxutas na busca do controle e da inteligência da gestão.

Esse processo de mudanças, para atender aos requisitos de qualidade e de produtividade impostos pelas tendências da globalização, deve ter por objetivo a modernização e a profissionalização do processo e ser embasado na reengenharia funcional da gestão virtual em rede, no desenvolvimento da gestão e no estabelecimento de parcerias inovadoras na busca da qualidade e eficácia (BORBA, 2013).

Devido a esse desenvolvimento técnico-científico, alternam-se também as expectativas, relacionamentos e fundamentalmente a forma de atendimento, mudando substancialmente os aspectos econômicos e sociais da atenção à saúde.

O momento é rico e propício para os exercícios de cenários e estratégias, portanto, ideal para reflexões. Por isso, nada melhor do que aplicar os conhecimentos de planejamento para não incorrer na malversação dos escassos recursos públicos.

Os avanços tecnológicos tendem a aumentar diretamente os custos da medicina, devido à sua incorporação às novas rotinas assistenciais ou, indiretamente, por meio dos repasses dos custos das pesquisas e do desenvolvimento tecnológico. Algumas tecnologias que aumentam a sensibilidade dos diagnósticos podem aumentar a precisão deles e reduzir os falsos negativos. Porém, elas podem, simultaneamente, introduzir falsos positivos e diminuir a sua especificidade, e ainda contribuir para a necessidade de novos testes de confirmação ou de exclusão de outros diagnósticos, aumentar o preço dos exames e tratamentos. Entretanto, existem modernizações tecnológicas avançadas que contribuem sobremaneira com o êxito dos tratamentos. A engenharia genética, a eletrônica, a informática e a bioengenharia tem criado medicamentos e equipamentos sofisticados com elevados índices de precisão e de sucesso (BORBA, 2013).

Se a tecnologia é inestimável, o seu acesso pode ser restrito pelo fator financeiro. Desse modo, observamos, na prática, a incômoda situação de divisão, em que existem três subsistemas na área da saúde. O primeiro, aquele sistema de saúde elitista, aberto, amplo e compreensivo, porém de acesso apenas aos privilegiados financeiramente; o segundo deles, pertencente aos usuários de convênios ou planos de saúde simples, restritivos e com baixa cobertura e acesso controlado, geralmente destinado aos operários ou membros de associações e que mais limita do que permite o acesso ao uso e, por último, o terceiro, o sistema público de saúde, universal, aberto, com ampla e ilimitada cobertura assistencial, mas igualmente restrito pela escassez de recursos financeiros.

Nessa mistura híbrida de medicina de primeiro mundo com medicina alternativa e de credibilidade duvidosa, o governo busca, na reforma do modelo sanitário e médico-social, uma saída honrosa e a todo custo empurra para o município a responsabilidade de assistir integralmente a população, sob a lógica da municipalização, sem o adequado financiamento (BORBA, 2004).

No entendimento de Borba (2004), o setor de saúde suplementar, configurado pelo sistema opcional e alternativo de prestação de serviços pelos planos de saúde, tem se debatido de forma hercúlea contra a indústria de geração de procedimentos médicos, altamente sofisticados, onerosos e geralmente desnecessários.

As empresas médicas, criadas para ocuparem parte do espaço do Estado, principalmente as cooperativas médicas e autogestões que atuam no sistema suplementar, não têm encontrado saídas para evitar excessos nos procedimentos e conter custos. A solução para o impasse poderá vir com a troca de experiências e emprego de metodologias funcionais de uma para outra, e no intercâmbio inter setorial, com troca de informações e de metodologias

de gestão com objetivos claros de disciplinar e implantar o sistema de assistência gerenciada (BITTAR, 2012).

A medicina pública precisa urgentemente incorporar métodos de controle, gestão de custos e de gerenciamento da medicina puramente privada (operadoras de saúde/medicinas de grupo), enquanto as operadoras ou empresas de assistência à saúde devem incorporar imediatamente as práticas e métodos da medicina coletiva, principalmente de prevenção de doenças e promoção da saúde, como forma de incorporação de metodologias e de redução de custos operacionais (BORBA, 2013).

É imprescindível, que os setores público e privado, enquanto gestores, entendam a importância da mudança dos paradigmas na área da saúde para que, a partir daí, possam buscar novos métodos para a incorporação e prática imediatas dos programas de saúde, de tal forma que estes possam ser os elementos sinérgicos de um modelo efetivamente centrado na saúde e não na doença, que previna antes da necessidade de restabelecer a saúde.

É salutar e econômico investir na base, na promoção da saúde, em especial na saúde coletiva, com prevenção de doenças e promoção da saúde, programas coletivos eficazes, informação e orientação social aos usuários, a fim de evitar as doenças e atuar diretamente na minimização dos custos da assistência. Para isso, é essencial a atuação articulada e integrada dos sistemas de informações e de seus inter-relacionamentos e, dessa forma, também a oferta de subsídios funcionais para desenvolver e implantar um processo amplo e efetivo de assistência gerenciada.

Sem dúvida, é evidente a necessidade da adoção de um amplo modelo assistencial, o que acentua, cada vez mais, a importância da participação do Estado na atenção básica e coletiva de saúde e, essencialmente, na assistência hospitalar direcionada para os menos favorecidos que dispõem e dependem exclusiva e essencialmente do Sistema Único de Saúde.

Nesta direção, apresentar uma visão sobre a estrutura da Rede Regional de Atenção à Saúde de Presidente Prudente é imprescindível para entender e realçar o papel do poder público no sentido de mitigar as desigualdades sociais, econômicas e de saúde.

O locus político institucional da estratégia pública de desenvolvimento social está, cada vez mais, assentado nas regiões e na redução das desigualdades. A execução das estratégias que objetivam minimizar as mazelas sociais deve ser pautada por uma gestão de governo pragmática, balizada na racionalidade da análise socioeconômica.

5 REDE PRIMÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Entendida como elemento chave, a rede primária constitui o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, assim exposto, no capítulo em questão foram estudados os alicerces da organização, hierarquização e estruturação da rede de maneira a produzir eficiência e eficácia no atendimento, direcionando o usuário para a atenção secundária e terciária após esgotadas as fases preliminares de atenção e resolubilidade. Constitui esta fase a porta de entrada do sistema, não devendo ser transposta principalmente pelos serviços de urgência e emergência, constitui um componente essencial no pacto pela vida.

Pensar atenção primária à saúde na perspectiva de redes e como estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde requer três funções essenciais: “ser resolutiva, atender em torno de 85% dos problemas mais comuns de saúde, ser ordenadora, coordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações na rede de atenção à saúde e ter responsabilização pela saúde da população usuária adscrita as equipes de cuidados primários” (MENDES, 2012). Para que a APS cumpra essas funções, há de se repensar o modelo de atenção à saúde e o processo de trabalho realizado pelas equipes nos municípios brasileiros, ainda distantes das reais necessidades da população.

As mudanças mundiais em relação ao padrão do perfil epidemiológico, socioeconômico e demográfico da população, bem como em relação ao crescimento urbano acelerado e desorganizado, alteração nos hábitos alimentares e no estilo de vida, têm repercutido no processo de saúde-doença, levando ao incremento das condições crônicas de saúde. Há, portanto, crise nos sistemas de saúde do mundo e também no Brasil, que consiste em uma incoerência entre a situação de saúde e a resposta social desses sistemas, atualmente focado nas condições e nos eventos agudos (MENDES, 2012).

O reestabelecimento da coerência entre a situação epidemiológica, socioeconômica e demográfica e um modelo de atenção à saúde que atenda de forma adequada dar-se-á com a implantação das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde que “oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção, além de reduzirem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos” (SILVA, 2005).

O Relatório Dawson do Ministério da Saúde do Reino Unido cita, desde 1920, os Centros de Atenção Primária à Saúde como o foco central do processo de organização do sistema de atenção à saúde local, e regionalmente por níveis de atenção, a partir de profissionais generalistas, que seriam responsáveis por implementar ações tanto curativas quanto preventivas (COELHO, 2013).

Alguns estudos evidenciam que os modelos de saúde baseados na atenção primária são

mais efetivos, mais eficientes e produzem mais satisfação à população.

Ao recortar o objeto, deve-se ter cuidado de não reduzi-lo, sob o risco de que o processo de avaliação não expresse toda a riqueza das diversidades regionais e locais e aos novos valores que vêm sendo incorporados ao SUS. Cabe ressaltar que o processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isso não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos (CONASS, 2018).

No entendimento de Antunes (2007) as condições socioeconômicas podem ser aferidas por meio de indicadores de renda, escolaridade e ocupação para referenciar hipóteses de interesse, podem também ser empregados índices que agregam informações sobre diferentes aspectos da condição socioeconômica. De todo modo, os recursos de classificação da sociedade são permeados por diferentes ideologias, valores e concepções. A aferição de condições socioeconômicas nos estudos epidemiológicos também tem proeminente dimensão política, o que torna ainda mais complexa a imbricação entre saúde pública e política. Os estudos que avaliam a relação entre condições socioeconômicas e saúde segundo esse paradigma, estratificam a população em termos da quantificação das aquisições individuais, das oportunidades que se pôde realizar, procurando assim indicar o acesso a melhores condições de saúde.

É notório que, mundialmente, a persistência de barreiras no processo de busca e utilização dos serviços faz com que indivíduos com condições socioeconômicas mais favoráveis utilizam melhor e mais os serviços de saúde, gerando oportunidades diferenciadas entre as classes sociais na obtenção do cuidado em saúde, caracterizando por muitas vezes situações de injustiça social. A diminuição dessas desigualdades sociais é um desafio contemporâneo independente do modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2009).

E ainda, o estudo realizado por Cambota (2019) ressaltou que as desigualdades socioeconômicas foram apontadas pela literatura como principal causador da desigualdade em saúde, no qual a renda surge em primeiro lugar.

Sobre essas discrepâncias que ocorrem de longa data, inclusive em países europeus, de acordo com Sagaz e Cunico (2015), a relação entre classe social e condições de saúde já foi constatado na França e na Inglaterra, a partir do século XIX. Neste período, a patologia coronariana era considerada uma doença da classe alta da sociedade, enquanto camadas mais baixas apresentavam menor expectativa de vida e alto índice de mortalidade infantil, perinatal e elevado número de problemas mentais graves.

Assim exposto, entender as múltiplas variáveis das condições socioeconômicas dos

municípios que compõem a rede regional de atenção à saúde de Presidente Prudente é sinônimo de planejamento eficiente e eficaz que deve ter como resultado o acesso integral aos equipamentos de saúde, seja na atenção primária, secundária ou terciária.

As desigualdades observadas carecem de tratamento pontual e são assim tratadas por meio das informações, alocação de recursos materiais e imateriais. Desse modo, a desigualdade socioeconômica regional não pode e não deve ser transferida para a saúde. Não obstante, são necessários mais estudos para que possam ser aprimoradas as políticas públicas nos locais onde está deflagrada a vulnerabilidade social.

A organização dos serviços de saúde e as práticas profissionais devem estar numa rotina de constante avaliação e evolução contribuindo para a melhoria do sistema de saúde público.

As pesquisas evidenciam que os dados produzidos na unidade básica de saúde não são utilizados para a avaliação e o planejamento das ações de saúde. As experiências e práticas avaliativas de saúde são induzidas fundamentalmente por demandas dos financiadores dos projetos, dos programas e das ações de saúde. Deste modo, prevalece o enfoque normativo da avaliação, revelando que esta se distancia de um enfoque qualitativo-participativo. Por fim, ratifica-se a importância da institucionalização da avaliação na atenção básica como dispositivo capaz de oferecer opções tecnológicas não só para a organização dos serviços e das práticas de saúde, como também para possibilitar o fortalecimento do controle social no SUS. No entanto, para isto, a avaliação deve ser compreendida e utilizada como um instrumento de gestão no cotidiano dos serviços e embasada num projeto político-ideológico centrado no enfrentamento das adversidades para a organização e funcionamento dos serviços de atenção básica à saúde (ALMEIDA; MELO, 2010)

Na avaliação de Ribeiro *et al.* (2015), o planejamento adequado dos serviços de saúde, considerando a estrutura física disponível na atenção básica, contribui para o processo de trabalho mais adequado, proporcionando maior qualidade e acessibilidade para os usuários que buscam atendimento nos estabelecimentos de saúde. A qualidade dos serviços de saúde na Atenção Básica vem sendo discutida desde a década de 30. Já a avaliação dos serviços de saúde direcionada para a qualidade da assistência conquistou espaço no Brasil, no final da década de 1990, com o fortalecimento do controle social e a valorização da participação da comunidade nas ações de planejamento e avaliação. O viés deste estudo esteve voltado para a acessibilidade que funciona como uma barreira de entrada ao atendimento primário. Esta condição aterrorizadora direciona os usuários a outros níveis de atendimento como as urgências e emergências, sobrecarregando o sistema.

Os autores ainda consideram que a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde na atenção básica despertou o interesse do Ministério da Saúde, dada a importância dessa abordagem na avaliação da qualidade dos serviços. Ao investigar como ocorre a acessibilidade dos usuários na atenção básica à saúde, a partir do estudo de avaliação externa das UBS do estado de Goiás participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, foi possível apontar quais são os fatores que dificultam a acessibilidade nos serviços básicos de saúde. Em relação aos ambientes que melhoram a acessibilidade, pode-se afirmar que em grande parte das UBS, não existem sala de acolhimento, sala de estocagem de medicamentos, salas de procedimentos e sanitários para portadores de deficiência, dificultando, consideravelmente, a acessibilidade aos serviços de saúde. Ao analisar a sinalização interna das UBS, pisos antiderrapantes, rampas, corrimão, calçadas em boas condições, portas e corredores adaptados, pode-se afirmar que a maioria das unidades de saúde não está dentro dos padrões preconizados pelo MS. Sendo assim, os resultados desse estudo permitem verificar que a inacessibilidade das unidades de saúde na Atenção Básica do estado de Goiás fere o princípio da integralidade, dificultando a assistência e prejudicando aqueles que precisam dos serviços de assistência à saúde. Desse modo, essa análise, na perspectiva da gestão visa direcionar ou redirecionar as prioridades governamentais, permitindo o correto investimento no fortalecimento da Atenção Básica (RIBEIRO *et al.*, 2014).

Consubstanciando com os autores, Mendes (2012), afirma que as transições demográfica e epidemiológica significam um incremento relativo das condições crônicas. Tem sido assim, no Brasil, que apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas. Há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Essa crise se manifesta em nosso país, tanto no setor público quanto no setor privado. A solução para essa crise está em recompor a coerência entre a situação de tripla carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as redes de atenção à saúde. É evidente na literatura internacional que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

No entendimento de Mitre *et al.* (2012), o acolhimento, ao ampliar o acesso dos

usuários ao SUS na Atenção Primária, quando associado à presença de profissionais capacitados para uma escuta ativa e qualificada às suas demandas, possibilita a autonomia, a cidadania e a corresponsabilização na produção do cuidado à saúde. Além disto, pode contribuir efetivamente para a superação do mito, construído ao longo dos anos, de que as ações de saúde prestadas pelos serviços públicos são de má qualidade e seus profissionais desqualificados, e que os serviços de "ponta" estão no setor privado. Por outro lado, quando o acolhimento é tomado como um pronto atendimento, triagem a ser realizada na porta do serviço, pode perpetuar a exclusão dos usuários e das comunidades ao SUS, dificultando a adesão ao projeto terapêutico, o vínculo e a corresponsabilização. Além disto, esta prática restrita de acolhimento tem sido percebida pelos profissionais de saúde, como mais uma tarefa a ser realizada, entre tantas outras das Unidades de Atenção aos Programas de Saúde, causando sobrecarga de trabalho, cansaço, estresse e conflitos nas equipes, dificultando a qualificação do SUS. Assim sendo, o acolhimento, em suas diferentes configurações, destaca-se como um processo em construção no SUS, que deve ser capaz de incluir os usuários nos serviços e, ao mesmo tempo, potencializar os profissionais de saúde e gestores na construção de espaços democráticos, éticos e reflexivos para a construção de um novo modelo assistencial, capaz de produzir sujeitos, cuidado e saúde (MITRE *et al.*, 2012)

Com notável vigor, nos últimos anos, o debate da saúde pública brasileira tem sedimentado a ideia de que a organização regional da atenção primária à saúde é um passo inicial obrigatório para a consecução dos princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Ideário que contrapõe em definitivo o peso histórico mobilizado pela descentralização como essência do processo de organização dos serviços nos estados, mas explicita a insuficiência do modelo burocrático de gestão e dos papéis clássicos das instâncias governamentais, com reflexo particular na aptidão gerencial das Secretarias de Estado da Saúde (MELO *et al.*, 2009)

Sem desconsiderar a amplitude de seu contexto, nos últimos anos o debate político da saúde no país tem conferido foco privilegiado a duas grandes questões: Atenção Primária/Básica (AP) e regionalização, não sem motivo, componentes essenciais do Pacto pela Saúde, assim como dos ideais de redes integradas que se seguiram. Na realidade, a relação entre AP e regionalização mostra-se de tal forma imbricada que permite inclusive assumir sua atual indissociabilidade, senão para fins didáticos. Por outro lado, a complexificação social e tecnológica cada vez mais escancara a insuficiência do modelo de administração burocrático, assim como dos preceitos clássicos da saúde pública e medicina, para a efetividade desta relação e do encarceramento da AP nos limites territoriais dos

municípios brasileiros constituindo a premissa para o pleno funcionamento do sistema (MELO *et al.*, 2009).

Na ótica de Melo *et al.* (2009), a atenção primária deve ser organizada, hierarquizada e estruturada de maneira a produzir eficiência e eficácia no atendimento, direcionando o usuário para a atenção secundária e terciária após esgotadas as fases preliminares de atenção e resolubilidade. Constitui esta fase a porta de entrada do sistema, não devendo ser transposta principalmente pelos serviços de urgência e emergência.

6 REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

No capítulo seis, delineamos a necessidade de integração entre a atenção básica e o pronto socorro que mostra-se frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde. A questão do acesso destes aos serviços de atenção primária à saúde, aqui configurado como o principal entrave a ser superado, indica que a reorganização do modelo assistencial hoje centrado no Pronto-Atendimento passa, necessariamente, pela ampliação do acesso à atenção básica. Um dos principais desdobramentos do modelo assistencial brasileiro é a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas que apresentam queixas compatíveis com a atenção primária à Saúde.

As transições demográfica e epidemiológica significam um incremento relativo das condições crônicas. Tem sido assim, no Brasil, que apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas. Há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas. Essa crise se manifesta em nosso país, tanto no setor público quanto no setor privado. A solução para essa crise está em recompor a coerência entre a situação de tripla carga de doenças com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde: as redes de atenção à saúde. Conclui-se que há evidências na literatura internacional de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Abordar o hospital no contexto de construção e qualificação das redes regionais de

atenção à saúde no Brasil pressupõe, de início, reconhecer que existe uma crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS, a qual apresenta uma infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume e à natureza complexa crescente das demandas e carrega o paradoxo de a oferta hospitalar de internação ser ociosa em muitos estabelecimentos, pois aí carece de qualidade resolutive enquanto outros, com maior capacidade, operam com uma grande sobrecarga (OLIVEIRA, 2004).

Ao pensar o hospital no contexto de redes regionalizadas, seria de grande ajuda desconstruir o hospital como estabelecimento monolítico em sua representação sistêmica, para poder representá-lo como “condomínio” de serviços que se articulam em diferentes hierarquias da atenção conforme a natureza da inserção dos seus serviços em termos de responsabilidades populacionais e territoriais compondo redes de atenção e linhas de atenção e cuidados. Incluindo dessa maneira as diversas expressões do condômino hospitalar na rede de atenção às urgências, na atenção ambulatorial especializada, no apoio diagnóstico, na integração resolutive junto à atenção básica e às redes de apoio psicossocial, compondo um tecido de respostas que se integrem territorialmente e possam ser remuneradas conforme a responsabilidade integrada territorial e populacionalmente definidas. Essa abordagem da complexidade da inserção hospitalar, na construção dos tecidos assistenciais das redes constitutivas dos sistemas regionais, permitiria avançar na ruptura de uma falsa dicotomia conceitual entre hospitais e atenção básica que não raro observamos em vários debates sobre pontos críticos do sistema de saúde, tais como: a superlotação dos serviços hospitalares de urgências, os tempos de espera de atenção, a crise de acesso à média complexidade e a descontinuidade do cuidado entre suas dimensões especializada e básica ou de atenção primária. A complexidade da inserção dos condomínios hospitalares reconhecidos e projetados em territórios/populações também permitiria revisitar a composição em escala dessas ofertas hospitalares nos territórios, avançando em um planejamento centrado nas necessidades sociais em saúde de caráter presente e prospectivo, projetando as necessidades atuais e futuras na constituição complexa e integrada dos serviços hospitalares com as redes de atenção, considerando resultados assistenciais de alto nível de satisfação e oportunidade para os pacientes cidadãos (ALMEIDA, 2017)

A conformação de redes de saúde de urgência e emergência pode estar relacionada à oferta de serviços articulados em diversos níveis de complexidade assistencial e tecnológica, composta por sistemas de informação interligados e por diversas esferas gestoras, com garantia de transferência de recursos financeiros (TEIXEIRA, 2010). No entanto, a institucionalização dessas redes deverá estar condicionada à interdependência dos atores e

organizações que a compõem, com o intuito de evidenciar potencialidades e competências destes.

Ademais, a organização do acesso aos serviços hospitalares de urgência e emergência no SUS, que tem como princípios a integralidade e a universalidade, pressupõe que haja racionalidade entre o perfil epidemiológico e sanitário da população e a oferta de serviços e os orçamentos públicos, sem impor restrições injustificadas ou que comprometam o direito à saúde (CONASS, 2018). Ela confere também a necessidade de reformulação dos fluxos de referência e contrarreferência, bem como o encaminhamento com a implantação de modelos de classificação de risco (MENDES, 2011).

A superlotação dos serviços de urgência e emergência acometidos por pacientes em real situação de urgência e emergência e usuários com necessidade de atenção básica, compromete drasticamente o processo de trabalho das equipes com repercussão direta na qualidade e nos custos assistenciais.

É mundialmente percebido o incremento da demanda por tais serviços, pressionando as estruturas e os profissionais de saúde e figurando, por conseguinte, entre as principais causas de insatisfação da população que utiliza os sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011; O'DWYER, 2010). Os aspectos relativos ao crescimento da demanda e ao desagrado dos usuários estão diretamente relacionados à superlotação das unidades de urgência e emergência hospitalar. Esse também é um fenômeno mundial, evidenciado pela ocupação total de leitos de urgência/emergência, usuários em espera para atendimento por mais de uma hora, tensão na equipe assistencial e pressão para novos atendimentos. Em decorrência disso, evidencia-se o baixo desempenho do hospital e das redes de saúde instituídas (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Nesse cenário, a avaliação do acesso aos serviços de urgência e emergência em redes de atenção hospitalar, com foco nos fatores que influenciam a entrada dos usuários nos serviços de saúde e, por consequência, a utilização destes poderá demonstrar nuances sobre as potencialidades e fragilidades da regionalização da assistência, tal como proposta pelo SUS.

As práticas avaliativas têm sido cada vez mais estimuladas ao longo do processo de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, tornando-se gradativamente reconhecidas como uma atividade essencial no contexto de formulação e redirecionamento de programas e políticas de saúde. Desde que concebida em suas múltiplas dimensões (parceria, participação, negociação, julgamento e produção de conhecimento, entre outras), a avaliação pode e deve ser utilizada como instrumento de poder, em uma perspectiva dialógica em sociedades éticas,

com foco na justiça social (GOMES *et al.*, 2011).

Esse debate faz-se pertinente ao estudo do modelo assistencial do SUS, cujos novos arranjos e normatizações nem sempre oportunizam a perspectiva dos que mais esperam e precisam da qualidade do acesso aos serviços e das tecnologias oferecidas. Ter a população como agente promotor de mudanças e melhorias nas práticas de saúde significa imprimir neutralidade à avaliação, na medida em que entre os atores envolvidos esteja, verdadeiramente, a parcela da sociedade representada pelos usuários (DONBEDIAN, 2003; HARTZ; SANTOS; MATILDA, 2008; FELISBERTO, 2008; SANTOS FILHO, 2009; FELISBERTO, 2010).

Nesse sentido, a qualificação de redes assistenciais requer respostas às questões avaliativas que tenham o usuário, a família e a comunidade como informantes de seus cotidianos e histórias construídas em sua relação com os serviços. Superar, portanto, a compreensão da avaliação enquanto um conjunto de atividades exclusivamente técnico-científicas e operacionais na busca por atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade às intervenções pressupõe atenção às lições permanentes proporcionadas pela avaliação com vistas a um planejamento mais adequado à melhoria da qualidade das atividades oferecidas, também na perspectiva das necessidades e demandas dos usuários (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002; HARTZ, 2006; TEIXEIRA, 2006; PINHEIRO; SILVA JÚNIOR, 2008; 2009).

A rede de atenção à saúde não deve ser entendida como uma simples ligação de nós e serviços, mas sim de uma teia operando como vasos comunicantes, promovendo definitivamente a atenção integral.

Em um estudo realizado na Zona da Mata, Agreste e Sertão, sobre a avaliação do itinerário percorrido pelos usuários apontou a confiança/credibilidade depositada nos hospitais como principal motivo para seleção das unidades avaliadas, concordando com outros estudos (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009; MOIMAZ *et al.*, 2010), que também identificaram esse aspecto como gerador de demanda e satisfação dos usuários para com o setor de urgência/emergência hospitalar. Esse cenário pode ser fruto de vivências anteriores na busca por cuidados de saúde, sendo tais experiências possíveis corresponsáveis na formação da concepção de adoecimento, na procura por serviços de saúde e nas expectativas em relação às futuras intervenções (FAVORETO, 2016).

O estudo em questão se aproxima dos resultados de uma pesquisa sobre as causas para consultas não urgentes em unidade de emergência pediátrica hospitalar na Argentina, o qual apontou a dificuldade para atendimento e resolutividade da atenção básica como principal razão da demanda ao serviço de maior complexidade assistencial (VINELLI, 2011). Em

estudo desenvolvido no município de Recife, identificou-se que o baixo investimento na rede de atenção primária à saúde agrava a superlotação dos hospitais e o persistente déficit de leitos de emergência e de UTI frente à grande demanda existente (MINAYO; DESLANDES, 2009). Ainda segundo Starfield (2006), a carência de unidades básicas resolutivas implica em demanda inadequada aos serviços especializados. Aponta-se também que a utilização excessiva e imprópria de consultas especializadas pode gerar efeitos nocivos aos usuários, que poderiam ser melhor atendidos caso a atenção primária respeitasse os seus reais preceitos.

Nesse sentido, a pesquisa chama atenção também para a necessidade da qualificação dos equipamentos de saúde nos três níveis assistenciais e para os mecanismos de regulação, sob o ponto de vista da minimização e organização da demanda à Rede de Atenção à Urgência Hospitalar, quer seja pelos eventos agudos decorrentes de doenças crônicas, quer seja pela resolubilidade de unidades pré-hospitalares.

Concluem os pesquisadores que o caminho percorrido pelo usuário chama atenção para o protagonismo dos setores de urgência/emergência avaliados perante a população da região, para as possíveis fragilidades nos atendimentos prévios, de atenção básica e para a responsabilização do indivíduo na tomada de decisão sobre a identificação e resolução dos seus problemas de saúde.

A saúde, reconhecida como direito de cidadania, foi inserida no conjunto de políticas sociais e econômicas com o intuito de assistir o cidadão e a sua família de forma mais abrangente.

No estudo de Souza *et al.* (2014) sobre a utilização do pronto socorro de um município do interior de São Paulo, a demora no agendamento das consultas na rede básica, os horários de funcionamento coincidindo com turnos de trabalho e a obtenção das medicações resultaram nos principais fatores motivadores pela procura por atendimento no pronto socorro. Concluíram os pesquisadores que o seguimento de saúde desses usuários ficou comprometido devido à dificuldade de acesso à rede básica de saúde. Ressaltam ainda que o seguimento de saúde desses usuários ficou comprometido, à medida que não conseguem vaga na atenção básica para serem atendidos regularmente e acabam dirigindo-se ao pronto socorro, onde o acesso é facilitado, a fim de resolverem seus problemas de saúde. Com isso, há fragilidade nos princípios de longitudinalidade e continuidade da atenção em saúde no município. Os usuários que utilizaram o atendimento no PS, em sua maioria, não fazem acompanhamento de saúde, e os que o fazem têm o serviço terciário como referência. Assim, entre os diversos motivos para a frequente utilização do PS na percepção dos usuários estão as dificuldades de acesso aos atendimentos nas unidades básicas de saúde, representadas pela

demora no atendimento e no agendamento das consultas, e os problemas na acessibilidade organizacional, devido aos turnos de funcionamento, tipo de marcação e horário das consultas.

A atenção primária deve organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, direcionando para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Neste prisma, a atenção integral pressupõe que a prestação de serviços de saúde deve ser realizada pela rede como um todo. A fragmentação da assistência, principalmente na atenção básica, leva o indivíduo a procurar brechas na rede.

A análise de Caccia-Bava (2011) aponta que no município de Ribeirão Preto, SP, com seus quase 600 mil habitantes, organizado em cinco grandes distritos sanitários, cada um deles contando com uma unidade de Pronto-Atendimento 24 horas a urgências e emergências pré-hospitalares, o número de consultas chega a atingir mais que o dobro do esperado e preconizado. A unidade sede do Distrito Sanitário Oeste, denominada de Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, abrange uma população de cerca de 140 mil habitantes, realizando mensalmente cerca de 10 mil consultas de Pronto-Atendimento: 6 mil para adultos e 4 mil para a área infantil.

Estudos prévios apontaram que destes atendimentos, cerca de 85% têm complexidade compatível com o perfil de unidades básicas de saúde. Como consequência vêm sendo geradas despesas desnecessárias à Universidade e ao município, uma assistência pouco resolutiva para os pacientes com patologias crônicas, visto serem atendidos em serviço voltado para casos agudos, além de um modelo de ensino equivocado e em rota de colisão com os esforços nacionais e internacionais de valorização da atenção básica. Em se tratando de um distrito sanitário que conta com a participação de várias unidades acadêmicas da Universidade de São Paulo operando junto às unidades de saúde, processos educativos podem ser desencadeados no sentido do fortalecimento da AB. Entretanto, a questão do acesso destes aos serviços de atenção primária à saúde, aqui configurado como o principal entrave a ser superado, indica que a reorganização do modelo assistencial hoje centrado no Pronto-Atendimento passa, necessariamente, pela ampliação do acesso à atenção básica. Um dos principais desdobramentos do modelo assistencial brasileiro é a sobrecarga dos serviços de pronto atendimento por pessoas que apresentam queixas compatíveis com a atenção primária à Saúde. A maior adequação tecnológica do PA também foi mencionada como estímulo a procurá-lo. Superar as dificuldades apontadas requer investimentos para um aumento da capacidade técnica e de gestão do sistema, de fortalecimento da AB e a revisão dos processos de trabalho, a educação permanente e a valorização dos usuários na construção de novos

protagonismos sociais.

Estudo realizado por Ros (2018) em uma capital da região Sul do Brasil buscou a compreensão da relação estabelecida entre a unidade de saúde e a unidade de pronto-atendimento, foram encontrados aspectos relacionados à comunicação, ao acesso da população aos serviços de saúde, ao processo de trabalho e ao entendimento das funções de cada equipamento na rede de atenção à saúde. Os dados revelam que a integração entre a atenção básica e o pronto socorro mostra-se frágil, fragmentada e desarticulada com outros serviços que compõem a rede de atenção à saúde. A pesquisa proporcionou uma visão mais crítica sobre a forma como o sistema de saúde está organizado. Uma limitação enfrentada foi a de ajustar o tempo da coleta de dados à disponibilidade dos profissionais, no entanto, estes demonstraram disposição em contribuir com a pesquisa. Recomenda-se o aprimoramento das ferramentas de integração já existentes na rede municipal, como o prontuário eletrônico, além da promoção de ações inovadoras que ampliem a comunicação e integração entre os profissionais e os serviços de saúde.

Corroborando com as pesquisas apresentadas, Oliveira (2009) enfatiza que, apesar da ênfase dada à lógica territorial no processo de reorientação do modelo assistencial e da definição da atenção básica como porta de entrada do sistema, os usuários do SUS, em sua busca por assistência médica, vêm demonstrando historicamente preferência por prontos-socorros e hospitais; no entanto, se os gestores do sistema desejam que o nível básico da atenção, além de realizar ações de prevenção e promoção da saúde, também receba a chamada “demanda espontânea” do “seu usuário” territorialmente referenciado e se legitime como porta de entrada principal do sistema para o pronto atendimento médico, devem fazer do usuário o centro de suas reais preocupações e se empenhar para melhorar a resolubilidade da rede básica. Devem resgatar a imagem de credibilidade do nível primário da atenção, melhorando-a no sentido de evidenciar sua confiabilidade e de tornar suas condições de acesso e acolhimento mais favoráveis. Assim, o usuário acabaria naturalmente por se aproximar da rede básica de sua referência territorial.

As internações por condições sensíveis à atenção primária se tornaram internacionalmente estabelecidas como um indicador de qualidade e parte do pressuposto de que o acesso adequado ao atendimento ambulatorial efetivo pode prevenir a necessidade de hospitalização por alguns agravos. Para um atendimento oportuno, faz-se necessário o estabelecimento e manutenção de um sistema de Atenção Primária à Saúde acessível, bem distribuído, com capacidade de gerir os problemas da comunidade, com equipes de trabalho suficientes, e capacidade de realizar o manejo clínico resolutivo (PAZÓ, 2017).

As pesquisas apontam na direção da fragmentação da rede de saúde, falta de coordenação entre os níveis de atenção levando a ruptura dos princípios doutrinários do SUS.

7 CONCEITOS E DEFINIÇÕES QUE EMBASAM O TEXTO

Neste capítulo, tivemos como objetivo entender a complexidade da organização hospitalar, da necessidade da utilização de ferramentas gerenciais e organizacionais para que sejam otimizados os recursos tecnológicos, humanos e científicos. Atualmente as organizações hospitalares possuem como fim comum o atendimento ao paciente, e devem, como função principal proporcionar serviços de qualidade com recursos disponíveis adequados às necessidades da sociedade, assistir aos doentes, promover a educação profissional, conduzir a pesquisa e exercer a medicina preventiva e curativa. O hospital constitui-se num centro de serviços onde são despendidos esforços técnicos, de pesquisa e de gestão voltada a conquista do objetivo principal, o restabelecimento da saúde, considerando-se que todos os serviços oferecidos são igualmente essenciais, devendo, portanto, coordená-los equilibrada e harmoniosamente.

Os hospitais são definidos como organizações particularmente complexas, destinadas à prestação de atividades altamente importantes para a sociedade (GAUTHIER, 2009). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, OMS, os hospitais devem ter como objetivos básicos prevenir, diagnosticar, restabelecer a saúde, educar e desenvolver pesquisas para a geração de saúde. Para poder cumpri-los, ele deve ser dinâmico, manter-se atualizado, testar e pesquisar novas metodologias e tecnologias nos serviços médicos e de apoio.

A palavra hospital deriva do latim *hospitalis*, que se refere a um convidado, hóspede. Historicamente, os hospitais tinham por missão as funções da caridade para refúgio, pensão ou instituição para necessitados, idosos e enfermos; eles tinham pouco a oferecer, além de atenção e dos serviços de enfermagem. Essa situação permaneceu até o início do século XX. Até o século XVIII, a principal função do hospital era separar e excluir os mais pobres e enfermos da sociedade, a fim de minorar possíveis riscos sociais e epidemiológicos, não se separava os doentes por enfermidade ou gravidade, não havia, portanto, a função médica (FOUCALT, 2011).

Com a expansão do conhecimento médico e dos serviços de diagnóstico e tratamento, os hospitais passam a ser centros especializados para o tratamento da comunidade, contando com equipes profissionalizadas. Ao examinar a realidade de um hospital, Senhoras (2007) afirma que este se constitui em uma das estruturas mais intrigantes da sociedade moderna,

pois possui especificidades incontornáveis do setor, por ter que desempenhar funções cada vez mais complexas tais como:

Recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos. Essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos (SENHORAS, 2007, p. 109).

Atualmente, as organizações hospitalares possuem como fim comum o atendimento ao paciente, e devem, como função principal, na concepção de Gonçalves (1989), proporcionar serviços de qualidade com recursos disponíveis adequados às necessidades da sociedade, assistir os doentes, promover a educação profissional, conduzir a pesquisa e exercer a medicina preventiva e curativa.

De acordo com o decreto número 37.773, do dia 18 de agosto de 1955, publicado no Diário Oficial da União, ficou definido, na Lei Orgânica da Assistência Médico-Hospitalar, que hospital é uma instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitem de assistência médica e cuidados constantes de enfermagem.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório de número 122 de 1957, define que:

O hospital é um elemento de organização de caráter médico-social, cuja função consiste em assegurar assistência médica completa, curativa e preventiva à determinada população, e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar considerada em seu meio; é um centro de medicina e de pesquisa biossocial (OMS, 2010, e p.234).

Como se pode observar, o hospital é uma entidade que tem o comprometimento com a população não só em seu aspecto sanitário, curativo e preventivo, mas também em seu aspecto social. Essa instituição se envolve com o homem, em seu meio social familiar e social de relacionamento, por isso deve procurar as causas do desconforto de sua clientela, aprofundar-se na sonda da investigação nos casos dos males orgânicos e psíquicos para que possa trazer, por meio da pesquisa científica, a solução dos problemas de saúde que afligem a sociedade.

No entender de Borba (2013), a história do hospital começa a partir de Cristo, da preocupação do homem com o seu semelhante. A filosofia cristã de “amar a teu próximo como a ti mesmo” surgiu na Itália, mais precisamente em Roma, a primeira entidade assistencial. Por volta do ano 360 da Era Cristã, foi erigido o primeiro hospital de que se tem conhecimento. À medida que a medicina foi se desenvolvendo e de acordo com as regiões, o

hospital assumiu determinadas características e, no estudo de sua história, encontramos várias referências aos seus diversos tipos:

Valetudinárias: consistiam em modernas enfermarias para o atendimento dos gladiadores romanos e dos guerreiros. Construídas junto com os alojamentos das tropas e ao lado das arenas. Analogamente deram início aos hospitais militares.

Tabernae Medicae: de origem grega. Simbolizados por uma espécie do nosso atual ambulatório, destinavam-se ao pronto atendimento dos gregos, sem o regime de internação, sendo na realidade mais ambulatório do que hospital. Entretanto, muito contribuíram para a gradativa evolução nosocomial (BORBA, 2013, p. 157).

Durante o século XI, a Inglaterra aderiu ao movimento evolutivo hospitalar. No ano de 1084, ela erigiu o seu primeiro hospital geral, denominado St. John, cuja finalidade principal era de restaurar a saúde. No entanto, logo em seguida, com o objetivo de combater a lepra que se alastrava na Inglaterra, foi construído o primeiro hospital especializado nesse tipo de doença, denominado St. Bartholmew.

Ainda de acordo com o autor, posteriormente, em Portugal, no século XV, a fundação das obras de misericórdia espirituais idealizadas pela rainha Dona Leonor, em um total de quatorze, agrupavam-se em duas categorias: sete obras de misericórdia espirituais e as outras sete de misericórdia corporais. No grupo destas, uma delas objetivava a assistência aos enfermos, o que deu origem à Irmandade de Misericórdia das Santas Casas, cujas influências ampliaram-se até chegarem ao nosso país.

No Brasil, o primeiro hospital na América do Sul foi construído na cidade de Santos, no ano de 1543, por Brás Cubas, a tradicional Santa Casa de Misericórdia de Santos (BORBA, 2013).

À medida que os exploradores portugueses adentravam o interior brasileiro e formavam os vilarejos, fundavam, imediatamente, um hospital local para o atendimento dos próprios exploradores e colonizadores. Assim surgiu também a Santa Casa de São Paulo, presume-se que esse hospital tenha surgido no período de 1590 a 1599. Seu surgimento foi uma inovação social de significativa complexidade.

Os hospitais estão entre os organismos mais complexos a serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições (CELESTINO, 2002, p. 68).

Segundo Galvão (2003), o hospital moderno ajusta-se a todo momento a um novo

modelo, e tem como metas, além de tratar e curar doentes, oferecer conforto, espelhando-se nos modelos hoteleiros, preocupado em proporcionar bem estar aos seus usuários. Dessa forma, deixa-se de lado a visão austera de sua estrutura, para se criar um clima familiar e de harmonia. Nessa nova ótica, para ser eficiente, a organização hospitalar deve possuir como pontos fortes e diferenciados a qualidade dos seus serviços.

O hospital constitui-se num centro de serviços onde são despendidos esforços técnicos, de pesquisa e de gestão voltada a conquista do objetivo principal, o restabelecimento da saúde, considerando-se que todos os serviços oferecidos são igualmente essenciais, devendo, portanto, coordená-los equilibrada e harmoniosamente (MALAGON-LODONO, 2000).

Otimizar os padrões de eficiência no uso dos recursos alocados às atividades operacionais dos hospitais é consequência das condições impostas pela dinâmica da economia. No entanto, boa parte das organizações de saúde não fazem uso de sistemas de gerenciamento necessário ao controle de suas atividades (ABBAS, 2001).

Os critérios que conduzem a uma nova postura de gestão, considerados pilares essenciais da missão hospitalar, são a orientação ao usuário, avanço contínuo da procura por excelência e autoridade responsável no contexto de coordenação e integração em redes, acompanhados por elementos estratégicos, tais como participação social, transparência e responsabilidade no desenvolvimento das políticas públicas (SCARPI, 2004).

Sejam públicos ou privados é necessário que os hospitais possuam perfil empreendedor, baseado no entendimento das organizações como um conjunto de elementos que interagem entre si para a realização de um objetivo comum, mantendo inter-relação com o ambiente (CATELLI, 2001).

Tal postura é exigida de forma decisiva das organizações, segundo Gonçalves (2005), devido aos progressos tecnológicos na área médica serem constantes e o preço dos serviços cobrados elevados, os custos decorrentes das inovações constituem fatores determinantes para o aumento dos custos da saúde.

O custo da assistência hospitalar tem aumentado consideravelmente. A saúde pública municipal e estadual encontram dificuldade para atender à crescente demanda. Apesar da complexidade que envolve a saúde, Vassalo (2007), após a análise da situação dos hospitais, conclui:

a alta tecnologia que deveria facilitar a vida da população tem-na enlouquecido, porquanto aumentou consideravelmente os preços dos serviços hospitalares por conta do aumento de seus custos. Entrementes, devemos considerar também que no mais das vezes, o aumento de custo

pode ter sua causa na ineficiência da administração (VASSALO, 2007, p. 78).

Segundo levantamento do IBGE (2010), estima-se que, na cidade de São Paulo, exista mais equipamento de ressonância magnética do que por todo o Canadá. Os hospitais brasileiros ainda sofrem de um problema crônico, a administração.

Pinheiro (2003, p.88) destaca que:

conta a história que ontem os hospitais eram lugares de morrer e o sistema de saúde primário, que depois voltaram-se aos processos curativos e a prática da medicina preventiva. Hoje são predominantemente curativos, e estão na maioria das vezes suportados por modelos funcionais e operacionais herdados de posturas verticalizantes e centralizadoras. Agora os profissionais da saúde sentem-se perplexos diante de uma realidade que, além de incógnita, incita a reflexão a respeito do modelo que prevalecerá tanto para instituições como para o sistema de saúde.

7.1 Gestão Hospitalar

A administração do hospital tem como objetivo a manutenção do equilíbrio entre custos e receitas para sobreviver em uma economia de mercado e, da mesma maneira, oferecer serviços médicos de excelência. Sobrevém que a função administrativa em um hospital é de suma importância para planejar, organizar, controlar e determinar o conjunto de ações que viabilizem a prestação do serviço. Não menos importante é remunerar adequadamente a equipe multiprofissional e proporcionar condições de atuação para as organizações, o que possibilitaria novos investimentos, como no caso de sociedades filantrópicas e públicas, ou para reverter em lucro líquido, como no caso das sociedades de capital, que decidirão o destino desses recursos (MARTINS, 2002).

Os hospitais, por serem instituições complexas, envolvem atividades diversificadas na promoção da saúde, em geral, estão organizados em departamentos, serviços ou setores e seções. O departamento designa uma área, divisão ou segmento distinto de uma empresa, sobre o qual o administrador tem autoridade para o desempenho de atividades específicas (CHIAVENATO, 2000).

A estrutura departamental é básica para gerenciar custos, estabelecer controles, procedimentos médicos e entender os fluxos de pacientes. Deve auxiliar no planejamento e tomada de decisões. Os avanços tecnológicos provocam profundas mudanças. Na área hospitalar, essas transformações ocorrem com rapidez, pois exigem que a prestação de serviços seja resolutiva, com qualidade e baixo custo, o que obriga os hospitais a adotarem estratégias de excelência, caso contrário, eles correm o risco de não sobreviverem. A imagem não é suficiente, há necessidade de o hospital melhorar constantemente a prestação de

serviços e realizar um gerenciamento minucioso de todas as suas atividades.

A excelência é alcançada por meio do comprometimento contínuo com a resolutividade, a qualidade e os baixos custos. O binômio qualidade e baixos custos requer esforços contínuos na eliminação do desperdício, na capacitação profissional e consequentemente na melhoria dos processos hospitalares, no uso adequado da automação, no acesso facilitado à informação e na diminuição da permanência do paciente no hospital.

O serviço hospitalar possui peculiaridades como intangibilidade, inseparabilidade e variabilidade. Tudo isso significa que a sua produção e o seu consumo são simultâneos. A variabilidade é crucial e depende de fatores como: a capacitação profissional e as condições do paciente. O final do serviço hospitalar ocorre no momento da alta do paciente, quando será avaliada a resolução do caso sob o ponto de vista técnico e quanto ao custo do tratamento, isto é, sua eficiência.

A satisfação dos pacientes será atingida quando suas necessidades forem atendidas, seja na resolução do problema, na qualidade do atendimento ou no tempo despendido. Sob o viés da satisfação, duas variáveis são consideradas primordiais: resolutividade e agilidade.

Entende-se por resolutividade a capacidade do serviço de solucionar problemas que lhe são apresentados (HALAL, 2004). Entretanto, o termo resolutividade, quando visto apenas do ponto de vista quantitativo traz um impasse à avaliação de serviços de saúde, pois não qualifica a demanda aceita e resolvida pelo serviço e também aquela encaminhada e não resolvida. Isso significa que podemos ter um serviço que só encaminha 5% de sua demanda porque tem condições e recursos para diagnosticar a necessidade real de encaminhamentos e, por outro lado, outro que encaminha 20% de sua demanda pode ser um bom serviço, uma vez que está diagnosticando essa necessidade de encaminhamento (MADUREIRA, 2009).

A capacidade resolutiva dos serviços de saúde, usualmente, é apontada como o principal indicador de eficácia, de resolver efetivamente os problemas de saúde da sociedade. Capacidade resolutiva, ou resolutividade, é geralmente definida como a porcentagem de casos que tiveram atendimento terminal no serviço em estudo, ou seja, a porcentagem de pacientes que não foram encaminhados para atendimentos especializados. Porém, ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas, além disso, coloca a possibilidade de usar tudo que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente, e colocar, à sua disposição, toda a tecnologia disponível, a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequados a cada caso, bem como de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde. Implica em criar um processo que tenha como desdobramento uma alteração do quadro do usuário e uma satisfação do mesmo (CECÍLIO, 2004).

Considera-se ainda que a expectativa dos pacientes pode influenciar na escolha entre o atendimento em recursos da rede básica de saúde ou atendimento de níveis secundário e terciário, ou seja, o pronto socorro.

7.2 Emergência e Urgência

A ocorrência súbita de doença ou agravo que coloca uma pessoa em situação de risco imediato de morte ou incapacidade é, certamente, um cenário dramático. Este parece ser um risco crescente, sobretudo nos grandes centros urbanos, e tem gerado na população um sentimento de risco constante, o de vir a sofrer um dano à saúde capaz de ameaçar a sua própria vida ou de uma pessoa querida.

A mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira tem apontado para um aumento expressivo dos agravos e doenças, cuja demanda de atenção imediata os coloca como situações de urgência e emergência. A necessidade crescente de manter uma estrutura tecnológica e humana permanentemente a postos para essas situações tem se apresentado como um desafio para o setor público e o privado.

O direito universal à atenção, em qualquer situação, deveria ser uma questão sobre a qual não houvesse nenhuma dúvida. O campo da saúde está constituído em torno da esfera pública de relações que se estabelecem em torno da dor (SCOREL, 2011), e o sofrimento desencadeado por uma situação emergencial se sobrepõe a toda e qualquer discussão em torno do direito à atenção, porque remete diretamente ao direito inalienável à vida. Trata-se de um estado de exceção, e, por assim ser, de um fenômeno social (ALMOYNA, 2009). Embora esse direito seja, em essência, indiscutível, a atenção de urgência/emergência pode se construir em espaço de conflitos e contradições, já que a discussão sobre o que é ou não uma situação clínica de ameaça à vida nem sempre está isenta de complicadores.

A necessidade de manutenção de uma porta de entrada constituída por uma equipe multiprofissional e integrada na atenção de urgência e emergência tem determinado uma discussão em torno da regulação, como conceito relacionado à capacidade de resposta frente às demandas de saúde, e como instrumento de ordenação e orientação da assistência, em seus diversos níveis. Dessa forma, a recente estruturação de centrais de regulação nos Estados da Federação tem se apresentado como ferramenta importante para a implementação de regionalização da saúde, pois otimiza a busca pela melhor alternativa terapêutica do momento, de acordo com as necessidades do usuário (OLIVEIRA, 2008).

A unidade de emergência é um setor multidisciplinar de especialidades com perícia

para tratar pacientes em estado grave (BITTAR, 1992). É uma das áreas mais críticas e congestionadas dentro do hospital, onde situações inesperadas ocorrem.

No serviço de emergência, em muitos casos, há risco iminente de perda da vida. Por isso a sua meta é a avaliação rápida, a estabilização, o tratamento e a pronta admissão do paciente ao hospital. Nesse contexto, diversas combinações de procedimentos e restrições podem gerar diferentes modelos de serviços, os quais vão impactar no fluxo de tratamento a pacientes e na agilidade do atendimento.

O processo de focalização da teoria das restrições é uma metodologia para auxiliar na identificação e gerenciamento de restrições, que permite atuar nos pontos mais críticos do sistema e melhorar os processos de atendimento.

Para um melhor entendimento do que seja uma unidade de emergência e os processos que desenvolvem durante o serviço, é importante que alguns elementos sejam apresentados: os processos médicos em atendimento de emergência, a estrutura operacional básica em que esses processos são desenvolvidos e o tipo de paciente que se utiliza desses serviços.

Os processos que compõem o fluxo de tratamento de pacientes no atendimento de emergência são:

- **Triagem:** avaliação dos pacientes para determinar a gravidade (acuidade) do seu quadro clínico e o encaminhamento aos adequados cuidados.
- **Diagnóstico:** identificação e caracterização do problema do paciente. Em muitos casos, os médicos utilizam exames de imagem, laboratório e/ou deixam em observação para obter o diagnóstico.
- **Tratamento:** assistência à saúde prestada ao paciente, com a finalidade de reabilitação e cura.

Segundo Sylver (2009), o funcionamento de uma unidade de emergência é resultado de um conjunto de fatores, tais como: 1) projeto adequado de instalações de emergência; 2) equipe profissional; 3) equipe administrativa.

A estrutura básica de instalações em geral é constituída por triagem, especialidades, serviços auxiliares e coadjuvantes.

A área de triagem é uma instalação essencial. O bom atendimento aos pacientes começa na triagem, pela avaliação cuidadosa e hierarquização das necessidades. A condução desse processo representa a chave de um serviço eficiente no sentido de agilizar o atendimento.

Segundo Oliveira (2008), a triagem consiste numa avaliação breve e imediata do caso do paciente para estabelecer prioridades de acordo com a gravidade, assim como para

determinar os procedimentos médicos necessários.

O objetivo da hierarquização das necessidades no processo de triagem é dar prioridade àqueles pacientes que seriam beneficiados por um tratamento de urgência ou emergência. As áreas de especialidades devem compreender clínica médica, cirurgia e pediatria e uma seção de tratamento agudo para pacientes com agravamento do quadro clínico.

O serviço social é importante devido ao fato de que, nas suas atividades, o pessoal de pronto-socorro lida tanto com problemas de natureza médica quanto social, tais como: alcoolismo, aborto, distúrbios mentais, drogas e enfermidades terminais (TEIXEIRA, 2010).

7.3 Qualificação Profissional

A eficiente alocação e utilização dos recursos humanos é uma questão crítica para os administradores dos departamentos de emergência, principalmente devido seu impacto no atendimento a pacientes e sobre o desempenho global do sistema (BORBA, 2004).

Teixeira (2010) considera que a equipe de enfermagem representa um recurso importante na emergência. Elevar as competências desses profissionais, por meio da atualização profissional continuada e do treinamento, é fundamental para a eficiente execução dos serviços e a minimização da sobrecarga no trabalho dos médicos.

7.4 Equipe Administrativa

A equipe administrativa é responsável pela operação cotidiana da unidade, da manutenção dos registros e execução de procedimentos da rotina administrativa.

7.5 Finalidade dos Serviços de Emergência

Uma unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender adequadamente os casos de pacientes que requerem cuidados emergenciais ou urgentes. Nesse enfoque, o balizamento é dado pela irreversibilidade da morte ou de uma condição de dano permanente à saúde. Segundo essa resolução, o médico possui total autonomia para a definição do que é ou não condição de urgência/emergência. Do ponto de vista jurídico, de fato, o conceito de soberania do ato médico ratifica a situação de autonomia inquestionável, que não pode sofrer influência ou constrangimento por parte de nenhum outro profissional, nem mesmo médico

(BRAGA, 2003).

A meta do serviço de emergência é a avaliação rápida do paciente, sua estabilização e pronta admissão ao hospital. O Ministério da Saúde (2007) define os procedimentos dos serviços de emergência com base nos seguintes critérios: a gravidade (acuidade) e a complexidade do caso a ser tratado:

- Urgência de baixa e média complexidade: casos em que não há risco de morte;
- Urgência de alta complexidade: casos em que não há risco de morte, porém o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo;
- Emergência: casos em que há risco de morte.

Para os casos de urgência de baixa e média complexidade, o Ministério da Saúde (2007) define os seguintes procedimentos: 1) fazer triagem para os atendimentos; 2) prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante; 3) higienizar e realizar procedimentos de enfermagem; 4) realizar atendimento de urgência; 5) prestar diagnóstico e terapia e, se necessário, manter o paciente em observação por um período de até 24 horas.

Para os casos de urgência de alta complexidade e de emergência, o Ministério da Saúde (2010) define como procedimentos, basicamente, os mesmos para o caso de emergência com baixa e média complexidade.

Com base na classificação do Ministério da Saúde (2010), os pacientes que chegam ao setor de emergência dos hospitais podem ser classificados em três grupos:

- Pacientes de emergência: casos em que há risco de morte;
- Pacientes de urgência: casos em que não há risco de morte, porém apresentam um quadro crítico e devem ser atendidos rapidamente;
- Paciente ambulatorial: casos que apresentam problemas crônicos, mas podem aguardar atendimento, sem riscos imediatos à sua saúde.

7.6 Complexidade do Setor de Emergência

O setor de emergência apresenta normalmente diversos problemas relativos às operações típicas do serviço, tais como: formação de filas de espera; alocação de leitos; congestionamento no setor devido ao grande volume de pacientes ambulatoriais; falta de leitos para internação; falta de leitos de UTI, dentre outros.

As causas desses problemas estão nas diversas interações entre os processos e na forma como o sistema responde às mudanças frequentes. Os principais fatores identificados são:

- Demanda com comportamento aleatório impactando no sistema;
- Percepção mais sutil do resultado nas atividades de serviço;
- Rápidas mudanças ao longo do tempo;
- Numerosas interações e interdependência entre os seus processos;
- Influência de fatores externos, aleatórios e independentes, que estão fora do controle da organização;
- Configuração dos recursos, escala de plantões, unidade de observação clínica.
- Outros fatores de influência, como números de enfermarias na área de emergência, laboratórios e radiologia.

Segundo Bordin (2012), os principais fatores relacionados à procura por atendimento nas unidades de emergência dos hospitais são:

- Fatores demográficos e características socioeconômicas;
- Acesso aos meios de transporte;
- Distância do setor de emergência;
- Início dos sintomas/percepção da severidade do caso pelo paciente;
- Violência urbana;
- Polos geradores de tráfego que elevam o número de acidentes automobilísticos e atropelamentos;
- Deficiência nos serviços prestados por outras unidades públicas de assistência à saúde.

Fatores socioeconômicos como emprego, renda e grau de instrução relacionam-se diretamente com as condições de vida e aos cuidados com a saúde. As baixas condições econômicas e sociais contribuem para a precarização das condições de vida e a piora dos cuidados.

Ainda segundo o autor, o acesso aos meios de transporte relaciona-se à demanda por atendimento em unidade de emergência devido a distância desta em relação à localidade dos pacientes, os quais podem chegar ao hospital a pé, de carro ou de ônibus.

O tempo transcorrido entre o início dos sintomas e a percepção da severidade do caso, pelo paciente, constitui outro fator relacionado à demanda por atendimento na unidade de emergência hospitalar, uma vez que se na fase inicial fosse procurado tratamento, a possibilidade de agravamento do quadro clínico deste poderia ser minimizada.

A formação de polos geradores de tráfego resulta na elevação do número de acidentes automobilísticos e de atropelamentos, o que contribui para elevar a procura por atendimento

de emergência. No mesmo sentido, o crescimento da violência urbana contribui para aumentar o número de agressões e homicídios.

Segundo Campos (2008), a falta de estrutura dos postos de saúde e a pouca oferta de serviços para resolver problemas simples da população leva os pacientes a procurarem os hospitais que têm atendimento de emergência, com a certeza de encontrar um médico de plantão.

Teixeira (2010) enfatiza que a superlotação de serviços de emergência representa um grave problema do sistema de saúde e que a demanda espontânea dos pacientes com doenças simples amplifica exageradamente o número de atendimento nessas unidades. No entanto, a assistência médica pode ocorrer em condições precárias, quer seja em relação à demora no atendimento, ao aguardo da avaliação, ao diagnóstico e ao tratamento desses pacientes no ambiente do pronto socorro, destinado ao atendimento de casos graves e complexos.

Ainda segundo o autor, as portas abertas, garantindo o desejado atendimento médico, incorrem na ausência de restrições ao acesso, exigem ampla complacência do ambiente e da equipe multidisciplinar, sob risco de queda na qualidade do serviço prestado.

Na rotina diária pode-se mensurar tempo de espera prolongado, superlotação das salas de espera, necessidade dos leitos extras, em ambiente desprovido da necessária e desejada privacidade e conforto, no aguardo de vagas nas unidades de internação ou terapia intensiva.

Analisando-se criteriosamente os atendimentos realizados, surpreende-nos a constatação de que mais de 60% dos diagnósticos não estão relacionados a situações de urgência ou emergência. Nesse enfoque, podemos constatar que a superlotação nos equipamentos de saúde, destinados ao atendimento de urgências, pode representar a dificuldade no atendimento médico nas unidades de saúde de menor complexidade (TEIXEIRA, 2010).

Amplificando essa demanda espontânea, acrescenta-se o reconhecido poder menor de resolutividade dos serviços de emergência na periferia, aliado ao notório poder de atração do Hospital Regional de Presidente Prudente, habitualmente de portas abertas, permitindo a migração dos clientes para o pronto socorro. Nessas condições, a notoriedade do HR com seus recursos humanos qualificados, seus equipamentos e sua reconhecida capacidade resolutiva, acentua a atração espontânea desses clientes.

O excesso da demanda de casos simples prejudica o atendimento médico especializado, pois congestionam as equipes diante de doenças sem maior gravidade, com eventual detrimento aos pacientes em real situação de emergência e risco de morte, carentes de cuidados intensivos.

O desgaste das equipes e do ambiente contribui para o descontentamento de pacientes e de toda a equipe de trabalho e também proporciona condições que propiciam o estresse e, conseqüentemente, o aparecimento ou surgimento de falhas no atendimento ao paciente.

Dentro dessa rotina diária, Teixeira (2003) afirma que os pacientes com doenças de menor complexidade coabitam e disputam a desejada e merecida atenção, deslocam involuntariamente os recursos destinados àqueles realmente em estado grave. Urge, assim, um fato notório: a necessidade de se elaborar um planejamento de rotinas e implementar projetos e propostas destinados a garantir um atendimento eficiente, humanizado e digno que possa atenuar a pressão dessa demanda excessiva.

A reestruturação desejada permitiria: ordenar a rotina de atendimento médico no pronto socorro; aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados à população; minimizar as possibilidades de insatisfação dos usuários; priorizar atendimento dos pacientes em condições de maior gravidade; aumentar a produtividade e eficiência das equipes especializadas.

Além dessa concepção, fundamentada nos estudos sobre práticas de saúde, especialmente na identificação dos elementos estruturais do processo de trabalho em saúde, pode-se conceber uma concepção ampliada e sistêmica sobre o modelo de atenção, o que inclui três dimensões: uma dimensão gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, e que geralmente leva em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e pela tecnologia que operam no processo de atenção em saúde, em vários planos (promoção, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação) (TEIXEIRA, 2010).

A efetiva construção de um modelo de atenção à saúde, cujo atributo seja a integralidade, demanda a formulação de políticas e a implementação de estratégias de mudança organizacional e operacional no âmbito do sistema de serviços de saúde em vários planos e níveis. Nesse sentido, cabe, em primeiro lugar, registrar que a noção de integralidade remete a uma dupla dimensão, a primeira relativa à integralidade do sistema de serviços de saúde e à construção dos chamados sistemas integrados (MENDES, 2008). Já a segunda, à integralidade das práticas de saúde, ou seja, à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis organizacionais do sistema de serviços. (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2003; PAIM,

2003).

O debate em torno das estratégias de mudança do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS, além de tomar como referência os princípios da universalidade, integralidade e equidade, tem contemplado, em alguma medida, a preocupação com a necessária adaptação dessas estratégias à heterogeneidade estrutural que caracteriza a situação de saúde da população, especialmente as desigualdades sociais e epidemiológicas que se observam nas diversas regiões do país (TEIXEIRA, 2006).

Do ponto de vista teórico-conceitual e normativo, temos enfatizado que o processo de mudança do modelo de atenção na perspectiva da integralidade do cuidado exige a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais das práticas de saúde, inovações essas que podem incidir tanto no conteúdo das práticas, de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) e também na forma de organização das unidades em redes assistenciais que contemplem princípios de economia de escala na distribuição territorial dos recursos e, ao mesmo tempo, busquem o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população (TEIXEIRA, 2006).

Ainda segundo Teixeira (2006), o debate em torno da promoção da saúde subsidia, principalmente, a incorporação de propostas que dizem respeito à mudança no conteúdo das práticas de saúde, contribuindo para a redefinição dos objetos e dos meios de trabalho empregados no desenvolvimento de ações em vários níveis organizacionais. Portanto, trata-se de incluir, no leque de ações realizadas pelo sistema, ações de educação, comunicação e mobilização social voltadas ao empoderamento de indivíduos e grupos, de modo que possam vir a desenvolver práticas que resultem na promoção, proteção e defesa de suas condições de vida e saúde. Essas ações podem se concretizar enquanto processos mais amplos dirigidos à formulação e implementação de políticas, em âmbito municipal, estadual ou nacional, ou restringir-se a práticas localizadas em função da natureza dos problemas ou das características dos sujeitos que decidam empreendê-las.

Na análise de Teixeira (2006), para a reorganização das relações entre as unidades de saúde, deve-se discutir a importância da regionalização e hierarquização dos serviços, contemplando a adoção de uma base territorial, o desenvolvimento do planejamento e da programação local e o estabelecimento de uma gestão participativa do ponto de vista da organização das práticas de saúde, a incorporação de propostas que contribuam para a

redefinição das características atuais da oferta de serviços, principalmente em âmbito da atenção básica, objeto das atuais políticas dirigidas à ampliação e qualificação, isto é, aos esforços relativos à expansão, melhoria da qualidade e ampliação do leque de serviços oferecidos à população.

A viabilização de um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado passa pelo estudo das características dos fluxos de referência e contra referência entre os níveis assistenciais, com o objetivo de adequar a alocação e dimensionamento dos recursos (SIMÕES, 2009), o que ressalta a importância do Hospital Regional no contexto da rede de saúde.

Na definição de Oliveira (2008), os pilares da operacionalização do SUS são a regionalização, hierarquização e integração que definem níveis de atuação demandados por níveis de complexidade de atendimento em saúde. O nível básico é constituído pelas chamadas UBS – Unidades Básicas de Saúde, as quais executarão atendimentos com o objetivo de oferecer auxílio essencial e imediato às necessidades individuais e sociais da região sob sua abrangência. As atividades em saúde poderão ser a nível curativas ou preventivas.

O nível de atividade intermediário conta com recursos materiais e humanos mais especializados, com vistas a resolver os problemas que requeiram atenção direcionada clinicamente, como exemplo, os ambulatórios de especialidades (OLIVEIRA, 2008).

O nível hospitalar, como por exemplo o Hospital Regional, constitui-se como uma referência para a alta complexidade, uma vez que dispõe de recursos humanos, materiais e equipamentos tecnológicos compatíveis com as necessidades clínicas dos pacientes.

Como todo sistema, a saúde contém várias partes com estrutura e funções definidas. O sucesso do objetivo depende dessa organização que respeita os quesitos da hierarquia e regionalização. Em 1990, as unidades de saúde foram definidas como: posto de saúde, centro de saúde, ambulatório de especialidades, unidade mista, hospital local, hospital regional, hospital especializado e hospital de base (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A saúde, no Brasil, deveria ser repensada em seu sistema, sua estrutura e seus processos, com o objetivo de alcançar a eficiência necessária (MEZOMO, 2004). Sobre os discursos no entorno da mudança, Saraiva (2000) enfatiza que há resistência por parte dos funcionários públicos que ignoram ou não estimulam sua própria capacidade de desenvolvimento, a ponto de recusarem trabalhar em um contexto mais flexível ou sem o uso de manuais.

Alguns fatores culturais e organizacionais são responsáveis pelo funcionamento

restrito que, hoje, apresenta-se no serviço público de saúde. Como exemplo, tem-se a centralização do governo federal que é responsável por definir as prioridades e diretrizes do sistema de saúde, dessa forma, resta pouca autonomia para estados e municípios e cria, assim, um distanciamento entre as necessidades reais e os programas e sistemas de atendimento projetados. Especialistas afirmam que 80% dos problemas de saúde seriam resolvidos pelo atendimento da rede básica, atendimento primário, mas o que se observa é a criação de uma estrutura complexa com alto investimento tecnológico e fraca integração com os demais estabelecimentos (COHN, 2003).

No entendimento de Castellanos (2007), o processo de mudança na atenção à saúde teve início a partir da segunda metade dos anos oitenta, importante período na sua reorganização e reestruturação, impulsionados pela Reforma Sanitária, cuja estratégia passou pela valorização da atenção primária, porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, a qual deveria ser adequada às necessidades e acessível a toda população.

De maneira ampla, o SUS necessita de constantes adequações para que possa garantir a manutenção de uma estrutura tão grandiosa e ramificada, mas toda adequação requer mudanças que não se restrinjam apenas ao círculo estrutural, faz-se necessário também mudança de conceituação e comportamento, em outras palavras, mudanças culturais.

Junqueira (2002) caracteriza o processo gerencial dos serviços públicos de saúde como ineficiente e de baixa qualidade. Essa situação, rotineiramente, é atribuída à falta de recursos humanos ou materiais, e à baixa qualificação de seu pessoal, deixa de considerar que a existência de recursos, por si só, não garante a qualidade dos serviços. Uma organização, seja ela secretaria, hospital ou centro de saúde, é uma unidade social deliberadamente construída para atingir determinados objetivos e resulta da combinação de pessoal recursos e tecnologia.

A qualidade, ainda que se inicie em seu módulo mais simples de atenção (atendimento por profissional de saúde a um paciente com enfermidade claramente definida), desdobra-se em dois aspectos, o técnico e o interpessoal, cada um a existência de conceitos diferentes de qualidade e determina que a avaliação qualitativa dos serviços de saúde seja executada em três componentes: estrutura, processo e resultado. A estrutura refere-se às características dos recursos utilizados pelo serviço; o processo, aos procedimentos empregados no manejo dos problemas apresentados pelos pacientes; o resultado, ao estado de saúde dos pacientes resultante da interação com o serviço de saúde, o que inclui satisfação com o tratamento (DONABEDIAN, 2003).

Segundo Vuori (2009), esses componentes constituem a base metodológica para a medida ou avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.

A proposição de instrumentos para o gerenciamento de unidade é quase inexistente, não se verifica uma preocupação em associar esse tipo de estudo com a prática, percebendo-se uma cisão entre os teóricos do planejamento, os gestores e aqueles que discutem a problemática da avaliação. Embora os primeiros postulem a importância da avaliação, eles não se reportam ao referencial e à questões levantadas pelos teóricos envolvidos com a avaliação, prendendo-se, em última análise, na definição da melhor abordagem para o planejamento, ou seja, se normativo, estratégico ou situacional. Os últimos, por sua vez, aprimoram o potencial via refinamento da medida e do instrumento, não explorando a articulação da avaliação como componente do planejamento em qualquer uma de suas abordagens. Os gestores, em sua maioria, desconhecem as discussões de um ou de outro campo (SENHORAS, 2007, p. 93).

A distribuição da rede de serviços de saúde do Brasil é profundamente desigual, quando se consideram as distintas regiões do país, as áreas urbanas ou rurais, as regiões ricas e pobres das cidades, o que determina, junto com outros fatores socioeconômicos e culturais, uma extrema desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde pelas diferentes populações e estratos sociais (OLIVEIRA, 2004). Nessa ótica, procuraremos delinear variáveis determinantes da distorção na utilização do serviço de urgência e emergência do Hospital Regional, em contraposição à utilização dos serviços ambulatoriais visto que, a região não é homogênea, apresenta disparidades entre os municípios envolvidos no estudo, ou seja, é uma região dotada de características regionais singulares.

7.7 Porta de Entrada dos Serviços de Urgência e Emergência

A incapacidade dos serviços básicos e secundários em absorver a demanda de primeiro atendimento em cuidados de saúde, apesar dos esforços das políticas públicas, tem como efeito o aumento na demanda aos serviços de atendimento terciário.

A falta de estrutura dos postos de saúde e a reduzida oferta de serviços especializados para resolver problemas simples da população, levam os pacientes a procurarem hospitais que têm atendimento de emergência, com a certeza de encontrar um médico de plantão. O panorama que se observa é que, gradativamente, os serviços de emergência dos hospitais privados e públicos tornam-se mais cheios, o que leva o paciente que necessita de atendimento de emergência real, isto é, aquele com risco iminente de morte, como o cardiopata, hipertenso, neurológico, vítima de trauma, entre outros, a aguardar por horas pela assistência (VALENTIN, 2009).

Os principais fatores relacionados à procura por atendimento nas unidades de emergência dos hospitais, segundo depoimento de médicos plantonistas e da administração do Hospital Regional, relacionam-se com características demográficas e socioeconômicas, acesso aos meios de transporte, distância do serviço de emergência, início dos sintomas, percepção

da severidade do caso pelo paciente, violência urbana, polos geradores de tráfego que elevam o número de acidentes automobilísticos e atropelamentos, deficiência nos serviços prestados por outras unidades públicas de assistência à saúde.

Os serviços de emergência têm se tornado uma válvula de escape dos serviços de saúde; eles prejudicam o atendimento dos casos considerados adequados, uma vez que o excesso de demanda acarreta no acúmulo de tarefas e, conseqüentemente, na sobrecarga para toda a equipe de profissionais, o que contribui também para o aumento dos custos hospitalares.

Uma unidade de emergência tem a finalidade de receber e atender adequadamente os pacientes que requerem cuidados emergenciais ou urgentes. A meta do serviço é a avaliação rápida do paciente, sua estabilização e pronta admissão pelo hospital, no entanto, o grande contingente de pacientes “estrangula” a capacidade de atendimento e expõe profissionais e pacientes a riscos desnecessários.

Numa tentativa de amenizar o problema, o Ministério da Saúde desenvolveu o sistema de classificação de risco (Tabela 2), o qual consiste num instrumento de apoio à identificação rápida e científica do doente, de acordo com critérios clínicos para determinar em que ordem o paciente será atendido. Os níveis de gravidade são definidos por cores e tempo de atendimento.

Tabela 2 – Classificação de Risco. Níveis de gravidade por cor.

| | |
|----------|---|
| Vermelho | Atendimento imediato dos pacientes graves com o objetivo de afastar o risco imediato de morte, realização de exames diagnósticos e posterior encaminhamento para tratamento clínico, cirúrgico, observação ou alta. |
| Amarelo | Atendimento semi-imediato e que deve ser realizado no máximo em trinta minutos de espera. É classificado como paciente crítico que necessita de cuidados intensivos e permanecerá no PS até o momento de seu encaminhamento para um especialista. |
| Verde | Atendimento de espera oportuna indicado para pacientes não críticos. |

Fonte: Nishio (2011, p. 25).

O protocolo por cores permite que os serviços de urgência atendam, em primeiro lugar, aos doentes mais graves, e não necessariamente aos pacientes que chegam antes. A seleção acontece a partir de uma observação prévia, na qual um conjunto de sintomas ou de sinais é identificado para atribuir uma cor ao paciente. A cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado.

O sistema foi criado com o intuito de se evitar intercorrências entre os pacientes

graves. Trata-se de um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

Na Figura 3 apresentamos a imagem rotineira da ambulância da Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Prudente deixando o paciente para ser atendido pelo serviço de urgência e emergência do Hospital Regional.

Figura 3- Entrada da Urgência e Emergência do Hospital Regional.



Fonte: Departamento de Marketing da Unoeste – Out.2017

Embora muitos pacientes sejam trazidos pelas ambulâncias, a maioria deles não necessita do atendimento de urgência e emergência.

Estes atendimentos desnecessários tumultuam o serviço, impedem que façamos atendimentos de qualidade para os pacientes que realmente necessitam. Deveriam ser atendidos no ambulatório (Diário de Campo: 12/09/ 2017, relato de um médico do Pronto Socorro).

8 REDE URBANA DE PRESIDENTE PRUDENTE

No capítulo oito buscamos como elemento norteador, caracterizar a rede urbana de Presidente Prudente. Entendida como parte integrante da sociedade e de sua dinâmica e, por assim ser, torna-se reflexo, meio e condição social dessa sociedade, incorpora e age sobre suas contradições, conflitos e negociações. Em virtude disso, é possível esperar que as diferenças econômicas, políticas, sociais, demográficas e culturais influenciem as diferenças estruturais. Verificou-se a formação e/ou aprofundamento das redes e/ou dos processos de articulação e de integração funcional entre municípios e centros urbanos da sua área de influência, o que corresponde ou não à formação e/ou adensamento de processos de conturbação, repercutindo, principalmente na prestação de serviços de saúde.

O território do estado de São Paulo caracteriza-se pela presença de várias formas espaciais e de distintas escalas de urbanização: metrópoles de caráter mundial, nacional e regional, aglomerações urbanas constituídas a partir de um núcleo, aglomerações urbanas formadas por núcleos que dividem funções polarizadoras e, ainda, centros urbanos que polarizam municípios de seu entorno e que desempenham o papel de centros regionais.

Metrópoles como São Paulo, Campinas e Baixada Santista exercem influência significativa sobre as regiões em que se localizam, mas sua polarização se dá também sobre localidades situadas para além das fronteiras regionais e abrangem todo o território nacional. São Paulo, a principal metrópole do país, vai além, perfilando-se como um polo da rede mundial de cidades, cuja área de influência extrapola os limites nacionais.

A rede paulista de cidades é historicamente organizada ao longo e/ou no entorno de eixos de desenvolvimento, onde estão concentrados a produção, o consumo e a população e, por isso, exercem impacto importante sobre a dinâmica, bem como sobre as formas assumidas pela urbanização, já que tais eixos se configuram como rotas de avanço desse processo e fortalecem a centralidade de lugares determinados – nós de articulação funcional. Nesse sentido, funcionam como ossatura dos processos de complementaridade funcional, integração da economia e unificação do mercado de trabalho e também periferização da ocupação dos espaços urbanos.

Internamente, identifica-se a existência de um espaço urbano denominado Macrometrópole Paulista. A conformação dessa região está associada aos processos de urbanização, interiorização do desenvolvimento econômico e desconcentração produtiva e populacional da Região Metropolitana de São Paulo, doravante RMSP, aos quais se associou

a conformação de uma área marcada por significativa heterogeneidade estrutural, já que acumula condições e/ou potencialidades de desenvolvimentos econômico, social e urbano diferenciadas no país. Apesar desse potencial, a região detém expressiva dívida social, na forma de condições precárias de moradia, ocupação de áreas de risco e falta de infraestrutura urbana e social.

Essa transformação físico-espacial, em processo no Estado, aponta para a conformação de um novo desenho de metropolização, em outras palavras, uma nova escala de metropolização, em um espaço territorial formado pelas três metrópoles, e por um conjunto de centros urbanos médios que tendem a ampliar e intensificar a conurbação entre seus territórios, bem como o seu grau de articulação e integração funcional, com elevada influência do seu polo principal – o Município de São Paulo – que configura uma grande região urbana que não encontra similaridade em outros estados do país.

Como o desdobramento da complementaridade e da integração funcional, essa região urbana caracteriza-se pela concentração de fluxos econômicos e de passageiros: os deslocamentos de cargas produzidos na Macrometrópole equivalem a cerca de 65% do total do estado e os atraídos para a região atingem 63%; a movimentação de passageiros também tem densidade expressiva, pois corresponde a 82%, no que se refere às origens, e a 73 % no que diz respeito aos destinos (SEADE, 2016).

A análise da evolução da mancha urbana das regiões administrativas (RA) do estado evidencia que as áreas que mais cresceram, entre 1965 e 2003, foram as RA de Registro, com 86%, Bauru, Marília, Franca e São José do Rio Preto, com crescimento acima de 70%, e Sorocaba, São José dos Campos, Presidente Prudente, Araçatuba, Campinas e Barretos, com expansão em torno de 60% (SEADE, 2016).

Registra-se que as alterações verificadas na estrutura e na morfologia da rede urbana têm como substrato a dinâmica do processo de interiorização do desenvolvimento econômico, em curso desde a década de 1970, e também as significativas mudanças no padrão de urbanização do estado de São Paulo, associadas a esse processo.

Na última década, ocorreu a disseminação do modelo capitalista de urbanização, com a presença de grandes equipamentos comerciais e de serviços, bem como a reprodução do modelo de produtos imobiliários de médio e alto padrões. O aparecimento de áreas de ocupação urbana precária também compõe esse aspecto nos principais centros urbanos e aglomerações do estado. São evidências dessa disseminação: a significativa expansão da mancha urbanizada do estado, com a configuração de espacialidades regionais articuladas por centros urbanos com funções polarizadoras; o crescimento populacional de cidades de médio

e grande portes, o que acompanha, via de regra, os processos de localização e a dinâmica de expansão das atividades econômicas e a estruturação da malha viária estadual, que propicia elevada mobilidade.

Verifica-se também a formação e/ou aprofundamento das redes e/ou dos processos de articulação e de integração funcional entre municípios-polo e centros urbanos da sua área de influência, o que corresponde ou não à formação e/ou adensamento de processos de conturbação contínuos ou descontínuos.

São evidências dessa formação: a concentração demográfica e o fenômeno dos deslocamentos pendulares no espaço territorial da Macrometrópole, assim como a concentração econômica expressa pelo peso do PIB, Produto Interno Bruto, dessa região no conjunto do estado. Outra evidência é a existência de grande mancha urbanizada, cerca de 50% de todo o estado, que, embora não esteja totalmente conurbada, sobretudo devido às restrições físicas e à presença de áreas protegidas, é servida por um sistema viário e de transporte que propicia a articulação dos espaços urbanos e a integração funcional das estruturas produtivas neles inseridas.

Como consequência desses níveis de concentração, já se verifica, nessa região, uma pressão significativa sobre o patrimônio ambiental. Com efeito, a expansão urbana torna vulneráveis as áreas protegidas, especialmente pela ocupação irregular. Identifica-se também uma situação de escassez de recursos hídricos (SPOSITO, 2011).

O estado de São Paulo caracteriza-se pela presença do mais amplo e complexo sistema de cidades do país, conformando-se em seu território uma rede de intensas articulações funcionais que têm sua mais forte expressão no espaço de fluxos e relações que se compõe no entorno da RMSP. Esse espaço é, aqui, denominado Macrometrópole Paulista (SEADE, 2016).

A Macrometrópole Paulista abriga três regiões metropolitanas do Estado, aglomerações urbanas com dinâmicas fortemente polarizadas pela grande metrópole paulista e os centros urbanos que mais se beneficiaram dos processos de desconcentração produtiva e populacional da Região Metropolitana de São Paulo, os quais se associaram à interiorização do desenvolvimento econômico do Estado.

Como afirma Lencioni (2009, p.89), "trata-se de um processo novo e de uma nova forma de produção do espaço [...] creditados, ora mais ora menos, à reestruturação produtiva". A autora atribui a produção desse espaço à extensão territorial do processo de metropolização, com a incorporação de novas áreas e a reafirmação da primazia de seu centro, que exerce a condição de centro de gestão do capital, contando com densas redes sociais e territoriais.

Esse processo é histórico e é ancorado pelo processo de reprodução do capital, o que dispersa as unidades produtivas e concentra a gestão dos meios de produção como estratégia de novo momento de reprodução. No caso de São Paulo, especificamente, esse processo se tornou possível devido à revolução das comunicações, mas, sobretudo, pela presença da ampla rede viária, a qual favoreceu a incorporação de novas áreas de forma mais articulada.

As transformações físico-espaciais em andamento, e que foram impulsionadas pela reestruturação econômica em curso no estado de São Paulo, apontam novo desenho de metropolização. Esse conjunto urbano, formado por metrópoles e por cidades médias, tende a ampliar o grau de interdependência a partir do polo principal, configurando uma grande região urbana. Verifica-se certa recomposição funcional e social dos espaços urbanos dessa região, em virtude da tendência de transformação e sofisticação das características funcionais de territórios não contíguos e não metropolitanos (SUZUKI, 2012).

Tais mudanças, impostas pelo momento econômico atual, colocam em evidência a contradição entre as condições de atratividade da região para o capital que, segundo Ribeiro (2009), são:

as demandas sociais urbanas acumuladas no período de consolidação da metrópole industrial. Analisada dentro desses parâmetros, a metrópole deve ser encarada a partir do conjunto de atributos que atuam no seu território e que asseguram vantagens locacionais baseadas no seu bom funcionamento como máquina social. E, nesse sentido, para que a metrópole atinja sua plena capacidade de atração, passa a ser crucial o seu potencial de fornecer sincronicamente uma infraestrutura eficiente e diferenciada e demonstrar competência para enfrentar os seus conflitos sociais, sobretudo os que têm origem nas próprias questões urbanas econômicas e sociais (RIBEIRO, 2009, p. 115).

A Macrometrópole coloca-se como principal concentração urbana do estado de São Paulo e do país, com uma estrutura produtiva diversificada e complexa, dada a forte presença de atividades modernas, isto é, da alta tecnologia nos diversos segmentos econômicos. Ela abriga novas formas de organização da produção, bem como de serviços especializados de apoio e dispõe, ainda, de recursos significativos para a geração de pesquisa, novas tecnologias e capacitação técnica.

As atividades nos setores de agronegócios, indústria, comércio e serviços de ponta são desenvolvidas de modo imbricado, o que realimenta o dinamismo econômico e urbano em curso. Corresponde a um conjunto de aglomerações metropolitanas e não metropolitanas que comandam e coordenam uma rede urbana que se destaca não só pelo tamanho populacional e econômico, como também pelo desempenho de funções complexas e diversificadas (multifuncionalidade), e que estabelecem relações econômicas com várias outras

aglomerações.

Outras características são a intensificação do processo de espraiamento da ocupação urbana e de arrefecimento em seu ritmo de crescimento populacional nos municípios-núcleo, ou seja, nas regiões metropolitanas. Nas áreas mais periféricas desse espaço, observam-se significativos incrementos populacionais que se localizam, frequentemente, em áreas não adequadas ou com restrições à ocupação urbana, uma vez que são desprovidas de infraestrutura, serviços e equipamentos sociais em níveis satisfatórios. Esse processo demanda intervenções, uma vez que o espaço de metropolização considerado coloca-se ainda como receptor de fluxos migratórios significativos (RIBEIRO, 2014).

Além de ter como característica dívidas sociais acumuladas no processo de desenvolvimento, a Macrometrópole conta com atributos econômicos e urbanos diferenciados nos âmbitos do Estado e do país. Esses atributos são resultado e condição do patamar de desenvolvimento alcançado e configuram um importante agregado urbano e uma base econômica de grande complexidade, com condições privilegiadas no tocante à infraestrutura e à logística, ambas voltadas à produção.

A importante estrutura de ciência e tecnologia presente na região confere apoio ao dinamismo das diversas atividades econômicas desenvolvidas, por meio de inovações tecnológicas, mediante capacitação de pessoal ou, ainda, pela presença dos importantes centros de pesquisa e das duas maiores universidades estaduais.

O enfrentamento das questões que incidem sobre essa área ampliada de metropolização exige novas formas de gestão urbana, requerida por essa nova escala de urbanização. Hoje, as intervenções são, em geral, fortemente concentradas na esfera municipal, concebidas e implementadas de forma setorial e fragmentada, sem que haja exercício de compartilhamento de decisões entre os agentes envolvidos nas esferas pública, privada e social.

Portanto, cabem avanços nos mecanismos de gestão e na concepção de novos instrumentos de intervenção que possam dar suporte à formulação de políticas de corte regional, predominantemente urbano, e capazes de enfrentar as expressivas demandas e desafios que se apresentam nessa escala de metropolização.

Os estudos sobre redes urbanas têm se constituído em uma importante tradição no âmbito da geografia devido à consciência do significado que o processo de urbanização passou a ter, sobretudo a partir do século XIX, ao refletir e condicionar mudanças cruciais na sociedade.

No bojo do processo de urbanização, a rede urbana passou a ser o meio a partir do qual

produção, circulação e consumo se realizam efetivamente. Por meio da rede urbana e da crescente rede de comunicações a ela vinculada, distantes regiões puderam ser articuladas, estabelecendo-se uma economia mundial.

Segundo Rodrigues (2014), não existe um conceito absoluto de cidade que abarque as diferentes origens, formas, funções e estruturas resultantes do trabalho da sociedade acumulado ao longo do tempo nos distintos espaços urbanos da superfície terrestre. As cidades são dinâmicas e mutáveis, como a própria sociedade que elas abrigam e que as produzem. Por isso, Mumford (2008), ao analisar as origens, transformações e perspectivas da cidade na história, conclui que:

(...) não há definição que se aplique sozinha a todas as suas manifestações, nem descrição isolada que cubra todas as suas transformações, desde o núcleo social embrionário até as complexas formas da sua maturidade e a desintegração corporal da sua velhice(...) (MUMFORD, 2008, p. 9).

Entendemos, contudo, que a análise do comércio e dos serviços permite desvendar as formas, os atores e os processos de produção do espaço urbano, o que possibilita também um maior conhecimento da organização e da dinâmica da cidade. Por isso, analisar o território a partir da instalação das redes pressupõe a necessidade de organização e ordenamento de determinado espaço, com vistas a atender a fins e interesses específicos, sejam eles engendrados por agentes econômicos, políticos ou sociais.

A retomada da análise do espaço a partir da categoria de análise da rede, de forma desvinculada do estudo da rede urbana, tem início a partir das “qualidades de instantaneidade e de simultaneidade das redes de informação”, as quais emergiram “mediante a produção de novas complexidades produzidas ao longo do século XX que redesenharam o mapa do mundo, dos países e das regiões”, envolvendo “processos de múltiplas ordens: de integração produtiva, de integração de mercados, de integração financeira, de integração da informação” (DIAS, 2012 p.147).

Assim, o ordenamento do espaço em redes tem como função primordial facilitar e agilizar a comunicação e a circulação dos fluxos entre um ponto e outro do espaço, o que pode ser observado em todas as escalas de análise, desde o espaço local até o espaço globalizado. Ainda de acordo com Dias (2012) “...todos estes processos para serem viabilizados implicaram estratégias, principalmente estratégias de circulação e de comunicação, duas faces da mobilidade que pressupõe a existência de redes” (DIAS, 2012, p. 147).

Dessa forma, segundo Rodrigues (2014), o motivo dos estudos sobre redes urbanas ter se constituído em uma importante tradição no âmbito da geografia deriva da consciência do

significado que o processo de urbanização passou a ter, sobretudo a partir do século XIX, ao refletir e condicionar mudanças cruciais na sociedade. No bojo do processo de urbanização, a rede urbana passou a ser o meio a partir do qual produção, circulação e consumo se realizam efetivamente. Por meio da rede urbana e a crescente rede de comunicações a ela vinculada, distantes regiões puderam ser articuladas, estabelecendo-se uma economia mundial.

A rede urbana é um reflexo e uma condição da divisão territorial do trabalho, em razão de vantagens locacionais diferenciadas, já que se verifica uma hierarquia urbana e uma especialização funcional caracterizadora, entre outros tipos de cidades industriais, político-administrativas ou portuárias. E apresenta-se também como uma condição, pois nela tornam-se viáveis: a produção das diversas áreas agropastoris e de mineração, assim como uma própria produção industrial, a circulação entre elas e o consumo nelas presentes.

Por esse prisma, Corrêa (2004, p.48-49) afirma:

a rede urbana se constitui simultaneamente em um reflexo e uma condição para a divisão territorial do trabalho”. É um reflexo à medida que em razão de vantagens locacionais diferenciadas, verificam-se uma hierarquia urbana e uma especialização funcional definidoras de uma complexa tipologia de centros urbanos. (...)

A rede urbana é uma condição para a divisão territorial do trabalho. A cidade em suas origens constitui-se não só em uma expressão da divisão entre trabalho manual e intelectual, como também em um ponto do espaço geográfico que, através da apropriação de excedentes agrícolas, passou de certo modo a controlar a produção rural. “Este papel de condição é mais tarde transmitido à rede urbana: sua gênese e evolução verificam-se na medida em que, de modo sincrônico, a divisão territorial do trabalho assumi progressivamente, a partir do séc. XVI, uma dimensão mundial.

A temática acerca da rede urbana tem provocado polêmicas discussões no âmbito geográfico, sobretudo na décadas de 1960/70 e início de 1990. Corrêa (1988, 1989, 1997, 2000, 2002, 2004) e Santos (1989, 1994, 1996, 2004) analisaram a rede urbana brasileira e suas metamorfoses diante das transformações estruturais que ocorreram no país a partir de meados do século XX, o que contribuiu para a discussão dessas questões no Brasil.

As controvérsias com relação a essa temática referem-se à existência de correntes que ignoram a existência dessas redes nos países subdesenvolvidos ou consideram que elas estariam em fase embrionária, ou mesmo seriam desorganizadas. Contrariamente a esses argumentos, Corrêa (1997) defende a existência dessas redes. Em seus estudos sobre a rede urbana, o autor discute clássicos como Walter Christaller e David Harvey, levantando pontos que merecem ser discutidos no momento que o país vive.

Corrêa (2004, p.93) define rede urbana como:

um conjunto de centros urbanos funcionalmente articulados entre si”. É (...)

um tipo particular de rede na qual os vértices ou nós são os diferentes núcleos de povoamento dotados de funções urbanas, e os caminhos ou ligações dos diversos fluxos entre esses centros (...) a rede urbana é um produto social, historicamente contextualizado, cujo papel (...) é (...) articular toda a sociedade em uma dada porção do espaço, garantindo a sua existência e reprodução.

Ainda segundo Corrêa (2004), as grandes corporações representadas pelas “multinacionais e multiorganizadas” estabelecem, na cidade/campo, atividades que geram diferenciações entre os centros urbanos e que condicionam a novas ações. Confirma-se assim que a rede urbana é um reflexo dos efeitos acumulativos da prática de diversos agentes sociais.

No entendimento de Santos (2010, p.208-209) “a rede também é social e política, pelas pessoas, mensagens, valores que a frequentam. Sem isso, e a despeito da materialidade com que se impõe aos nossos sentidos, a rede é na verdade, uma mera abstração”.

Claude Raffestin (1993) abre um debate sobre as redes junto às possibilidades de disseminação do poder, destaca o papel dos atores na circulação e comunicação e enfatiza que:

a rede aparece, desde então, como fios seguros de uma rede flexível que pode se moldar conforme as situações concretas e, por isso mesmo, se deformar para melhor reter. A rede é proteiforme, móvel inacabada, e é dessa falta de acabamento que ela tira sua força no espaço e no tempo: tanto libera como aprisiona. É o porquê de ela ser o "instrumento" por excelência do poder... ...Redes de circulação e comunicação contribuem para modelar o quadro espaço-temporal que é todo o território. Essas redes são inseparáveis dos modos de produção dos quais asseguram a mobilidade (RAFFESTIN, 1993, p. 204).

A rede pode ser considerada como uma forma espacial a partir da qual suas funções urbanas se realizam. Trata-se das funções de comercialização de produtos rurais, produção industrial, vendas varejistas, prestação de serviços diretos, entre outras, as quais se reportam aos processos sociais dos quais “a criação, apropriação e circulação do valor excedente constitui-se no mais importante, ganhando características na estrutura capitalista”. (CORRÊA, 2004, p.71).

Rede, portanto, pode ser definida de variadas maneiras. Em todas elas, no entanto, serão encontradas características comuns que trazem a base para a sua definição: “pontos interligados”. Isso não significa que em todas as situações em que se encontrarem pontos interligados existirá uma rede, mas essa é a premissa para a sua existência. Em muitas redes, as ligações entre os pontos estão carregadas de intencionalidades comunicacionais. O potencial de cada ponto em transmitir “coisas” para outro ponto traz as ações necessárias para

dar vida aos objetos que compõem as redes, ou elas próprias, como grandes objetos técnicos e componentes sociais do que Santos (2010) chama de “sistema técnico”.

A rede urbana é parte integrante das sociedades e de sua dinâmica e, por assim ser, torna-se reflexo, meio e condição social dessa sociedade, incorpora e age sobre suas contradições, conflitos e negociações. Em virtude disso, é possível esperar que as diferenças econômicas, políticas, sociais, demográficas e culturais influenciem as diferenças estruturais entre as redes urbanas.

De acordo com Corrêa (2004, p.67) “a estrutura dimensional diz respeito ao tamanho dos centros de uma dada rede, revelando o grau de concentração ou dispersão de população e atividades nos seus centros urbanos”.

Quando se considera as atividades desenvolvidas pelos centros urbanos, aparece também a diferenciação entre centros de uma determinada rede e entre redes urbanas. Essa diferenciação é reflexo de um meio social vinculado às diferenças e desigualdades sócio-espaciais. Em um contexto sem interações entre lugares, os centros e a própria rede urbana não existiriam.

Por outro lado, as diferenças funcionais associam-se, quase sempre, às estruturas dimensionais das redes urbanas. No processo de diferenciação funcional dos centros urbanos, entram em ação dois mecanismos econômicos que tendem a atuar simultaneamente, ainda que com intensidades variáveis. São elas: a competição e a cooperação.

As diferenças funcionais com base na hierarquia urbana, tal como enunciada pela teoria dos lugares centrais, resulta, primordialmente, do mecanismo de competição. Esta se manifesta pela grande disputa entre empresas comerciais e de prestação de serviços de distintos centros por hinterlândias mais amplas, absorvendo ou reduzindo hinterlândias de centros competidores. Economias de aglomerações, políticas de preços mais baixos e entrega gratuita de produtos a longas distâncias estão entre as estratégias que empresas mais poderosas e eficazes, vias de regra estruturadas em rede, adotam no processo competitivo. A cooperação tende a ocorrer entre centros, nos quais há empresas com funções complementares, e interdependentes entre si.

Na teoria christalleriana, qualquer estabelecimento comercial, industrial ou de prestação de serviços fornece bens e serviços a uma região próxima do centro fornecedor, o que representa, nesse sentido, uma polarização espacial da aglomeração urbana.

Desse modo, haveria a constituição de uma hierarquia de cidades, em que, no nível mais elementar, estariam, basicamente, as cidades produtoras de bens e serviços, aqueles mais procurados pela população para sua reprodução social cotidiana, e, do outro lado,

estariam os centros urbanos maiores, geradores de produtos e serviços mais especializados para uma área territorial mais extensa.

A partir da distribuição de bens e serviços, das localidades centrais para as suas hinterlândias, verifica-se uma diferenciação hierárquica entre elas, o que envolve o número, o tamanho das localidades e a distância entre elas. Expressões como metrópole regional, capital regional, centro de zona e centro local são utilizadas nos estudos sobre hierarquia urbana.

De acordo com Corrêa (2002, p.110)

os estudos sobre hierarquia urbana colocaram em evidência, simultaneamente, uma série de regularidades empíricas e de características diferenciadas das redes urbanas. A existência de uma hierarquia urbana em qualquer organização sócio espacial estruturada por mecanismos de mercado é a principal regularidade verificada.

Santos (2010), ao abordar a temática “rede urbana”, procura teorizar as massas, os fluxos e o tempo como os três elementos de base constituintes da própria substância da organização dessas redes.

Dessa maneira, as massas caracterizam-se pela população, sua densidade, sua distribuição, sua produção e seu o valor. Já os fluxos correspondem aos fluxos populacionais, produções agrícolas, fluxos monetários, informações, ordens, uma vez que refletem as massas.

Corrêa (2009) também trabalha o fator tempo, assim, pondera elementos como grau de arcaísmo de infraestrutura agrícola, industrial, dos transportes e serviços, dependendo da região. A organização dos subespaços passa a ser articulada a partir de uma lógica global caracterizada pelos circuitos espaciais de produção e, não mais, pelos regionais.

Diante dessas transformações, deve ser levada em conta, principalmente, a técnica com o intuito de compreender como agem na funcionalidade dos centros e como contribuem para sua configuração na rede, considerando as supostas modificações pela qual a rede pode passar diante do dinamismo das massas e fluxos.

Essas inter-relações podem ser vistas, por exemplo, em uma capital regional que, no passado, relacionava-se quase que exclusivamente com uma única metrópole e que, atualmente, passa a relacionar-se com outras, além de diversas capitais regionais e até mesmo com centros menores mais afastados.

A disposição espacial das cidades num determinado território é uma variável que deve ser compreendida, pois esta não obedece a uma distribuição rigorosamente geométrica tampouco populacional, que está distante de ser homogênea. São essas dimensões

populacionais e econômicas das cidades que se destacam na teoria de Christaller, e não uma dimensão funcional, a qual é indispensável na organização espacial de um território, ainda que esta se modifique com o decorrer do tempo.

Nesse sentido, manter a posição na hierarquia urbana requer, portanto, capacidade de inovação, pois, dessa forma, as funções econômicas, que decorrem cada vez mais da capacidade de inovar, permitem apontar outras classificações mais elaboradas e baseadas no nível de desenvolvimento econômico e nas estruturas mais ou menos complexas dos centros urbanos.

Corrêa (2009) detalha um pouco mais a questão supracitada quando informa didaticamente que:

os elementos da rede urbana a serem considerados [...] são os seguintes: a) a gênese dos núcleos urbanos; b) as funções que desempenham; c) a dependência a determinados produtos; d) o sítio urbano; e) a paisagem urbana; f) a ampliação do número de centros da rede; g) o padrão espacial da rede; h) o papel dos diferentes agentes sociais no processo produtivo; e i) as articulações com os espaços exteriores à rede em questão. Cada um desses elementos está relacionado aos demais (CORRÊA, 2009, p.42-43).

Dessa forma, o autor possibilita uma aplicação metodológica da sua proposta, a partir da avaliação dos elementos relacionados numa dada rede urbana. De qualquer modo, tanto na proposição de Santos como na de Corrêa, vê-se a possibilidade de "encaixe" da rede urbana de Presidente Prudente. A rede urbana, como assevera Corrêa (2009), desempenha papéis diretamente associados a dois amplos circuitos de exploração dos centros de acumulação de capitais e poder sobre a região.

Tais circuitos encontram-se profundamente imbricados entre si, pois, de um lado, baseiam-se na complexidade do processo de migração campo-cidade, de comercialização da produção rural e de drenagem da renda fundiária, e, de outro, na complexidade do processo de investimentos de capitais, de consumo de bens e serviços, e de difusão de valores e ideias, que sintetizam o intrincado sistema financiamento/produção/beneficiamento/comercialização/distribuição/consumo de produtos e também de ideários. Ressalta-se que ambos contribuem significativamente com os processos de diferenciação entre os centros urbanos. No primeiro circuito, os centros de acumulação de capitais e poder extraem excedentes da região, especialmente via beneficiamento/processamento e comercialização /distribuição da produção agropecuária e extrativista, no qual se cria "...uma cadeia urbana de beneficiamento e comercialização da produção rural", que, por sua vez, torna-se uma cadeia urbana de exploração de lucros mercantis, que incorporam produtores, fornecedores,

industriais, distribuidores, dentre outros agentes. Tal circuito perpassa também pela drenagem da renda fundiária, posto que “...parcela ponderável do valor excedente produzido no campo é transferida para as cidades”, o que amplia a acumulação de capital no urbano (CORRÊA, 2002, p.61); e, ainda, pelo processo de emigração campo-cidade, no qual a população migra do campo e das cidades pequenas para as médias e grandes cidades.

No segundo circuito, tais centros de acumulação distribuem, para os centros subordinados ao longo da rede e para a região, capitais, bens e serviços, valores e ideias, num processo claro de difusão, que incorpora o comércio atacadista e varejista, dentre outros intermediadores. Tal processo perpassa pelo investimento de capitais de grandes empresas em sucessivas aglomerações urbanas, as quais assumem maior importância como localidades centrais, e também no campo; bem como pelo consumo e pelas demandas periféricas e dos centros subordinados, posto que não só os bens de produção e insumos, mas também os bens de consumo e os serviços, como educação, saúde e finanças são adquiridos numa verdadeira rede de centros de distribuição. Paralelamente, a partir desses centros de acumulação de capitais e poder difundem-se ainda valores e ideias que, por sua vez, provocam mudanças de caráter qualitativo, estruturadas segundo os principais escalões da rede, de modo a contribuir com as próprias condições de reprodução desses mecanismos e com o processo de urbanização.

Trata-se de um processo retroalimentador no qual os centros de acumulação de capitais e poder impõem-se aos centros sucessivamente subordinados e ao campo, numa evidente rede de trocas desiguais, assegurada, de um lado, pelo desenvolvimento de redes produtivas, mercantis e financeiras, caracterizadas pela ação dos agentes econômicos, particularmente “grandes corporações multifuncionais e multilocalizadas” que “...desempenham poderoso papel na (re)definição funcional dos centros e na natureza e intensidade da integração de cada rede na economia global”, segundo Corrêa (2004, p.95); e, de outro lado, pela difusão de um ideário urbano-moderno.

Esses circuitos de exploração efetuam-se, como sugere Corrêa (2009, p.75), por meio de “..um multivariado processo de criação, apropriação e circulação dos valores excedentes”, cuja drenagem é comandada naqueles centros de acumulação de capitais e poder que estão no topo da hierarquia de um determinado segmento da rede urbana. Eles se apresentam como uma rede de drenagem de lucros, em decorrência dos processos desiguais de apropriação desses valores e sobre valores, cujos desdobramentos resultam em profunda diferenciação entre os centros urbanos.

Em síntese, é na estrutura espacial das redes urbanas, destacadamente nos seus

principais centros, que ocorre a apropriação de uma parcela desproporcional dos benefícios da divisão territorial do trabalho. Nesse sentido, observa-se que os circuitos de acumulação são tanto mais complexos quanto mais complexa for a divisão territorial do trabalho, que se amplia gradativamente entre os centros urbanos pelas numerosas especializações produtivas, e que, aliadas às funções preexistentes, resultam em uma importante complexidade funcional. Esta, por sua vez, intensifica a vida de relações, articulada, em muitos casos, numa lógica global.

Os centros de acumulação de capital e poder transformam-se, mormente, em centros de gestão, capazes de exercer notável comando sobre as atividades, as informações e o espaço, em escalas distintas. Tal controle segue uma hierarquia, concentra-se, primordialmente, nas metrópoles e, secundariamente, nos centros regionais, sugerindo, portanto, um fortalecimento das estruturas hierárquicas. Contudo, tais hierarquias não são estáveis, elas dependem, sobretudo, dos mecanismos de competição e cooperação entre os centros, os quais são responsáveis por uma profunda distinção funcional, assim como pela diferenciação crescente das interações espaciais, definidas a partir das próprias funções desses na rede urbana.

A diferenciação crescente entre os centros urbanos resulta, em grande parte, da competitividade existente, cujas relações são de caráter hierárquico. Tal competição é amplamente acirrada pelas estratégias das empresas comerciais e de prestação de serviços, que atuam organizadas em rede. Por outro lado, a interdependência entre as empresas, também incluídos os ramos industrial e agroindustrial, gera uma crescente cooperação entre os centros urbanos, que, em síntese, privilegia interações complementares e a interdependência funcional.

Em realidade, quando uma nova divisão territorial do trabalho se impõe, seja pela ampliação das funções produtivas, tanto agropecuária quanto industrial, seja pelo aumento das funções comerciais e de prestação de serviços, incluindo-se, primordialmente, as atividades especializadas, com um necessário aprofundamento das interações espaciais, desenha-se uma nova rede urbana, com funções e relações mais complexas e, desse modo, ocorrem diferenciações cada vez mais evidentes entre os centros urbanos. Tal complexidade envolve a ampliação da esfera produtiva e do terciário, inclusive pelas especializações, que passam a contar com a presença de empresas hegemônicas, além da própria ampliação do consumo, gerando mudanças nos mecanismos de oferta e demanda de bens e serviços, o que, conseqüentemente, altera os circuitos de exploração, posto que a divisão do trabalho entre os centros urbanos torna-se muito mais complicada, privilegiando a diferenciação - quanto mais

aprofundada a divisão territorial do trabalho numa dada rede, sem mecanismos de cooperação, tanto mais diversos são seus centros.

De fato, os centros competem e cooperam em diferentes escalas, criando uma multiplicidade de fluxos, caracterizados por “...diversos tipos de interações e de redes geográficas que não são excludentes entre si”, mas que certamente podem ser “...distintamente variáveis em termos espaciais e temporais”, como aponta Corrêa (2008, p.295), bem como definidos por horizontalidades, caracterizadas por interações fortemente regionais, e por verticalidades, que superam a continuidade geográfica, o que demonstra a importância das relações extra regionais, como sugere Santos (2004). Este define os fluxos segundo esses dois recortes espaciais, possibilitadas pelo aperfeiçoamento dos sistemas de transporte e comunicação. Essas interações entre os centros criam e recriam configurações novas para a rede urbana, ora pela competitividade, ora pela cooperação, ou ainda, pela justaposição entre ambas. Se a relação de complementaridade se enfraquece e a de competitividade torna-se mais forte, amplia-se a diferenciação. Desse modo, conforme a concorrência se intensifica ou se enfraquece, hierarquias urbanas podem ser misturadas ou homogeneizadas e, até mesmo, revertidas no sentido da rediferenciação, de modo que a evolução e o padrão dessas redes estejam sujeitos às constantes mudanças entre esses mecanismos.

De acordo com Corrêa (2004, p. 67) “a estrutura dimensional diz respeito ao tamanho dos centros de uma dada rede, revelando o grau de concentração ou dispersão de população e atividades nos seus centros urbanos”.

A concentração ou dispersão de população tornou-se mais significativa com o aumento do processo de urbanização, o que mereceu estudos por parte de vários pesquisadores entre eles Zipf (2009) que propôs um modelo de redes urbanas no qual a estrutura dimensional foi caracterizada pela semelhança à regra da ordem-tamanho e a macrocefalia urbana.

Nos estudos sobre a estrutura dimensional da rede urbana, verificou-se a existência de redes macrocefálicas, comandadas por cidades primazes, ou seja, cidades que são duas ou mais vezes maiores, demográfica e economicamente, que aquelas imediatamente abaixo em tamanho. Nessas redes faltam centros intermediários. Evidências de redes urbanas macrocefálicas são encontradas em geral nos países de Terceiro Mundo, mas também existem evidências desse tipo de rede urbana em países desenvolvidos, como a França e a Dinamarca.

A macrocefalia urbana e a regra de ordem-tamanho foram vistas como expressões de desequilíbrio e equilíbrio da rede urbana. No passado, o debate sobre essa questão emergiu com a alternativa de intervenção ou não na rede urbana visando corrigir as distorções

vinculadas à macrocefalia urbana. Como alternativa intervencionista no Brasil, há algumas décadas atrás, desenvolveu-se uma política de fortalecimento das “cidades médias”.

Entretanto, é preciso que, além do debate político, sejam considerados os processos que, ao longo do tempo, geraram o aparecimento de redes urbanas marcadas pela primazia de sua cidade maior em detrimento das menores.

Segundo Suzuki (2012), Presidente Prudente caracteriza-se como uma cidade média do interior oeste do estado de São Paulo, com população aproximada de 200.000 moradores, possui extremo significado na coordenação das atividades regionais, não só na comercialização de bens necessários à produção agrícola, por mais que muitos deles sejam adquiridos diretamente da metrópole de São Paulo sem a mediação da aglomeração de Presidente Prudente, mas, também, pela difusão de inovações, formação escolar, atendimento hospitalar, dentre outros.

No entendimento de Maria Beltrão Encarnação Sposito, as cidades médias são:

as cidades médias são aquelas que, numa dada divisão territorial do trabalho, são centros regionais importantes, em função de serem elos de ligação entre cidades maiores e menores. No período atual, no Estado de São Paulo, essas cidades são, de um lado, aquelas nas quais a população das cidades pequenas polarizadas por elas realiza o consumo de bens e serviços necessários à produção e à vida, e são, de outro lado, os espaços escolhidos para a localização das grandes empresas comerciais e de serviços que querem atingir um mercado consumidor de poder aquisitivo crescente – o do interior paulista. Desse ponto de vista, as cidades médias são o ponto de apoio para a atuação de grandes capitais nacionais e internacionais que, sediados na metrópole paulista, expandem-se territorialmente em direção às cidades da rede urbana, cujas situações geográficas estratégicas, possibilitam-lhes atingir mercados consumidores regionais, compreendidos pelos moradores destas cidades e das cidades pequenas que estão em sua esfera de influência econômica e/ou política (SPOSITO, 2004, p. 58).

A cidade média de Presidente Prudente, além de importante significado na reprodução de capitais nacionais e internacionais, mediados, em grande medida, pela metrópole paulista, o que recupera sua importância na hierarquia urbana do estado de São Paulo e do Brasil no contexto da divisão territorial do trabalho, mantém relativa mediação com o campo ainda mais forte do que presente na capital do estado. Tal fato ocorre, particularmente, no que se refere à materialização das condições de produção das atividades agrárias, tanto no que toca à infraestrutura, como pelo conhecimento técnico e linhas de financiamento das atividades rurais.

Há, ainda, a presença marcante da atividade agrária, sobretudo, nos espaços entre a malha urbana mais coesa de Presidente Prudente e os loteamentos já com edificações em direção às cidades de Álvares Machado, a noroeste, e Regente Feijó, a sudeste (SUZUKI,

2012).

As cidades, no mundo todo e em diferentes momentos do longo processo de urbanização, caracterizam-se por uma combinação, sempre singular a cada uma delas, entre o que se transforma e o que permanece. Em grande parte dos casos, as transformações são maiores quanto mais antigas forem as cidades, já que os tempos longos propiciam-lhes expressar e apoiar as grandes transformações econômicas, políticas, sociais, culturais, éticas, estéticas etc. Presidente Prudente é uma cidade muito jovem, mesmo considerando que a urbanização crescente da sociedade e da economia brasileira é, comparativamente, a outros países, um processo também muito recente (SPOSITO, 2011).

Ainda segundo Sposito (2011), Presidente Prudente, nas suas primeiras décadas, era ambiente de muitas diferenças: imigrantes italianos e japoneses convivendo com mineiros e nordestinos; o rural se confundindo com o urbano nas relações econômicas, nos valores e nas práticas sócio espaciais, o novo, que caracterizava a expansão cafeeira, convivendo com o velho, marcado pelas práticas coronelistas etc.

Essas diferenças, em parte, atenuaram-se, ainda que as decorrências delas estejam ainda presentes. A matriz cultural que nos conduz, atualmente, é mais a da sociedade de mercado, de um país de economia dependente num mundo em globalização, do que nossas origens nacionais ou estrangeiras, nossos espaços de trabalho ou residência rurais ou urbanas, nossos interesses econômicos em diferentes setores. Assim, a cidade de Presidente Prudente é mais parecida com o resto do Brasil e do mundo do que era há 50 anos atrás.

No entanto, sua evolução refletiu a tendência geral, observada no Brasil, a da acentuação das disparidades, pois seu desenvolvimento econômico e sua liderança política, maiores do que o das cidades circunvizinhas que se originaram no mesmo período, deram-lhe a condição de capital regional e, ao mesmo tempo, ofereceram as bases para um crescimento territorial grande.

A cidade teve seu desenvolvimento econômico pouco atrelado ao desenvolvimento industrial, diferenciando-a da maior parte das cidades médias paulistas. As atividades comerciais e de serviços tiveram e têm peso fundamental para explicar sua condição de capital regional, e o crescimento de setores privados nas áreas de saúde e ensino superior é característica que lhe é peculiar (SPOSITO, 2011).

9 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DE SAÚDE DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE

O capítulo nove objetivou evidenciar as características sociais, econômicas e de saúde em cada um dos quarenta e cinco municípios da rede regional de atenção à saúde de Presidente Prudente. Entender as questões socioeconômicas, de saúde e o perfil demográfico da população que está referenciada para os serviços de urgência e emergência do Hospital Regional.

A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 regulamentou o parágrafo 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços de saúde. Estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com a saúde nas três esferas do governo e, ainda, revogou os dispositivos das Leis 8.080 de 19/09/1990 e 8.689 de 27/07/1993. Pelos critérios da legislação em vigor, os municípios devem aplicar 15% dos recursos próprios em saúde.

Todos os municípios que compõem a RRAS de Presidente Prudente, no período de 2012 a 2015, aplicaram recursos próprios acima dos 15%. Percebe-se, claramente, o cumprimento das obrigações legais. O fato de cumprir a lei, em momento algum, significa que todas as ações de saúde foram atendidas, pois é necessário verificar a efetividade produzida pelos investimentos em saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - Percentual aplicado em saúde do recurso próprio dos municípios da RRAS.

| Município | Participação em saúde (%) 2012 | Participação em saúde (%) 2013 | Participação em saúde (%) 2014 | Participação em saúde (%) 2015 |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Alta Sorocabana | | | | |
| Afredo Marcondes | 17,97 | 17,65 | 20,79 | 19,89 |
| Álvares Machado | 15,42 | 18,95 | 20,24 | 21,79 |
| Anhumas | 17,30 | 19,15 | 19,74 | 17,81 |
| Caiabu | 16,90 | 21,00 | 21,16 | ... |
| Emilianópolis | 16,76 | 16,21 | 15,09 | 15,37 |
| Estrela do Norte | 19,97 | 22,06 | 17,04 | 16,55 |
| Indiana | 19,04 | 18,29 | 17,84 | 15,60 |
| Martinópolis | 22,02 | 21,53 | 20,13 | 19,31 |
| Narandiba | 25,94 | 27,08 | 22,25 | 20,93 |
| Pirapozinho | 21,44 | 19,86 | 24,83 | 23,76 |
| Presidente Bernardes | 15,18 | 19,63 | 17,93 | 16,88 |

| | | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Presidente Prudente | 18,68 | 17,92 | 18,63 | 18,90 |
| Regente Feijó | 17,98 | 18,68 | 17,62 | 19,23 |
| Ribeirão dos Índios | 15,72 | 15,89 | 15,07 | 15,20 |
| Sandovalina | 16,05 | 18,26 | 18,39 | 17,56 |
| Santo Anastácio | 16,76 | 17,27 | 18,10 | 18,35 |
| Santo Expedito | 18,92 | 20,40 | 17,60 | 16,04 |
| Taciba | 15,72 | 18,13 | 22,08 | 19,79 |
| Tarabai | 26,14 | 23,57 | 22,83 | 20,24 |
| Alta Paulista | | | | |
| Dracena | 25,06 | 26,11 | 24,37 | 24,12 |
| Flora Rica | 17,88 | 16,96 | 18,12 | 16,16 |
| Irapuru | 17,78 | 18,93 | 20,78 | 19,89 |
| Junqueirópolis | 17,21 | 21,67 | 19,99 | 21,23 |
| Monte Castelo | 16,79 | 18,14 | 19,22 | 21,74 |
| Nova Guataporanga | 19,35 | 19,26 | 21,52 | 20,73 |
| Ouro Verde | 16,33 | 17,47 | 18,86 | 15,41 |
| Panorama | 20,57 | 21,39 | 23,22 | 25,15 |
| Paulicéia | 17,25 | 18,84 | 18,87 | 20,56 |
| Santa Mercedes | 18,77 | 18,83 | 21,94 | 21,28 |
| São João do Pau d'Alho | 15,55 | 17,40 | 20,15 | 17,72 |
| Tupi Paulista | 24,18 | 25,52 | 27,16 | 29,91 |
| Alto Capivari | | | | |
| Iepê | 28,89 | 35,20 | 31,61 | 27,92 |
| João Ramalho | 21,17 | 16,55 | 19,68 | 20,41 |
| Nantes | 19,93 | 23,75 | 26,74 | 23,72 |
| Quatá | 23,99 | 24,38 | 29,63 | 25,83 |
| Rancharia | 18,61 | 18,40 | 18,40 | 20,60 |
| Extremo Oeste Paulista | | | | |
| Caiuá | 16,69 | 18,90 | 22,96 | 22,57 |
| Marabá Paulista | 15,71 | 15,89 | 15,48 | 15,30 |
| Piquerobi | 15,40 | 15,66 | 15,55 | 15,48 |
| Presidente Epitácio | 22,61 | 21,39 | 24,48 | 22,12 |
| Presidente Venceslau | 19,58 | 21,87 | 20,77 | 21,42 |
| Pontal do Paranapanema | | | | |
| Euclides de Cunha Paulista | 25,28 | 26,12 | 23,81 | 25,16 |
| Mirante do Paranapanema | 19,75 | 20,53 | 23,74 | 22,81 |
| Rosana | 15,44 | 21,82 | 18,83 | 16,01 |
| Teodoro Sampaio | 17,40 | 20,95 | 22,23 | 22,57 |

Fonte: Fundação Seade, 2017. Elaborado pelo autor.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), uma medida importante, foi concebido pela ONU - Organização das Nações Unidas, para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população.

Anualmente, é elaborado um Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com base em três pilares, a saber, saúde, educação e renda, os quais são medidos da seguinte forma:

- Uma vida longa e saudável (saúde): expectativa de vida ao nascer;
- O acesso ao conhecimento (educação): média de anos de estudo (adultos) e anos esperados de escolaridade (crianças);
- Um padrão de vida decente (renda): medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) com base na paridade de poder de compra (PPC) por habitante.

O IDH varia entre 0 (nenhum desenvolvimento humano) e 1 (desenvolvimento humano total); ele revela que, quanto maior a proximidade de 1, mais desenvolvido é o país. A média mundial dos 187 países avaliados em 2011 foi de 0,682. Os primeiros dez países no Ranking do IDH Global 2011 são 1º-Noruega – 0,943; 2º-Austrália – 0,929; 3º-Holanda – 0,910; 4º-Estados Unidos – 0,910; 5º-Nova Zelândia – 0,908; 6º-Canadá – 0,908; 7º-Irlanda – 0,908; 8º-Liechtenstein – 0,905; 9º-Alemanha – 0,905 e 10º-Suécia – 0,904.

É importante salientar que, no ano de 2015, o Brasil ocupou a 79ª posição com um IDH de 0,718. O país com menor IDH (0,286) foi a República Democrática do Congo.

Segundo relatório da ONU, os países com valores até 0,499 são considerados de baixo desenvolvimento; aqueles com IDH entre 0,500 e 0,799, de desenvolvimento médio; já os de 0,800 a 1, de bom desenvolvimento.

A cada ano, o país tem conseguido elevar o seu IDH, fatores como aumento da expectativa de vida da população e taxa de alfabetização estão diretamente associados a esse progresso. No entanto, existem grandes disparidades sociais e econômicas no Brasil. As diferenças socioeconômicas entre os estados brasileiros são tão grandes que o país apresenta realidades distintas em seu território. Por isso, torna-se irônico classificar o país com alto IDH.

A análise do *ranking* permitiu entendermos que as diferenças socioeconômicas ficam evidentes no país. As regiões Sul e Sudeste possuem os melhores Índices de Desenvolvimento Humano, enquanto o Nordeste possui as piores posições. Verificamos que, os municípios objeto do estudo, na maioria, não possuem plano diretor por não terem o número mínimo de

habitantes que a lei obriga, porém, é facultado ao município fazer o plano caso o agente público tenha o entendimento da importância do instrumento. Entendemos que a ausência do direcionamento técnico na gestão abre caminho para ações que sejam apenas de cunho político. Nesse sentido, é evidente a construção de políticas públicas alinhadas aos planos diretores objetivando minimizar as mazelas sociais que persistem no país e na região em estudo.

Embora tenha havido evolução do IDHM de 2000 para 2010 (Tabela 4), em apenas quatro municípios da RRAS os valores aproximaram-se daqueles do estado de São Paulo, o qual apresentou o índice de 0,833 e passou a ocupar a terceira posição no *ranking* nacional, ou seja, podemos inferir que principalmente os investimentos em saúde, conforme destacado na tabela não estejam suprindo as demandas da sociedade.

Tabela 4 - IDH dos municípios da RRAS para os anos de 2000 e 2010.

| Alta Paulista | | | | | | | | |
|------------------------|------------------|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Município | IDHM 2000 | IDH M 2010 | IDHM Renda 2000 | IDHM Renda 2010 | IDHM Longevidade 2000 | IDHM Longevidad e 2010 | IDHM Educaç ao 2000 | IDHM Educa ção 2010 |
| Dracena | 0,737 | 0,800 | 0,702 | 0,757 | 0,695 | 0,753 | 0,814 | 0,890 |
| Flora Rica | 0,687 | 0,747 | 0,612 | 0,650 | 0,731 | 0,768 | 0,718 | 0,824 |
| Irapuru | 0,707 | 0,760 | 0,648 | 0,663 | 0,722 | 0,789 | 0,751 | 0,827 |
| Junqueirópolis | 0,685 | 0,766 | 0,642 | 0,691 | 0,642 | 0,759 | 0,772 | 0,849 |
| Monte Castelo | 0,681 | 0,743 | 0,591 | 0,664 | 0,699 | 0,753 | 0,752 | 0,812 |
| Nova Guataporanga | 0,678 | 0,740 | 0,592 | 0,644 | 0,703 | 0,776 | 0,738 | 0,800 |
| Ouro Verde | 0,644 | 0,723 | 0,594 | 0,616 | 0,653 | 0,753 | 0,684 | 0,801 |
| Panorama | 0,695 | 0,783 | 0,647 | 0,715 | 0,675 | 0,785 | 0,764 | 0,849 |
| Paulicéia | 0,672 | 0,754 | 0,613 | 0,670 | 0,671 | 0,753 | 0,732 | 0,838 |
| Santa Mercedes | 0,666 | 0,741 | 0,603 | 0,652 | 0,642 | 0,753 | 0,754 | 0,817 |
| São João do Pau d'Alho | 0,676 | 0,754 | 0,596 | 0,671 | 0,667 | 0,753 | 0,765 | 0,839 |
| Tupi Paulista | 0,722 | 0,792 | 0,668 | 0,734 | 0,671 | 0,762 | 0,827 | 0,881 |
| | | | | | | | | |
| Alta Sorocabana | | | | | | | | |
| Alfredo Marcondes | 0,737 | 0,799 | 0,662 | 0,686 | 0,782 | 0,853 | 0,766 | 0,858 |
| Álvares Machado | 0,729 | 0,772 | 0,644 | 0,699 | 0,752 | 0,763 | 0,791 | 0,855 |
| Anhumas | 0,701 | 0,752 | 0,608 | 0,643 | 0,74 | 0,783 | 0,755 | 0,829 |
| Caiabu | 0,698 | 0,779 | 0,584 | 0,646 | 0,782 | 0,852 | 0,728 | 0,839 |
| Emilianópolis | 0,679 | 0,751 | 0,609 | 0,698 | 0,693 | 0,739 | 0,735 | 0,816 |
| Estrela do Norte | 0,711 | 0,767 | 0,590 | 0,657 | 0,782 | 0,816 | 0,760 | 0,827 |
| Indiana | 0,700 | 0,789 | 0,636 | 0,698 | 0,670 | 0,786 | 0,793 | 0,882 |
| Martinópolis | 0,702 | 0,750 | 0,675 | 0,683 | 0,654 | 0,729 | 0,778 | 0,839 |
| Narandiba | 0,708 | 0,763 | 0,593 | 0,641 | 0,782 | 0,818 | 0,748 | 0,830 |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Pirapozinho | 0,718 | 0,783 | 0,668 | 0,721 | 0,719 | 0,763 | 0,768 | 0,865 |
| Presidente Bernardes | 0,756 | 0,790 | 0,676 | 0,699 | 0,782 | 0,805 | 0,809 | 0,865 |
| Presidente Prudente | 0,794 | 0,846 | 0,760 | 0,804 | 0,766 | 0,810 | 0,856 | 0,924 |
| Regente Feijó | 0,726 | 0,797 | 0,662 | 0,722 | 0,732 | 0,805 | 0,784 | 0,865 |
| Ribeirão dos Índios | 0,708 | 0,754 | 0,634 | 0,633 | 0,752 | 0,783 | 0,738 | 0,845 |
| Sandovalina | 0,700 | 0,773 | 0,604 | 0,656 | 0,782 | 0,816 | 0,714 | 0,847 |
| Santo Anastácio | 0,730 | 0,792 | 0,672 | 0,702 | 0,722 | 0,810 | 0,796 | 0,865 |
| Santo Expedito | 0,704 | 0,785 | 0,618 | 0,668 | 0,730 | 0,855 | 0,764 | 0,832 |
| Taciba | 0,674 | 0,768 | 0,621 | 0,675 | 0,668 | 0,786 | 0,732 | 0,842 |
| Tarabai | 0,687 | 0,763 | 0,624 | 0,640 | 0,693 | 0,804 | 0,744 | 0,846 |
| | | | | | | | | |
| Alto Capivari | | | | | | | | |
| Iepê | 0,697 | 0,750 | 0,632 | 0,679 | 0,698 | 0,719 | 0,761 | 0,853 |
| João Ramalho | 0,710 | 0,776 | 0,624 | 0,665 | 0,762 | 0,830 | 0,744 | 0,834 |
| Nantes | 0,639 | 0,722 | 0,581 | 0,655 | 0,68 | 0,719 | 0,655 | 0,793 |
| Quatá | 0,731 | 0,792 | 0,651 | 0,706 | 0,778 | 0,803 | 0,765 | 0,868 |
| Rancharia | 0,741 | 0,789 | 0,654 | 0,702 | 0,771 | 0,805 | 0,799 | 0,859 |
| | | | | | | | | |
| Extremo Oeste Paulista | | | | | | | | |
| Caiuá | 0,624 | 0,710 | 0,591 | 0,628 | 0,548 | 0,673 | 0,732 | 0,829 |
| Marabá Paulista | 0,642 | 0,728 | 0,587 | 0,634 | 0,626 | 0,729 | 0,714 | 0,820 |
| Piquerobi | 0,692 | 0,744 | 0,619 | 0,664 | 0,72 | 0,739 | 0,736 | 0,829 |
| Presidente Epitácio | 0,699 | 0,766 | 0,682 | 0,72 | 0,615 | 0,719 | 0,800 | 0,860 |
| Presidente Venceslau | 0,768 | 0,818 | 0,687 | 0,757 | 0,771 | 0,805 | 0,847 | 0,893 |
| | | | | | | | | |
| Pontal do Paranapanema | | | | | | | | |
| Euclides da Cunha Paulista | 0,683 | 0,738 | 0,578 | 0,603 | 0,741 | 0,783 | 0,730 | 0,827 |
| Mirante do Paranapanema | 0,654 | 0,735 | 0,595 | 0,653 | 0,603 | 0,729 | 0,765 | 0,824 |
| Rosana | 0,751 | 0,815 | 0,692 | 0,723 | 0,711 | 0,81 | 0,850 | 0,911 |
| Teodoro Sampaio | 0,705 | 0,757 | 0,657 | 0,696 | 0,695 | 0,739 | 0,763 | 0,836 |

Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

O PIB representa a soma de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região durante determinado período de tempo. É um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia com o objetivo de quantificar a atividade econômica numa região.

A análise dos dados da Tabela 5 e da Figura 4, permite observar uma elevação significativa do PIB *per capita* da RRAS, embora ele ainda esteja abaixo do índice apresentado pelo Estado de São Paulo. Apenas o município de Teodoro Sampaio registrou decréscimo no PIB, por outro lado, vários outros apresentaram taxas de crescimento acima do Estado, devido aos *royalties* recebidos pela instalação de usinas hidrelétricas e de açúcar e

álcool.

Tabela 5 - PIB per capita dos municípios da RRAS. Dados comparativos entre os anos 2000 e 2010.

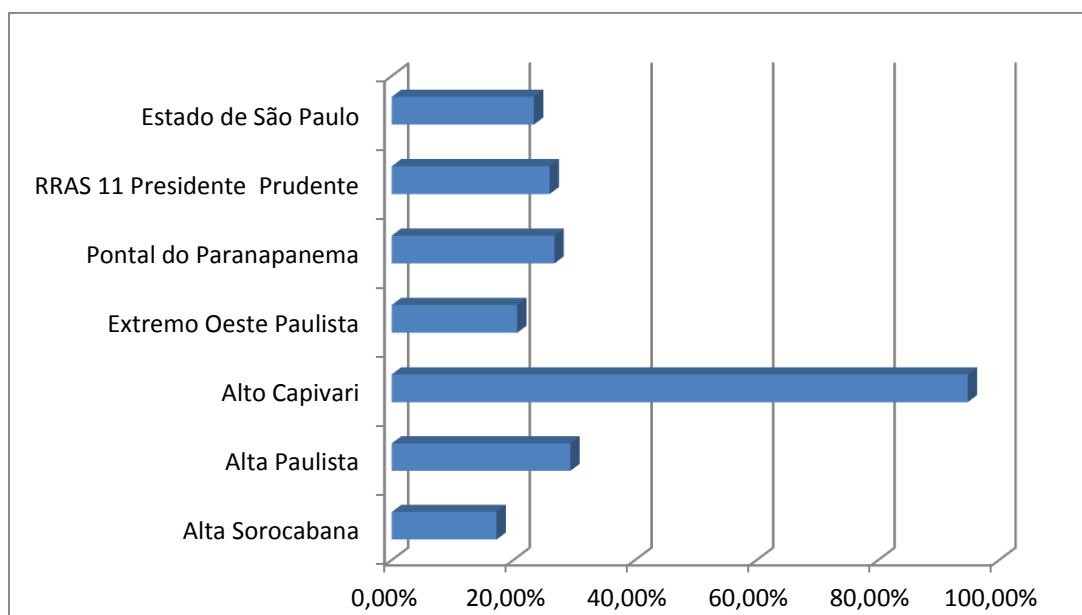
| Município | PIB e Renda em milhões de reais correntes no ano 2000 | PIB e Renda em milhões de reais correntes no ano 2010 | População Residente Estimada TCU ano 2000 | População Residente Estimada TCU ano 2010 | Variação Real do PIB – Deflator do Banco Central 2,0721 | Produto e Renda – PIB Per Capta em reais correntes ano 2010 |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Alfredo Marcondes | 14,06 | 38,01 | 3.728 | 4.055 | 30,77% | 9.395,81 |
| Álvares Machado | 79,68 | 199,33 | 24.622 | 23.779 | 20,73% | 8.382,61 |
| Anhumas | 12,72 | 37,06 | 2.950 | 3.947 | 40,60% | 9.389,41 |
| Caiabu | 15,25 | 32,69 | 3.489 | 4.131 | 3,45% | 7.913,34 |
| Emilianópolis | 10,17 | 31,98 | 2.612 | 3.184 | 51,75% | 10.043,97 |
| Estrela do Norte | 9,03 | 27,04 | 2.793 | 2.474 | 44,51% | 10.929,67 |
| Indiana | 16,83 | 37,54 | 4.865 | 4.751 | 7,64% | 7.901,49 |
| Martinópolis | 104,04 | 292,78 | 22.838 | 25.533 | 35,80% | 11.466,73 |
| Narandiba | 15,93 | 241,63 | 4.303 | 4.167 | 632,02% | 57.986,56 |
| Pirapozinho | 152,85 | 393,27 | 22.610 | 25.236 | 24,17% | 15.583,69 |
| Presidente Bernardes | 50,77 | 147,20 | 11.692 | 15.382 | 39,92% | 9.569,63 |
| Presidente Prudente | 1.658,94 | 3.621,43 | 187.851 | 207.725 | 5,35% | 17.433,77 |
| Regente Feijó | 95,01 | 287,32 | 17.401 | 17.725 | 45,94% | 16.209,87 |
| Ribeirão dos Índios | 10,52 | 29,10 | 2.232 | 2.317 | 33,49% | 12.559,34 |
| Sandovalina | 75,3 | 224,72 | 2.865 | 3.387 | 44,02% | 66.347,80 |
| Santo Anastácio | 86,66 | 225,05 | 21.520 | 21.222 | 25,32% | 10.604,56 |
| Santo Expedito | 8 | 27,41 | 2.374 | 2.956 | 65,35% | 9.272,67 |
| Taciba | 117,32 | 258,14 | 5.384 | 5.675 | 6,18% | 45.487,22 |
| Tarabai | 18,95 | 48,35 | 6.479 | 6.464 | 23,13% | 7.479,89 |
| Total Alta Sorocabana | 2552,03 | 6200,14 | 352.608 | 384.110 | 17,24% | 16.141,57 |
| Dracena | 216,73 | 575,6 | 41.246 | 44.309 | 28,17% | 12.990,59 |
| Flora Rica | 9,45 | 31,83 | 2.125 | 2.029 | 62,55% | 15.687,53 |
| Irapuru | 23,63 | 62,63 | 7.607 | 7.874 | 27,91% | 7.954,03 |
| Junqueirópolis | 82,72 | 218,30 | 15.285 | 19.976 | 27,35% | 10.928,11 |

| | | | | | | |
|---|---------------|----------------|----------------|----------------|---------------|------------------|
| Monte Castelo | 14,66 | 51,07 | 3.969 | 4.131 | 68,12% | 12.362,62 |
| Nova Guataporanga | 6,14 | 15,15 | 2.140 | 2.184 | 19,07% | 6.936,81 |
| Ouro Verde | 24,16 | 72,58 | 6.686 | 8.162 | 44,98% | 8.892,43 |
| Panorama | 55,8 | 123,05 | 13.090 | 14.577 | 6,42% | 8.441,38 |
| Paulicéia | 19,41 | 73,76 | 4.397 | 5.791 | 83,39% | 12.737,01 |
| Santa Mercedes | 9,34 | 21,91 | 2.490 | 2.596 | 13,21% | 8.439,91 |
| São João do Pau d'Alho | 10,34 | 36,37 | 2.177 | 2.191 | 69,75% | 16.599,73 |
| Tupi Paulista | 62,39 | 151,37 | 12.873 | 14.389 | 17,08% | 10.519,84 |
| Total Alta Paulista | 534,77 | 1433,62 | 114.085 | 128.209 | 29,37% | 11.181,90 |
| Iepê | 33,36 | 124,23 | 6.856 | 7.856 | 79,71% | 15.813,39 |
| João Ramalho | 20,69 | 51,56 | 4.115 | 4.344 | 20,26% | 11.869,24 |
| Nantes | 11,54 | 86,36 | 2.135 | 2.662 | 261,15% | 32.441,77 |
| Quatá | 85,05 | 327,7 | 13.056 | 12.539 | 85,94% | 26.134,46 |
| Rancharia | 173,35 | 717,95 | 29.131 | 29.149 | 99,87% | 24.630,35 |
| Total Alto Capivari | 323,99 | 1307,8 | 55.293 | 56.550 | 94,80% | 23.126,44 |
| Caiuá | 20,05 | 101,32 | 3.075 | 5.447 | 143,87% | 18.601,06 |
| Marabá Paulista | 21,3 | 53,85 | 3.786 | 5.996 | 22,0% | 8.980,99 |
| Piquerobi | 14,63 | 37,17 | 3.441 | 3.781 | 22,61% | 9.830,73 |
| Presidente Epitácio | 184,63 | 410,31 | 37.801 | 40.891 | 7,25% | 10.034,24 |
| Presidente Venceslau | 173,43 | 432,35 | 35.108 | 38.439 | 20,30% | 11.247,69 |
| Total Extremo Oeste Paulista | 414,04 | 1035 | 83.211 | 94.554 | 20,63% | 10.946,13 |
| Euclides da Cunha Paulista | 28 | 61,22 | 10.945 | 10.168 | 5,51% | 6.020,85 |
| Mirante do Paranapanema | 45,37 | 122,06 | 16.477 | 18.131 | 29,83% | 6.732,12 |
| Rosana | 261,15 | 778,54 | 22.441 | 18.918 | 43,87% | 41.153,40 |
| Teodoro Sampaio | 116,56 | 222,92 | 20.077 | 21.202 | -7,70% | 10.514,10 |
| Total Pontal do Paranapanema | 451,08 | 1184,74 | 69.940 | 68.419 | 26,75% | 17.315,95 |

| | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------------------|---------------|------------------|
| RRAS 11 Presidente Prudente | 4275,91 | 11161,30 | 675.137 | 731.842 | 25,97% | 15.250,97 |
| Estado de São Paulo | 424.161,31 | 1.084.353,49 | 36.351.316 | 41.384.039 | 23,37% | 26.202,22 |

Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

Figura 4 - PIB Per Capta da RRAS



Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor

A região de saúde do Alto Capivari apresentou a maior taxa de crescimento do PIB, particularmente o município de Caiuá, devido aos *royalties* provenientes de uma usina hidrelétrica. É nítido o crescimento da riqueza medido pelo PIB nos municípios e regiões, porém, contrapõe-se às mazelas da atenção em saúde.

Como apontado na literatura e como será apresentado neste estudo, o aumento percebido do PIB na região, objeto deste estudo não resultou em melhoria na saúde.

A alfabetização é a principal porta de acesso à educação formal. Não há discussão sobre isso. O que não se sabia até pouco tempo era o impacto da alfabetização no desenvolvimento geral do indivíduo no decorrer da vida. Estudos internacionais começaram a trilhar esse caminho nesta década. Agora, um levantamento liderado por Ricardo Paes de Barros, economista-chefe do Instituto Ayrton Senna e professor do Insper, usou os dados do Censo Educacional, do Censo Brasileiro e outras informações do Brasil para mostrar o impacto da não alfabetização na saúde, nos ganhos financeiros e no planejamento familiar de cada indivíduo e de sua família.

Com base nos dados levantados pelo estudo, os pesquisadores chegaram a um índice de qualidade de vida. Essa medição considera que quanto mais próximo de 100% melhor é a qualidade de vida do indivíduo. Para adultos que não tenham concluído a escola, mas sejam plenamente alfabetizados, esse índice chega a 77%. Já para aqueles que não aprenderam a ler, esse percentual cai para 43%. Ao desdobrar esses dados, vê-se que a saúde é afetada pela não

alfabetização.

O analfabetismo é um problema que o Brasil ainda não aprendeu a resolver. De acordo com os últimos números oficiais, divulgados pelo governo em novembro de 2016, existem no Brasil 12,9 milhões de pessoas com 15 anos ou mais de idade que não sabem ler. Isso representa 8% dos brasileiros nessa faixa de idade.

A análise dos dados da Tabela 6, permite entender que todas as regiões de saúde apresentam taxas de analfabetismo superiores a do estado de São Paulo. Apenas Presidente Prudente apresentou uma taxa inferior ao do Estado (3,65%) e uma variação positiva no IDHM de 2000 para 2010 (Tabela 4), de 7,94%. Surpreendentemente, os municípios que apresentaram grande desempenho na variação do IDHM, Caiabu (15,24%), Sandovalina (18,62%) e Nantes (21,06%), amargam com as maiores taxas de analfabetismo, respectivamente (13%), (13%) e (14,58%).

Tabela 6 - Taxa de analfabetismo da RRAS

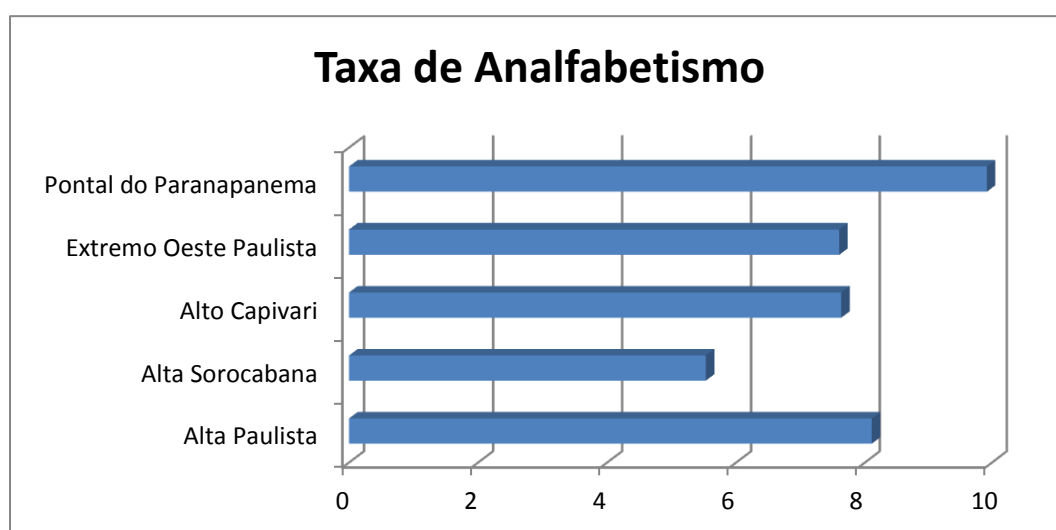
| Departamento Regional de Saúde -DRS | Região de Saúde | IBGE 2010 | Município | População não alfabetizada > 15 anos | População total > 15 anos | Taxa de analfabetismo |
|---|-----------------|---------------|------------------|--------------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 351440 | Dracena | 1996 | 34.645 | 5,76 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 351580 | Flora Rica | 191 | 1.428 | 13,38 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 352160 | Irapuru | 502 | 5.233 | 9,59 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 352600 | Junqueirópolis | 1.244 | 14.064 | 8,85 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353160 | Monte Castelo | 358 | 3.302 | 10,84 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353310 | N. Guataporanga | 194 | 1.752 | 11,07 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353480 | Ouro Verde | 825 | 6.012 | 13,72 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353540 | Panorama | 948 | 11.022 | 8,60 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353640 | Paulicéia | 521 | 4.784 | 10,89 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 354710 | Santa Mercedes | 232 | 2.197 | 10,56 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 354930 | S.J. Pau D'Álho | 177 | 1.735 | 10,20 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 355510 | Tupi Paulista | 687 | 10.956 | 6,27 |
| Total Região de Saúde da Alta Paulista | 7.875 | 97.130 | 8,11 | | | |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350080 | Alf. Marcondes | 334 | 3.206 | 10,42 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350130 | Alv. Machado | 1.136 | 18.387 | 6,18 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350240 | Anhumas | 177 | 2.883 | 6,14 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350890 | Caiabu | 422 | 3.247 | 13,00 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 351512 | Emilianópolis | 278 | 2.429 | 11,45 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 351530 | Estrela do Norte | 194 | 2.039 | 9,51 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 352060 | Indiana | 266 | 3.886 | 6,85 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 352920 | Martinópolis | 1.395 | 18.058 | 7,73 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 353220 | Narandiba | 363 | 3.294 | 11,02 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 353920 | Pirapozinho | 1.275 | 19.420 | 6,57 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354120 | Pres. Bernardes | 851 | 11.103 | 7,66 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354140 | Pres. Prudente | 6.024 | 164.955 | 3,65 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354240 | Regente Feijó | 1.073 | 14.690 | 7,30 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354323 | Rib. dos Índios | 218 | 1.761 | 12,38 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354550 | Sandovalina | 359 | 2.761 | 13,00 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354770 | Santo Anastácio | 960 | 16.232 | 5,91 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354830 | Santo Expedito | 282 | 2.251 | 12,53 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 355290 | Taciba | 510 | 4.449 | 11,46 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 355390 | Tarabai | 488 | 5.019 | 9,72 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|----------------|-----------------|------------------|-------------------|-------------|
| Total Região de Saúde da Alta Sorocabana | 16.605 | 300.070 | 5,53 | | | |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 351990 | Iepê | 430 | 5.982 | 7,19 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 352560 | João Ramalho | 305 | 3.158 | 9,66 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 353215 | Nantes | 294 | 2.016 | 14,58 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 354170 | Quatá | 830 | 9.817 | 8,45 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 354220 | Rancharia | 1.466 | 22.631 | 6,48 |
| Total Região de Saúde do Alto Capivari | 3.325 | 43.604 | 7,63 | | | |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 350910 | Caiuá | 427 | 3.807 | 11,22 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 352870 | Marabá Paulista | 338 | 2.837 | 11,91 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 353830 | Piquerobi | 350 | 2.822 | 12,40 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 354130 | Pres. Epitácio | 2.073 | 31.814 | 6,52 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 354150 | Pres. Venceslau | 2.193 | 29.498 | 7,43 |
| Total Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista | 5.381 | 70.778 | 7,60 | | | |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 351535 | E. da Cunha Pta | 970 | 7.070 | 13,72 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 353020 | M. Paranapanema | 1.537 | 13.173 | 11,67 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 354425 | Rosana | 1.174 | 14.903 | 7,88 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 355430 | Teodoro Sampaio | 1.405 | 16.121 | 8,72 |
| Total Região de Saúde do Pontal do Paranapanema | | | | 5.086 | 51.267 | 9,92 |
| Total RRAS 11 | | | | 38.272 | 562.849 | 6,80 |
| Estado de São Paulo | | | | 1.345.055 | 32.160.216 | 4,18 |

Fonte: IBGE (2010) Org: Oliva (2017).

A região do Pontal do Paranapanema apresenta a maior taxa de analfabetismo (Figura 5), contrapondo-se à Alta Sorocabana que apresenta a menor taxa, inclusive inferior a do estado de São Paulo, o que evidencia, os abismos socioeconômicos dentro de uma única região. Podemos inferir que o aumento da riqueza, medido pelo PIB da região em estudo não trouxe melhorias para a alfabetização, não tem contribuído para a disseminação da informação principalmente para a medicina preventiva, na base da rede de saúde.

Figura 5- Taxa de analfabetismo das regiões da RRAS acima de 15 anos



Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

A urbanização resulta fundamentalmente da transferência de pessoas do meio rural para o meio urbano. Assim, a ideia de urbanização está intimamente associada à concentração de pessoas em um espaço restrito e na substituição das atividades primárias (agropecuária) por atividades secundárias (indústrias) e terciárias (serviços). Contudo, por se tratar de um processo, costuma-se conceituar urbanização como sendo o aumento da população urbana em relação à população rural e, nesse sentido, só ocorre urbanização quando o percentual de aumento da população urbana for superior ao da população rural.

A Inglaterra foi o primeiro país do mundo a se urbanizar. Em 1850, ela já possuía mais de 50% da população urbana, no entanto, a urbanização acelerada da maior parte dos países desenvolvidos industrializados só ocorreu a partir da segunda metade do século XIX.

Uma elevada taxa de urbanização indica um alto nível de desenvolvimento. De acordo com os especialistas, nestes últimos anos, a taxa de urbanização mundial superou os 50%, o que significa que mais de metade da população global vive nas cidades.

No caso do Brasil, (Tabela 7) apenas quatro estados estão com taxa de urbanização

acima de 90%. Considerando a premissa de que quanto mais urbanizado melhor, ainda há um longo caminho a ser percorrido para atingirmos tal patamar.

Tabela 7 - Taxa de urbanização dos estados brasileiros.

| Posição | Estado | Taxa Urbana | Taxa Rural |
|---------|---------------------|-------------|------------|
| 1º | Rio de Janeiro | 96,71 | 3,29 |
| 2º | Distrito Federal | 96,62 | 3,38 |
| 3º | São Paulo | 95,88 | 4,12 |
| 4º | Goiás | 90,29 | 9,71 |
| 5º | Amapá | 89,81 | 10,19 |
| 6º | Mato Grosso do Sul | 85,64 | 14,36 |
| 7º | Paraná | 85,31 | 14,49 |
| 8º | Espírito Santo | 85,29 | 14,51 |
| 9º | Rio Grande do Sul | 85,10 | 14,90 |
| 10º | Santa Catarina | 83,99 | 16,01 |
| 11º | Minas Gerais | 83,38 | 16,62 |
| 12º | Mato Grosso | 81,90 | 18,10 |
| 13º | Pernambuco | 80,15 | 19,85 |
| 14º | Amazonas | 79,17 | 20,83 |
| 15º | Tocantins | 78,81 | 21,19 |
| 16º | Rio Grande do Norte | 77,82 | 22,18 |
| 17º | Roraima | 76,41 | 23,59 |
| 18º | Paraíba | 75,37 | 24,63 |
| 19º | Ceará | 75,09 | 24,91 |
| 20º | Alagoas | 73,64 | 26,36 |
| 21º | Sergipe | 73,51 | 26,49 |
| 22º | Rondônia | 73,22 | 26,78 |
| 23º | Acre | 72,61 | 27,39 |
| 24º | Bahia | 72,07 | 27,93 |
| 25º | Pará | 68,49 | 31,51 |
| 26º | Piauí | 65,77 | 34,23 |
| 27º | Maranhão | 63,07 | 36,93 |

Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

A região do Pontal do Paranapanema registrou, em todos os municípios, evolução no IDHM (Tabela 4). No entanto, a taxa de urbanização seguiu de maneira inversa, ou seja, apresentou índices alarmantes de urbanização (Tabela 8 e Figura 6). O crescimento desordenado, sem planejamento se traduz em ambientes vulneráveis a riscos e problemas de saúde pública.

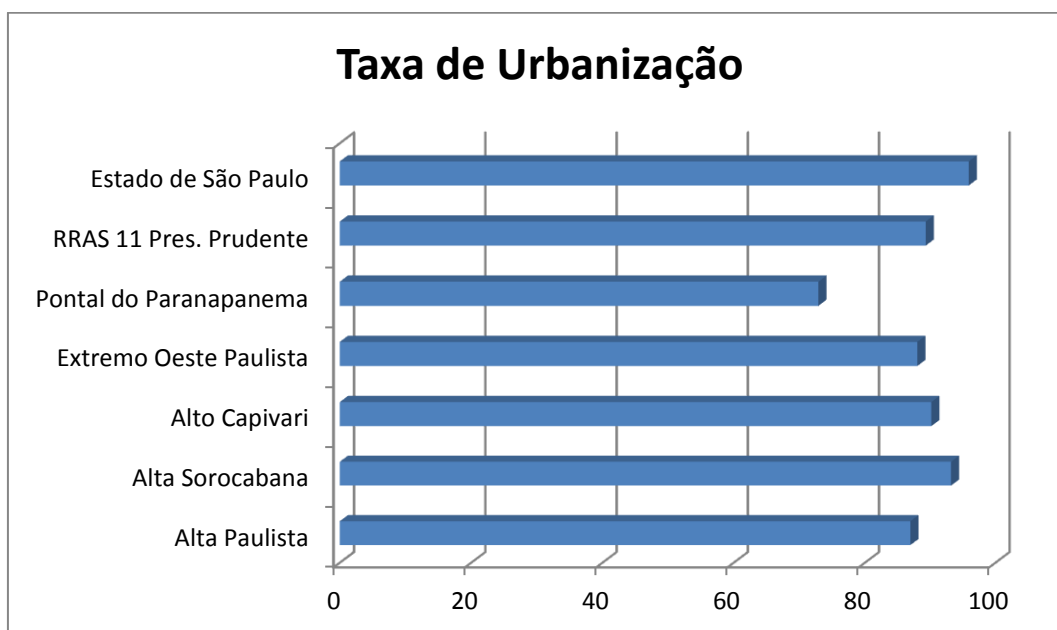
Tabela 8 - Taxa de urbanização dos municípios da RRAS.

| Departamento Regional de Saúde -DRS | Região de Saúde | IBGE 2010 | Município | População Urbana | População Total | Taxa de Urbanização |
|---|-----------------|-----------|------------------|------------------|-----------------|---------------------|
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 351440 | Dracena | 39.946 | 43.258 | 92,34 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 351580 | Flora Rica | 1.418 | 1.752 | 80,94 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 352160 | Irapuru | 5.507 | 7.789 | 70,70 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 352600 | Junqueirópolis | 15.399 | 18.726 | 82,23 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353160 | Monte Castelo | 3.211 | 4.063 | 79,03 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353310 | N. Guataporanga | 1.890 | 2.177 | 86,82 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353480 | Ouro Verde | 7.176 | 7.800 | 92,00 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353540 | Panorama | 14.165 | 14.583 | 97,13 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353640 | Paulicéia | 5.270 | 6.339 | 83,14 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 354710 | Santa Mercedes | 2.458 | 2.831 | 86,82 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 354930 | S.J. Pau D'Álho | 1.705 | 2.103 | 81,07 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 355510 | Tupi Paulista | 11.206 | 14.269 | 78,53 |
| Total Região de Saúde da Alta Paulista | | | | 109.351 | 125.690 | 87,00 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350080 | Alf. Marcondes | 3.255 | 3.891 | 83,65 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350130 | Alv. Machado | 21.183 | 23.513 | 90,09 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350240 | Anhumas | 3.059 | 3.738 | 81,84 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350890 | Caiabu | 3.315 | 4.072 | 81,41 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 351512 | Emilianópolis | 2.497 | 3.020 | 82,68 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 351530 | Estrela do Norte | 2.099 | 2.658 | 78,97 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 352060 | Indiana | 4.127 | 4.825 | 85,53 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 352920 | Martinópolis | 20.341 | 24.219 | 83,99 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 353220 | Narandiba | 3.105 | 4.288 | 72,41 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 353920 | Pirapozinho | 23.462 | 24.694 | 95,01 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354120 | Pres. Bernardes | 10.500 | 13.570 | 77,38 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354140 | Pres. Prudente | 203.375 | 207.610 | 97,96 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354240 | Regente Feijó | 17.049 | 18.494 | 92,19 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354323 | Rib. dos Índios | 1.850 | 2.187 | 84,59 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354550 | Sandovalina | 2.581 | 3.699 | 69,78 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354770 | Santo Anastácio | 19.080 | 20.475 | 93,19 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354830 | Santo Expedito | 2.478 | 2.803 | 88,41 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 355290 | Taciba | 4.852 | 5.714 | 84,91 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 355390 | Tarabai | 6.109 | 6.607 | 92,46 |
| Total Região de Saúde da Alta Sorocabana | | | | 354.317 | 380.077 | 93,22 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|--------|-----------------|-------------------|-------------------|--------------|
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 351990 | Iepê | 6.773 | 7.628 | 88,79 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 352560 | João Ramalho | 3.543 | 4.150 | 85,37 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 353215 | Nantes | 2.431 | 2.707 | 89,80 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 354170 | Quatá | 12.011 | 12.799 | 93,84 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 354220 | Rancharia | 25.828 | 28.804 | 89,67 |
| Total Região de Saúde do Alto Capivari | | | | 50.586 | 56.088 | 90,19 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 350910 | Caiuá | 1.930 | 5.039 | 38,30 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 352870 | Marabá Paulista | 2.142 | 4.812 | 44,51 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 353830 | Piquerobi | 2.669 | 3.537 | 75,46 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 354130 | Pres. Epitácio | 38.545 | 41.318 | 93,29 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 354150 | Pres. Venceslau | 36.272 | 37.910 | 95,68 |
| Total Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista | | | | 81.558 | 92.616 | 88,06 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 351535 | E. da Cunha Pta | 7.718 | 9.585 | 80,53 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 353020 | M. Paranapanema | 10.045 | 17.059 | 58,88 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 354425 | Rosana | 15.851 | 19.691 | 80,50 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 355430 | Teodoro Sampaio | 17.365 | 21.386 | 81,20 |
| Total Região de Saúde do Pontal do Paranapanema | | | | 49.379 | 67.721 | 72,92 |
| Total RRAS 11 | | | | 645.191 | 722.192 | 89,34 |
| Estado de São Paulo | | | | 41.262.199 | 39.585.251 | 95,94 |

Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

Figura 6 - Taxa de urbanização da RRAS.



Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

De acordo com a pesquisadora Helena Comin (2017), a combinação do aumento das populações com o desenvolvimento tecnológico provocou, no século 20, uma transformação nas doenças urbanas e deu margem a um novo conceito de saúde, pois os determinantes sociais e ambientais das doenças agora estão relacionados a novas formas de adaptação do ambiente, como resultado da ação humana. A partir disso, novas preocupações em relação à saúde apareceram, ligadas à qualidade da vida urbana, ao bem-estar no ambiente, à saúde física e mental, à segurança, à realização pessoal e profissional, e também a questões envolvendo trabalho e custo de vida, intimamente relacionados com a urbanização.

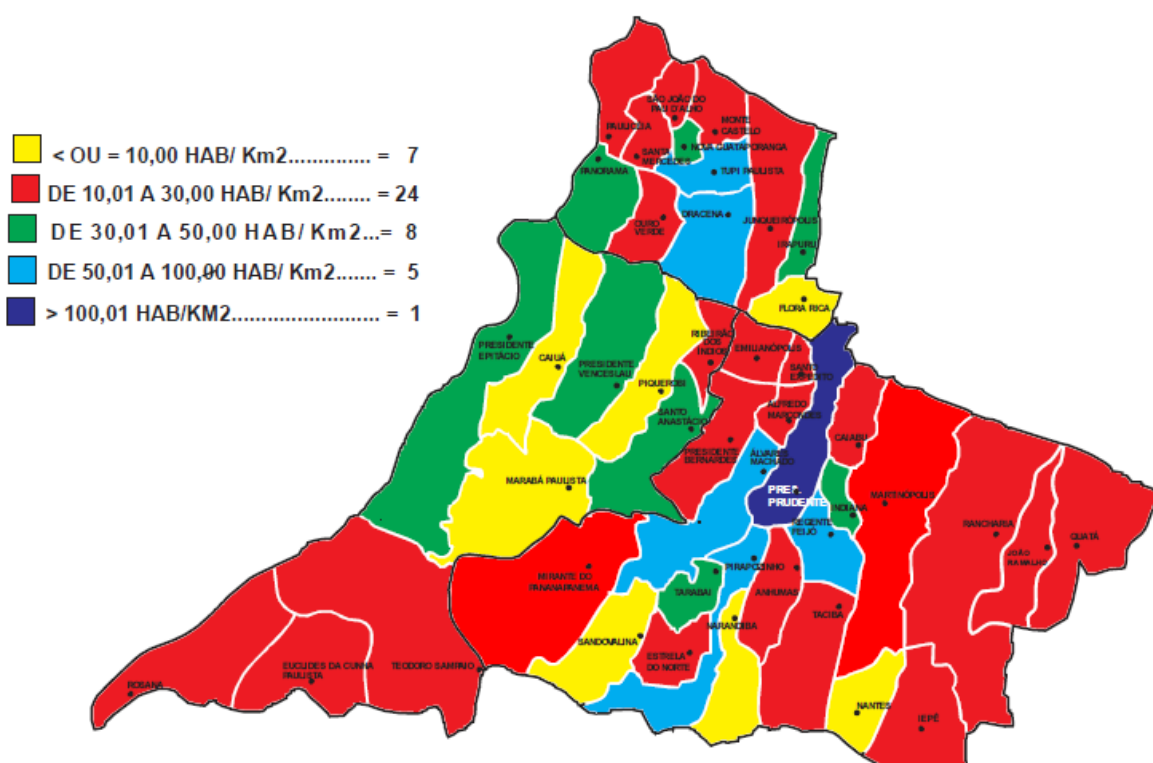
A problemática da ocupação do solo urbano e o aumento de consumo, da urbanização acelerada e incontrolável, pela ausência de gestão e controle, também é colocada em evidência pelo prisma do crescimento populacional e acesso a serviços e oportunidades, por limitação de recursos naturais e econômicos, levando à degradação do ambiente natural e do construído e à deterioração das relações sociais. A urbanização é positiva quando proporciona amplitude de recursos, desenvolvimento da economia local. Ao mesmo tempo, porém, a urbanização se associa a maiores taxas de criminalidade, suicídio, emissões de dióxido de carbono e problemas de saúde. Assim, na valorização do bem-estar, é necessário melhorar as condições dos locais onde as pessoas vivem e priorizar um compartilhar consciente dessa necessidade entre os governos, os meios de comunicação, comunidades e setores de saúde.

Um outro aspecto de grande relevância na saúde pública está relacionado a densidade demográfica de determinado país, estado ou município, determinado pela quantidade de

habitantes dividida pela área do local, e o resultado se apresente em habitantes por km². A importância desse dado demográfico é para analisar a ocupação humana em determinados lugares, compreender as áreas com maiores contingentes populacionais e entender os motivos dessas aglomerações, principalmente que ocorrem nos centros urbanizados, onde há melhor qualidade de vida, ofertas de emprego, ou onde há grande crescimento populacional. É um indicador que deve ser utilizado no planejamento e instrumentalização da rede de saúde.

Considerando esse importante instrumento de análise e gestão, observamos que a RRAS tem apresentado, nas últimas décadas, as menores taxas de crescimento do Estado, em torno de 0,8% ao ano. Trata-se da região com terceira menor taxa de crescimento estadual. Entre os municípios, esse índice oscila de 44,51%, em Marabá Paulista, a 97,96% em Presidente Prudente. Ocupa somente 10% do território estadual e concentra 2,1% da população (Figura 7). A região apresenta a segunda menor densidade demográfica do Estado (9,6 habitantes/Km²) e, regionalmente, a menor densidade pertence a Marabá Paulista (3,9 hab/Km²) e a maior Presidente Prudente (superior a 100 hab./Km²).

Figura 7 - Densidade populacional (hab/Km²) RRAS 11.



Fonte: IBGE (2010).

Observamos a maior taxa de urbanização na Região da Alta Sorocabana, com 93,22%, a menor taxa na Região do Pontal do Paranapanema, com 72,92%. Isso ocorre devido à vasta extensão territorial e ao grande número de assentamentos rurais. A RRAS apresenta uma taxa

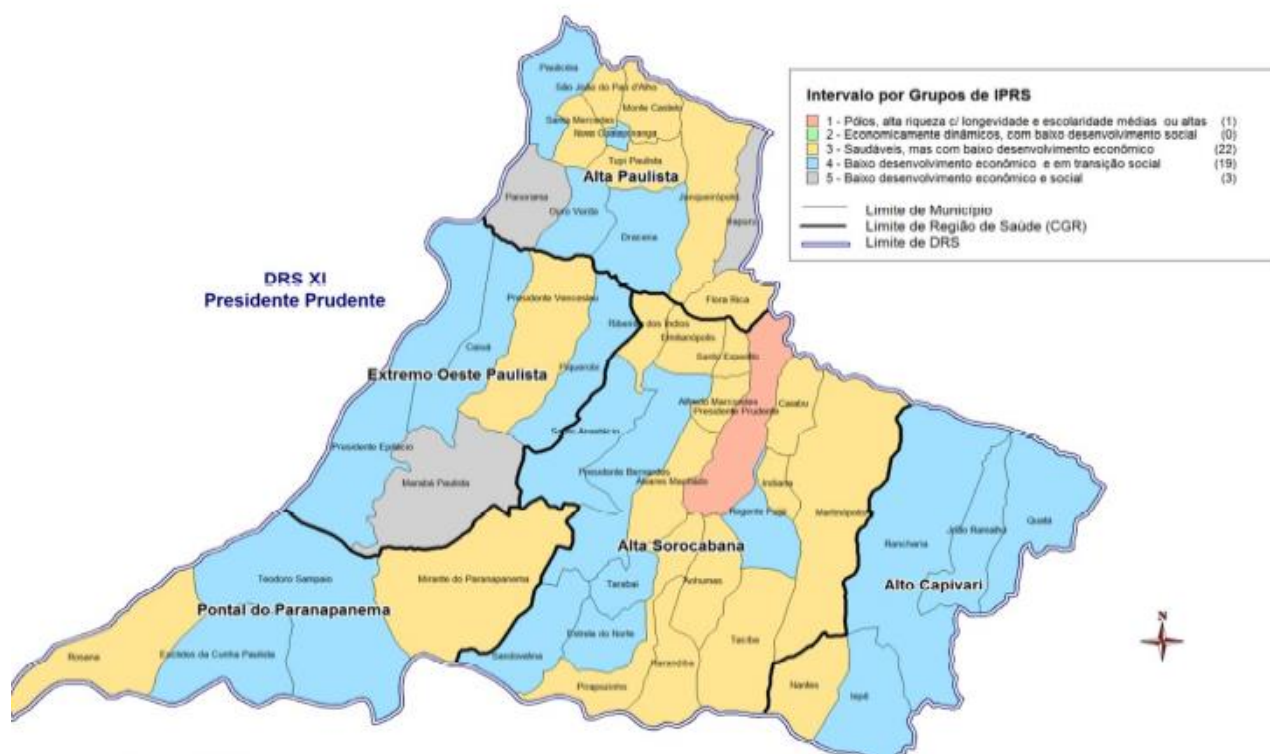
de urbanização de 89,34% e está abaixo do Estado de São Paulo, com uma taxa de 95,94%.

Uma outra forma de analisar a população é por meio do Índice Paulista de Responsabilidade Social (Figura 8), um indicador inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano e exprime sinteticamente um conjunto de dimensões para mensurar as condições de vida da população. Assim, consideram-se as dimensões riqueza, longevidade e escolaridade, de forma a caracterizar a posição de dada unidade territorial (município, região administrativa, Estado) de acordo com sua situação em cada dimensão e também dentro de uma tipologia elaborada a partir da combinação dessas dimensões.

O Índice pretende levar ao gestor público e à sociedade uma visão mais detalhada das condições de vida do seu município, com a identificação e a localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza. Este objetivo é alcançado por meio de uma tipologia de situações de vulnerabilidade que considera, além dos indicadores de renda, outros referentes à escolaridade e ao ciclo de vida familiar, identificando áreas geográficas segundo os graus de vulnerabilidade de sua população residente.

Figura 8 - Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) da RRAS.

Distribuição dos municípios segundo classificação do Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS, 2008.
Rede Regional de Atenção à Saúde - RRAS 11, Estado de São Paulo.



Fonte: IBGE, 2010.

Tabela 9 - Percentual de municípios com IPRS 4 e 5 por Regiões da RRAS.

| RRAS/Regiões de Saúde | % de municípios |
|------------------------|-----------------|
| Estado de São Paulo | 49,30 |
| RRAS 11 | 48,89 |
| Alta Paulista | 50,00 |
| Alta Sorocabana | 31,58 |
| Alto Capivari | 80,00 |
| Extremo Oeste Paulista | 80,00 |
| Pontal do Paranapanema | 50,00 |

Fonte: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

A RRAS de Presidente Prudente apresenta o terceiro maior indicador de escolaridade no conjunto das regiões do Estado. Ela ocupa a nona posição na dimensão longevidade e a penúltima em riqueza. A distribuição dos 45 municípios da região nos grupos do IPRS mostra grande concentração nos grupos 3 e 4. Somente Presidente Prudente pertence ao Grupo 1, o qual agrega bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade. No Grupo 3, estão classificados 22 municípios, os quais registram baixos níveis de riqueza e bons indicadores de longevidade e escolaridade. Nos Grupos 4 e 5, foram incluídos 17 e 5 municípios, respectivamente, os quais exibem as piores situações relacionadas à riqueza, longevidade e escolaridade. Aqueles classificados no grupo 4 exibem situação melhor que os do grupo 5, pois apresentam resultado satisfatório em uma das dimensões sociais. O indicador agregado de riqueza regional cresceu 5% no período e atingiu 41 pontos, não obstante, permanece abaixo do escore médio estimado para o conjunto do Estado.

O desempenho da RRAS de Presidente Prudente, em termos do IPRS, mostrou que, apesar do relativo crescimento (5%) observado em seu indicador sintético de riqueza municipal, a região permanece como penúltima no conjunto das regiões do Estado. Destaca-se o aumento de 7% no valor adicionado fiscal per capita, acima do crescimento médio observado no Estado (3%), assim como a elevação dos rendimentos médios do emprego formal na região. Na dimensão longevidade, destaca-se a redução de 11% na taxa de mortalidade infantil e a estabilidade nos níveis dos demais indicadores de mortalidade. Quanto à escolaridade, permanece em terceiro lugar na classificação das regiões em 2010, com tendência de aumento nos indicadores de conclusão do ensino fundamental e médio entre os jovens. Embora com ligeira melhoria na análise isolada do índice, ao ser vinculado com o acesso à rede de atenção a saúde, verifica-se que a informação propagada de maneira dissociada dos demais conjuntos de dados para uma análise mais robusta e verdadeira, o IPRS não arrefeceu as demandas em saúde, não coaduna com o cenário da região em estudo.

A instalação de usinas alcooleiras (Tabela 10, Figura 9), em alguns municípios da

RRAS, contribuiu para a migração da população de outros estados, a qual se configura como uma população flutuante que utiliza os equipamentos de saúde dos municípios que residem, não necessariamente no município de localização da usina. As condições precárias de trabalho somadas à alimentação e moradia, ocasionam vários agravos de saúde com grande impacto na atenção básica dos municípios.

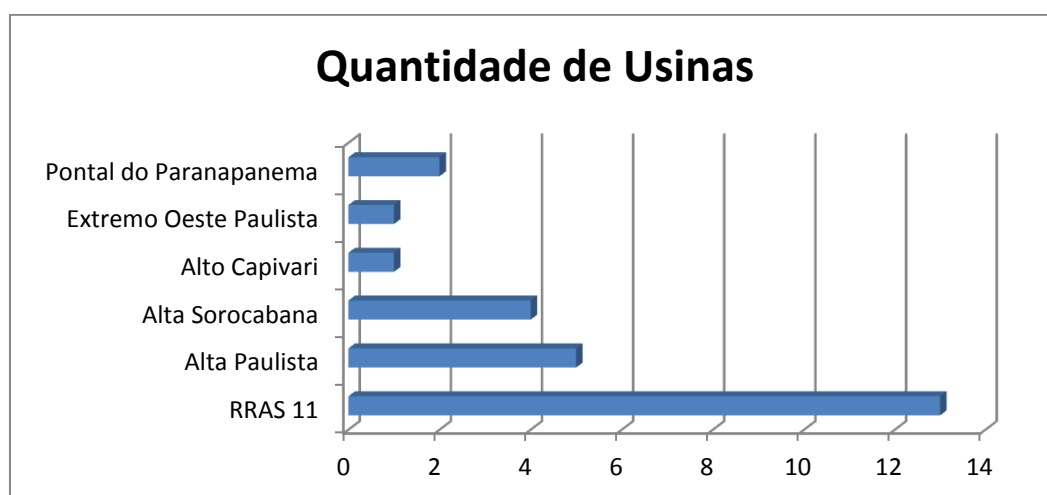
Tabela 10 – Usinas alcooleiras na RRAS.

| RRAS/Regiões de Saúde | Nº de Usinas |
|------------------------|--------------|
| RRAS 11 | 13 |
| Alta Paulista | 05 |
| Alta Sorocabana | 04 |
| Alto Capivari | 01 |
| Extremo Oeste Paulista | 01 |
| Pontal do Paranapanema | 02 |

Fonte: Secretaria de Energia do Estado de São Paulo, 2015. Elaborado pelo autor.

Com relação à saúde do trabalhador, o corte da cana, o uso de ferramentas cortantes e os movimentos repetitivos em suas atividades, entre outros problemas, provocam muitos acidentes e lesões, o que faz, portanto, com que esse grupo de trabalhadores torne-se mais susceptível a acidentes de trabalho. Não há, por parte dos municípios, um mecanismo de controle dessa população flutuante onde, inevitavelmente utilizam principalmente os serviços de saúde. Por essa razão, no período de corte da cana, ocorre maior pressão sobre a saúde.

Figura 9 - Usinas alcooleiras na RRAS.



Fonte: Secretaria de Energia do Estado de São Paulo, 2017. Elaborado pelo autor.

Um outro aspecto está relacionado à população assentada que na região (Tabela 11, Figura 10), corresponde a 60% da população assentada no Estado de São Paulo. Em termos populacionais, representa 3,42% da população total da RRAS. Em alguns municípios da Região do Extremo Oeste Paulista, como Caiuá e Marabá Paulista, esse percentual é mais

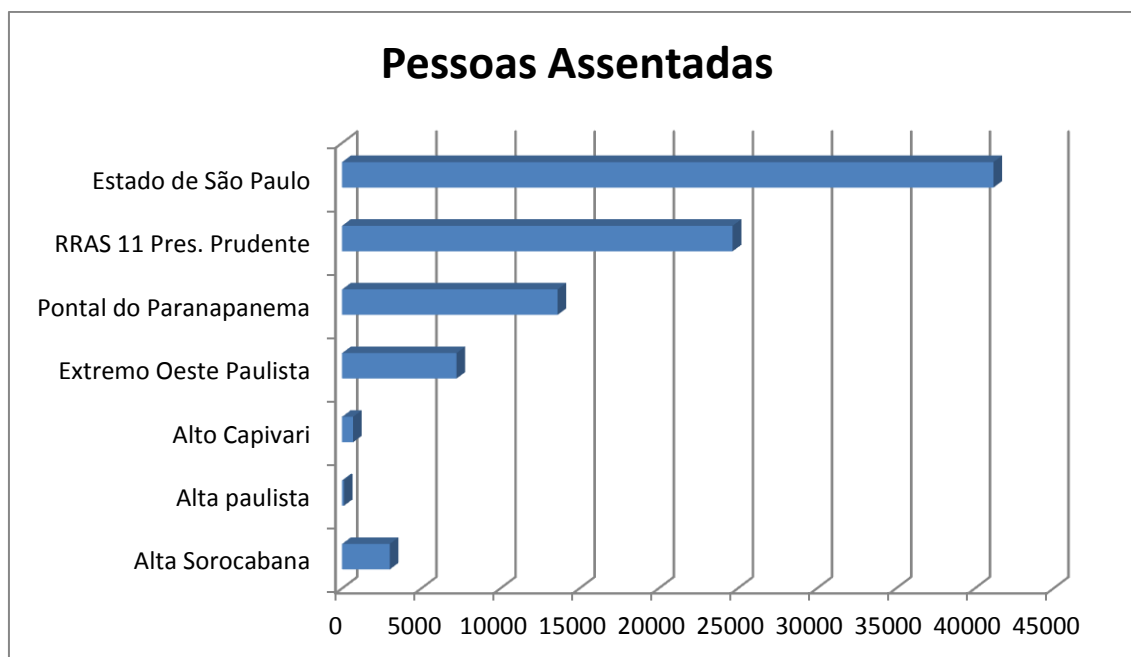
elevado, 47,53% e 23,03%. A Região do Pontal do Paranapanema apresenta um percentual de 20,11%

Tabela 11- Assentamentos localizados na RRAS.

| Região de Saúde | Município | Nº de Assentamentos | Nº de Famílias Assentadas | Nº de pessoas Assentadas |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|
| Alta Sorocabana | Martinópolis | 03 | 151 | 604 |
| Alta Sorocabana | Narandiba | 01 | 122 | 468 |
| Alta Sorocabana | Pres. Bernardes | 08 | 266 | 1064 |
| Alta Sorocabana | Rib. dos Índios | 01 | 40 | 160 |
| Alta Sorocabana | Sandovalina | 02 | 215 | 721 |
| Total Alta Sorocabana | | 15 | 794 | 3017 |
| Alta Paulista | Tupi Paulista | 01 | 34 | 116 |
| Total Alta Paulista | | 01 | 34 | 116 |
| Alto Capivari | Rancharia | 02 | 174 | 696 |
| Total Alto Capivari | | 02 | 174 | 696 |
| Extremo Oeste Paulista | Caiuá | 09 | 600 | 2396 |
| Extremo Oeste Paulista | Marabá Paulista | 06 | 275 | 1108 |
| Extremo Oeste Paulista | Piquerobi | 03 | 92 | 308 |
| Extremo Oeste Paulista | Pres. Epitácio | 08 | 680 | 2429 |
| Extremo Oeste Paulista | Pres. Venceslau | 05 | 248 | 992 |
| Total Extremo Oeste Pta | | 31 | 1895 | 7232 |
| Pontal do Paranapanema | Euclides da C. Pta | 12 | 662 | 2500 |
| Pontal do Paranapanema | Mirante do Paran. | 37 | 1588 | 5161 |
| Pontal do Paranapanema | Rosana | 5 | 750 | 3000 |
| Pontal do Paranapanema | Teodoro Sampaio | 16 | 750 | 2958 |
| Total P. Paranapanema | | 70 | 3750 | 13619 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | | 119 | 6647 | 24680 |
| Estado de São Paulo | | 173 | 10296 | 41184 |

Fonte: Itesp/municípios (2017). Elaborado pelo autor.

Figura 10 - Assentamentos localizados na RRAS.



Fonte: Itesp/municípios (2017). Elaborado pelo autor.

Esse contingente populacional tem promovido maior demanda para os serviços e equipamentos de saúde, sem a devida adequação dos recursos, segundo depoimento de dirigentes municipais de saúde.

Nossa estrutura de saúde já estava estrangulada antes da vinda dos assentamentos e usinas. Sem receber recursos para as melhorias, a situação piora a cada ano (Diário de Campo:2017, relato de um dirigente municipal de saúde).

Na Figura 11, observa-se a grande concentração de unidades prisionais. Dos dez municípios contemplados, quatro receberam duas unidades. Promove-se, dessa maneira, o aumento da população total do município com reflexos inegáveis quanto a assistência à saúde dos novos municípios. Não se discute a importância dos presídios para a sociedade, porém, alocá-los indiscriminadamente e sem o devido amparo orçamentário na saúde aumenta a disparidade dos problemas sociais, econômicos e de saúde.

Tabela 12 - População privada de liberdade na RRAS

| Região de Saúde | Município | Unidade Prisional | Situação | População Unidade Prisional | População Censo 2010 | Percentual |
|------------------------|-----------------|------------------------|------------|-----------------------------|----------------------|--------------|
| Alta Paulista | Dracena | Pen de Dracena | Inaugurada | 1.240 | | |
| | Total | | | 1.240 | 43.258 | 2,87 |
| Alta Paulista | Irapuru | Pen Irapuru | Inaugurada | 1.285 | | |
| | Total | | | 1.285 | 7.789 | 16,50 |
| Alta Paulista | Junqueirópolis | Pen Junqueirópolis | Inaugurada | 1.403 | | |
| | Total | | | 1.403 | 18.726 | 7,49 |
| Alta Paulista | Tupi Paulista | Pen Tupi Paulista | Inaugurada | 1.179 | | |
| | Tupi Paulista | Pen Feminina | Inaugurada | 694 | | |
| | Total | | | 1.873 | 14.269 | 13,13 |
| Alta Sorocabana | Martinópolis | Pen Martinópolis | Inaugurada | 1.274 | | |
| | Total | | | | 24.219 | 5,26 |
| Alta Sorocabana | Pres. Bernardes | Pen Pres. Bernardes | Inaugurada | 1.239 | | |
| Alta Sorocabana | Pres. Bernardes | CRP Pres. Bernardes | Inaugurada | 37 | | |
| | Total | | | 1.276 | 13.570 | 9,40 |
| Alta Sorocabana | Pres. Prudente | CR Pres. Prudente | Inaugurada | 220 | | |
| Alta Sorocabana | Pres. Prudente | Pen Pres. Prudente | Inaugurada | 1.101 | | |
| | Total | | | 1.321 | 207.610 | 0,64 |
| Extremo Oeste Paulista | Caiuá | CDP Caiuá | Inaugurada | 1.121 | | |
| | Total | | | 1.121 | 5.039 | 22,25 |
| Extremo Oeste Paulista | Pres. Venceslau | Pen Pres. Venceslau | Inaugurada | 773 | | |
| Extremo Oeste Paulista | Pres. Venceslau | Pen II Pres. Venceslau | Inaugurada | 791 | | |
| | Total | | | 1.564 | 37.910 | 4,13 |
| Extremo Oeste Paulista | Marabá Paulista | Pen Marabá Paulista | Inaugurada | 1.274 | | |
| | Total | | | 1.274 | 4.812 | 26,48 |

| | | | | |
|--|--|----------------|-------------------|-------------|
| Total RRAS 11 Presidente Prudente | | 13.631 | 722.192 | 1,89 |
| Estado de São Paulo | | 177.523 | 25.824.769 | 0,69 |

Fonte: Secretaria de Administração Penitenciária – SAP (2017). Elaborado pelo autor.

Ao longo dos anos, a RRAS recebeu um contingente populacional significativo para assentamentos e penitenciárias que, juntos, representam, atualmente, 3,76% da população total, conforme Tabela 13.

Outro aspecto importante é o aumento da população flutuante, principalmente entre os meses de maio e setembro, época de safra da cana-de-açúcar, um período em que pessoas são atraídas pelas possibilidades de salários oferecidos pelas usinas alcooleiras.

Neste último caso, não há dados oficiais, apenas o relato de gestores municipais sobre o aumento na demanda por imóveis, saúde e educação.

Tabela 13 - População assentada e encarcerada na RRAS.

| Tipo de População | Total | % da RRAS 11 |
|-----------------------|---------|--------------|
| População assentada | 13.619 | 1,88 |
| População encarcerada | 13.631 | 1,88 |
| População RRAS 11 | 722.192 | 3,76 |

Elaborado pelo autor (2017).

O volume de pessoas atraídas pela atividade sucroalcooleira e assentamentos é irreversível na região. Soma-se a esse contingente a população carcerária que também carece de atendimento médico. No nosso entendimento, essas populações em questão devem ser integradas à população da RRAS de modo a ser assistida pela estrutura da rede, porém, entendemos também que os municípios e a rede de saúde deverão estar amparados financeiramente, compatível com a demanda.

O distanciamento, a ausência do efetivo planejamento para essa singularidade da região, compromete fortemente os objetivos da assistência em saúde da RRAS.

A concentração de pessoas em determinados municípios sem o devido planejamento e amparo financeiro e de recursos humanos à saúde, implica em migração desordenada dos usuários em busca de atendimento médico, refletindo no pronto socorro do HR como será demonstrado neste estudo.

10 PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA REDE REGIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE

Buscamos, neste capítulo, elementos sobre o perfil de morbimortalidade da região em estudo uma vez que não se tem um completo deslinde da história natural de doenças. As ações de saúde pública concentram-se globalmente no controle dos fatores de risco tais como: alimentação adequada, atividade física, controle de peso, tabagismo e hipertensão, os quais

são, principalmente, os fatores identificados. As ações necessárias, embora possam ser consideradas existentes, concentram-se preponderantemente no diagnóstico preventivo e secundário. São necessárias ações mais globais e precoces no início da infância e dos anos escolares, pois já se encontram casos de hipertensão nessas fases, na idade escolar, fato que deve ser resolvido com a ampliação da capacidade de atendimento da rede de atenção básica, que seja esta última a acolher e resolver esses casos antes que cheguem às portas do PS.

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do SUS, deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos (MENDES, 2010)

A Tabela 14 evidencia maior ocorrência de óbitos na Alta Sorocabana, Porém, a taxa de mortalidade infantil é a menor da RRAS (0,96%), o que está, inclusive, abaixo da taxa do Estado de São Paulo (1,18%). As demais regiões estão acima da taxa do estado, destacando-se o Pontal do Paranapanema (1,82%).

Tabela 14 - Óbitos e Taxa de Mortalidade Infantil da RRAS.

| RRAS/ Regiões de Saúde | Nº de óbitos < de 1 ano | Nº de Nascidos Vivos | Taxa de Mortalidade Infantil |
|------------------------|-------------------------|----------------------|------------------------------|
| Alta Paulista | 20 | 1.405 | 1,42 |
| Alta Sorocabana | 46 | 4.787 | 0,96 |
| Alto Capivari | 12 | 767 | 1,56 |
| Extremo Oeste Paulista | 17 | 1.099 | 1,54 |
| Pontal do Paranapanema | 16 | 877 | 1,82 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 111 | 8.932 | 1,24 |
| Estado de São Paulo | 7.136 | 601.561 | 1,18 |

Fonte: Fundação Seade (2017). Elaborado pelo autor.

Observa-se, na Tabela 15, que o maior percentual tem como causa o desconforto respiratório do recém-nascido (30,16%), seguido de baixo peso (7,94%) e complicações maternas na gravidez (6,35%), com alto índice de prematuridade. Nesses casos, pode haver intervenções com acompanhamento na atenção básica à saúde de cada município ou no ambulatório médico de especialidades do Hospital Regional.

A mortalidade infantil é um indicador sensível que expressa não apenas os determinantes de agravos e doenças ocorridas na estrita população com menos de um ano, mas também representa outros aspectos que são determinantes da saúde geral da população da área sob análise.

Tabela 15 - Causas de mortalidade neonatal: RRAS Pres. Prudente.

| Causas da Mortalidade | Nº de Óbitos | % |
|---|--------------|-------|
| Desconforto respiratório do recém-nascido | 19 | 30,16 |
| Transtorno gestação curta duração peso baixo | 5 | 7,94 |
| Complicações maternas gravidez | 4 | 6,35 |
| Transtorno cardiovasculares originado período perinatal | 4 | 6,35 |
| Septicemia bacteriana do recém-nascido | 4 | 6,35 |
| Anencefalia e malformações similares | 3 | 4,76 |
| Malformações congênicas sist. Osteomuscular | 3 | 4,76 |
| Asfixia ao nascer | 2 | 3,17 |
| Outras afecções originadas período perinatal | 2 | 3,17 |
| Outras malformações congênicas do coração | 2 | 3,17 |
| Outras malformações congênicas | 2 | 3,17 |
| Complicações placenta cordão umbilical menor | 1 | 1,59 |
| Complicações trabalho parto | 1 | 1,59 |
| Pneumonia congênicas | 1 | 1,59 |
| Síndrome de aspiração neonatal | 1 | 1,59 |
| Hemorragia pulmonar originada período perinatal | 1 | 1,59 |
| Outras infecções específicas do período perinatal | 1 | 1,59 |
| Hemorragia intracraniana não-traumática RN | 1 | 1,59 |
| Icterícia neonatal outras causas e as NE | 1 | 1,59 |
| Outras afecções RN | 1 | 1,59 |
| Malformação congênita das grandes artérias | 1 | 1,59 |
| Malformações congênicas do pulmão | 1 | 1,59 |
| Outras síndromes c malformação congênicas | 1 | 1,59 |
| Outras síndromes relacionadas ao aparelho circulatório | 1 | 1,59 |
| Total de óbitos neonatal | 63 | 100 |

Fonte: Fundação Seade (2017). Elaborado pelo autor.

Isto posto deve-se procurar os fatores determinantes de maneira mais ampla que no estrito setor saúde para controle das causas.

Com base nos pressupostos mencionados, passamos a analisar os possíveis determinantes que influenciam nas mortes infantis, consoante pode ser observado nos dados levantados. São recorrentes e ajudam a analisar a questão da mortalidade infantil e a supor que os óbitos ocorridos, no período neonatal, sejam devido à possível existência de assistência inadequada, no período pré-natal e de assistência ao trabalho de parto, à qualidade da rede de assistência ao pré-natal e às condições dos estabelecimentos de atendimento à parturiente. Não podemos deixar de lado a qualificação profissional das equipes médicas, para não atribuímos o problema somente à falta de recursos materiais nas maternidades. Acresce-se a ágil e funcionante rede de assistência ao parto nas maternidades de referência, em especial para as gravidezes de alto risco. Em contraponto, e também de modo geral, as mortes de

crianças, no período infantil tardio ou pós-neonatal, ocorrem devido às condições inadequadas de atenção ao recém-nascido pela mãe, pela família e pelo ambiente social onde se inserem/vivem.

Uma análise global dos quadros e tabelas anteriores, permitem inferir que as menores taxas de mortalidade infantil ocorreram nos municípios da Alta Sorocabana, pois ali estão alocadas as principais maternidades, os equipamentos de saúde e, principalmente, os recursos humanos e materiais de atenção materno infantil. Exceção seja feita a região da Alta Paulista que também é polo microrregional e conta com recursos quase adequados. Torna-se evidente, portanto, que as maiores taxas ocorram nas sub-regiões mais distantes da sede. As regiões do Pontal do Paranapanema, Alto Capivari e Extremo Oeste Paulista têm as mais altas taxas de mortalidade infantil, possivelmente devido à falta de recursos locais “senso lato”, de melhor nível.

Uma gestante, cujo feto esteja em condições de anoxia, e mesmo um recém-nascido nas mesmas condições têm de aguardar a liberação de uma vaga de uma central de regulação e percorrer cerca de 100 quilômetros até a unidade de referência para receber assistência adequada, o que poderá levar mais de uma hora. Lembremos que as reversibilidades de lesões cerebrais e respiratórias em crianças de baixo peso, ao nascer, são tempo-dependente na maioria dos casos. Embora a presente análise seja sucinta, é representativa da situação regional.

No entanto, a tarefa mais importante para reduzir a mortalidade infantil está na atenção durante a gravidez, parto e puerpério, em especial à qualidade da assistência ao parto.

Na Tabela 16 identificamos que 11,15 % dos óbitos do gênero masculino são de morte sem assistência e causas mal definidas, o que sugere que os homens não têm um acompanhamento adequado de sua saúde (falta de diagnóstico), ou por preenchimento equivocado da declaração de óbito (local da morte), o que poderia ter seus números reduzidos com o encaminhamento para o Serviço de Verificação de Óbito – SVO, para elucidar. Verificamos também que as principais causas são: infarto agudo do miocárdio, pneumonias e outras doenças pulmonares, diabetes e acidente vascular cerebral, o que representa 22,45% dos óbitos. As neoplasias também são representativas nesse gênero, com 7,67%, a mais incidente é o câncer de pulmão, seguido pelo de próstata.

Tabela 16 - Principais causas específicas de mortalidade masculina na RRAS.

| Causas Específicas | Nº de Óbitos | % Total óbitos Masculino | % Total Geral de óbitos |
|--|--------------|--------------------------|-------------------------|
| Morte sem assistência | 169 | 5,71 | 3,30 |
| Outras causas mal definidas | 161 | 5,44 | 3,14 |
| Infarto agudo do miocárdio | 147 | 4,97 | 2,87 |
| Pneumonia | 130 | 4,39 | 2,54 |
| Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas | 99 | 3,35 | 1,93 |
| Diabetes mellitus | 97 | 3,28 | 1,89 |
| Acidente vascular cerebral | 97 | 3,28 | 1,89 |
| Insuficiência cardíaca | 94 | 3,18 | 1,83 |
| Neoplasias malignas dos brônquios e pulmões | 72 | 2,43 | 1,40 |
| Neoplasias malignas da próstata | 68 | 2,30 | 1,33 |
| Outras doenças cerebrovasculares | 57 | 1,93 | 1,11 |
| Neoplasias malignas do estômago | 48 | 1,62 | 0,94 |
| Neoplasias malignas do esôfago | 39 | 1,32 | 0,76 |
| Fibrose e cirrose hepáticas | 38 | 1,28 | 0,74 |
| Sequelas de doenças cerebrovasculares | 37 | 1,25 | 0,72 |
| Doença de Alzheimer | 33 | 1,12 | 0,64 |
| Doença alcoólica do fígado | 33 | 1,12 | 0,64 |
| Outras doenças relacionadas ao aparelho respiratório | 29 | 0,98 | 0,57 |
| Trauma de acidente de transporte | 29 | 0,98 | 0,57 |
| Hipertensão essencial | 28 | 0,95 | 0,55 |
| Outras septicemias | 26 | 0,88 | 0,51 |
| Aneurisma e dissecação da aorta | 26 | 0,88 | 0,51 |
| Agressão arma de fogo | 26 | 0,88 | 0,51 |
| Agressão objeto cortante ou penetrante | 26 | 0,88 | 0,51 |
| Doença HIV | 25 | 0,85 | 0,49 |
| Doença isquêmica crônica do coração | 25 | 0,85 | 0,49 |
| Total de causas específicas sexo masculino | 1.659 | 56,09 | 32,36 |
| Total de óbitos sexo masculino | 2.958 | 100 | 57,71 |
| Total geral de óbitos | 5.126 | | 100 |

Fonte: Fundação Seade (2017). Elaborado pelo autor.

Dentro das principais causas de óbitos ocorridos no sexo feminino (Tabela 17), duas, a exemplo do que ocorre no sexo masculino, continuam a ter grande importância: “morte sem assistência” e “causas mal definidas”, que representam a 1ª e a 5ª causa que, ao serem somadas, totalizam 10,33% dos óbitos femininos. Outro dado significativo são as pneumonias e o diabetes, os quais aparecem como 2ª e 3ª causas, e o infarto agudo do miocárdio, que aparece como a 4ª causa de óbito do gênero feminino.

Tabela 17 - Principais causas específicas de mortalidade feminina na RRAS.

| Causas Específicas | Nº de Óbitos | % Total óbitos Feminino | % Total Geral de óbitos |
|--|--------------|-------------------------|-------------------------|
| Morte sem assistência | 131 | 6,04 | 2,56 |
| Pneumonia | 121 | 5,58 | 2,36 |
| Diabetes mellitus | 109 | 5,03 | 2,13 |
| Infarto agudo do miocárdio | 104 | 4,80 | 2,03 |
| Outras causas mal definidas | 93 | 4,29 | 1,81 |
| Insuficiência cardíaca | 81 | 3,74 | 1,58 |
| Acidente vascular cerebral | 72 | 3,32 | 1,40 |
| Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas | 69 | 3,18 | 1,35 |
| Outras doenças cerebrovasculares | 56 | 2,58 | 1,09 |
| Neoplasias malignas de mama | 56 | 2,58 | 1,09 |
| Doenças do trato urinário | 44 | 2,03 | 0,86 |
| Doença de Alzheimer | 42 | 1,94 | 0,82 |
| Neoplasias malignas dos brônquios e pulmões | 39 | 1,80 | 0,76 |
| Hipertensão essencial | 39 | 1,80 | 0,76 |
| Hemorragia intracerebral | 34 | 1,57 | 0,66 |
| Outras doenças relacionadas ao aparelho respiratório | 32 | 1,48 | 0,62 |
| Outras septicemias | 30 | 1,38 | 0,59 |
| Doença cardíaca hipertensiva | 29 | 1,34 | 0,57 |
| Sequelas de doenças cerebrovasculares | 21 | 0,97 | 0,41 |
| Neoplasias malignas do colon | 21 | 0,97 | 0,41 |
| Cardiomiopatias | 20 | 0,92 | 0,39 |
| Neoplasias malignas do estômago | 19 | 0,88 | 0,37 |
| Queda sem especificação | 19 | 0,88 | 0,37 |
| Nefrite túbulo-intersticial aguda crônica | 18 | 0,83 | 0,35 |
| Total de causas específicas sexo feminino | 1.299 | 59,92 | 25,34 |
| Total de óbitos sexo feminino | 2.168 | 100 | 42,29 |
| Total geral de óbitos | 5.126 | | 100 |

Fonte: Fundação Seade (2017). Elaborado pelo autor.

As informações da RRAS, refletem as transformações demográficas de transição, assim como as transformações de natureza social e econômica. O aumento da proporção de idosos no componente população acentuou a transição epidemiológica com uma redução mais notável das doenças infecciosas e um aumento acentuado das doenças denominadas crônicas não transmissíveis, como o câncer e as doenças cardiocirculatórias.

Uma vez que não se tem um completo deslinde da história natural de tais doenças, as ações de saúde pública concentram-se globalmente no controle dos fatores de risco tais como: alimentação adequada, atividade física, controle de peso, tabagismo e hipertensão, os quais são, principalmente, os fatores identificados. As ações necessárias, embora possam ser consideradas existentes, concentram-se preponderantemente no diagnóstico preventivo e

secundário. São necessárias ações mais globais e precoces no início da infância e dos anos escolares, pois já se encontram casos de hipertensão nessas fases, na idade escolar, por exemplo.

Na RRAS, conforme dados apresentados, o risco de óbitos por neoplasias de colo de útero foi maior no Pontal do Paranapanema, seguido pela Alta Sorocabana e nenhum caso no Extremo Oeste Paulista (Tabela 18). Essas discrepâncias podem estar relacionadas à composição etária da população e, principalmente, ao acesso à rede de saúde preventiva, ou seja, à primária.

Esse contexto acaba por reforçar nas pessoas que necessitam de atendimento médico a ideia da precariedade do sistema e o sentimento de impotência para exigir aquilo que entende que lhe é devido.

Tabela 18 - Taxa de mortalidade por neoplasia de colo de útero na RRAS.

| Região de Saúde | Nº de Óbitos | População Feminina | Taxa de Mortalidade |
|------------------------|--------------|--------------------|---------------------|
| Alta Paulista | 2 | 61.311 | 3,26 |
| Alta Sorocabana | 9 | 194.061 | 4,64 |
| Alto Capivari | 1 | 28.301 | 3,53 |
| Extremo Oeste Paulista | 0 | 46.035 | 0,00 |
| Pontal do Paranapanema | 2 | 33.781 | 5,92 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 14 | 363.489 | 3,85 |
| Estado de São Paulo | 860 | 21.184.326 | 4,06 |

Fonte: Fundação Seade (2017). Elaborado pelo autor.

A sociedade, indubitavelmente, acompanha estes episódios já que neles estão reunidos elementos que levam a crer que os serviços, o sistema e as políticas de saúde são insuficientes, segregam e causam insegurança e sofrimento para as pessoas que deles necessitam.

Com relação à mortalidade por neoplasia de mama em mulheres, a região de saúde do Extremo Oeste Paulista apresentou a maior taxa 26,07%, seguida pela Alta Sorocabana com 17,00%. Considerando que a neoplasia de colo de útero e a de mama são procedimentos preventivos realizados pelo mesmo profissional na rede básica de saúde, os acometimentos em proporções distintas nas regiões de saúde, conforme Tabelas 18 e 19 que reafirmam haver problemas na política de saúde dos municípios que urgem por intervenção.

Tabela 19 - Taxa de mortalidade por neoplasia de mama na RRAS

| Região de Saúde | Nº de | População | Taxa de |
|-----------------|-------|-----------|---------|
|-----------------|-------|-----------|---------|

| | Óbitos | Feminina | Mortalidade |
|------------------------|--------|------------|-------------|
| Alta Paulista | 9 | 61.311 | 14,68 |
| Alta Sorocabana | 33 | 194.061 | 17,00 |
| Alto Capivari | 1 | 28.301 | 3,53 |
| Extremo Oeste Paulista | 12 | 46.035 | 26,07 |
| Pontal do Paranapanema | 2 | 33.781 | 5,92 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 57 | 363.489 | 15,68 |
| Estado de São Paulo | 3.615 | 21.184.326 | 17,06 |

Fonte: Fundação Seade (2017). Elaborado pelo autor

O que se pode deprender até aqui é que estamos diante de um sistema que é apresentado e, em alguma medida, apresenta-se para a sociedade com desajustes e inconsistências importantes.

Observa-se, na Tabela 20, que as regiões de saúde do Alto Capivari e Alta Paulista apresentaram as maiores taxas de mortalidade por neoplasia de próstata (36,00% e 21,75%, respectivamente), distanciando-se consideravelmente a taxa da RRAS 11 (18,96%) da taxa do Estado de São Paulo (14,15%). Os números são alarmantes e sugerem uma ampla revisão no modelo de saúde preventiva atual.

Tabela 20 - Taxa de mortalidade masculina por neoplasia de próstata na RRAS

| Região de Saúde | Nº de Óbitos | População Masculina | Taxa de Mortalidade |
|------------------------|--------------|---------------------|---------------------|
| Alta Paulista | 14 | 64.379 | 21,75 |
| Alta Sorocabana | 33 | 186.016 | 17,74 |
| Alto Capivari | 10 | 27.780 | 36,00 |
| Extremo Oeste Paulista | 8 | 46.581 | 17,17 |
| Pontal do Paranapanema | 3 | 33.940 | 8,84 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 68 | 358.696 | 18,96 |
| Estado de São Paulo | 2.842 | 20.077.873 | 14,15 |

Fonte: Fundação Seade (2017). Elaborado pelo autor.

As neoplasias são a segunda causa de óbito, mas, tal como acima, têm ação preventiva limitada. Em geral, falta o diagnóstico precoce por desconhecimento da população ou mesmo acesso à rede de saúde. Existe, na região, assistência médica para o câncer, todavia a incidência dos diversos tipos ainda são estimativas baseadas no Instituto Nacional do Câncer, o qual tem como base registros apenas para os municípios de São Paulo e Campinas, com características diversas do interior do Estado. Para melhor conhecimento da incidência regional, seria necessária a instalação de um registro de câncer de base populacional ou de notificação obrigatória.

Sendo assim, uma das maneiras de realizar uma aproximação ao tema é conhecer a forma como os indivíduos e a sociedade lidam com essa questão, analisando as alternativas

que se apresentam como possíveis de se lançar mão para obter a assistência desejada.

Entre as causas de internação sensíveis à atenção básica (Tabela 21), obtidas para os resultados da RRAS, a principal é a insuficiência cardíaca, responsável por 16,11%, seguida das infecções do rim e trato urinário, com 11,66%, e das gastroenterites infecciosas e complicações, com 11,15% das internações.

A taxa de internação da RRAS (21,44%) mostra-se preocupante quando comparada à taxa do Estado de São Paulo (15,95%), clara evidência da necessidade de replanejamento da atenção básica em saúde.

Tabela 21 - Internações por condições sensíveis à atenção básica na RRAS

| Condições Sensíveis a Atenção Básica | Nº de Internações | % |
|--|-------------------|-------|
| Insuficiência cardíaca | 2.488 | 16,11 |
| Infecção do rim e trato urinário | 1.800 | 11,66 |
| Gastroenterites infecciosas e complicações | 1.722 | 11,15 |
| Doenças pulmonares | 1.273 | 8,24 |
| Angina | 1.256 | 8,13 |
| Doenças cerebrovasculares | 1.124 | 7,28 |
| Hipertensão | 1.028 | 6,66 |
| Diabetes Melitus | 1.017 | 6,59 |
| Deficiências nutricionais | 851 | 5,51 |
| Infecção da pele e tecido subcutâneo | 667 | 4,32 |
| Úlcera gastrointestinal | 476 | 3,08 |
| Epilepsias | 381 | 2,47 |
| Asma | 362 | 2,34 |
| Infecções de ouvido, nariz e garganta | 342 | 2,21 |
| Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos | 239 | 1,55 |
| Anemia | 150 | 0,97 |
| Doenças relacionadas ao pré-natal e parto | 119 | 0,77 |
| Doenças preveníveis para imunização | 88 | 0,57 |
| Pneumonia bacteriana | 59 | 0,38 |
| Total das condições sensíveis | 15.442 | 21,44 |
| Total de Internações | 72.019 | 100 |
| Estado de São Paulo (% de internações sensíveis) | | 15,95 |

Fonte: SIH/SUS (2017). Elaborado pelo autor.

Os indivíduos naturalmente avaliam os serviços e sistemas de atendimento de acordo com os resultados que esses oferecem no momento de sua utilização. É por meio do reconhecimento da existência de atributos que são desejáveis que a avaliação se processa, ou seja, a experiência vivenciada pelo indivíduo quando precisa utilizar algum serviço que entende ter direito, é que define a sua posição de aceitação/satisfação ao mesmo. (Kotler, 2006). A discrepância observada na taxa de internação pode ter relação com a avaliação

precária ou inconfiável que o indivíduo fez da atenção básica, levando-o a procurar formas alternativas de resolver seu problema de saúde.

Ocorre que a busca por alternativas paralelas, muitas vezes não garante a assistência à saúde de forma mais qualificada como espera o indivíduo.

Nos dados da Tabela 22, observa-se que a taxa de internação da RRAS por Acidente Vascular Cerebral – AVC - na faixa etária entre 30 e 59 anos (11,81%), apresenta-se acima da média do Estado de São Paulo (10,53%). No entanto, nas regiões do Alto Capivari e Pontal do Paranapanema, o percentual sobe para 20%, o que conota a necessidade de implementação de ações do Programa de Controle de Hipertensão e Diabetes, que deverá se vincular às ações de atenção à saúde primária no município.

Tabela 22 - Taxa de internação por AVC na população entre 30 e 59 anos na RRAS

| Região de Saúde | % Pop SUS | Intern. por AVC | Pop. Total 30 a 59 anos | Internação por AVC Pop total | Pop SUS 30 a 59 anos | Intern. por AVC Pop SUS |
|------------------------|-----------|-----------------|-------------------------|------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Alta Paulista | 87,56 | 31 | 51.676 | 6,00 | 45.248 | 6,85 |
| Alta Sorocabana | 73,53 | 114 | 157.214 | 7,25 | 115.599 | 9,86 |
| Alto Capivari | 81,46 | 37 | 22.495 | 16,45 | 18.324 | 20,19 |
| Extremo Oeste Paulista | 85,01 | 48 | 38.426 | 12,49 | 32.666 | 14,69 |
| Pontal do Paranapanema | 91,01 | 49 | 26.546 | 18,46 | 24.160 | 20,28 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 79,72 | 279 | 296.357 | 9,41 | 236.256 | 11,81 |
| Estado de São Paulo | 59,26 | 10.548 | 16.898.461 | 6,24 | 10.014.028 | 10,53 |

Fonte: SIH/SUS, 2011. IBGE (2017). Elaborado pelo autor.

A apresentação deste quadro leva à percepção de um sistema ineficiente, que ganha ainda outros aspectos que pretendem ser confirmatórios de um caos generalizado, que tem como foco principal a falta de acolhimento adequado aos indivíduos que procuram atendimento médico quando diante de uma crise de saúde.

Essa evidência coloca em cheque um princípio doutrinário do SUS que fundamenta a sua própria existência. A garantia de acesso universal ao SUS é um elemento fundamental para a sua consolidação enquanto sistema e dela derivam a segurança ao usuário de que há a garantia de um “seguro à sua saúde” e que esse se dará sem barreiras de qualquer tipo.

O Brasil registra muito mais cesarianas do que os 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde. A taxa nacional é de 39,00% e, em todos os estados das regiões sul, sudeste e centro oeste, o índice é superior a 40,00%, segundo dados de 2011 do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). A RRAS contabilizou 72,91% de partos

cesáreos que inclusive está acima da taxa de 58,68%, do Estado de São Paulo que é considerada alta (Tabela 23).

Tabela 23 - Taxa de cesárea por região de saúde na RRAS.

| Regiões de Saúde | Nº de Nascidos Vivos | Nº de Partos Cesárea | % |
|------------------------|----------------------|----------------------|-------|
| Alta Paulista | 1.405 | 1.100 | 78,29 |
| Alta Sorocabana | 4.784 | 3.597 | 75,19 |
| Alto Capivari | 767 | 495 | 64,54 |
| Extremo Oeste Paulista | 1.099 | 852 | 77,53 |
| Pontal do Paranapanema | 877 | 468 | 53,36 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 8.932 | 6.512 | 72,91 |
| Estado de São Paulo | 601.561 | 352.995 | 58,68 |

Fonte: SIH/SUS, 2017. IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

Os benefícios do parto normal são inúmeros, tanto para a mãe quanto para o bebê. Eles vão desde a melhor recuperação da parturiente e a redução dos riscos de infecção hospitalar até a menor incidência do desconforto respiratório do recém-nascido. Certamente, a incidência de cesáreas pode ser diminuída por meio de trabalhos específicos na rede de atenção básica com as gestantes durante o período do pré-natal.

Por outro lado, tem-se a baixa remuneração do médico que não se sente atraído em fazer o parto normal pelo SUS, corroborando para o agravamento ou continuidade da situação.

Sob o ponto de vista da prestação dos serviços pelos trabalhadores da saúde, as informações indicam que, não obstante o permanente esforço mostrado pelas imagens de pessoas absorvidas por uma extenuante rotina para dar conta da demanda de pacientes que aguardam atendimento, esse esforço é insuficiente, resultando em imagens que são perturbadoras. Neste caso, são apontadas atitudes tidas como “mercenárias” de profissionais que burlam os controles existentes no arsenal de acompanhamento e gerenciamento, para obter vantagens não devidas. Trata-se de um processo muitas vezes articulado com entes diversos, que manipulam informações, desviando esforços e recursos em prejuízo da assistência que deveria estar disponibilizada em maior escala à população desejosa de atenção.

Os dados corroboram para o entendimento de que a rede de atenção à saúde requer cuidados, planejamento e correta alocação de recursos e pessoas de forma a otimizar os processos.

Não obstante, os dados da região em estudo sobre o PIB, IPRS, densidade populacional, educação, expectativa de vida e morbimortalidade não devem ser analisados

isoladamente sob o risco de deprender uma ideia de uma região em transição demográfica onde as condições de vida e acesso à saúde esteja caminhando de maneira satisfatória. É necessário que os dados sejam analisados, associados com a saúde em rede em todos os municípios da região de modo que a saúde seja notada no contexto de sua importância para o desenvolvimento econômico e social. Os dados sobre a rede de atenção primária e o volume de pacientes no pronto socorro e no AME que serão apresentados nesta pesquisa, evidenciam a necessidade premente dessa análise global no sentido de compreender as singularidades da região e, principalmente criar mecanismos de intervenção para a melhoria de todos os indicadores sociais e econômicos.

11 AS DESIGUALDADES REGIONAIS E OS REFLEXOS NA REDE DE SAÚDE

No presente capítulo buscamos traçar um paralelo entre as desigualdades regionais observadas na região em estudo com a rede de atenção à saúde. Os problemas em saúde que se desdobram a partir das desigualdades socioeconômicas. O SUS ajudou a alcançar um estreitamento das desigualdades em saúde com melhorias na cobertura e acesso aos cuidados de saúde em todo o país, mas grandes variações permaneceram entre os municípios em relação à infraestrutura, recursos humanos, capacidade de gestão e acesso a serviços de saúde eficazes. O Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Estas iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira, a RRAS de Presidente Prudente não é uma exceção.

O país experimentou, nas últimas décadas, mudanças socioeconômicas importantes como a redução da pobreza e as desigualdades porém, de forma diferenciada entre as regiões.

Esta constatação é sacramentada por Andrade *et al.* (2013), ao afirmar que as mudanças estão associadas tanto ao contexto das políticas macroeconômicas, ressaltando o controle inflacionário e a estabilização econômica, que permitiram a retomada do crescimento, como também ao contexto institucional que preconizou as políticas sociais. Entre as principais políticas sociais cabe mencionar os programas de transferência de renda, a expansão da cobertura escolar, principalmente no ensino fundamental, e a consolidação do SUS com ênfase na atenção primária (SIMÕES, 2009).

Ainda segundo os autores, diversos estudos analisaram a presença de desigualdades

socioeconômicas no acesso aos cuidados com a saúde, a maioria dos trabalhos utilizou informações domiciliares com abrangência nacional no qual o acesso foi mensurado por medidas de utilização ou procura pelos serviços de saúde.

No Brasil, as políticas públicas têm contribuído para um melhor acesso aos serviços de saúde especialmente entre os pobres. Os esforços do governo para aumentar a cobertura de cuidados primários e preventivos têm sido implementados principalmente por meio do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994. O programa é centrado na família e enfatiza o atendimento ambulatorial em detrimento da lógica hospitalocêntrica, historicamente utilizada no Brasil.

No entendimento de França (2016) o SUS ajudou a alcançar um estreitamento das desigualdades em saúde com melhorias na cobertura e acesso aos cuidados de saúde em todo o país, mas grandes variações permaneceram entre os municípios em relação à infraestrutura, recursos humanos, capacidade de gestão e acesso a serviços de saúde eficazes.

A oferta de serviços de saúde no Brasil foi organizada priorizando o cuidado hospitalar, principalmente tratamento de eventos agudos e cuidados emergenciais. Esse arranjo institucional tem sido relativamente exitoso para atender a demanda efetiva para cuidados emergenciais e eventos agudos, negligenciando, entretanto, a demanda eletiva para cuidado hospitalar e a demanda ambulatorial por cuidados preventivos. Carvalho e Gianini (2012) em estudo realizado para a cidade de Sorocaba, São Paulo, encontraram que o tempo de espera para realização de cirurgias eletivas é maior para indivíduos de menor renda e escolaridade e tratados nos hospitais públicos. Segundo esses autores a presença de desigualdade social está associada ao tipo de estabelecimento em que o indivíduo recebe atendimento, sugerindo que o sistema público no Brasil ainda não está organizado de forma adequada para oferecer serviços hospitalares eletivos (ANDRADE *et al.*, 2013).

Sedimentado nesta mesma direção, o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS (2008) aponta que apesar dos importantes avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio de seus indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, ou seja, desigualdades de saúde entre grupos populacionais que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992). Estas iniquidades em saúde são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira que ainda estão presentes, cristalizados na RRAS.

O Brasil vem passando por grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, particularmente nas quatro últimas décadas, com significativas repercussões

nas condições de vida e trabalho da população e conseqüentemente em sua situação de saúde.

As desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde estão, em grande medida, relacionadas com a estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde, o que faz com que tais desigualdades sejam bastante permeáveis às políticas setoriais. Os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde (morbidade, gravidade e urgência da doença), aos usuários (idade, sexo, renda, educação, região de moradia), aos prestadores de serviços (especialidade, experiência profissional, tipo de prática, formas de pagamento), à organização da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatório, acesso geográfico, modo de remuneração) e à política do sistema de saúde (tipo de sistema de saúde, proposta assistencial, distribuição de recursos, legislação, entre outros) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As redes sociais e comunitárias são constituintes do chamado capital social, entendido este como o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. O desgaste do capital social é um importante mecanismo através do qual as iniquidades socioeconômicas impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social resultantes dessas iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e são também onde há menor participação na definição de políticas públicas. São poucos os estudos conduzidos na população brasileira que relacionam redes sociais e comunitárias com agravos em saúde, o que pode ser explicado, em parte, pela falta de domínio de metodologias adequadas para abordar estes objetos.

Segundo o Conass (2018), as mudanças no perfil demográfico, na transição epidemiológica e nos estilos de vida da população, que evoluem para a prevalência das condições crônicas de saúde, o caminho para enfrentar essa situação é adotar modelo de saúde no formato organizativo de um sistema de saúde integrado que se de a partir da consolidação das redes de atenção à saúde, tendo a atenção primária como eixo estruturante do SUS e como coordenadora do cuidado.

Estudos avaliativos regionais que envolvam pequenos municípios ainda são escassos. Conhecer o perfil epidemiológico e a situação da atenção às condições de saúde nesses municípios pode revelar fragilidades e também potencialidades do SUS, principalmente no que se refere à efetividade de redes regionalizadas e da atenção básica, dois eixos estratégicos do Ministério da Saúde para operacionalização do SUS (MEDEIROS, 2013)

Em pesquisa realizada por Malta (2018), os autores afirmam que nos últimos 30 anos, o SUS expandiu o acesso aos serviços de saúde acompanhado de uma queda das desigualdades nos indicadores de saúde da população, mas seu desempenho futuro está

ameaçado pelas transições demográficas, epidemiológicas, econômicas, políticas e sociais enfrentadas pelo Brasil. Embora o SUS tenha, sem dúvida, contribuído para melhorias na saúde e bem-estar da população brasileira e ajudado a reduzir as disparidades de saúde, esses ganhos são frágeis. O Brasil está passando por uma grande transição sociopolítica e econômica, a mudança política para o populismo de extrema direita está testando a democracia e ameaçando os direitos humanos. Essa mudança, muitas vezes acompanhada por políticas de austeridade, provavelmente afetará negativamente o SUS e agravará as desigualdades.

Os municípios com baixa população representam número expressivo em todo o País, implicando reconhecer a peculiaridade da região, que associa pequenos municípios distribuídos em uma área geográfica limitada, dependentes de outras cidades que contém uma rede assistencial de saúde um pouco mais ampla como é o caso dos quarenta e cinco municípios da região de Presidente Prudente, referenciados no Hospital Regional.

11.1 Oferta de Serviços da Rede Regional de Atenção à Saúde

A RRAS de Presidente Prudente dispõe de 188 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Tabela 23), o que representa, aproximadamente, uma unidade para cada 3.842 habitantes. O Ministério da Saúde recomenda uma UBS para cada 2.000 habitantes e uma Equipe de Saúde da Família - ESF - para até 4.000 pessoas. Nesta última, a região dispõe de uma equipe para 6.391 pessoas.

Ainda com relação à deficiência na estrutura, a Organização Mundial de Saúde - OMS - recomenda 1 leito de CAPS - Centro de Atenção Psicossocial para 10.000 habitantes. Na região, há 8 onde deveria haver 72.

Comparativos dos gastos anuais em saúde de diversos países colocam o Brasil numa situação desfavorável. Verifica-se que enquanto países como Inglaterra, França e Alemanha, que têm sistemas de saúde melhor ajustados às necessidades do cidadão, gastam cerca de 10% de seu PIB no sistema de saúde, enquanto que o Brasil gasta em torno de 6%, considerado o mesmo período (CONILL,2006). De outro lado, estudos mostram que outros sistemas de saúde, como o americano, que gasta 15% do seu PIB na saúde, apresenta resultados piores do que o dos países já citados, bem como determina a exclusão de parcela importante da população que não dispõe de qualquer tipo de assistência. Assim, ainda que o investimento financeiro no setor saúde seja um fator importante para que o mesmo possa atingir seus objetivos, a qualidade do investimento merece uma análise mais profunda. É importante compreender também onde ocorre esse investimento, especialmente se os mesmos estão

alocados nas necessidades da maioria da população com que tem maior vulnerabilidade e dependência do cuidado ou atenção, definição que se dará a partir da escolha do modelo de sistema.

A estrutura ambulatorial de equipamentos da RRAS (Tabela 24) evidencia maior concentração na região da Alta Sorocabana em decorrência do fluxo de pacientes para os serviços instalados em Presidente Prudente. Os agentes de saúde devem avaliar a questão da concentração sob o aspecto da eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Dispor de instrumentos que sejam capazes de nortear o planejamento, instalação e operacionalização dos equipamentos e estrutura de saúde pela necessidade da população e não somente como uma acomodação política. Boa parte dos municípios aqui estudados, dispõe de equipamentos de RX, ultrassonografia, mamografia, equipamentos oftalmológicos entre outros, no entanto, não contratam médicos e pessoal técnico para operá-los. A aquisição dos equipamentos ocorreu por meio de emendas parlamentares ou projetos de expansão da rede municipal de saúde que não se materializou pela falta de aplicação de recursos em pessoal especializado.

Tabela 24 - Estrutura ambulatorial de equipamentos.

| Regiões de Saúde e Municípios | UBS | ESF | UBS c/ EACS | UBS c/ ESF | Total UBS | Nº Leito Obs | NASF | CAPS | Amb Espec | AME | APAE | Cerest |
|-------------------------------|-----------|-----------|-------------|------------|-----------|--------------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| Dracena | 1 | | 5 | 1 | 7 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Flora Rica | | | | 1 | 1 | 3 | | | | | | |
| Irapuru | | 1 | | 1 | 2 | 2 | | | | | | |
| Junqueirópolis | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | | |
| Monte Castelo | | | | 1 | 1 | 2 | | | | | | |
| N. Guataporanga | | | | 1 | 1 | 9 | | | | | | |
| Ouro verde | | 1 | | 1 | 2 | 12 | | | | | | |
| Panorama | 1 | 2 | | | 3 | 4 | | | | | 1 | |
| Paulicéia | | 1 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| Santa Mercedes | 1 | | | 1 | 2 | | | | | | | |
| São J. Pau D'Álho | | | | 1 | 1 | 8 | | | | | | |
| Tupi Paulista | 1 | 4 | | | 5 | 9 | 1 | | | | 1 | |
| Alta Paulista | 5 | 17 | 5 | 9 | 36 | 61 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 |
| Alfr. Marcondes | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Alv. Machado | 2 | 5 | | | 7 | | | | | | 1 | |
| Anhumas | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Caiabu | | | | 2 | 2 | | | | | | | |
| Emilianópolis | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Estela do Norte | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Indiana | 1 | | | 2 | 3 | | | | | | | |
| Martinópolis | 1 | 5 | | 1 | 7 | | | 2 | | | 1 | |
| Narandiba | | 1 | | 1 | 2 | | | | | | | |
| Pirapozinho | | 5 | 1 | 1 | 7 | | | 1 | | | 1 | |
| Pres. Bernardes | 1 | 4 | | 2 | 7 | 6 | | | | | 1 | |
| Pres. Prudente | 12 | 11 | | | 23 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 2 | 1 |
| Regente Feijó | 3 | 5 | | | 8 | | | | | | 1 | |
| Rib. dos Índios | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Sandovalina | | | | 2 | 2 | | | | | | | |
| Santo Anastácio | 1 | 4 | | | 5 | | | | | | 1 | |
| Santo Expedito | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Taciba | 1 | 2 | | | 3 | 9 | | | | | | |
| Tarabai | | 2 | | 1 | 3 | 12 | | | | | | |
| Alta Sorocabana | 22 | 44 | 1 | 18 | 85 | 29 | 1 | 4 | | 1 | 8 | 1 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|------------|----------|-----------|------------|------------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|
| Iepê | 1 | 2 | | | 3 | 2 | | | | | | |
| João Ramalho | | | | 1 | 1 | | | | | | | |
| Nantes | | | | 1 | 1 | 2 | | | | | | |
| Quatá | 1 | 3 | | | 4 | 3 | | | | | 1 | |
| Rancharia | 1 | 8 | | | 9 | | | 1 | | | 1 | |
| Alto Capivari | 3 | 13 | | 2 | 18 | 7 | | 1 | | | 2 | |
| Caiuá | | 1 | | 1 | 2 | | | | | | | |
| Marabá Paulista | | 1 | | 1 | 2 | | | | | | | |
| Piquerobi | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | |
| Pres. Eptácio | | 8 | 1 | 1 | 10 | | | | 1 | | 1 | |
| Pres. Venceslau | 1 | 7 | | | 8 | | | 1 | 2 | | 1 | |
| Extremo Oeste Pta | 1 | 17 | 1 | 4 | 23 | 1 | | 1 | 3 | | 2 | |
| Euclides Cunha Pta | | 3 | | 1 | 4 | | | | | | | |
| M. Paranapanema | | 5 | | 1 | 6 | | | | | | | |
| Rosana | 1 | 7 | | | 8 | 5 | | | 1 | | 1 | |
| Teodoro Sampaio | | 7 | | 1 | 8 | | | | | | 1 | |
| P. Paranapanema | 1 | 22 | | 3 | 26 | 5 | | | 1 | | 2 | |
| RRAS 11 | 32 | 113 | 7 | 36 | 188 | 103 | 3 | 8 | 5 | 2 | 17 | 1 |

Fonte: CNES e banco de dados do município(2017). Elaborado pelo autor.

A região dispõe de uma estrutura de urgência e emergência (Tabela 25) relativamente “tímida”. Estão sediados, em Presidente Prudente, dois hospitais credenciados para atendimento terciário de urgência e emergência. Nas demais cidades ocorre o atendimento primário ou secundário, e não existe ainda, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. Percebe-se, neste caso, a fragilidade da atenção aos atendimentos de urgência e emergência requeridos pela população, principalmente para os municípios mais distantes de Presidente Prudente.

Tabela 25 - Unidades de Urgência e Emergência.

| Região de Saúde e Município | TIPO DE UNIDADE | | | |
|--|-----------------|---------------|----------------------|---------------|
| | PS ISOLADO | PS HOSPITALAR | URGÊNCIA PSQUIÁTRICA | P.A. 24 HORAS |
| Dracena | 1 | | | |
| Junqueirópolis | 1 | | | |
| Panorama | 1 | | | |
| Tupi Paulista | 1 | | | |
| Total da Alta Paulista | 4 | | | |
| Álvares Machado | | 1 | | |
| Martinópolis | | 1 | | |
| Pirapozinho | | | | 1 |
| Presidente Bernardes | | 1 | | |
| Presidente Prudente | | 1 | 1 | 1 |
| Regente Feijó | | 1 | | |
| Santo Anastácio | | 1 | | |
| Total da Alta Sorocabana | | 6 | 1 | 2 |
| Iepê | | 1 | | |
| Rancharia | | 1 | | |
| Total do Alto Capivari | | 2 | | |
| Presidente Epitácio | | 1 | | |
| Presidente Venceslau | | 1 | | |
| Total do Extremo Oeste Paulista | | 2 | | |
| Rosana | | 1 | | |
| Teodoro Sampaio | | 1 | | |
| Total do Pontal do Paranapanema | | 2 | | |
| Total da RRAS 11 Pres. Prudente | 4 | 12 | 1 | 2 |

Fonte: CNES e banco de dados do município (2017). Elaborado pelo autor.

Há entendimento de que o que ocorre no âmbito do financiamento do sistema não é a falta de recursos, mas sim a má gestão dos recursos existentes. Essas opiniões apontam para a importância de uma correta e justa aplicação dos recursos já disponíveis, o que resolveria, em grande parte, os problemas da saúde que são referidos de forma persistente. Justifica-se que os problemas são recorrentes e já poderiam ter sido corrigidos desde que adequadamente

enfrentados com a priorização dos investimentos (Mendes, 2012).

A estrutura de atenção primária em Presidente Prudente é boa quando comparada com outros estados da união, embora não podemos dizer que seja eficiente. A resolutividade das UBS deixa a desejar, o que leva a população a recorrer ao pronto socorro por problemas simples que deveriam ser resolvidos na UBS (Diário de campo: 19/05/2017, relato de um médico do HR).

A região dispõe de 1.239 leitos gerais conveniados com o SUS, para uma população geral estimada de 577.754 habitantes (população SUS dependente, (IBGE, 2010). Dessa forma, estão disponíveis 2,15 leitos gerais para cada 1.000 habitantes (Tabela 26). De acordo com parâmetros da Portaria GM 1101/2002, a qual estipula 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes, considerando os leitos especializados, a RRAS mantém 3,23 leitos/1000 habitantes, o que configura a suficiência de leitos hospitalares para atendimento público.

O Estado diz que há leitos de sobra em Presidente Prudente para atender a demanda da região. Não parece ser verdade, não conseguimos vagas para internar nossos pacientes. Se há vagas, porque não temos acesso? Se os leitos existem e não estamos internando, certamente ocorre ociosidade nos serviços. Como explicar esta suposta sobra de leitos com as filas intermináveis para procedimentos que demandam por internação? (Diário de campo: 26/08/2017, relato de um dirigente municipal de saúde).

A análise global dos leitos aponta para a suficiência, porém, é imprescindível a verificar se os leitos estão distribuídos de maneira a atender a demanda da baixa e média complexidade nos municípios da RRAS uma vez que, somente Presidente Prudente dispõe de leitos de alta complexidade.

A ausência de critérios técnicos para a alocação de leitos provoca, inevitavelmente, a migração do usuário para outros serviços, uma verdadeira peregrinação de pacientes em busca de atendimento promovendo na rede o descontrole e superlotação em determinados pontos, como ocorre no pronto socorro do Hospital Regional.

Tabela 26 - Hospitais Gerais por porte e natureza na RRAS

| Região de Saúde e Município | HOSPITAL GERAL – CONVÊNIO SUS | | | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------|-----------------|------------|--------------|------------|-----------|------------------------------|
| | < 50 Leitos | | 51 a 200 Leitos | | > 200 Leitos | | Gestão | Natureza |
| | Total | SUS | Total | SUS | Total | SUS | | |
| Dracena | | | 143 | 108 | | | Municipal | Filantrópico |
| Junqueirópolis | | | 52 | 26 | | | Estadual | Filantrópico |
| Panorama | | | 65 | 45 | | | Municipal | Filantrópico |
| Tupi Paulista | 48 | 30 | | | | | Estadual | Filantrópico |
| Alta Paulista | 48 | 30 | 260 | 179 | | | | |
| Álvares Machado | 20 | 18 | | | | | Estadual | Filantrópico |
| Martinópolis | | | 66 | 41 | | | Estadual | Filantrópico |
| Presidente Bernardes | | | 51 | 40 | | | Municipal | Filantrópico |
| Presidente Prudente | | | | | 626 | 534 | Estadual | 1 Filantrópico 1 Estadual |
| Regente Feijó | 24 | 17 | | | | | Estadual | Filantrópico |
| Santo Anastácio | | | 56 | 37 | | | Estadual | Filantrópico |
| Alta Sorocabana | 44 | 35 | 173 | 118 | 626 | 534 | | |
| Iepê | 20 | 20 | | | | | Municipal | Municipal |
| Rancharia | | | 98 | 70 | | | Estadual | Filantrópico |
| Alto Capivari | 20 | 20 | 98 | 70 | | | | |
| Presidente Epitácio | | | 78 | 68 | | | Estadual | Filantrópico |
| Presidente Venceslau | | | 97 | 75 | | | Municipal | Filantrópico |
| Extremo Oeste Paulista | | | 175 | 143 | | | | |
| Rosana | | | 66 | 58 | | | Estadual | Filantrópico |
| Teodoro Sampaio | | | 58 | 52 | | | Municipal | Filantrópico |
| Pontal do Paranapanema | | | 124 | 110 | | | | |
| RRAS 11 Presidente Prudente | 112 | 85 | 830 | 620 | 626 | 534 | | |

Fonte: CNES (2017). Elaborado pelo autor.

O sistema é resultado de uma expectativa da sociedade e se reflete no que dele será esperado por aqueles que o construíram, sendo realimentado constantemente por construções complementares e reconstruções. Haja vista que cada sistema é único e carrega consigo a representação da história da comunidade e os valores que serviram de base para a busca dos desejos, esse processo deve ser levado em conta para que se possa compreender como se estabelecem as representações do indivíduo e da sociedade nessa relação de interação (VALENTIN, 2009)

Ao incluirmos a rede privada na disponibilidade total de leitos, a relação sobe para 3,57 leitos/1000 habitantes, (Tabela 27), o que evidencia que, na média geral, a região atende à legislação no que diz respeito ao oferecimento de leitos. Porém, ao observarmos isoladamente as regiões, percebemos que apenas a Alta Sorocabana supera as recomendações da portaria. Isso significa que as demais regiões dependem desta, principalmente do município de Presidente Prudente que dispõe da maior oferta de leitos, principalmente de alta complexidade.

Mais do que as respostas de insatisfação da sociedade, é importante perceber que as políticas, sistemas e serviços de saúde passam por um processo de discussão que faz aflorar a necessidade de estudar em profundidade esse conjunto, buscando compreender e colaborar com o processo.

Tabela 27 - Leitos totais SUS e não SUS por população na RRAS

| Região de Saúde | Pop. Total | Leitos Existentes | Leitos Pop. 1000 hab | Pop. SUS Dep | Total Leitos SUS | Leitos SUS Pop. 1000 hab | Leitos Compl. Existentes | Leitos Complem leitos Gerais | Total de Leitos Complem | Leitos Compl SUS Leitos Gerais |
|-------------------|------------|-------------------|----------------------|--------------|------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Alta Paulista | 125.690 | 308 | 2,45 | 110.054 | 209 | 1,90 | 10 | 3,25 | 10 | 4,78 |
| Alta Sorocabana | 380.077 | 1854 | 4,88 | 279.471 | 1306 | 4,67 | 116 | 6,26 | 58 | 4,44 |
| Alto Capivari | 56.088 | 118 | 2,10 | 45.689 | 90 | 1,97 | 7 | 5,93 | 7 | 7,78 |
| Extremo Oeste Pta | 92.616 | 175 | 1,89 | 78.733 | 143 | 1,82 | 4 | 2,29 | 4 | 2,80 |
| Pontal Paranapan | 67.721 | 124 | 1,83 | 61.633 | 110 | 1,78 | 2 | 1,61 | 1 | 0,91 |
| RRAS 11 | 722.192 | 2579 | 3,57 | 575.731 | 1858 | 3,23 | 139 | 5,39 | 80 | 4,31 |

Fonte: IBGE (2010), CNES (2017). Elaborado pelo autor.

Em que pese a importância das discussões que se travam em relação às políticas de saúde, ao sistema de saúde e aos serviços de atenção, especialmente no que se refere aos possíveis motivos que justificariam o estado em que são mostradas as portas de acesso disponíveis para o usuário, é importante que se possa reconhecer que as críticas levadas a público são fundamentadas em uma realidade que se escancara à sociedade.

Observamos com clareza duas situações que carecem de alguma intervenção. A primeira está relacionada ao mau hábito das pessoas em procurar o pronto socorro por qualquer motivo banal, isto devido a falta de gestão da estrutura disponível. A segunda é pelo fato da população concluir pela baixa resolutividade dos serviços primários e não querer excursionar pela cidade em vão a procura de atendimento (Diário de campo: 17/06/2017, relato de um médico da rede básica de saúde).

A estrutura regional de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) (Tabela 28), segundo a Diretoria Regional de Saúde de Presidente Prudente, supre as necessidades da região. No entanto, a mesma reconhece que há demanda reprimida para exame endoscópico, ultrassonografia doppler, mamografia, Raio X contrastado e densitometria óssea, o que faz com que a Alta Sorocabana disponha da melhor estrutura de SADT.

O Estado está restringindo o acesso das pessoas aos exames para evitar investimentos, gastos com manutenção e contratação de pessoal. É lamentável trabalhar numa atividade de grande relevância para a sociedade e ter, diante dos olhos, a triste constatação do descaso (Diário de campo: 05/09/2017, relato de um funcionário do serviço público de saúde estadual).

Tabela 28 - Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico da RRAS

| Serviços de SADT de Média Complexidade | Regiões de Saúde | | | | | | | | | | Total RRAS 11 | | | |
|--|------------------|------|-----------------|------|---------------|------|-------------------|------|---------------------|------|---------------|---------------|---------|---------------|
| | Alta Paulista | | Alta Sorocabana | | Alto Capivari | | Extremo Oeste Pta | | Pontal Paranapanema | | SUS | | Privado | |
| | SUS | Priv | SUS | Priv | SUS | Priv | SUS | Priv | SUS | Priv | Nº Serv | Nº Equip e | Nº Serv | Nº Equip e |
| Serv reabilitação física | | | 1 | | | | | | | | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Centro de Lab. Regional | | | 1 | | | | | | | | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Lab Análises Clínicas | 6 | 4 | 14 | 10 | 6 | 2 | 4 | 7 | 6 | 6 | 36 | 0 | 29 | 0 |
| Posto de Coleta | 18 | 0 | 18 | 3 | 5 | 0 | 5 | 0 | 3 | 0 | 49 | 0 | 3 | 0 |
| Lab. Anaton Patol. Citopat. | | | 1 | | | | | | | | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Lab de Citopatologia | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 3 | 0 |
| Serv. Radiodiag. Mamografia | 2 | 1 | 4 | 4 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 10 | 12 | 7 | 8 |
| Serv. Raio X até 100 Ma | 1 | 0 | 4 | 7 | 3 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 13 | 21 | 7 | 7 |
| Serv. Raio X até 500 Ma | 5 | 0 | 9 | 10 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 18 | 22 | 12 | 19 |
| Serv Raio X mais de 500 Ma | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 4 | 2 | 2 |
| Serv. Raio X Fluoroscopia | | | 1 | 4 | | | | | 1 | | 2 | 2 | 4 | 6 |
| Serv. Raio X Dentário | 6 | 11 | 27 | 75 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 7 | 43 | 43 | 101 | 101 |
| Serv. Ultrasson. Convenc. | 5 | 3 | 7 | 16 | 0 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 16 | 18 | 27 | 27 |
| Serv. Ultrasson Doppler | 1 | 1 | 5 | 11 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 8 | 15 | 15 | 19 |
| Serv. Ultrasson Ecocardiog. | 4 | 1 | 6 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 4 | 1 | 18 | 18 | 7 | 8 |
| Exame Endosc. Digestivo | 2 | 2 | 3 | 5 | 2 | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 10 | 18 | 8 | 10 |
| Exame Endosc. Outros | 2 | 0 | 5 | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 10 | 11 | 8 | 10 |
| Eletroencefalógrafo | 1 | 0 | 5 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 7 | 6 | 6 |
| Serv. Fisioterapia | 16 | 38 | 40 | 45 | 6 | 6 | 7 | 6 | 13 | 6 | 82 | 0 | 101 | 0 |
| Serv. Densitometria óssea | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fonte: CNES (2017). Elaborado pelo autor.

Não há como compreender a forma como o indivíduo percebe a atenção à saúde sem verificar as origens do sistema vivido por ele. É parte de sua percepção o quanto o que ele vê está próximo ou afastado daquilo que entende que lhe é devido. Sua expectativa depende do que o sistema e a política de saúde estabelecem como direito seu. Há uma permanente medição em relação ao que se espera e o que se recebe.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a alta complexidade é definida como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, com vistas a propiciar, à população, acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).

Embora a estrutura de alta complexidade, concentrada em Presidente Prudente (Tabela 29), seja de alto custo, devido aos investimentos em equipamentos e profissionais, atualmente, ela tem sido suficiente para atender à demanda da RRAS, com exceção dos serviços de litotripsia, medicina nuclear, ressonância magnética ou oncologia, os quais estão com a demanda reprimida, ou seja, carecem de investimentos.

Os recursos existem, porém, são contraditórios com o controle orçamentário, ou seja, são controladas as quantidades de exames realizados mensalmente de modo a atender a dotação orçamentária dos municípios e dos prestadores de serviços de saúde. O orçamento financeiro restringe a realização de exames, consultas, internações e demais procedimentos de saúde.

Tabela 29 - Serviço de alta complexidade na RRAS.

| Serviços de Alta Complexidade | Gestão | | | Natureza | | | |
|---|----------|-----------|---------|-----------------|--------------|---------|---------------------------|
| | Estadual | Municipal | Privado | CONVENIADOS SUS | | | Não Conveniados SUS |
| | | | | Público | Filantropico | Privado | |
| Terapia renal substitut. – Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Terapia renal substitut. – Dracena | | 1 | | | 1 | | |
| Unacon – Pres. Prudente | 1 | | | | 1 | | |
| Cirurgia Cardiovascular - Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Cardiovascular interv. – Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Cirurgia Vascular – Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Ortopedia – Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Neurocirurgia – Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Queimados – Pres. Prudente | 1 | | | | 1 | | |
| Ressonância Mag. - Pres. Prudente | 2 | | 2 | 1 | | 1 | 2 |
| Radiologia Interv. – Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Medicina Niclear – Pres. Prudente | 1 | | | | | 1 | |
| Tomografia – Dracena | 1 | 1 | 1 | 2 | | | 1 |
| Tomografia – Pres. Epitácio | 1 | | 1 | | 1 | | 1 |
| Tomografia – Pres. Prudente | 2 | | 2 | 1 | | 1 | 2 |
| Tomografia – Pres. Venceslau | | | 2 | | | | 2 |
| Hemoterapia – Dracena | | 1 | | | 1 | | |
| Hemoterapia – Pres. Venceslau | | 1 | | | 1 | | |
| Hemoterapia – Pres. Prudente | 2 | | | 1 | 1 | | |
| Litotripsia – Pres. Prudente | 1 | | | | 1 | | |
| Litotripsia – Dracena | | 1 | | 1 | | | |
| Saúde Auditiva – Pres. Prudente | 1 | | | 1 | | | |

Fonte: CNES (2017). Elaborado pelo autor.

Essa realidade mostrada, constrói o imaginário do que se deve esperar e estabelece o diferencial em relação ao que se pretendia receber dos serviços de saúde.

Assim, não há como estabelecer uma estratégia para dar conta de um problema desta complexidade sem compreender a expectativa da sociedade e recursos adequados.

Observa-se, pela Tabela 30, que a taxa de internação da RRAS e do Estado de São Paulo estão acima dos parâmetros da Portaria GM 1101/2002 (8% a 9%). A Alta Sorocabana apresentou a maior taxa entre as regiões (13,55%), fato que pode estar relacionado à maior disponibilidade de leitos hospitalares. Podemos inferir que os municípios com baixo número de leitos têm direcionado seus pacientes para Presidente Prudente.

Tabela 30 - Taxa de internação da população total e população dependente SUS na RRAS.

| RRAS 11 Pres. Prudente | % Pop. SUS | Internações | Pop. Total | Taxa Intern. Pop. Total | Pop. SUS D | Taxa Intern Pop. SUS |
|------------------------|------------|-------------|------------|-------------------------|------------|----------------------|
| Alta Paulista | 87,56 | 11.753 | 125.690 | 9,35 | 110.054 | 10,68 |
| Alta Sorocabana | 73,53 | 37.875 | 380.077 | 9,97 | 279.471 | 13,55 |
| Alto Capivari | 81,46 | 5.720 | 56.088 | 10,20 | 45.689 | 12,52 |
| Extremo Oeste Paulista | 85,01 | 9.185 | 92.616 | 9,92 | 78.733 | 11,67 |
| Pontal Paranapanema | 91,01 | 7.486 | 67.721 | 11,05 | 61.633 | 12,15 |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 79,72 | 72.019 | 722.192 | 9,97 | 575.731 | 12,51 |
| Estado de São Paulo | 59,26 | 2.484.063 | 41.262.199 | 6,02 | 24.451.979 | 10,16 |

Fonte: Internações (SIH/SUS)/População: IBGE (2010). Elaborado pelo autor.

O que se pode identificar é que os pacientes, nesta situação, encontram dificuldade de receber o atendimento pretendido, ou o recebem após várias tentativas frustradas, que muitas vezes consome um tempo considerado muito longo, seja pelo sofrimento do paciente, seja pelas consequências que podem se apresentar como resultado de um atendimento tardio ou atendimento não realizado.

A RRAS de Presidente Prudente conta com hospitais de pequeno, médio e somente dois de grande porte os quais contemplam o atendimento terciário à saúde da população. Segundo a SIVISA – Sistema de Informação em Vigilância Sanitária, órgão coordenador do sistema estadual de vigilância sanitária do Estado de São Paulo, a estrutura hospitalar da região apresenta condição de funcionamento e atendimento satisfatória com restrições, conforme pode ser observado na Tabela 31. Entende-se a restrição como uma necessidade de adequação à legislação vigente como equipamentos, obras civis e pessoal, principalmente. Porém, há relatos que explicitam a real situação:

As restrições são toleradas, não são graves. Caso os órgãos de fiscalização sejam implacáveis, nenhum hospital poderia funcionar (Diário de campo: 07/08/2017, relato de um dirigente de hospital).

Tabela 31 - Situação sanitária dos Hospitais da RRAS.

| RRAS 11 Pres. Prudente | Situação Sanitária dos Hospitais | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|--------------|---------------|------------|-------|-----------------------|
| | Nº de Hospitais | Nº de Leitos | Leitos de UTI | | CCI H | Situação Sanitária |
| | | | Adulto | Pediátrico | | |
| Alta Paulista | 4 | 283 | 10 | 0 | Sim | Satisf. c/ restrições |
| Alta Sorocabana | 19 | 1919 | 71 | 47 | Sim | Satisf. c/ restrições |
| Alto Capivari | 2 | 69 | 0 | 0 | Sim | Satisf. c/ restrições |
| Extremo Oeste Paulista | 2 | 179 | 0 | 0 | Sim | Satisf. c/ restrições |
| Pontal do Paranapanema | 2 | 117 | 0 | 0 | Sim | Satisf. c/ restrições |
| RRAS 11 Pres. Prudente | 29 | 1567 | 81 | 47 | Sim | Satisf. c/ restrições |

Fonte: Sivisa (2017). Elaborado pelo autor.

Embora reconhecendo tais restrições, os hospitais estão operando normalmente, implicando aos usuários da rede de saúde a lidarem com a imprevisibilidade, ou seja, em algum momento o serviço poderá não existir ou funcionar parcialmente. No caso de interrupção ou parcialidade do atendimento em algum dos municípios da rede, automaticamente os pacientes serão canalizados para o HR aumentando o fluxo principalmente no pronto socorro.

A RRAS, como demonstrado, não é homogênea em nenhum dos aspectos analisados na presente pesquisa, ou seja, a população, a distribuição dos equipamentos de saúde, os serviços primários, secundários e terciários, este último, concentrado em Presidente Prudente e, principalmente a orientação ou a falta dela para o usuário dirigir-se ao serviço adequado à sua necessidade de saúde, marcam a singularidade da região. Essa ruptura organizacional e estrutural da rede de serviços em saúde coloca em evidência os princípios doutrinários dos SUS com relação a sua efetividade enquanto instrumento de garantia da saúde e da cidadania.

Historicamente, no Brasil, a saúde foi organizada priorizando o cuidado hospitalar. Esse arranjo institucional tem promovido, ao longo dos anos, problemas de acesso do usuário à rede de urgência e emergência, deflagrada, principalmente pela negligência na rede básica de saúde. Essa constatação foi materializada por meio da pesquisa que teve como recorte a

análise da estrutura regional da RRAS e seus desdobramentos no PS do HR no período de 2013 a 2015. Elegemos diretrizes norteadoras para caracterizar o perfil social, econômico, demográfico e de saúde dos quarenta e cinco municípios que integram as cinco regiões da Rede Regional de Atenção à Saúde de Presidente Prudente. Nesse estudo, abordamos a oferta de serviços na rede regional e os contingentes populacionais que dirigem-se ou são dirigidos pelos próprios municípios para o PS do HR e o AME devido, principalmente, à baixa resolutividade da rede de atenção básica. A pesquisa evidenciou que a maioria dos pacientes atendidos no PS tinham características, perfis de pacientes da rede básica. O estudo e as visitas no local permitiu a caracterização do perfil do usuário que buscou atendimento no PS, onde, na sua maioria, são perfis de atendimento da rede básica de saúde e que, estruturalmente, pelos dados levantados, está presente em todos os municípios analisados. A análise dos dados permitiu entender que a sobrecarga de atendimentos no PS sacramenta a inversão dos fluxos daqueles usuários que deveriam estar na rede básica, porém estão no pronto socorro do HR, dessa forma, identificamos o perfil do usuário dos serviços de urgência, emergência e ambulatorial e ainda, pudemos entender que a região estudada dispõe de uma organização espacial, delimitada por quarenta e cinco municípios agrupados em cinco regiões de saúde que tem como referência para o atendimento terciário o Hospital Regional.

12 O AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES E O PRONTO SOCORRO NO CONTEXTO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIAIS DA RRAS

Como apontado nos capítulos anteriores, o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, por exemplo, por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Embora o volume de riqueza gerado por uma sociedade seja um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, o estudo dessas mediações permite entender por que existem países e regiões com um PIB total ou PIB per capita muito superior a outros que, no entanto, possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios. O estudo dessa cadeia de mediações permite também

identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto (BUSS, FILHO, 2007).

Segundo Rosen (2005), Virchow, um dos mais destacados cientistas entendia que a ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem ser submetidas à pesquisa científica. Afirmava ainda que o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e que sua prática implica necessariamente a intervenção na vida política e social para identificar e eliminar os fatores que prejudicam a saúde da população.

O ano de 2018 marcou o 30º aniversário da sétima constituição do Brasil (Brasil, 1988) o 40º aniversário da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) e o 70º aniversário da Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948). No Brasil, a Constituição de 1988 representou um instrumento de mudança e um movimento social que estabeleceu a saúde como um direito da população brasileira, incorporando importantes elementos da Declaração dos Direitos Humanos e da Declaração de Alma-Ata no contrato social. A constituição determinou a responsabilidade do Estado de prestar assistência médica a todos, abrindo caminho para o SUS. Também iniciou a jornada para a cobertura universal de saúde, com o objetivo de melhorar os resultados de saúde em um sistema de saúde altamente fragmentado e caracterizado por amplas desigualdades no acesso a cuidados de saúde e resultados de saúde (MALTA, 2018).

Considerando os elementos da pesquisa sobre o SUS, sociedade, disparidades regionais socioeconômicas e o acesso aos serviços da Rede Regional de Saúde de Presidente Prudente, passamos a analisar o ambulatório médico do Hospital Regional.

A construção da evolução anual do ambulatório (Figura 12) foi obtida por meio da análise da variável período de atendimento, sendo considerado o intervalo de tempo entre os anos de 2013 a 2015. Neste caso, o OLAP busca no banco de dados da instituição todos os atendimentos ocorridos entre primeiro de janeiro e trinta e um de dezembro de cada ano e classifica em colunas (Tabela 31). Da mesma forma, porém condensando o período todo de atendimento entre os anos de 2013 a 2015 na linha horizontal e cruzando com a variável município de origem, obtivemos a quantidade de pacientes atendidos no ambulatório por município de referência da rede regional (Tabela 32).

A Tabela 32 e a Figura 12 evidenciam a evolução do atendimento no Ambulatório de Especialidades Médicas (AME) no período de 2013 a 2015. Observa-se expansão no volume de pacientes a partir do ano de 2014 visto que, a entidade priorizou o atendimento

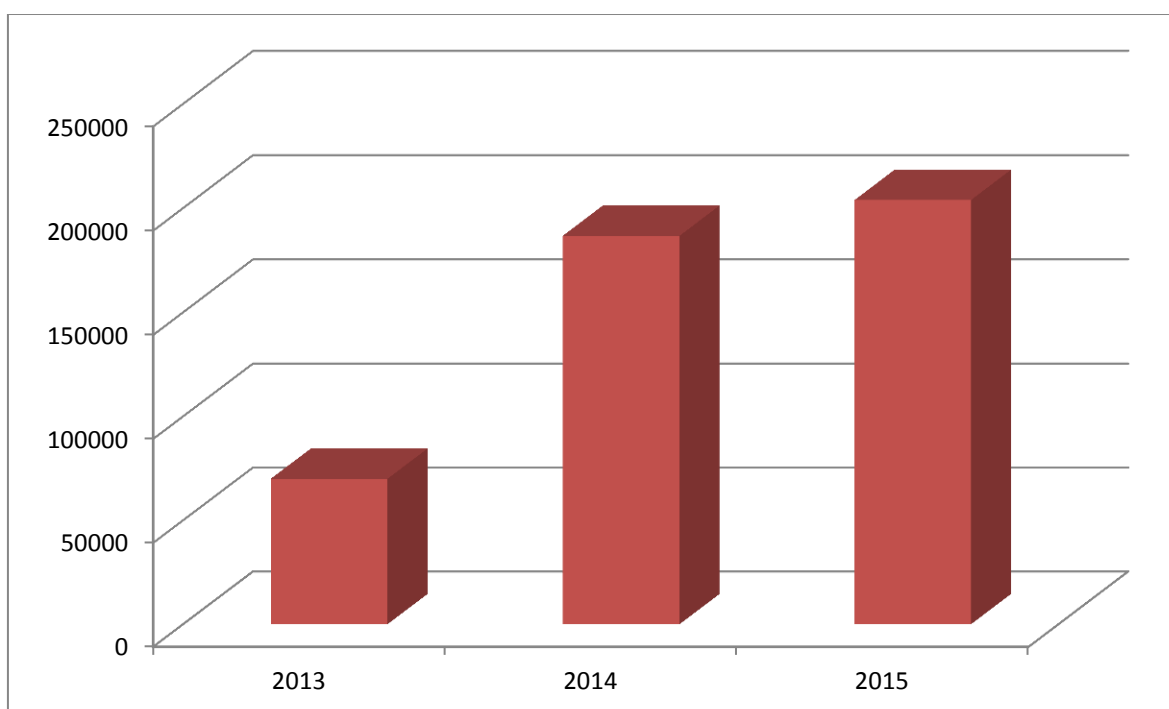
ambulatorial, com o objetivo de amenizar as pressões sociais e políticas.

Tabela 32 - Evolução anual do AME.

| Ano | Quantidade |
|-------|------------|
| 2013 | 69.959 |
| 2014 | 186.679 |
| 2015 | 203.867 |
| Total | 460.505 |

Fonte: Hospital Regional (2017). Elaborado pelo autor.

Figura 12 - Evolução anual do AME.



Fonte: Hospital Regional (2017). Elaborado pelo autor.

A conformação das políticas e sistemas de saúde são fatores determinantes do que se deseja e do que se deve esperar da atenção à saúde. Assim, tal elucidação parece ajudar na compreensão da forma como se articulam as necessidades, desejos e percepções dos indivíduos em relação aos serviços dos quais fazem uso.

O AME recebeu investimentos para ampliar a capacidade de atendimento como mostra o aumento do número de atendimentos ocorridos nos anos de 2014 e 2015 comparativamente aos atendimentos do ano de 2013. Depreende desta análise a demanda reprimida de atendimentos na rede básica de saúde. Embora tendo ocorrido expansão, em nada mudou a frequência dos usuários no PS, como será demonstrado neste estudo.

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a

causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, tão importante quanto, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

No período de 2013 a 2015, o AME realizou 460.505 consultas (Tabela 33) para os municípios de sua abrangência, mas somente Presidente Prudente foi responsável por 42,64% dos atendimentos.

Tabela 33 - Atendimento do AME por município.

| Município | Atendimentos | % Atendimentos |
|----------------------------|--------------|-------------------|
| Presidente Prudente | 196375 | 42,64% |
| Rancharia | 12862 | 2,79% |
| Alfredo Marcondes | 7349 | 1,60% |
| Nantes | 3824 | 0,83% |
| Santo Expedito | 4240 | 0,92% |
| Alvares Machado | 19584 | 4,25% |
| Iepê | 9433 | 2,05% |
| Presidente Bernardes | 9960 | 2,16% |
| Tarabai | 8314 | 1,81% |
| Santo Anastácio | 18301 | 3,97% |
| Indiana | 5483 | 1,19% |
| Marabá Paulista | 958 | 0,21% |
| Martinópolis | 15145 | 3,29% |
| Quatá | 8145 | 1,77% |
| Anhumas | 4478 | 0,97% |
| Mirante do Paranapanema | 7438 | 1,62% |
| Euclides da Cunha Paulista | 5805 | 1,26% |
| Rosana | 7794 | 1,69% |
| Presidente Venceslau | 4713 | 1,02% |
| Regente Feijó | 18393 | 3,99% |
| Taciba | 8596 | 1,87% |
| Caiabu | 3052 | 0,66% |
| João Ramalho | 2279 | 0,49% |
| Emilianópolis | 3260 | 0,71% |
| Estrela do Norte | 2489 | 0,54% |
| Narandiba | 4728 | 1,03% |
| OUTROS | 3183 | 0,69% |
| Pirapozinho | 24780 | 5,38% |

| | | |
|---------------------------|---------|---------|
| Ribeirão dos Índios | 3137 | 0,68% |
| Sandovalina | 3873 | 0,84% |
| Teodoro Sampaio | 7546 | 1,64% |
| Presidente Epitácio | 4600 | 1,00% |
| Dracena | 5224 | 1,13% |
| Junqueirópolis | 2612 | 0,57% |
| Caiuá | 1307 | 0,28% |
| Panorama | 2494 | 0,54% |
| Nova Guataporanga | 573 | 0,12% |
| Ouro Verde | 1067 | 0,23% |
| Tupi Paulista | 2375 | 0,52% |
| Flora Rica | 418 | 0,09% |
| Irapuru | 901 | 0,20% |
| Monte Castelo | 552 | 0,12% |
| São Joao do Pau D Alho | 387 | 0,08% |
| Paulicéia | 1117 | 0,24% |
| Piquerobi | 611 | 0,13% |
| Santa Mercedes | 750 | 0,16% |
| Total | 460.505 | 100,00% |

Fonte: Hospital Regional (2017). Elaborado pelo autor.

Embora dispondo da estrutura de atenção primária, os municípios da região de Prudente encaminham para o HR casos muito simples. Estes casos poderiam, sem nenhum prejuízo ao paciente, ser resolvido na rede básica de sua cidade, portanto não estão funcionando adequadamente (Diário de campo: 12/05/2017, relato de um médico do AME).

Ao considerarmos os 722.192 habitantes da RRAS no ano de 2010 (IBGE, 2010), Presidente Prudente utilizou 27,19% da estrutura, ou seja, 196.375 consultas, número próximo da população total do município de 207.210 habitantes (IBGE, 2010).

A proporcionalidade população/consultas registrada pelo município em questão é completamente diferente dos demais municípios da RRAS.

Olhar para essa questão estabelece um novo desafio aos serviços de atenção, na medida em que devem, então, além de prestar o atendimento para o qual têm responsabilidade junto ao sistema, têm também que recolher as compreensões que os indivíduos têm do sistema, assim como o que esperam dele e como lidam com ele.

A demanda espontânea do usuário associada ao trabalho logístico promovido pelas prefeituras da região para acessar os serviços do HR, provocam severas distorções na estrutura da rede de serviços em saúde. Os pontos de ruptura estão evidenciados no AME e no pronto socorro do HR, como será demonstrado nesta pesquisa.

No nosso entendimento, essa questão pode ser trabalhada por meio de instrumentos mais eficientes de regulação da rede de saúde, tanto para o usuário como principalmente para as prefeituras. A regulação e operacionalização do sistema deve ser feita por meio de normas locais, ou seja, a pactuação entre os municípios da RRAS e os prestadores de serviços, com destaque para a regulação do serviço de urgência e emergência do HR.

Na análise de Castro *et al.* (2019), as inovações em saúde vão além do desenvolvimento de novos modelos de atenção e destacam a importância do estabelecimento de estruturas políticas, legais, organizacionais e de gestão, com papéis claramente definidos para os órgãos federais, estaduais e governos locais na governança, planejamento, financiamento e prestação de serviços de saúde.

A coordenação entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção a saúde. Os quatro atributos são fundamentais para que a APS assuma a coordenação das redes de atenção a saúde. Contudo, a coordenação tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida (OLIVEIRA, 2013).

A governança das redes de saúde está descrita na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde, definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo, articular as políticas institucionais, e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e das organizações, (BRASIL, 2010).

Buscou-se a operacionalização baseando-se no conceito de governança pública, diferentes pontos de partida para uma estruturação das relações entre o Estado e suas instituições nos níveis federal, estadual e municipal, por um lado, e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, bem como os atores da sociedade civil, por outro.

Diferentemente do que está previsto na legislação, é flagrante a desarticulação da RRAS observada na dificuldade para o agendamento de consultas, provenientes da rede primária de saúde de Presidente Prudente e região, ocasiona constantes filas na portaria do AME (Figura 13). As pessoas ficam, na maioria das vezes, expostas ao sol, chuva e frio na

busca inglória pelo atendimento. Muitos pacientes retornam para casa sem ter conseguido o agendamento da consulta.

Figura 13 - Fachada do Ambulatório do Hospital Regional de Presidente Prudente.



Fonte: Departamento de Marketing da Unoeste – Out. 2017

Os pacientes procuram atendimento no AME no período da manhã, quando os ônibus e ambulâncias trazem os pacientes dos municípios vizinhos para diversos tipos de atendimento. No horário do almoço, os motoristas querem voltar para suas cidades, não querem esperar pelos pacientes que poderiam ser atendidos no ambulatório no período da tarde. Todos os dias, após o almoço o ambulatório fica vazio (Diário de campo:10/07/2017, relato de um funcionário do AME).

A consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais. Entretanto, os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial em decorrência de fragilidades na articulação entre as instancias gestoras do sistema e a gerencia dos serviços, entre os serviços de saúde e de apoio diagnostico e

terapêutico e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (OLIVEIRA, 2013).

Essa cristalização no imaginário individual e social é permanentemente cotejada com a realidade observada no cotidiano e interfere na forma como o indivíduo compreende os limites do que deve esperar dos serviços, o que se configurará como motivo de satisfação ou de frustração.

Alguns fatores ajudam no acesso ao AME, dentre eles estão: a localização, acessada por uma eficiente rede urbana de transporte coletivo, tanto para o prudentino quanto para aqueles que utilizam a rede regional de transporte coletivo, a baixa resolução da atenção primária e a falta de recursos financeiros, tecnológicos e humanos que compõem a rede referenciada do HR, a organização dos serviços de referência e a quantidade de médicos especialistas disponíveis nas UBS's.

É visível a contradição existente entre o que se propõe o ambulatório de especialidades, enquanto espaço de cuidados à saúde e as percepções dos indivíduos que vem, sistematicamente, causando conflitos, principalmente no campo da satisfação, ou seja, a segurança que o usuário espera ter de um sistema de saúde.

As informações da Tabela 34 apontam que não há homogeneidade na distribuição da população na região em estudo. Configura-se uma variável complexa na distribuição e gestão dos equipamentos e serviços de saúde com o viés nas disparidades socioeconômicas. A regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político administrativa do país, mas também contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político administrativo.

Tabela 34 - Composição da RRAS em relação a seus municípios, Regiões de Saúde, Departamento Regional de Saúde e respectiva população total e por gênero.

| Departamento Regional de Saúde -DRS | Região de Saúde | IBGE 2010 | Município | População Total Residente | População Feminina Residente | População Masculina Residente |
|---|-----------------|---------------|------------------|---------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 351440 | Dracena | 43.258 | 21.853 | 21.405 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 351580 | Flora Rica | 1.752 | 872 | 880 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 352160 | Irapuru | 7.789 | 3.257 | 4.532 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 352600 | Junqueirópolis | 18.726 | 8.805 | 9.921 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353160 | Monte Castelo | 4.063 | 2.052 | 2.011 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353310 | N. Guataporanga | 2.177 | 1.075 | 1.102 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353480 | Ouro Verde | 7.800 | 3.934 | 3.866 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353540 | Panorama | 14.583 | 7.271 | 7.312 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 353640 | Paulicéia | 6.339 | 3.049 | 3.290 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 354710 | Santa Mercedes | 2.831 | 1.408 | 1.423 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 354930 | S.J. Pau D'Álho | 2.103 | 1.046 | 1.057 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | 355510 | Tupi Paulista | 14.269 | 6.689 | 7.580 |
| Total Região de Saúde da Alta Paulista | 125.690 | 61.311 | 64.379 | | | |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350080 | Alf. Marcondes | 3.891 | 1.910 | 1.981 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350130 | Alv. Machado | 23.512 | 11.873 | 11.640 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350240 | Anhumas | 3.738 | 1.875 | 1.863 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 350890 | Caiabu | 4.072 | 1.981 | 2.091 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 351512 | Emilianópolis | 3.020 | 1.503 | 1.517 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 351530 | Estrela do Norte | 2.658 | 1.288 | 1.370 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 352060 | Indiana | 4.825 | 2.402 | 2.423 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 352920 | Martinópolis | 24.219 | 11.618 | 12.601 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 353220 | Narandiba | 4.288 | 2.118 | 2.170 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 353920 | Pirapozinho | 24.694 | 12.612 | 12.082 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354120 | Pres. Bernardes | 13.570 | 6.887 | 6.683 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354140 | Pres. Prudente | 207.610 | 107.716 | 99.894 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354240 | Regente Feijó | 18.494 | 9.306 | 9.188 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354323 | Rib. dos Índios | 2.187 | 1.098 | 1.885 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354550 | Sandovalina | 3.699 | 1.814 | 1.885 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354770 | Santo Anastácio | 20.475 | 10.493 | 9.982 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 354830 | Santo Expedito | 2.803 | 1.400 | 1.403 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 355290 | Taciba | 5.714 | 2.853 | 2.861 |

| | | | | | | |
|--|-------------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | 355390 | Tarabai | 6.607 | 3.314 | 3.293 |
| Total Região de Saúde da Alta Sorocabana | 380.077 | 194.061 | 186.016 | | | |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 351990 | Iepê | 7.628 | 3.849 | 3.779 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 352560 | João Ramalho | 4.150 | 2.052 | 2.098 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 353215 | Nantes | 2.707 | 1.350 | 1.357 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 354170 | Quatá | 12.799 | 6.406 | 6.393 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | 354220 | Rancharia | 28.804 | 14.651 | 14.153 |
| Total Região de Saúde do Alto Capivari | 56.088 | 28.308 | 27.780 | | | |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 350910 | Caiuá | 5.039 | 2.387 | 2.652 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 352870 | Marabá Paulista | 4.812 | 1.764 | 3.048 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 353830 | Piqurobi | 3.537 | 1.784 | 1.753 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 354130 | Pres. Eptácio | 41.318 | 21.101 | 20.217 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Pta | 354150 | Pres. Venceslau | 37.910 | 18.999 | 18.911 |
| Total Região de Saúde do Extremo Oeste Paulista | 92.616 | 46.035 | 46.581 | | | |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 351535 | E. da Cunha Pta | 9.585 | 4.753 | 4.832 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 353020 | M. Paranapanema | 17.059 | 8.396 | 8.663 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 354425 | Rosana | 19.691 | 9.911 | 9.780 |
| Pres. Prudente | P.do Paranapanema | 355430 | Teodoro Sampaio | 21.386 | 10.721 | 10.665 |
| Total Região de Saúde do Pontal do Paranapanema | | | | 67.721 | 33.781 | 33.940 |
| Total RRAS 11 | | | | 722.192 | 363.496 | 358.696 |

Fonte: IBGE – Censo (2010). Elaborado pelo autor.

A Tabela 35 apresenta a distribuição de municípios da RRAS nas regiões de saúde e o respectivo DRS que as compõem, de acordo com faixas populacionais, em que se pode observar que 60% dos municípios são menores que 10.000 habitantes, 37,78% estão na faixa entre 10.000 e 49.000 habitantes e apenas um município, com representatividade de 2,22%, está acima de 200.000 habitantes.

O pequeno porte dos municípios implica em baixa arrecadação, exceto para alguns que recebem *royalties* de hidrelétricas. O repasse de verbas do governo do estado e da união passa a ser a principal fonte de recursos e investimentos em saúde. Um dos principais recursos transferidos é o Fundo de Participação Municipal (FPM). O valor depende do número de habitantes, isto é, quanto mais pessoas houver, mais dinheiro o município receberá. Como a maioria das cidades é de pequeno porte, os repasses são “tímidos”, o que gera a escassez das possibilidades de estruturação dos serviços de saúde.

E ainda, a crise do sistema financeiro, que iniciada nos Estados Unidos, se espalha rapidamente para todo o mundo, em diferentes intensidade e ritmo, é um acontecimento cujas repercussões são ainda nebulosas, contraditórias e de difícil previsão. Há, no entanto, certo consenso de que haverá uma desaceleração do crescimento econômico nos países emergentes e conseqüente diminuição da arrecadação. No Brasil, isso significa um comprometimento dos orçamentos dos entes federativos, com implicações para o setor saúde, que no nível municipal pode se dar por duas vias: redução ou desaceleração dos investimentos próprios e redução de transferências federais e estaduais, específicas para a saúde (SCATENA *et al.*, 2009).

Tabela 35 - Número de Municípios por Departamento Regional de Saúde e Regiões de Saúde segundo faixas populacionais da RRAS pelo senso de 2010.

| DRS/Região de Saúde | <10000 habitantes | 10 a 29000 habitantes | 30 a 49000 habitantes | 50 a 200000 habitantes | >200000 habitantes | Total |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|-------|
| 3511 Pres. Prudente | | | | | | |
| 35111 Alta Paulista | 8 | 3 | 1 | 0 | 0 | 12 |
| 35112 Alta Sorocabana | 12 | 6 | 0 | 0 | 1 | 19 |
| 35113 Alto Capivari | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| 35114 Extremo O. Pta | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| 35115 P. Parapanema | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| RRAS 11 | 27 | 14 | 3 | 0 | 1 | 45 |

Fonte: IBGE – Censo (2010). Elaborado pelo autor.

Segundo Starfield (2002), em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial da Saúde adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde, o qual ficou conhecido como a “Carta de Lubliana”. De acordo com esse “documento”, os sistemas de atenção de saúde devem ser:

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a proteção e promoção de saúde;
- centrados nas pessoas, a fim de permitir que os cidadãos influenciem os serviços oferecidos e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- focados na qualidade, o que inclui a relação custo/efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, a fim de que possam permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- direcionados para a atenção primária.

A análise das percepções dos indivíduos em relação ao sistema, tem como uma de suas vertentes a construção das representações, proporcionando que o indivíduo realize uma permanente mediação entre o que espera e o que recebe do sistema. Essa mediação mantém um permanente tensionamento da sociedade em relação ao sistema de atenção à saúde, o que explicaria, em parte, a forma como o indivíduo se movimenta nesse sistema. A demanda não atendida em determinada porta não corresponde à interrupção da busca pelo atendimento, mas sim uma peregrinação que, ao encontrar acolhida, passa a constituir-se na porta preferencial, ou seja, na emergência.

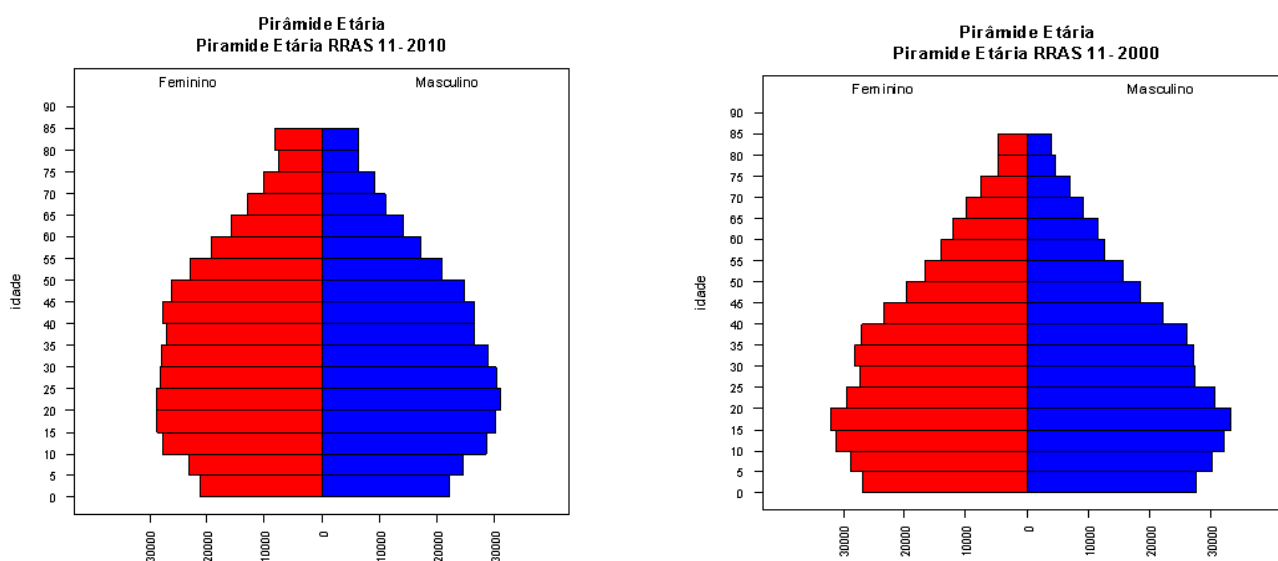
Para que haja a mudança do conceito saúde-doença não só dentro de uma teoria social de assistência à saúde, mas efetivamente dentro da prática social dessa assistência, faz-se necessária uma mudança coletiva daquilo que se entende por saúde-doença. A Constituição Federal de 1988 institucionalizou o SUS e regulamentou princípios ético doutrinários e organizacional-operativos que dizem respeito à saúde. Entre eles está o da integralidade da assistência, entendido como "um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de densidade do sistema". O princípio da resolutividade também foi incluído, entendido como um conjunto de enfoques que envolvem aspectos relativos à demanda, à satisfação do usuário, às tecnologias dos serviços de saúde, à existência de um sistema de referência preestabelecido, à acessibilidade dos serviços, à formação dos recursos humanos, às

necessidades de saúde da população, à adesão ao tratamento, aos aspectos culturais e socioeconômicos da clientela, entre outros aspectos (SOUZA *et al.*, 2010).

Observar, diagnosticar e intervir sobre as disparidades na atenção à saúde são iniciativas de responsabilidade dos órgãos reguladores, que deverão manter-se atentos às demandas da sociedade.

A mudança no perfil da população da RRAS pode ser observada claramente nas pirâmides dos censos de 2000 e 2010 (Figura 14a e 14b). Considerando que dez anos é um período curto para grandes mudanças, a região em estudo mudou fortemente seu perfil populacional. As mudanças observadas são os balizadores para melhorias, inovações, adequações e alinhamentos dos serviços de saúde em rede com uma população em transição demográfica devendo, obrigatoriamente atender as singularidades dos municípios visto que, como demonstrado, não são homogêneos.

Figura 14 - Pirâmide e distribuição populacional segundo sexo e faixa etária da RRAS.



Fonte: Censo (2010). Elaborado pelo autor.

A análise da distribuição da população (Tabela 36), permite-nos observar a significativa diminuição da taxa de natalidade e o aumento progressivo da população de idosos, o que reflete a necessidade de lançar um olhar mais cuidadoso voltado a esse segmento populacional.

A pirâmide da RRAS adquire, em 2010, o formato de um barril, com uma maior concentração na faixa etária de 15 a 49 anos, o que representa uma população

economicamente ativa. A população feminina é 1,32% maior que a masculina; na faixa de 0-34, a população masculina é 2,24% maior que a feminina.

Tabela 36 - Distribuição da população na RRAS.

| POPULAÇÃO 2010 RRAS | | | |
|---------------------|-----------|----------|--------|
| Idade | Masculino | Feminino | Total |
| Menor 4 anos | 22.178 | 21.138 | 43.316 |
| 5 a 9 anos | 24.578 | 23.044 | 47.622 |
| 10 a 14 anos | 28.687 | 27.723 | 56.410 |
| 15 a 19 anos | 30.241 | 28.768 | 59.009 |
| 20 a 24 anos | 31.143 | 28.839 | 59.982 |
| 25 a 29 anos | 30.375 | 28.237 | 58.612 |
| 30 a 34 anos | 28.979 | 27.948 | 56.927 |
| 35 a 39 anos | 26.559 | 27.183 | 53.742 |
| 40 a 44 anos | 26.656 | 27.821 | 54.477 |
| 45 a 49 anos | 24.712 | 26.199 | 50.911 |
| 50 a 54 anos | 20.919 | 23.011 | 43.930 |
| 55 a 59 anos | 17.083 | 19.287 | 36.370 |
| 60 a 64 anos | 14.091 | 15.852 | 29.943 |
| 65 a 69 anos | 11.029 | 12.855 | 23.884 |
| 70 a 74 anos | 9.052 | 10.132 | 19.184 |
| 75 a 79 anos | 6.133 | 7327 | 13.460 |
| 80 anos e mais | 6.281 | 8.132 | 14.413 |

Fonte: IBGE – Censo (2010). Elaborado pelo autor.

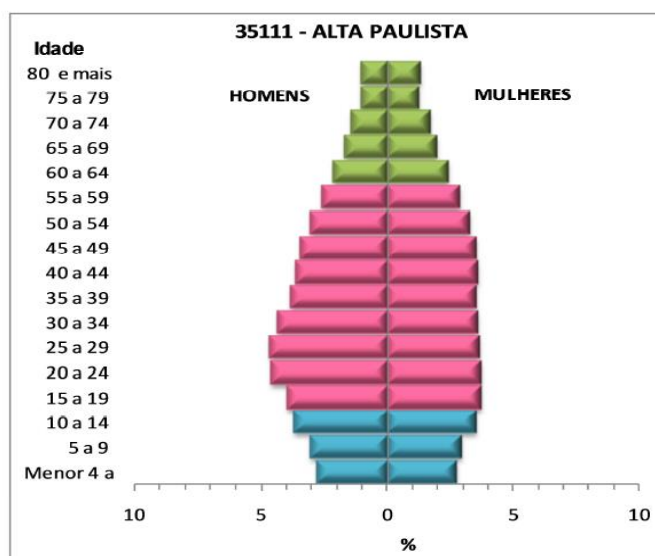
As informações obtidas por meio de uma análise simplista das pirâmides, leva ao entendimento sobre a necessidade de se criar políticas de saúde voltadas para o idoso, para a saúde da mulher e do homem, considerando os momentos de prevenção e tratamento de doenças. É justamente nesse ponto que se faz necessária a eficiência e eficácia do atendimento primário.

A ausência de políticas específicas causa pressões em áreas distintas do sistema de saúde. A necessidade de um ordenamento é imprescindível e que, é conferido na medida em que há uma clara vocação para determinado tipo específico de cuidado onde o sistema deve contar com essa especialização para melhor direcionar as suas demandas.

A atenção básica é o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata).

A Alta Paulista apresenta predominância de indivíduos do sexo masculino na faixa etária entre 20 e 34 anos, idade reprodutiva e de trabalho (Figura 15).

Figura 15 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS- Alta Paulista.

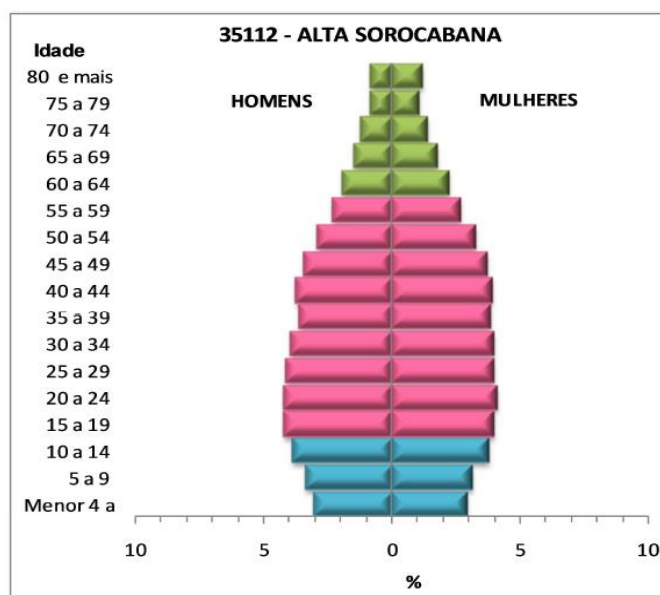


Fonte: IBGE – Censo (2010).

A regionalização é um dos princípios organizativos do SUS e a descentralização busca adequar o SUS à diversidade regional de um país multicultural, com diversas realidades. Tal descentralização busca assegurar que cada território tenha suas necessidades de saúde consideradas, sejam quais forem, suas realidades sociais, econômicas, sanitárias e culturais. Com a regionalização e a descentralização é possível propiciar aos gestores e profissionais de saúde a flexibilidade nas ações no planejamento do atendimento das demandas encontradas no território. Além disso, se evita mera reprodução do fazer saúde de maneira individual e médica hegemônica, valorizando a coletividade e contextualizando as políticas e ações de saúde, nesse sentido, é necessário entender que a população do Brasil e da região em estudo encontram-se em transição, exigindo do sistema organizacional adaptações para o efetivo atendimento das demandas sociais e de saúde.

Na Alta Sorocabana (Figura 16) a maior concentração populacional encontra-se na faixa entre 14 e 44 anos, com predominância do sexo masculino e, a partir dos 45 anos, essa situação se inverte, pois passa a haver predomínio do sexo feminino, principalmente na última faixa etária. A predominância de mulheres idosas pode estar relacionada à maior procura pela medicina preventiva e curativa, disponível no atendimento primário de todas as cidades da RRAS e do AME do Hospital Regional.

Figura 16 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Alta Sorocabana.



Fonte: IBGE – Censo (2010).

[...] atenção primária como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina, reorganizar, e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de serviços de saúde. (MACHADO e SILVA, 2009, p.23).

A longevidade da população feminina é identificada em todas as pirâmides da RRAS. Este processo encontra fundamentação na orientação das mulheres em procurar por médicos e serviços de saúde, principalmente na terceira idade.

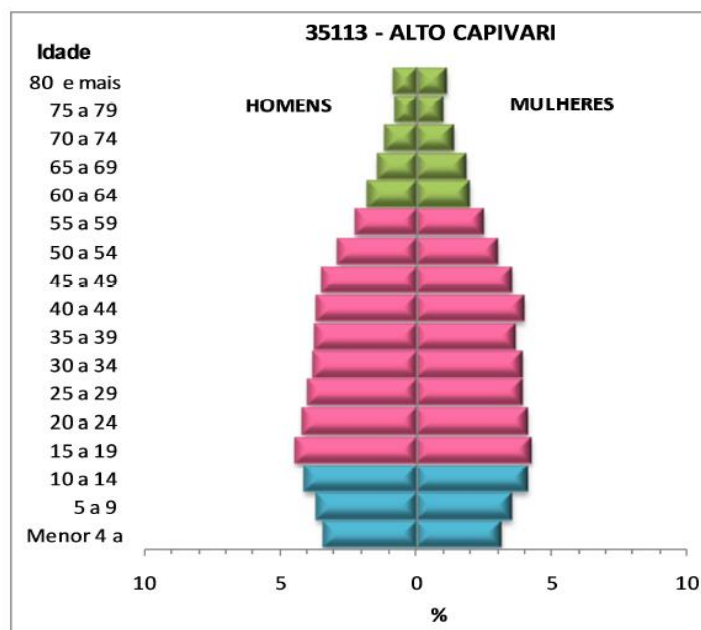
Ainda em relação aos diferenciais entre os sexos, cabe ressaltar que, em termos absolutos, a maior longevidade feminina permite que as mulheres vivam um número maior de anos percebendo sua saúde como boa. Em se tratando de políticas públicas, essa vantagem feminina em termos absolutos deve ser vista como uma oportunidade para que elas tenham um tempo maior para se prevenir contra possíveis patologias, atenuando sua intensidade e postergando ao máximo o seu aparecimento.

Tendo em vista que o envelhecimento saudável é consequência da interação de diversos fatores, as políticas públicas devem promover ações integradas que abordem, simultaneamente, os principais fatores que interferem diretamente na autopercepção de saúde dos idosos, de forma a contribuir para a promoção da saúde e do bem-estar e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dos idosos. Para isso, é preciso reconhecer que os

problemas de saúde enfrentados pelos idosos não se iniciam quando se atinge 60 anos, mas são o resultado, dentre outros fatores, de um acúmulo de experiências passadas, dos cuidados com a saúde, das condições de moradia, educação, alimentação e higiene, da prática de atividade física e das oportunidades perdidas ou aproveitadas. Assim, é importante que as políticas sociais e de saúde estejam estabelecidas de forma a garantir a promoção da saúde durante todo o ciclo de vida do indivíduo. Finalmente, é preciso considerar que, em populações que estão envelhecendo, como é o caso do Brasil, as melhoras nas condições de saúde podem ajudar a reduzir gastos com cuidados com saúde e, ao mesmo tempo, minimizar a sobrecarga gerada no sistema de saúde em decorrência do envelhecimento populacional (CAMARGOS *et al.*, 2009).

A Figura 17 ilustra a distribuição populacional do Alto Capivari que possui características singulares, com exceção da faixa etária entre 35 e 39 anos. Nas demais, impera o sexo feminino e destacam-se as faixas etárias acima de 65 anos, as quais se assemelham, nesse ponto, à pirâmide da Alta Paulista (Figura 16). O modelo assistencial deve funcionar de forma eficiente e efetiva. Não se deve valorizar as taxas de longevidade feminina alcançadas ao longo do tempo em detrimento à masculina. Um sistema homogêneo, como fundamentado na criação do SUS, busca a equidade no atendimento.

Figura 17 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Alto Capivari



Fonte: IBGE – Censo (2010).

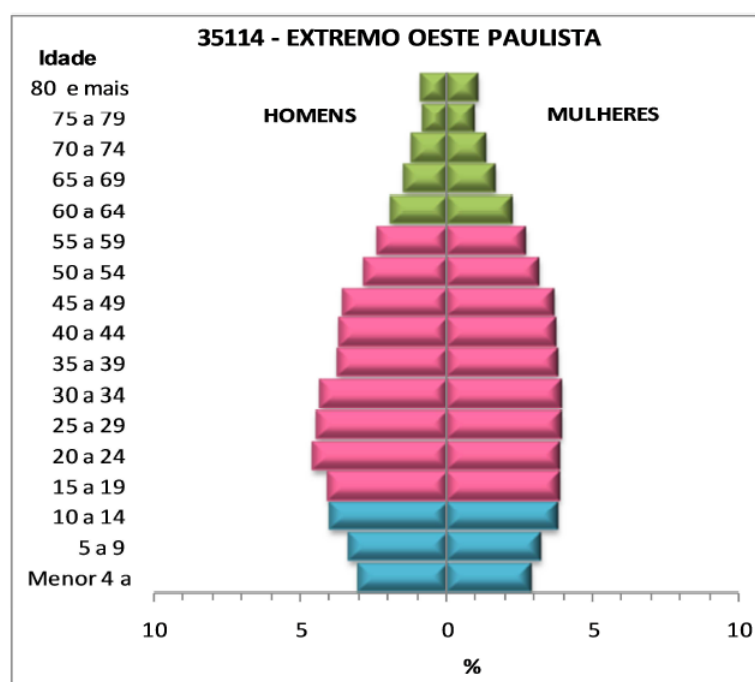
A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde, para reorientar o modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica em saúde. Ela

pressupõe o princípio da vigilância à saúde, a inter e multidisciplinariedade e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência de suas Unidades Básicas de Saúde, o que seria oportuno para resolver os casos primários de saúde.

Corroborando com essa questão, Caccia-Bava *et al.* (2014) enfatiza sobre a atenção primária como eixo organizador de todo o sistema de saúde, trazendo a necessidade de se apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que implica na articulação da atenção primária à saúde dentro de um sistema integrado de saúde.

O extremo oeste paulista registra um número maior de homens nas faixas etárias entre 0 e 49 anos, a partir desse ponto, verifica-se o aumento de mulheres, e destaca-se também a última faixa etária pelo maior volume (Figura 18).

Figura 18 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Extremo Oeste Paulista.

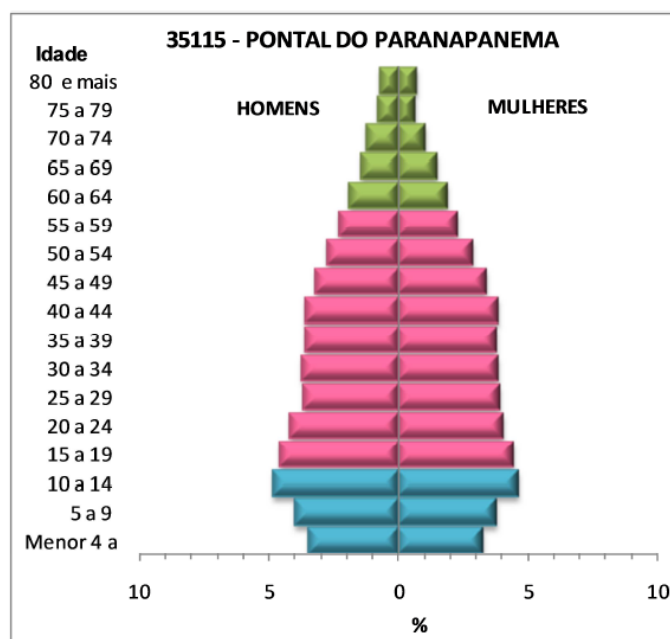


Fonte: IBGE – Censo 2010

O Pontal do Paranapanema (Figura 19) apresenta predominância masculina nas faixas etárias entre 0 e 24 anos; dos 25 aos 69 anos, a população feminina é maior, mas volta a prevalecer a maioria masculina após os 70 anos. Vale ressaltar que, somente no Pontal do Paranapanema, houve maioria masculina acima de 70 anos. A análise das pirâmides etárias da

RRAS evidencia a necessidade de se criar políticas de saúde distintas, a fim de que elas possam atender às suas particularidades. Embora não seja grandiosa, a população em estudo apresenta disparidades visíveis quanto à idade e ao sexo.

Figura 19 - Distribuição populacional segundo gênero e faixa etária da RRAS - Pontal do Paranapanema.



Fonte: IBGE – Censo (2010)

Em virtude disso, a atenção primária deve abordar os problemas mais comuns na comunidade, oferecer serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela deve integrar a atenção quando há mais de um problema identificado e lidar com o contexto. Ela quem organiza e racionaliza o uso de recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Nesta mesma direção, Ros *et al.*, (2014) chama a atenção para a AP, considerando-a como o ponto de comunicação da rede de atenção à saúde bem como ter a função de coordenar o cuidado. Nos sistemas com barreiras de acesso aos serviços, evidenciam-se a perda de continuidade da atenção e a falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde. A APS, caracterizada como ordenadora do cuidado, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos básicos e especializados direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

A análise demográfica das regiões de saúde que integram a RRAS evidenciou que há singularidades em cada uma delas, devendo este aspecto ser atentamente observado no

processo de planejamento e distribuição dos recursos de saúde para garantir a efetivação da assistência em todos os níveis, ou seja, na atenção primária, secundária e terciária.

Comparada à medicina subespecializada, a atenção primária é menos intensiva, tanto em capital como em trabalho, e menos hierárquica em sua organização. Portanto, é inerentemente mais adaptável e capaz de responder às necessidades sociais de saúde em mudança.

O tema de qualquer modelo de atenção à saúde, faz referência não a programas, mas ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do individual, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos ou grupos. (MERHY, 2002, p.2)

O modelo assistencial, conforme destaca Merhy (2002), consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade.

Na Tabela 37 e Figura 20, observa-se que a população idosa, em alguns municípios da RRAS, é significativa, o que aponta para 17 municípios com percentuais entre 12,9% e 15,99% e dez municípios entre 15,99% e 18,67% do total da população. Isso significa que, 60% da RRAS 11 é constituída, em média, por 15,88% de pessoas acima de 60 anos.

Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas por que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade. Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 mostram que 79,1% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de, pelo menos, uma doença crônica (MENDES, 2010).

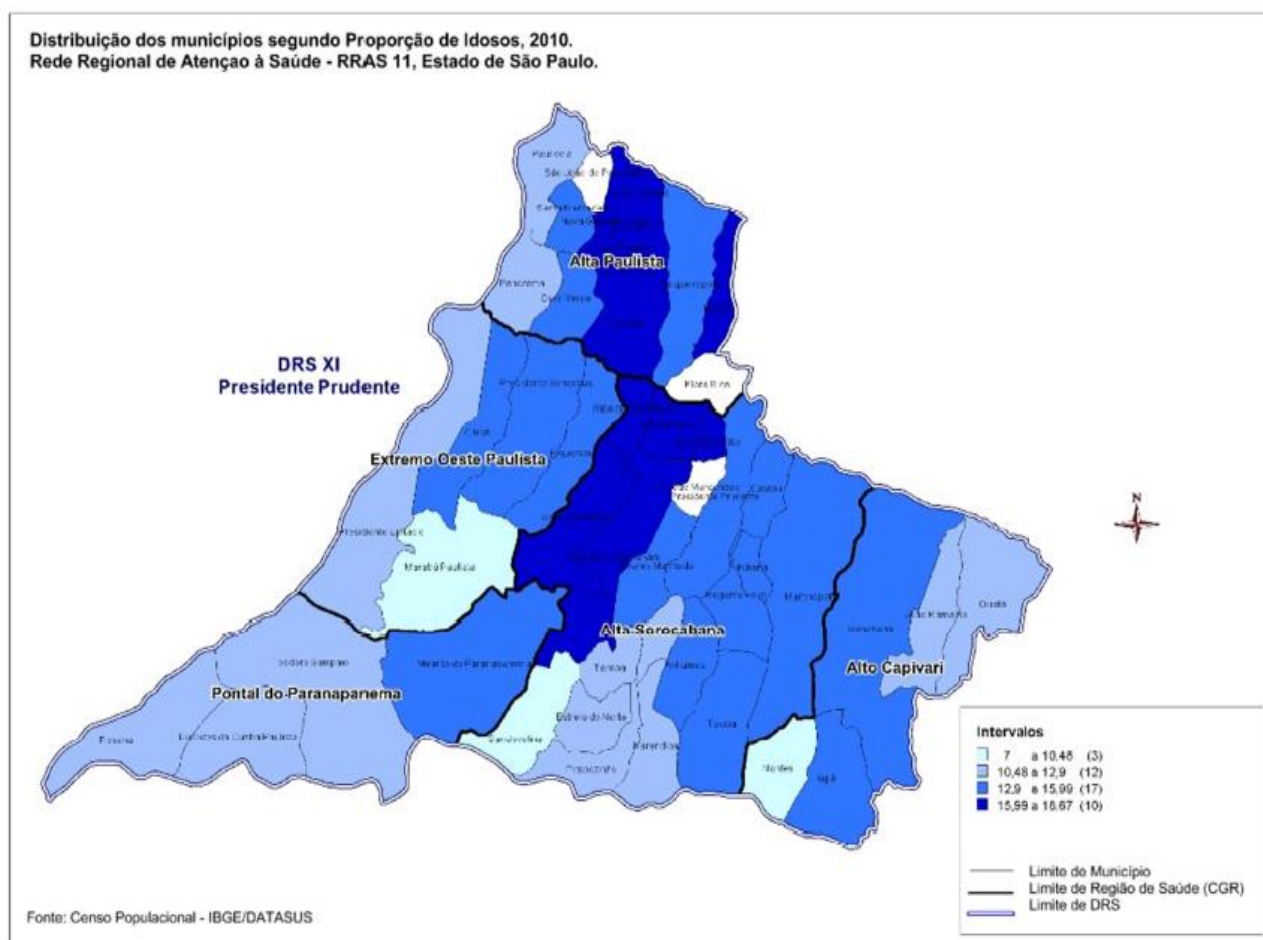
Esse envelhecimento se deve, em grande parte, à diminuição da taxa de fecundidade cujas causas são o crescente número de mulheres no mercado de trabalho, os novos métodos contraceptivos, a implantação de planejamento familiar e a melhoria das condições de vida, ocasionada notadamente pelo saneamento e pelas tecnologias médicas.

Tabela 37 - Percentual da população idosa (acima de 60 anos) na RRAS e Região de Saúde para os anos de 2000 e 2010.

| Região de Saúde | População Idosa 2000 | População Idosa 2010 | População Total 2000 | População Total 2010 | Proporção de Idosos 2000 | Proporção de Idosos 2010 |
|--------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| RRAS 11 | 74.601 | 100.884 | 683.079 | 722.192 | 10,92 | 13,97 |
| Alta Paulista | 15.889 | 19.958 | 117.683 | 125.690 | 13,50 | 15,88 |
| Alta Sorocabana | 37.964 | 52.933 | 352.928 | 380.077 | 10,76 | 13,93 |
| Alto Capivari | 5.886 | 7.448 | 53.795 | 56.088 | 10,94 | 13,28 |
| Extremo Oeste Pta | 9.198 | 12.475 | 88.014 | 92.616 | 10,45 | 13,47 |
| P. do Paranapanema | 5.664 | 8.070 | 70.659 | 67.721 | 8,02 | 11,92 |
| Estado São Paulo | 3.316.957 | 4.771.436 | 37.032.403 | 41.262.199 | 8,96 | 11,56 |

Fonte: DataSus/IBGE – Censos Populacionais (2000, 2010). Elaborado pelo autor.

Figura 20 - Distribuição dos municípios: proporção de idosos em 2010.



Fonte: DataSus/IBGE – Censos Populacionais (2000, 2010). Elaborado pelo autor.

A análise da Tabela 38 evidencia que vinte municípios apresentam índice de envelhecimento acima de 50%, onze acima de 60%, quatro acima de 80% e dois acima de 90%. Os números revelam, para diversos municípios, o grande potencial de envelhecimento, o que se contrapõe à frequência ou ao acesso dessa população aos serviços de saúde, especialmente a população masculina idosa.

A articulação e a integração entre todas as políticas públicas constituem uma ação estratégica para assegurar a complementaridade da rede de atendimento às pessoas idosas, para que a população possa envelhecer com segurança e dignidade, que seja reconhecida a urgência da consolidação da rede de proteção e promoção social da pessoa idosa, na direção de uma sociedade para todas as idades.

Tabela 38 - Índice de envelhecimento por municípios, regiões de saúde e RRAS.

| Região de Saúde/Municípios de residência | População 0 – 14 anos | População 65 anos e mais | Índice de envelhecimento/100 habitantes |
|---|-----------------------|--------------------------|---|
| Região de Saúde da Alta Paulista | 23.427 | 14.289 | 60,99 |
| Dracena | 7.493 | 5.146 | 68,68 |
| Flora Rica | 322 | 272 | 84,47 |
| Irapuru | 1.195 | 924 | 77,32 |
| Junqueirópolis | 3.346 | 2.155 | 64,41 |
| Monte Castelo | 749 | 524 | 69,96 |
| Nova Guataporanga | 424 | 290 | 68,40 |
| Ouro Verde | 1.772 | 799 | 45,09 |
| Panorama | 3.529 | 1.163 | 32,96 |
| Paulicéia | 1.517 | 459 | 30,26 |
| Santa Mercedes | 645 | 339 | 52,56 |
| São João do Pau D'Alho | 365 | 333 | 91,23 |
| Tupi Paulista | 2.070 | 1.885 | 91,06 |
| Região de Saúde da Alta Sorocabana | 76.617 | 37.157 | 48,50 |
| Alfredo Marcondes | 674 | 581 | 86,20 |
| Álvares Machado | 5.125 | 2.167 | 42,28 |
| Anhumas | 828 | 366 | 44,20 |
| Caiabu | 820 | 463 | 56,46 |
| Emilianópolis | 570 | 357 | 62,63 |
| Estrela do Norte | 601 | 229 | 38,10 |
| Indiana | 927 | 508 | 54,80 |
| Martinópolis | 4.909 | 2.362 | 48,12 |
| Narandiba | 1.020 | 314 | 30,78 |
| Pirapozinho | 5.236 | 2.257 | 43,11 |
| Presidente Bernardes | 2.386 | 1.731 | 72,55 |
| Presidente Prudente | 40.886 | 19.590 | 47,91 |
| Regente Feijó | 3.782 | 1.788 | 47,28 |
| Ribeirão dos Índios | 428 | 303 | 70,79 |

| | | | |
|--|------------------|------------------|--------------|
| Sandovalina | 939 | 260 | 27,69 |
| Santo Anastácio | 4.077 | 2.422 | 59,41 |
| Santo Expedito | 552 | 355 | 64,31 |
| Taciba | 1.276 | 540 | 42,32 |
| Tarabai | 1.581 | 564 | 35,67 |
| Região de Saúde do Alto Capivari | 12.232 | 5.362 | 43,84 |
| Iepê | 1.605 | 873 | 54,39 |
| João Ramalho | 973 | 310 | 31,86 |
| Nantes | 695 | 196 | 28,20 |
| Quatá | 2.892 | 1.093 | 37,79 |
| Rancharia | 6.067 | 2.890 | 47,63 |
| Região de Saúde Extremo Oeste Pta | 18.790 | 8.652 | 46,05 |
| Caiuá | 1.092 | 495 | 45,33 |
| Marabá Paulista | 775 | 342 | 44,13 |
| Piquerobi | 701 | 397 | 56,63 |
| Presidente Epitácio | 9.238 | 3.483 | 37,70 |
| Presidente Vesceslau | 6.894 | 3.935 | 56,34 |
| Região de Saúde Pontal Paranapan | 16.282 | 5.481 | 33,66 |
| Euclides da Cunha Paulista | 2.443 | 800 | 32,75 |
| Mirante do Paranapanema | 3.820 | 1.803 | 47,20 |
| Rosana | 4.743 | 1.398 | 29,48 |
| Teodoro Sampaio | 5.276 | 1.480 | 28,05 |
| RRAS 11 Presidente Prudente | 147.348 | 70.941 | 48,15 |
| Estado de São Paulo | 8.860.918 | 3.234.427 | 36,50 |

Fonte: Censo – IBGE 2010. Elaborado pelo autor.

Na análise de Giacomelli *et al.* (2017) a população brasileira cresceu 12,34%, do Censo Demográfico do IBGE de 2000 para o de 2010, mas havia crescido 15,43% de 1991 para 2000 e 21,27% de 1980 para 1991. Portanto, o crescimento ocorre a taxas decrescentes, mostrando que o país está na terceira fase da transição demográfica descrita por Brito (2007). Na última década, esse crescimento não ocorreu de forma harmônica, pois ele se concentrou nas faixas etárias acima de 20 anos. O maior crescimento ocorreu no estrato da população de 50 a 59 anos (47,25%) e, em seguida, naquela de 60 anos ou mais, que aumentou em 41,65%. O número de habitantes com menos de 20 anos decresceu, e a faixa de 0 a 9 anos caiu 12,61% e a de 10 a 19 anos diminuiu 3,20%, evidenciando o processo de transição demográfica pelo qual o Brasil e a RRAS em estudo estão passando.

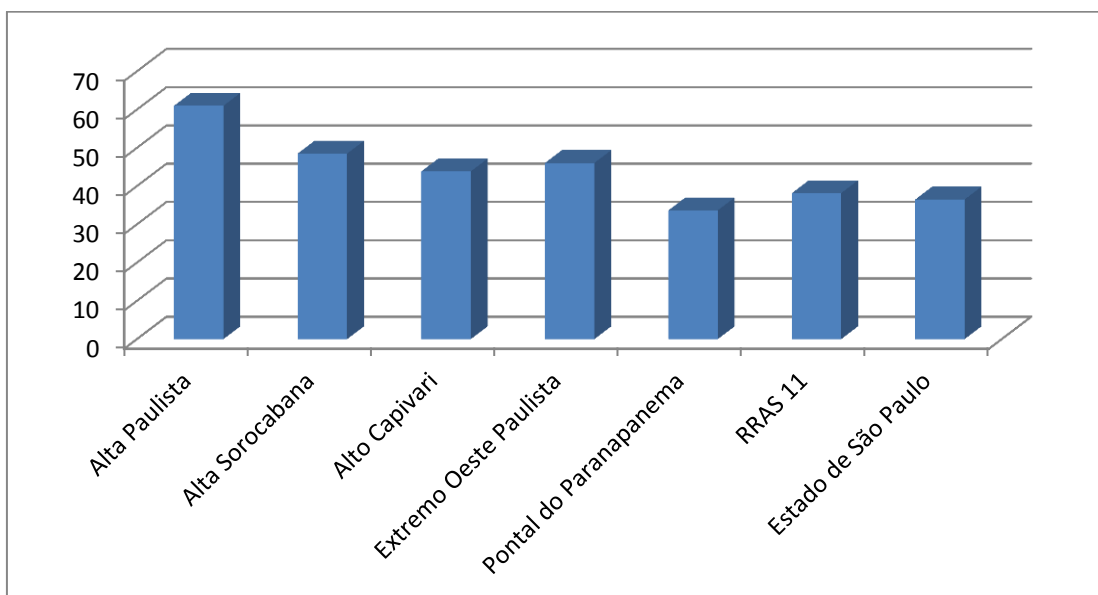
Ainda de acordo com os autores, essa mudança na composição da sociedade vem ocorrendo de forma acelerada, o que exige celeridade nas reformas estruturais. Na França foram necessários mais de cem anos para que a participação da população idosa aumentasse de 7% para 14%, e a previsão é de que essa mesma variação ocorra nos próximos 20 anos aqui no Brasil (VERAS, 2012).

O tamanho do desafio a ser enfrentado pelo país é ainda maior quando se olha o número de indivíduos que se tornam idosos a cada década. No último censo (2010), a população com 60 anos ou mais aumentou em 6.054.568 pessoas em relação à de 2000, mas as projeções do IBGE indicam que esse contingente vai aumentar em 9.688.808 de 2010 para 2020. Portanto, as faixas etárias com pessoas de maior idade são as que mais crescem, impactando diretamente no sistema de saúde e na previdência social. O crescimento da população feminina de 2000 para a de 2010 ultrapassou o crescimento da população masculina nas faixas etárias com 40 anos ou mais. Segundo Fernandes (2007), na transição demográfica ocorrida na Europa, a longevidade feminina também aumentou mais rapidamente do que a masculina, e ele acredita que o fenômeno pode estar relacionado à vantagem biológica do organismo feminino, às maiores habilidades para aproveitar o progresso sanitário e à maior sociabilidade. Entretanto, segundo Veras (2012), as mulheres dispõem, em geral, maior atenção aos cuidados com a saúde devido à morbidade, elevando e estendendo os custos com saúde. De modo geral, toda a economia de um país sofre os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento da sua população. No entanto, o setor de saúde está entre os mais afetados e, no caso brasileiro, isso ocorre tanto no âmbito público quanto no privado (GIACOMELLI, *et al.*, 2017).

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de fenômenos demográficos e de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade, e o aumento da expectativa de vida. Com o aumento da longevidade nas últimas décadas, também ocorreu um aumento do número de doenças crônicas, que, nos idosos, tendem a ser múltiplas. Os sistemas de serviços de saúde, que antes lidavam com problemas agudos, hoje precisam atender às necessidades dos idosos, com uma variedade de fatores de risco, condições crônicas e incapacidades, tendo havido acréscimo na demanda pelos serviços.

A análise da Figura 21 mostra um processo dinâmico social que reflete em grandes mudanças na sociedade, que dizem respeito à pirâmide etária e aos problemas sociais, que se encontram em plena alteração e que naturalmente tem reflexos principalmente na prestação de serviços em saúde.

Figura 21 - Índice de envelhecimento por municípios, regiões de saúde e RRAS.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de fenômenos demográficos e de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade, e o aumento da expectativa de vida. Com o aumento da longevidade nas últimas décadas, também ocorreu um aumento do número de doenças crônicas, que, nos idosos, tendem a ser múltiplas. Os sistemas de serviços de saúde, que antes lidavam com problemas agudos, hoje precisam atender às necessidades dos idosos, com uma variedade de fatores de risco, condições crônicas e incapacidades, tendo havido acréscimo na demanda pelos serviços.

A atenção primária à saúde desempenha um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, já que está ativamente envolvida na gestão da saúde dos idosos, no diagnóstico e no manejo de suas multimorbidades e na prevenção de fatores de risco para doenças crônicas.

Ao possuírem características fundamentais e orientadas à APS, os serviços de saúde apresentam-se mais efetivos e devem oferecer melhores cuidados preventivos recomendados para os idosos. Essas atividades estão principalmente relacionadas à prevenção de doenças, como hipertensão e diabetes, condições crônicas prevalentes e fatores de risco para doenças cardiovasculares, incapacidades e mortes prematuras. O sistema de saúde precisa ser remodelado para enfrentar os desafios da multimorbidade e do processo de envelhecimento. Para isso, é preciso superar o sistema fragmentado ainda vigente no SUS e explorar o potencial da APS na gestão do cuidado e na organização das redes de atenção que é de responsabilidade da União, estado e municípios (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Ao considerar a fragmentação do cuidado, a dificuldade de efetivar a APS como a porta de entrada preferencial e a integração dos serviços, faz-se necessário utilizar estratégias que contribuam na reorganização dos serviços, na ampliação do acesso e na integralidade do cuidado (ROS *et al.*, 2018)

Depreende das análises deste capítulo a observação da fragilidade, da fragmentação dos serviços de saúde da RRAS que têm a responsabilidade de propiciar acesso universal à atenção à saúde e buscar respostas às necessidades da população. Estas se expressam nas diversas situações de saúde que demandam cuidados e requerem uma organização de serviços inclusivos e resolutivos, com integração entre os pontos de atenção do sistema de saúde.

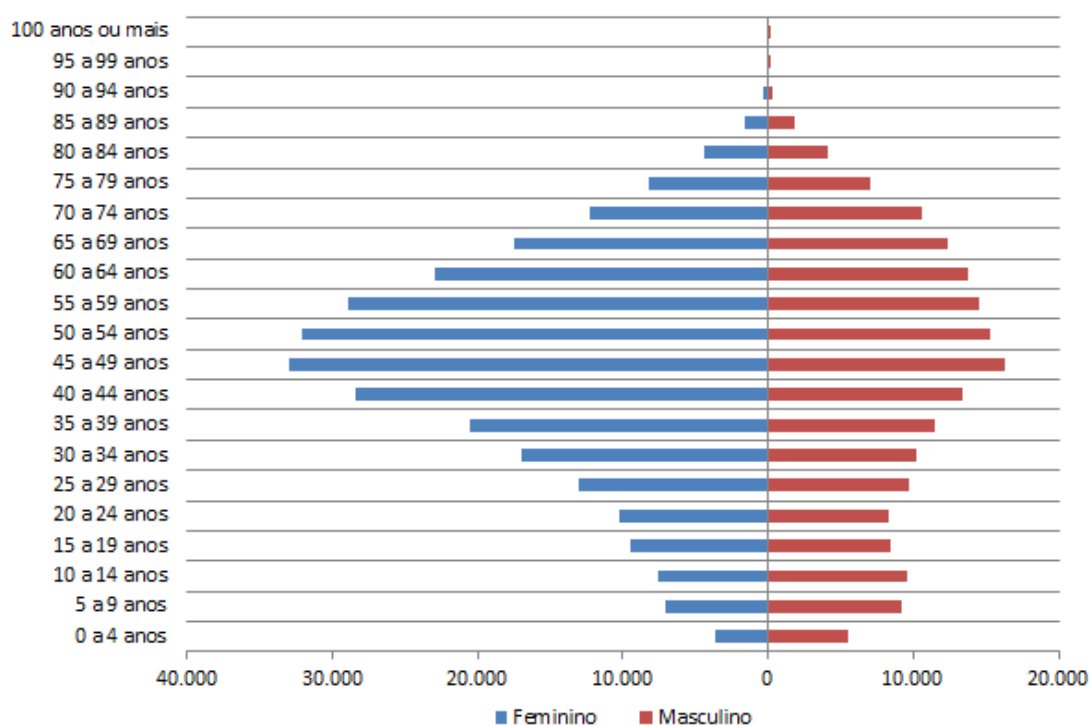
12.1 Caracterização dos Atendimentos do AME

A seguir são apresentados dados do ambulatório de especialidades médicas do Hospital Regional, que expandiu sua capacidade de atendimento nos últimos anos, porém, a expansão não resolveu os problemas da região, apontando que a única percepção dos gestores tenha sido a necessidade de aumento da oferta.

O banco de dados do HR foi trabalhado no ambiente OLAP, cruzando as variáveis idade, gênero e período de atendimento para que pudéssemos construir a pirâmide etária do ambulatório (Figura 24) obtendo os mesmos padrões de configuração do IBGE. O padrão construído por meio do uso da tecnologia da informação permitiu entender a composição e evolução da população nos censos de 2000 e 2010 bem como as cinco regiões que compõem a RRAS. Buscou-se o estabelecimento de critérios de análises que coadunam com a realidade dos dados em questão.

A pirâmide etária do ambulatório de especialidades médicas do HR surpreende pelo formato (Figura 22 e Tabela 39). O público feminino representa 60,47% dos atendimentos, enquanto os homens somam 39,53%. Apenas nas faixas etárias entre 0 e 14 anos e 85 a 89 anos o público masculino é maior. A diferença nos atendimentos acentua-se no meio da pirâmide, nas faixas entre 30 e 69 anos, período em que as mulheres são responsáveis por 66% dos atendimentos contra 34% dos homens.

Figura 22 - Pirâmide etária dos atendimentos do AME nos anos de 2013, 2014 e 2015.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Tabela 39 - Pirâmide etária do AME.

| | Feminino | Masculino |
|--------------|----------|-----------|
| 0 a 4 anos | 3.598 | 5.447 |
| 5 a 9 anos | 7.106 | 9.193 |
| 10 a 14 anos | 7.574 | 9.584 |
| 15 a 19 anos | 9.467 | 8.389 |
| 20 a 24 anos | 10.201 | 8.322 |
| 25 a 29 anos | 12.987 | 9.642 |
| 30 a 34 anos | 16.948 | 10.218 |
| 35 a 39 anos | 20.579 | 11.543 |
| 40 a 44 anos | 28.401 | 13.401 |
| 45 a 49 anos | 32.997 | 16.313 |
| 50 a 54 anos | 32.072 | 15.270 |
| 55 a 59 anos | 28.984 | 14.523 |
| 60 a 64 anos | 22.919 | 13.784 |
| 65 a 69 anos | 17.503 | 12.426 |
| 70 a 74 anos | 12.295 | 10.595 |
| 75 a 79 anos | 8.271 | 7.027 |
| 80 a 84 anos | 4.461 | 4.099 |

| | | |
|------------------|---------|---------|
| 85 a 89 anos | 1.653 | 1.818 |
| 90 a 94 anos | 368 | 356 |
| 95 a 99 anos | 78 | 60 |
| 100 anos ou mais | 20 | 13 |
| Total | 278.482 | 182.023 |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p. 278).

Historicamente o gênero feminino tem mais cuidados com a saúde que o masculino, portanto procura mais pelos recursos médicos, porém, o fato de serem encaminhados ou procurarem espontaneamente o HR, deve-se a ineficácia do atendimento básico de saúde (Diário de campo:19/07/2017, relato de um médico do AME).

A atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países (BASCH, 2011). A conferência de Alma Ata especificou ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos, programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões comuns, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição, e medicina tradicional.

Embora esses conceitos de atenção primária à saúde tenham sido pensados para serem aplicados em todos os países, há discordâncias a respeito da extensão na qual eles são aplicáveis nas nações industrializadas, bem como a respeito dos impedimentos à sua aplicação (KAPRIO, 2009).

O conceito de atenção primária à saúde, em sua ênfase sobre a proximidade com as pessoas, parece estranho em países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. Além disso, o princípio de que a

atenção à saúde deve ser relacionada às necessidades não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles. A orientação para a comunidade tem pouca base histórica nos sistemas de saúde da maioria dos países industrializados. Entretanto, alguns países reorganizaram seus serviços de saúde para consolidar os aspectos médicos e de saúde da atenção primária. Por exemplo, os novos médicos de família em Cuba, residem onde trabalham. Eles são, portanto, membros da comunidade à qual servem e é em benefício desse grupo que atuam como agentes de mudança, principalmente quando existem circunstâncias ambientais ou sociais que necessitam de melhoria (GILPIN, 2001). Essa integração dos serviços médicos convencionais com serviços sociais e ambientais se encaixa no modelo previsto em Alma Ata.

O descompasso na integração dos serviços de saúde mostra-se frágil e desarticulada com a rede, potencializando a indefinição das atribuições de cada componente da RRAS, fato que foi observado pelo pesquisador no AME (Figura 23) onde as pessoas formam filas intermináveis para o agendamento de consultas especializadas. O insucesso na marcação de consultas no ambulatório leva, inevitavelmente, o paciente a procurar pelo serviço de urgência e emergência na tentativa de ser atendido e referenciado ao ambulatório de especialidades.

Figura 23- Recepção do AME.



Fonte: Departamento de Marketing da Unoeste – Out. 2017

As filas são formadas aqui porque as pessoas não encontram atendimento decente na rede básica. A maioria dos pacientes vem para o ambulatório sem encaminhamento, sem ter passado pelo médico da rede básica. Acho que está havendo um grande buraco no atendimento primário e o Hospital Regional vem sendo responsabilizado, vem sendo cobrado para resolver um problema que não tem gestão, está fora do seu alcance (Diário de campo:10/09/2017, relato de um funcionário do AME).

O AME oferece atendimento médico em quase todas as especialidades, alinhando-se com a proposição da linha de cuidado no diagnóstico e terapia de problemas em saúde, porém, as consultas especializadas não estão disponíveis em quantidade suficiente para a demanda, sendo restritas ao orçamento da saúde. A restrição orçamentária associada ao oferecimento desigual de número de consultas especializadas, a concentração de marcação de consultas no período da manhã, os pacientes se auto dirigindo para o AME sem o devido encaminhamento, gera tumulto e frustração para o agendamento. O AME deve estar a serviço dos tratamentos ambulatoriais especializados, dando suporte à rede primária e evitando a migração dos usuários para o PS.

A linha de cuidado funciona por meio do processo terapêutico. Como processo terapêutico entende-se pelos atos assistenciais necessários para resolver determinado problema de saúde do usuário. E para que essas linhas de cuidado funcionem, é necessário que o pacto entre gestores nas diversas instâncias seja realizado, respeitando o processo de regionalização da saúde de cada Estado. É preciso que seja estabelecido um acordo de funcionamento dessas pactuações entre chefias, coordenações, gerências, “em relação aos fluxos entre os que coordenam as Unidades da Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência e hospitalares, assim como as áreas meio da Secretaria de Saúde” (FRANCO, 2012)

Esse pacto deve ser firmado a partir da concepção de que os serviços de saúde organizam-se visando o usuário, garantindo que os fluxos entre os diversos serviços de saúde funcionem. Assim, garante-se ao usuário do SUS o acesso as suas demandas em saúde. Franco e Franco (2012) definem que para organizar as linhas de cuidado é necessário envolver os atores que estão implicados com o cuidado em saúde. Para criar linhas, deve-se seguir os seguintes passos:

- a) mapear a rede de serviços de saúde, e propor discussão das linhas de cuidado;
- b) definir que linhas de cuidado serão montadas de acordo com os critérios definidos pela equipe de trabalho. Entre os motivos para definir as linhas de cuidado pode-se ter a carência de cuidados em alguma área específica, a dificuldade de acesso, a facilidade em montar a

linha de cuidado;

c) realizar oficinas de trabalho, envolvendo os diversos atores envolvidos, com o objetivo de realizar os pactos entre gestores;

d) mapear todas as possibilidades de acesso aos serviços para garantir que o sistema ajuste-se a necessidade dos usuários.

Visto esses apontamentos sobre a concepção das linhas de cuidado, é indispensável ressaltar a importância no momento da concepção das linhas de cuidado, contar no processo com a participação de um profissional que detenha conhecimento a respeito dos fluxos das redes de serviços em saúde e que detenha uma metodologia adequada na condução das oficinas (FRANCO, 2012).

A análise de situação de saúde envolve o processo de identificar, formular, priorizar e explicar problemas em saúde de determinada população, com o objetivo de produzir informações e conhecimento sobre riscos à saúde, as formas de adoecimento e morte da população investigada e também a organização e o funcionamento da rede assistencial de saúde responsável pela intervenção dos problemas mapeados (ESCRIVÃO JUNIOR, 2012).

Neste sentido, é imperativo observar os indicadores demográficos da população de maneira que tragam subsídios na compreensão da dinâmica populacional. A taxa de natalidade (Tabela 40) representa o número de nascidos em uma localidade em proporção ao número total de habitantes. Esse indicador não é homogêneo no Brasil nem mesmo na RRAS em estudo. A taxa de natalidade observada, coaduna com o envelhecimento (Tabela 38), evidenciando a singularidade na transição demográfica da população da RRAS.

Tabela 40 - Taxa de natalidade por municípios, regiões de saúde e RRAS.

| Região de Saúde/Municípios de residência | População Total | Nº de Nascidos Vivos | Taxa de natalidade/100 habitantes |
|--|-----------------|----------------------|-----------------------------------|
| Região de Saúde da Alta Paulista | 125.690 | 1405 | 11,18 |
| Dracena | 43.258 | 485 | 11,21 |
| Flora Rica | 1.752 | 8 | 4,57 |
| Irapuru | 7.789 | 69 | 8,86 |
| Junqueirópolis | 18.726 | 221 | 11,80 |
| Monte Castelo | 4.063 | 38 | 9,35 |
| Nova Guataporanga | 2.177 | 19 | 8,73 |
| Ouro Verde | 7.800 | 99 | 12,69 |
| Panorama | 14.583 | 200 | 13,71 |
| Paulicéia | 6.339 | 94 | 14,83 |
| Santa Mercedes | 2.831 | 33 | 11,66 |
| São João do Pau D' Alho | 2.103 | 15 | 7,13 |
| Tupi Paulista | 14.269 | 124 | 8,69 |

| | | | |
|--|-------------------|----------------|--------------|
| Região de Saúde da Alta Sorocabana | 380.077 | 4.784 | 12,59 |
| Alfredo Marcondes | 3.891 | 36 | 9,25 |
| Álvares Machado | 23.513 | 267 | 11,36 |
| Anhumas | 3.728 | 45 | 12,07 |
| Caiabu | 4.072 | 54 | 13,26 |
| Emilianópolis | 3.020 | 29 | 9,60 |
| Estrela do Norte | 2.658 | 35 | 13,17 |
| Indiana | 4.825 | 61 | 12,64 |
| Martinópolis | 24.219 | 293 | 12,10 |
| Narandiba | 4.288 | 74 | 17,26 |
| Pirapozinho | 24.694 | 345 | 13,97 |
| Presidente Bernardes | 13.570 | 133 | 9,80 |
| Presidente Prudente | 207.610 | 2.667 | 12,85 |
| Regente Feijó | 18.494 | 220 | 11,90 |
| Ribeirão dos Índios | 2.187 | 21 | 9,60 |
| Sandovalina | 3.669 | 66 | 17,84 |
| Santo Anastácio | 20.475 | 252 | 12,31 |
| Santo Expedito | 2.803 | 28 | 9,99 |
| Taciba | 5.714 | 65 | 11,38 |
| Tarabai | 6.607 | 93 | 14,08 |
| Região de Saúde do Alto Capivari | 56.088 | 767 | 13,67 |
| Iepê | 7.628 | 104 | 13,63 |
| João Ramalho | 4.150 | 57 | 13,73 |
| Nantes | 2.707 | 46 | 16,99 |
| Quatá | 12.799 | 198 | 15,47 |
| Rancharia | 28.804 | 362 | 12,57 |
| Região de Saúde Extremo Oeste Pta | 92.616 | 1.099 | 11,87 |
| Caiuá | 5.039 | 51 | 10,12 |
| Marabá Paulista | 4.812 | 55 | 11,43 |
| Piquerobi | 3.537 | 29 | 8,20 |
| Presidente Epitácio | 41.318 | 556 | 13,46 |
| Presidente Vesceslau | 37.910 | 408 | 10,76 |
| Região de Saúde Pontal Paranapanema | 67.721 | 877 | 12,95 |
| Euclides da Cunha Paulista | 9.585 | 133 | 13,88 |
| Mirante do Paranapanema | 17.059 | 200 | 11,72 |
| Rosana | 19.691 | 250 | 12,70 |
| Teodoro Sampaio | 21.386 | 294 | 13,75 |
| RRAS 11 Presidente Prudente | 722.192 | 8.922 | 12,35 |
| Estado de São Paulo | 41.262.199 | 601.561 | 14,58 |

Fonte: SEADE, 2010 (por 1000 hab./ano). Elaborado pelo autor.

A taxa de natalidade e a taxa de mortalidade infantil são indicadores frequentemente utilizados na caracterização da população. O estudo da taxa de natalidade, a qual representa a relação entre nascidos vivos e a população residente, permite-nos obter uma perspectiva sobre a forma como a população evolui.

...a construção de indicadores de saúde deve partir do levantamento e

sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais, enfatizando a identificação, descrição e quantificação de variáveis populacionais, como uma primeira e imprescindível etapa para o conhecimento das principais doenças e agravos à saúde que atingem uma determinada população, os grupos mais afetados, as faixas etárias mais atingidas e os riscos mais relevantes (TEIXEIRA, 2010, p.19).

Na tentativa de equacionar questões populacionais, governos lançam mão de estudos e proposições que nem sempre atingem seus objetivos. De qualquer forma, os estudos e análises fornecem instrumental teórico aos dirigentes para que sejam tomadas medidas de ordem prática, porém a natureza dessas medidas varia em função de diversos interesses, dentre eles os políticos, econômicos, sociais e técnicos.

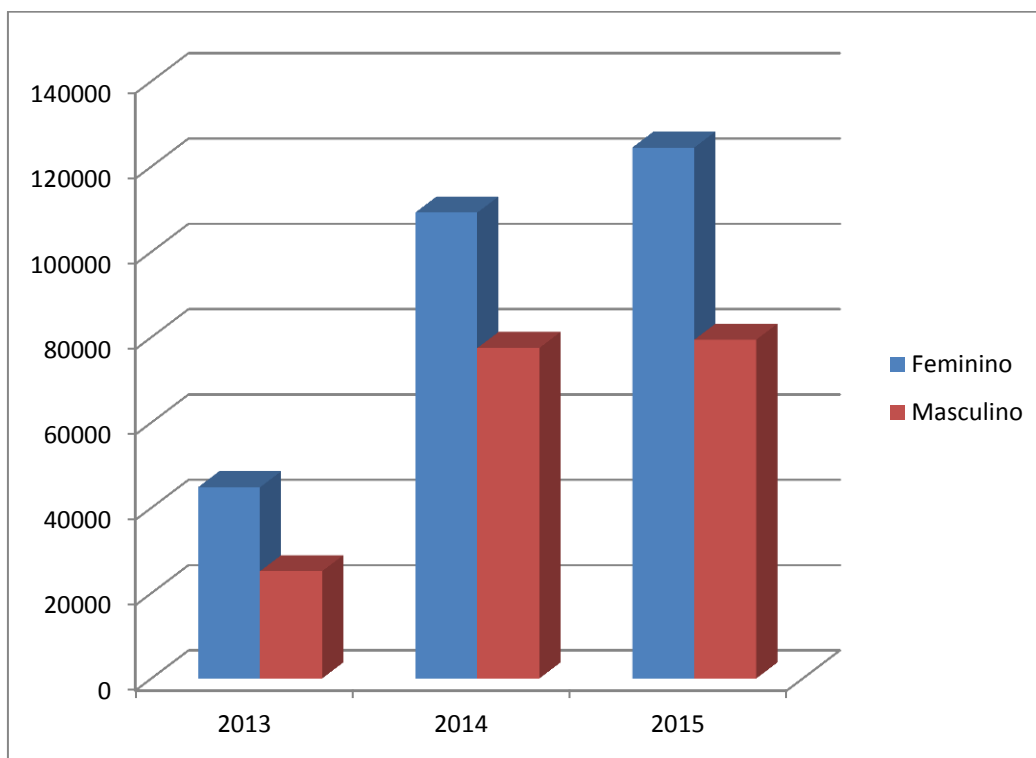
A Alta Paulista apresentou o maior índice de envelhecimento e a menor taxa de natalidade entre as regiões em estudo, fato que pode facilmente ser constatado ao se analisar o formato da pirâmide etária.

O formato da pirâmide do AME não é menos preocupante, as faixas etárias de zero a quatro anos, nesse contexto, têm pouca representatividade, o que configura o reflexo da baixa taxa de natalidade da RRAS, com destaque para a Alta Paulista e o Extremo Oeste Paulista.

Reforça-se, neste contexto, a necessidade de obtenção de dados e informações sobre a população para que as propostas de intervenção ou políticas de saúde produzam os efeitos demandados pela sociedade.

Embora tenha ocorrido um aumento na capacidade instalada do AME a partir de 2013, o público masculino mais que duplicou sua presença, no entanto, está distante de se igualar ao feminino (Figura 24). Esse entendimento foi obtido por meio da utilização do banco de dados do ambulatório do HR onde as variáveis sexo e período de atendimento foram cruzadas no ambiente OLAP e que nos remete a inferir sobre os cuidados preventivos do homem, o acesso a rede primária de atenção à saúde.

Figura 24 - Evolução do atendimento anual do AME por gênero.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

A promoção de saúde transcende o conceito limitado de saúde como a ausência de doenças, mas sim como a capacidade de lidar sobre os determinantes em saúde, refletindo nas condições de vida da população, indo além da prestação de serviços, desenvolvendo ações intersetoriais que envolvam questões como “a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A assistência em saúde configura-se em todo o processo de cuidado ao paciente no processo saúde-doença, desde a atenção básica até o atendimento de alta complexidade. Visto isso, as linhas de cuidado em saúde integral relacionam-se aos fluxos assistenciais do paciente, atendendo suas necessidades em saúde, unificando ações preventivas, curativas e de reabilitação (FRANCO; FRANCO, 2012).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos. Além disso, que respeitem os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de

morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve estar alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, e com as estratégias de humanização em saúde. Ela deve, ainda, estar em consonância com os princípios do SUS, com vistas a fortalecer as ações e os serviços em redes e cuidados da saúde.

A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários, se diferentemente se a procura pela atenção houvesse ocorrido em algum momento anterior. Certamente, muitos agravos poderiam ser evitados, caso os homens realizassem regularmente as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos demandam um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para as ações de promoção e prevenção à saúde que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (GOMES, 2003), a saber, as socioculturais e as institucionais.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero enraizados, há séculos, em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (KEIJZER, 2003). A isso se acresce o fato de que o indivíduo teme que o médico descubra que sua saúde vai mal, o que põe sua crença de invulnerabilidade em risco.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades; eles cultivam o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecerem. E para ajudar, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a

mulher e o idoso. Uma questão bastante apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de atenção primária está ligada à sua posição de provedor. Alega-se que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho (KEIJZER, 2003).

Não se pode negar que, na preocupação masculina, a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser o provedor pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, hoje, faz ou fazem parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, mas nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (GOMES, 2007).

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (WELZER-LANG, 2001), a concepção ainda prevalente e hegemônica da masculinidade é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o cuidado é um dos papéis considerados como sendo feminino. Por assim ser, desde muito cedo, as mulheres são educadas para desempenharem e se responsabilizarem por esse papel. A compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a qual deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

A atenção à saúde do homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas histórica e socioculturalmente; a significação da masculinidade é um processo em permanente construção e transformação. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população que deve ser considerada em suas diferenças por idade; condição socioeconômica; étnico-racial; por local de moradia, urbano ou rural; pela situação carcerária; pela deficiência física e/ou mental e também pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. É fundamental ainda que as ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens no país, sem discriminação (PINHEIRO, 2001).

Segundo o IBGE, a população da RRAS 11, em 2010, por sexo e grupos de idade, é de 722.192; 50,33%, de população feminina (363.496); 49,67%, de masculina (358.696). A população de homens no Brasil, com distinção de diferentes fases do ciclo de vida, é delimitada em termos percentuais.

A adolescência e a velhice são etapas do ciclo de vida que maximizam a vulnerabilidade masculina (Tabela 41), por isso requerem o seu exposto reconhecimento. Na adolescência, a crença na invulnerabilidade, por parte dos homens, é exacerbada, o que os torna muito mais vulneráveis aos agravos evitáveis caso fossem adotadas práticas preventivas, seja em relação a uma concepção não desejada ou ao risco de infecção pelo HIV/AIDS, por exemplo, e por meio do uso abusivo de álcool, entre outras drogas, e do envolvimento com cenários de violência que reafirma sua posição social viril. Diante da constatação de que a epidemia de HIV/AIDS, bem como a incidência de gravidez não planejada, vem aumentando entre adolescentes e jovens, cabe a proposição de medidas informativas e de sensibilização dessa população para a necessidade da adoção de práticas preventivas que, por sua vez, requerem o reconhecimento, por parte de adolescentes e jovens, de sua vulnerabilidade a essas condições. Os altos índices de morbidade e mortalidade relativos a causas externas entre adolescentes e jovens também merecem destaque e podem ser compreendidos à luz da crença na invulnerabilidade e na necessidade social de autoafirmação. Conforme dados da Tabela 41, este perfil representa 25,11% da população masculina da região em estudo.

Tabela 41 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida da RRAS.

| Área Técnica | Grupo Etário | População | % |
|--------------|--------------|-----------|-------|
| Infância | 0 a 9 | 46.756 | 13,03 |
| Adolescência | 10 a 24 | 90.071 | 25,11 |
| Idade Adulta | 25 a 59 | 175.283 | 48,87 |
| Idoso | 60 ou + | 46.586 | 12,99 |
| Total | | 358.696 | 100 |

Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS (2010). Elaborado pelo autor.

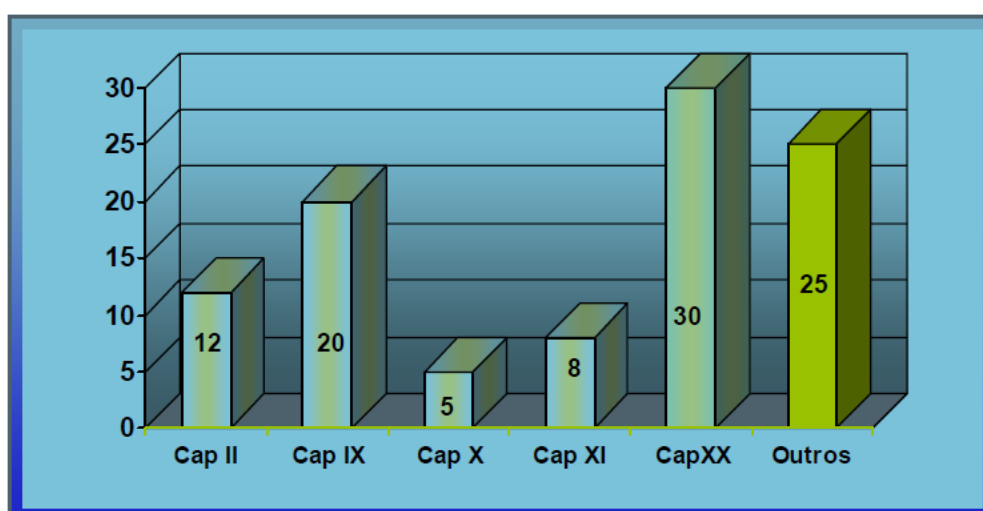
Os adolescentes homens são o principal grupo de risco para a mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afrodescendentes que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional. Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos deles são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades (WHO, 2001).

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem estabeleceu um recorte estratégico da população com foco em adultos. Considerando que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde, o recorte etário, na faixa de 25 a 59 anos, apesar de não configurar restrição da população alvo da política, foi uma estratégia metodológica necessária para a consideração da problemática a ser enfrentada na atenção especializada. Esse grupo etário corresponde a 48,87% da população masculina ou a 24,27% do total da RRAS 11. Ele corresponde à parcela preponderante da força produtiva e, além do mais, exerce um papel sociocultural e político.

É fundamental a inclusão do enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero, geração, deficiência e condição étnico-racial nas ações de saúde pública. Da mesma forma, é necessária uma articulação intersetorial entre diferentes políticas e pontos de atenção nas redes de saúde para que o homem seja reconhecido socialmente como cidadão a partir de suas especificidades e de seu contexto histórico e social. Reitera-se ainda que dados de morbimortalidade, quando deslocados dos marcadores sociais que produzem hierarquias de masculinidades, são insuficientes para explicar os processos de vulnerabilidade e adoecimento dos homens no planejamento de políticas públicas (CESARO *et al.*, 2018).

Na análise das causas de mortalidade na população masculina, dos 25 aos 59 anos, no ano de 2010, observou-se que, em 75% dos casos, os óbitos incidem em cinco grupos principais de entidades mórbidas (Figura 25). A maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas (Classificação Internacional de Doenças - CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as doenças do aparelho circulatório (CID 10 – Cap. IX); em terceiro, os tumores (CID 10 – Cap. II); em quarto, as doenças do aparelho digestivo (CID 10 – Cap. XI) e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório (CID 10 – Cap. X) (Tabela 39), conforme discutido no capítulo da morbimortalidade.

Figura 25 - Percentagem de óbitos de acordo com as causas (CID 10) da população masculina entre 25 e 59 anos.



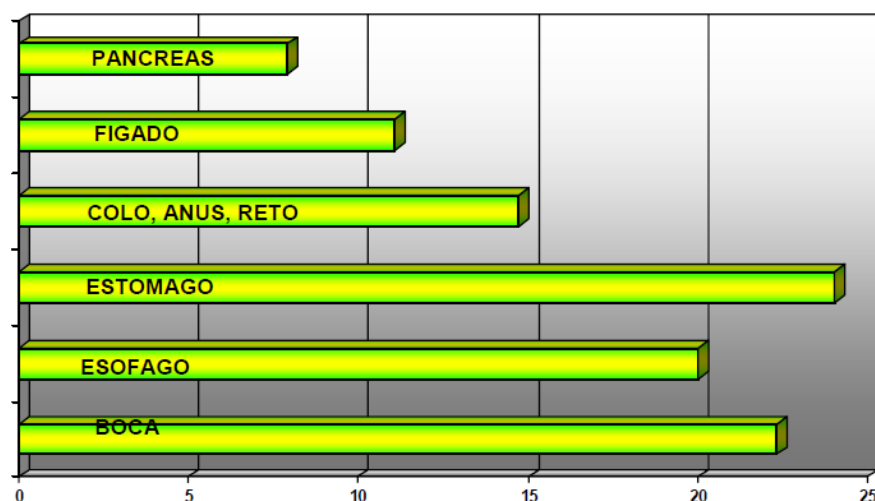
Fonte: Ministério da Saúde (2017).

Há de se chamar atenção que, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 25 aos 40 anos), as causas externas de mortalidade são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos, e pelos tumores a partir dos 50 anos.

Essas mortes prematuras trazem consequências psicofísicas e socioeconômicas, uma vez que são vidas jovens perdidas em plena fase produtiva. Não há dúvidas de que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população. Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 25 aos 59 anos.

Na Figura 26, observamos que a frequência de óbitos por neoplasia maligna do aparelho digestivo tem aumentado, a despeito dos métodos de diagnósticos cada vez mais precoces e do eficiente arsenal terapêutico utilizado.

Figura 26 - Percentual de mortalidade masculina por câncer do aparelho digestivo em 2015.



Fonte: MS / SVS / DASIS – SIM (2017).

Os gastos com medicamentos, internações e atenção de alta complexidade impactam significativamente no orçamento dos órgãos financiadores da saúde. No horizonte imediato, esse cenário poderá servir de embasamento para os gestores no sentido de subsidiarem propostas de ações de saúde em sua localidade para reduzirem as taxas por essas patologias,

além de fornecer aos pesquisadores dessa área um panorama para aprofundamento das problemáticas que incitam a ocorrência das internações sensíveis a atenção primária (PEREIRA, 2015).

É evidente a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde. Considera-se essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles.

A implementação de políticas públicas de saúde deve ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, que priorize a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime. Essa política deve ter como princípios a humanização e a qualidade, as quais implicam na promoção, no reconhecimento e no respeito à ética e aos direitos do homem e, além disso, às suas peculiaridades socioculturais, econômicas e políticas.

No entendimento de Andrade *et al.* (2013), a análise do indicador de acesso aos serviços de saúde é uma forma de avançar no entendimento da presença de desigualdades no cuidado ambulatorial uma vez que canaliza para a demanda não observada. A demanda não observada pode ocorrer em dois contextos. No primeiro, os indivíduos procuram os serviços de saúde e não conseguem atendimento. No segundo, os indivíduos não procuram atendimento mesmo diante da necessidade. Os motivos dessa não procura podem ser discriminados nas seguintes categorias: restrição monetária ou de tempo, dificuldade de transporte, localização do serviço, restrição na oferta de profissionais, ausência de acompanhante e problemas de informação. Esses motivos remetem aos fatores capacitantes definidos no modelo de Andersen (Andersen 1995) e podem ser inferidos pela análise dos dados do AME, ou seja, a frequência/ausência masculina no referido serviço.

12.2 O Pronto Socorro do Hospital Regional

O serviço de urgência e emergência consiste na parte central do funcionamento do sistema de saúde que atende pacientes que chegam em estado grave, acolhe casos não urgentes e encaminha para serviços ambulatoriais básicos ou especializados existentes na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2009). As unidades de emergência apresentam excessivo volume de atendimentos e a grande procura da população pelo atendimento de emergência faz com que os serviços de saúde, até então organizados a reconhecer e intervir demandas menores, proporcione sofrimento à população, verificando-se a necessidade de melhorias

nesses serviços (SÁ, 2008).

Segundo Ribeiro *et al.* (2014), no Brasil, 90% das emergências são de casos clínicos e somente 10% dizem respeito aos traumas em pronto-atendimento hospitalar que, em sua maioria, apresenta casos de baixa complexidade que poderiam ser tratados nas redes básicas de saúde. As mudanças no perfil de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis trazem repercussão ao atendimento na unidade de emergência hospitalar e aos atendimentos de urgência clínica, que são os mais frequentes. Os hospitais ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica, justificado pelas dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico (COELHO, 2013).

Em estudo realizado por Antunes *et al.* (2019), os serviços de urgência e emergência de atendem atualmente situações e doenças que normalmente poderiam ser atendidos na rede básica, fato este demonstrado pelos atendimentos classificados como pouco urgentes. Além disso, grande parte dos agravos atendidos trata-se de sintomatologias não relacionadas diretamente com patologias, passíveis de intervenção na rede primária de saúde. Apesar da ênfase no processo de reorientação no modelo assistencial atual e da definição da atenção primária em saúde como porta de entrada do sistema, infere-se que os usuários tendem a preferir os prontos atendimentos e hospitais para iniciar suas terapêuticas, o que ocasiona a superlotação dos serviços de média e alta complexidade, dificultando a operacionalização da rede.

O sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para a equipe de saúde. Os serviços de emergência devem ser adequados às políticas de saúde a fim de satisfazer às necessidades da população em relação ao atendimento às emergências clínicas.

No período de 2013 a 2015, foram atendidos 595.988 pacientes no pronto socorro do Hospital Regional, e 285.512 (47,90%) desse total passaram pelo sistema de classificação de risco (Tabela 42 e Figura 29), o que evidencia a triste realidade do serviço, ou seja, a maioria dos pacientes classificados, 202.708 (70,99%), encontra-se na faixa verde; 72.295 (25,33%), na faixa amarela; apenas 10.509 (3,68%), na faixa vermelha. Configura-se, preliminarmente, pelos dados analisados que a maioria dos atendimentos não são de urgência e emergência.

A classificação do atendimento por cores é um padrão internacional que permite priorizar o atendimento dos pacientes identificados na cor vermelha, casos típicos do pronto socorro. A mensuração dos volumes de pacientes atendidos no PS, classificados por cores, foi obtida por meio do banco de dados da instituição transferidos para o OLAP por meio do cruzamento das variáveis origem do paciente, cor, volume atendido e período de atendimento. Entender que há, de fato um grande contingente de pacientes no pronto socorro e que

passaram pelo sistema de triagem e que aponta para falhas na rede primária de saúde e que os fluxos devem ser revistos, somente foi possível utilizando a tecnologia do banco de dados interagindo com o business intelligence na plataforma OLAP. Não basta dispor de dados, é imprescindível transformá-los em informações consistentes que possam auxiliar na reorganização da rede de saúde, tendo como objetivo melhor assistência aos usuários e melhor uso dos recursos financeiros e tecnológicos em saúde.

Neste sentido, foram trabalhados os dados do PS (Tabela 42 e Figura 27) organizando os números dos atendimentos em cores, permitindo entender que nesse setor, onde deveriam ser atendidos exclusivamente, pacientes que necessitam de cuidados urgentes, encontramos também um número significativo de pacientes que poderiam ser atendidos em outros serviços que não de emergência, ou seja, poderiam ser atendidos de forma adequada em outro tipo de estabelecimento. São pacientes que devido a suas patologias, não necessitariam de atendimento de urgência, poderiam receber atendimento em serviços de menor complexidade, como os serviços de atenção básica ou ambulatoriais de especialidades. Ali estão também pacientes que, já tendo recebido o atendimento de urgência, deveriam ter sido transferidos para outro serviço ou outro tipo de acomodação, como por exemplo, a internação de um hospital geral ou do próprio HR, no entanto, pela inexistência de leitos disponíveis, esses pacientes são mantidos em atendimento ou em observação na emergência.

Tabela 42 - Classificação do atendimento no pronto socorro: município e cores.

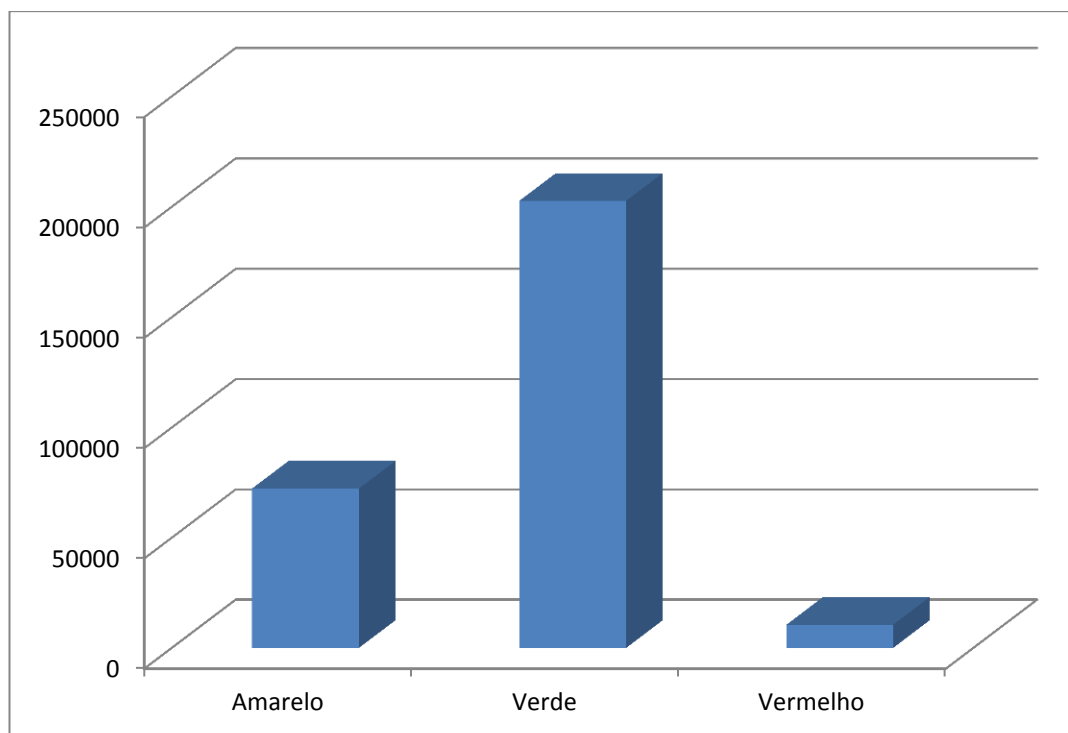
| Atend. Emergência | Amarelo | Verde | Vermelho | Total |
|----------------------------|---------|--------|----------|--------|
| Presidente Prudente | 47861 | 159180 | 7601 | 214642 |
| Monte Castelo | 29 | 77 | 4 | 110 |
| Santo Anastacio | 1010 | 2438 | 108 | 3556 |
| João Ramalho | 24 | 58 | 3 | 85 |
| Dracena | 183 | 429 | 25 | 637 |
| Alvares Machado | 3097 | 7347 | 479 | 10923 |
| Caiabu | 294 | 648 | 24 | 966 |
| Santo Expedito | 459 | 1014 | 39 | 1512 |
| Ouro Verde | 35 | 84 | 8 | 127 |
| Piquerobi | 61 | 139 | 11 | 211 |
| Caiua | 71 | 153 | 10 | 234 |
| Quata | 92 | 192 | 10 | 294 |
| Euclides da Cunha Paulista | 144 | 310 | 23 | 477 |
| Teodoro Sampaio | 361 | 743 | 49 | 1153 |
| Maraba Paulista | 57 | 117 | 8 | 182 |
| Sao Joao do Pau D Alho | 9 | 16 | 0 | 25 |
| Alfredo Marcondes | 790 | 1511 | 66 | 2367 |

| | | | | |
|-------------------------|-------|--------|-------|--------|
| Presidente Venceslau | 515 | 1043 | 81 | 1639 |
| Presidente Epitacio | 390 | 806 | 72 | 1268 |
| Martinopolis | 972 | 1844 | 116 | 2932 |
| Anhumas | 721 | 1306 | 59 | 2086 |
| Santa Mercedes | 27 | 58 | 8 | 93 |
| Ribeirao dos Indios | 152 | 270 | 11 | 433 |
| Tarabai | 1226 | 2142 | 92 | 3460 |
| OUTROS | 933 | 1849 | 219 | 3001 |
| Junqueiropolis | 133 | 252 | 25 | 410 |
| Tupi Paulista | 141 | 249 | 17 | 407 |
| Estrela do Norte | 455 | 766 | 37 | 1258 |
| Flora Rica | 27 | 48 | 4 | 79 |
| Indiana | 499 | 830 | 59 | 1388 |
| Sandovalina | 686 | 1099 | 65 | 1850 |
| Pirapozinho | 3312 | 5163 | 300 | 8775 |
| Taciba | 1116 | 1713 | 90 | 2919 |
| Irapuru | 92 | 151 | 18 | 261 |
| Presidente Bernardes | 929 | 1431 | 131 | 2491 |
| Iepe | 196 | 302 | 29 | 527 |
| Rosana | 231 | 363 | 40 | 634 |
| Regente Feijo | 2252 | 3249 | 236 | 5737 |
| Narandiba | 591 | 822 | 54 | 1467 |
| Rancharia | 251 | 363 | 34 | 648 |
| Panorama | 118 | 177 | 29 | 324 |
| Pauliceia | 59 | 84 | 12 | 155 |
| Nantes | 99 | 129 | 17 | 245 |
| Emilianopolis | 214 | 237 | 16 | 467 |
| Mirante do Paranapanema | 1362 | 1493 | 166 | 3021 |
| Nova Guataporanga | 19 | 13 | 4 | 36 |
| Total | 72295 | 202708 | 10509 | 285512 |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor

A análise da Figura 27 é explícita quanto ao perfil do atendimento no pronto socorro destacado pela maioria dos usuários na cor verde, ou seja, pacientes que não apresentam características de atendimento de urgência ou emergência.

Figura 27 - Classificação do atendimento no pronto socorro: município e cores.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

A Figura 28 sacramenta a análise da Figura 29, ou seja, visualiza-se uma contradição do sistema que é percebida pelo usuário que ingressa na instituição para um atendimento de urgência. Convivem os casos graves, que exigem atenção para a qual o espaço está preparado, com situações que deveriam ter resposta em outros serviços de atenção à saúde. Misturam-se casos graves, de pacientes vítimas de trauma e que necessitam de atenção imediata e de complexidade, com atendimentos que pouco tem a ver com a proposta organizacional da emergência, de pacientes que, deslocados no sistema, esperam ter supridas necessidades de diversas ordens, normalmente de baixa complexidade.

Figura 28 - Recepção do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Regional.



Fonte: Departamento de Marketing da Unoeste – Out. 2017

Os pacientes esperam horas pelo atendimento. Sentam pacientemente nas cadeiras e aguardam sua chamada. Veja você mesmo, que não é médico, se estes pacientes estão precisando de atendimento de urgência? (Diário de campo: 25/09/2017, relato de um médico do PS do HR).

A superlotação nas emergências aumenta o risco de mortalidade em casos atendidos com atraso e causa descontentamento nos demandantes, independentemente da gravidade do caso (O'DWYER, 2010).

Nesse sentido, no âmbito do sistema de saúde, os serviços de urgência e emergência possuem peculiaridades e especificidades que têm sido objeto de estudo em todo o mundo, com enfoque especial nas questões relativas ao aumento da demanda e da utilização desse nível de atenção, tanto em serviços privados quanto públicos. Isso evidencia problemas relacionados à infraestrutura, à organização de serviços, à qualidade da assistência, à quantidade e especificidade dos atendimentos realizados e suas principais consequências sociais (COELHO; CHAVES; ANSEMI; HAYASHIDA; SANTOS, 2010).

De forma simplificada, poder-se-ia admitir que a superlotação da emergência esteja em ocorrência, por conta de uma inadequada gestão de fluxos do sistema, já que há um deslocamento do paciente em relação ao serviço onde melhor seria assistido. Essa questão

deve ser tratada no âmbito das ações de regionalização e hierarquização da assistência, num processo de regulação do sistema, no entanto existem fatores subjetivos para o sistema e que são objetivos para o usuário, que contribuem de forma relevante para que essa situação ocorra.

Os pacientes esperam horas pelo atendimento. Sentam pacientemente nas cadeiras e aguardam sua chamada. Veja você mesmo, que não é médico, se estes pacientes estão precisando de atendimento de urgência? (Diário de campo: 25/09/2017, relato de um médico do PS do HR).

As internações decorrentes dos 285.512 atendimentos, que passaram pelo crivo do sistema de classificação de risco, foram mensuradas (Tabela 43) resultando em 20.734 internações, ou seja, apenas 7,26% dos pacientes foram internados. Por essa análise, podemos inferir que o pronto socorro recebe e atende pacientes que deveriam estar na rede ambulatorial, na atenção primária e não na terciária. O índice de internações é baixo quando comparado com o volume total atendido.

Tabela 43- Atendimento no pronto socorro por cores e volume de internações.

| Atend. Emergência | Amarelo | Verde | Vermelho | Total | Internações | % Internações | % do Total |
|----------------------------|---------|--------|----------|--------|-------------|---------------|------------|
| Presidente Prudente | 47861 | 159180 | 7601 | 214642 | 10598 | 4,94% | 75,18% |
| Monte Castelo | 29 | 77 | 4 | 110 | 22 | 20,00% | 0,04% |
| Santo Anastácio | 1010 | 2438 | 108 | 3556 | 545 | 15,33% | 1,25% |
| João Ramalho | 24 | 58 | 3 | 85 | 18 | 21,18% | 0,03% |
| Dracena | 183 | 429 | 25 | 637 | 166 | 26,06% | 0,22% |
| Alvares Machado | 3097 | 7347 | 479 | 10923 | 900 | 8,24% | 3,83% |
| Caiabu | 294 | 648 | 24 | 966 | 88 | 9,11% | 0,34% |
| Santo Expedito | 459 | 1014 | 39 | 1512 | 123 | 8,13% | 0,53% |
| Ouro Verde | 35 | 84 | 8 | 127 | 32 | 25,20% | 0,04% |
| Piquerobi | 61 | 139 | 11 | 211 | 51 | 24,17% | 0,07% |
| Caiuá | 71 | 153 | 10 | 234 | 61 | 26,07% | 0,08% |
| Quatá | 92 | 192 | 10 | 294 | 80 | 27,21% | 0,10% |
| Euclides da Cunha Paulista | 144 | 310 | 23 | 477 | 97 | 20,34% | 0,17% |
| Teodoro Sampaio | 361 | 743 | 49 | 1153 | 248 | 21,51% | 0,40% |
| Marabá Paulista | 57 | 117 | 8 | 182 | 44 | 24,18% | 0,06% |
| São Joao do Pau D Alho | 9 | 16 | 0 | 25 | 9 | 36,00% | 0,01% |
| Alfredo Marcondes | 790 | 1511 | 66 | 2367 | 176 | 7,44% | 0,83% |
| Presidente Venceslau | 515 | 1043 | 81 | 1639 | 355 | 21,66% | 0,57% |
| Presidente Epitácio | 390 | 806 | 72 | 1268 | 288 | 22,71% | 0,44% |
| Martinópolis | 972 | 1844 | 116 | 2932 | 531 | 18,11% | 1,03% |
| Anhumas | 721 | 1306 | 59 | 2086 | 172 | 8,25% | 0,73% |
| Santa Mercedes | 27 | 58 | 8 | 93 | 32 | 34,41% | 0,03% |
| Ribeirão dos Índios | 152 | 270 | 11 | 433 | 73 | 16,86% | 0,15% |

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|---------|
| Tarabai | 1226 | 2142 | 92 | 3460 | 337 | 9,74% | 1,21% |
| OUTROS | 933 | 1849 | 219 | 3001 | 503 | 16,76% | 1,05% |
| Junqueirópolis | 133 | 252 | 25 | 410 | 113 | 27,56% | 0,14% |
| Tupi Paulista | 141 | 249 | 17 | 407 | 117 | 28,75% | 0,14% |
| Estrela do Norte | 455 | 766 | 37 | 1258 | 132 | 10,49% | 0,44% |
| Flora Rica | 27 | 48 | 4 | 79 | 20 | 25,32% | 0,03% |
| Indiana | 499 | 830 | 59 | 1388 | 163 | 11,74% | 0,49% |
| Sandovalina | 686 | 1099 | 65 | 1850 | 205 | 11,08% | 0,65% |
| Pirapozinho | 3312 | 5163 | 300 | 8775 | 1141 | 13,00% | 3,07% |
| Taciba | 1116 | 1713 | 90 | 2919 | 281 | 9,63% | 1,02% |
| Irapuru | 92 | 151 | 18 | 261 | 57 | 21,84% | 0,09% |
| Presidente Bernardes | 929 | 1431 | 131 | 2491 | 432 | 17,34% | 0,87% |
| Iepê | 196 | 302 | 29 | 527 | 151 | 28,65% | 0,18% |
| Rosana | 231 | 363 | 40 | 634 | 202 | 31,86% | 0,22% |
| Regente Feijo | 2252 | 3249 | 236 | 5737 | 781 | 13,61% | 2,01% |
| Narandiba | 591 | 822 | 54 | 1467 | 205 | 13,97% | 0,51% |
| Rancharia | 251 | 363 | 34 | 648 | 179 | 27,62% | 0,23% |
| Panorama | 118 | 177 | 29 | 324 | 118 | 36,42% | 0,11% |
| Pauliceia | 59 | 84 | 12 | 155 | 48 | 30,97% | 0,05% |
| Nantes | 99 | 129 | 17 | 245 | 71 | 28,98% | 0,09% |
| Emilianópolis | 214 | 237 | 16 | 467 | 80 | 17,13% | 0,16% |
| Mirante do Paranapanema | 1362 | 1493 | 166 | 3021 | 672 | 22,24% | 1,06% |
| Nova Guataporanga | 19 | 13 | 4 | 36 | 17 | 47,22% | 0,01% |
| Total | 72295 | 202708 | 10509 | 285512 | 20734 | 7,26% | 100,00% |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Cabe lembrar que as emergências, enquanto espaço de atendimento, têm o objetivo de receber pacientes que, vitimados por uma determinada situação, estão acometidos de um agravo à saúde que necessita de assistência médica imediata. Nessa ótica, são pacientes/indivíduos que apresentam risco de morte ou sofrimento intenso, devendo receber atenção de maneira imediata (CFM, 1995). Para além dessa definição, que explicita a classificação de risco do indivíduo para que seu atendimento se dê nesses serviços de emergência, há ainda uma recomendação de ordem organizacional do sistema em relação a essas unidades. Essa recomendação trata dos termos ideais de operação das emergências que devem manter-se com sua ocupação, quando em situações normais, abaixo de 50% de sua capacidade nominal. Essa recomendação tenta garantir a possibilidade das emergências de absorverem demandas provocadas por acidentes de maiores proporções, onde diversas vítimas podem necessitar desse tipo de atenção de maneira simultânea. Ou seja, as emergências devem estar preparadas para o atendimento de acidentes de massa, sendo esse um dos seus objetivos quando inseridas no sistema.

O fluxo de pacientes no pronto socorro do HR somente irá melhorar por meio da reestruturação do atendimento primário, ou seja, 24 horas. O HR deveria receber somente pacientes devidamente identificados como casos de urgência e emergência. Dessa forma, no médio prazo, a população iria entender que o pronto socorro tem uma finalidade específica, seria evitada a procura espontânea dos indivíduos que se auto proclamam casos emergenciais (Diário de campo:06/09/2017, relato de um médico do PS do HR).

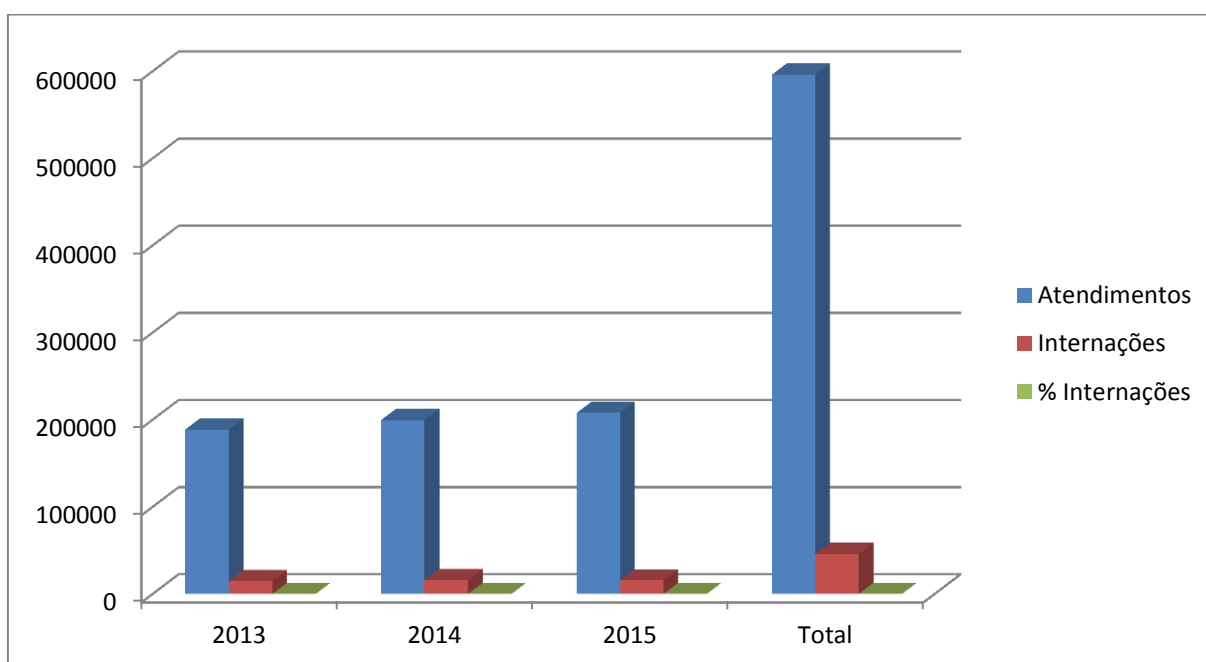
Todos os atendimentos do pronto socorro (595.988) entre os anos de 2013 e 2015 foram tabulados (Tabela 44 e Figura 29). Percebe-se uma discreta variação no percentual de internações, considerando-se a população total, foi mantida a média de 7,66%, muito próxima de 7,26% das internações de pacientes que passaram pelo sistema de classificação de risco. Os números remetem a 52,10% dos pacientes que não passaram pela triagem classificatória e não modificaram o perfil das internações do pronto socorro, o que significa que a média de internação vem se mantendo ao longo dos últimos três anos.

Tabela 44 - Evolução anual das internações no pronto socorro.

| Ano | Atendimentos | Internações | % Internações |
|-------|--------------|-------------|---------------|
| 2013 | 188.737 | 14.533 | 7,70 |
| 2014 | 199.497 | 15.643 | 7,84 |
| 2015 | 207.754 | 15.505 | 7,46 |
| Total | 595.988 | 45.681 | 7,66 (média) |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Figura 29. Evolução das internações no pronto socorro



Fonte: Hospital Regional (2015). Elaborado pelo autor.

Classificados ou não pelo risco, o perfil dos atendimentos e internações, no pronto socorro, sugere que as políticas de atenção primária não estão cumprindo seu papel. O volume no serviço terciário é, indubitavelmente, um reflexo da falência ou ineficiência da atenção primária. A análise desenvolvida na plataforma OLAP, onde foram cruzadas as variáveis período de atendimento, volume de atendimentos e internações no PS, sacramenta indiscutivelmente que o PS está operando como um grande ambulatório, desvirtuado de seus objetivos.

A relação de demanda por especialidade, com o montante de atendimentos e respectivas internações, está claramente demonstrada pelas análises dos dados da Tabela 45 e Figura 30. Nem sempre, as especialidades mais demandadas geram maior número de internações. A clínica médica foi responsável pela maior demanda no pronto socorro, 30,08%, e gerou 8,53% de internações, enquanto que a psiquiatria produziu a menor demanda, 2,94%, e a maior taxa de internação, 16,31%, o que significa que essa especialidade, embora pouco demandada no montante, requer mais atenção devido ao potencial de internação de seus pacientes. Em contrapartida, o maior gerador de atendimentos, a clínica médica, é o quarto gerador de internações, o que evidencia o baixo ou mediano potencial de internações de seus pacientes. A análise revela, por outro prisma, a necessidade de se dar uma atenção diferenciada à saúde primária. Os pacientes apresentaram, pelos seus perfis, claras evidências que estão “sendo dirigidos” ou “dirigindo-se” ao pronto socorro, quando deveriam “ser dirigidos” ou “dirigirem-se” à atenção básica.

A tecnologia do OLAP permitiu, ainda, construir e entender a demanda no pronto socorro por meio da interação das variáveis de período de atendimento, volume de atendimento, especialidade médica e internações. Na Figura 30 é explicitada a demanda pela pediatria e clínica médica onde os volumes de consultas foram expressivos e não coadunam com os volumes de internação, contrariamente a ginecologia e psiquiatria que tiveram grande número de pacientes atendidos e internados, configurando casos típicos de PS.

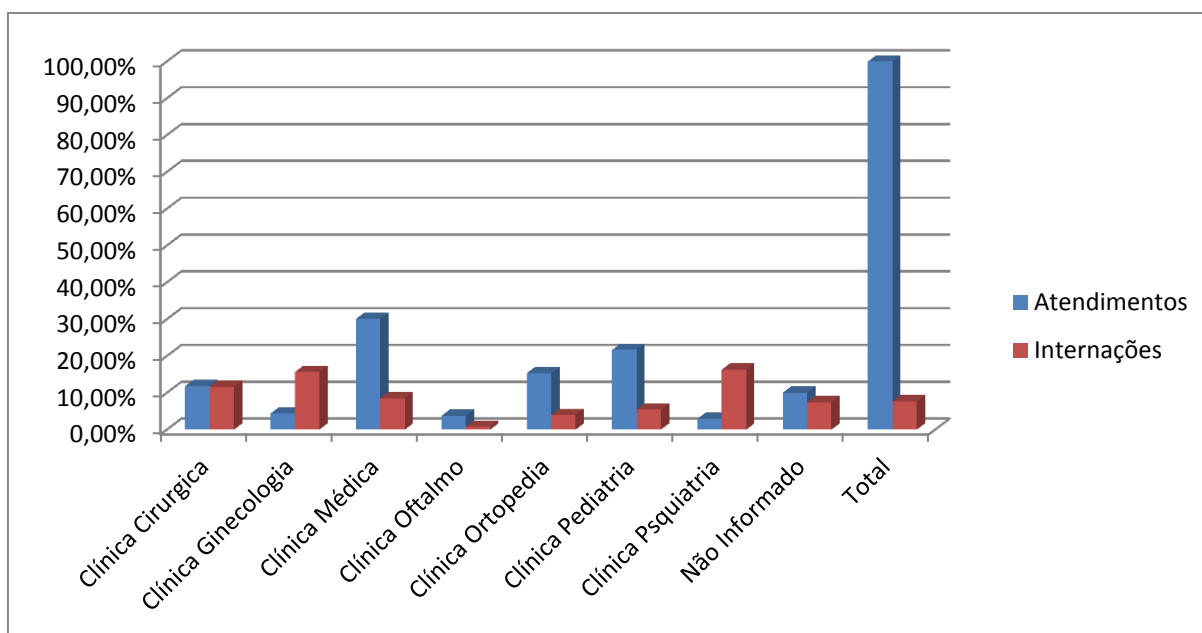
Tabela 45 - Classificação dos atendimentos por especialidades .

| Especialidade | Atendimentos | Internações | % Internações | % do Total de Atendimentos |
|---------------|--------------|-------------|---------------|----------------------------|
| Cirúrgica | 70.437 | 8.194 | 11,63 | 11,82 |
| Ginecologia | 26.155 | 4.095 | 15,66 | 4,39 |
| Médica | 179.284 | 15.292 | 8,53 | 30,08 |
| Oftalmo | 22.307 | 174 | 0,78 | 3,74 |

| | | | | |
|---------------|---------|--------|-------|-------|
| Ortopedia | 91.426 | 3.606 | 3,94 | 15,34 |
| Pediatria | 129.078 | 7.034 | 5,45 | 21,66 |
| Psiquiatria | 17.537 | 2.861 | 16,31 | 2,94 |
| Não informado | 59.764 | 4.425 | 7,40 | 10,03 |
| Total | 595.988 | 45.681 | 7,66 | 100,0 |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Figura 30 - Classificação dos atendimentos por especialidades.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Os dados dos atendimentos realizados no PS, permitiram a construção da pirâmide etária (Tabela 46 e Figura 31) para que fosse embasada a análise do perfil do usuário.

Tabela 46 - Pirâmide etária dos atendimentos no pronto socorro.

| Faixa Etária | Feminino | Masculino |
|--------------|----------|-----------|
| 0 a 4 anos | 33.950 | 37378 |
| 5 a 9 anos | 14.263 | 16488 |
| 10 a 14 anos | 13.064 | 14106 |
| 15 a 19 anos | 25.940 | 18972 |
| 20 a 24 anos | 33.573 | 28866 |
| 25 a 29 anos | 28.198 | 25857 |
| 30 a 34 anos | 25.114 | 22817 |
| 35 a 39 anos | 21.273 | 20682 |
| 40 a 44 anos | 19.999 | 18865 |
| 45 a 49 anos | 18.754 | 17591 |
| 50 a 54 anos | 17.380 | 14511 |
| 55 a 59 anos | 14.016 | 11785 |
| 60 a 64 anos | 10.966 | 10016 |
| 65 a 69 anos | 9.566 | 7982 |

| | | |
|---------------|-------|------|
| 70 a 74 anos | 8.241 | 7948 |
| 75 a 79 anos | 6.629 | 5749 |
| 80 a 84 anos | 4.701 | 4020 |
| 85 a 89 anos | 2.492 | 2092 |
| 90 a 94 anos | 908 | 639 |
| 95 a 99 anos | 273 | 152 |
| 100 anos/mais | 87 | 20 |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

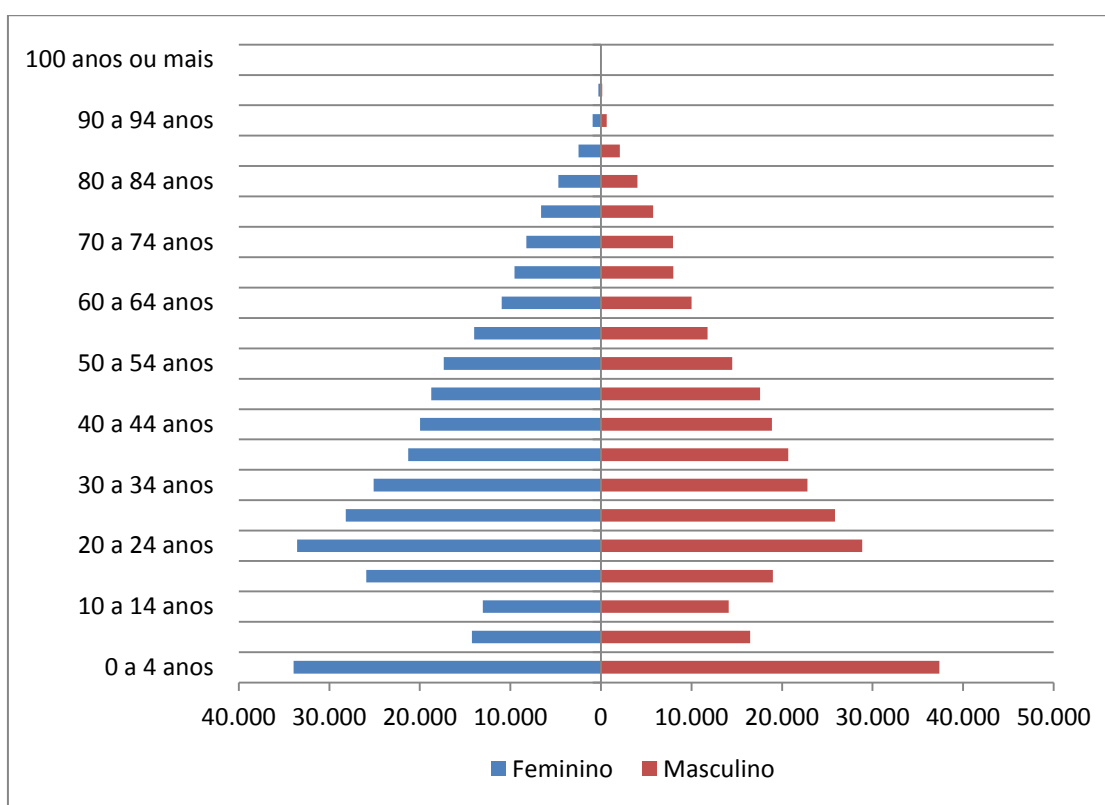
O Sistema Único de Saúde representa um marco na luta pelos direitos de cidadania, defendidos pela Constituição Federal Brasileira de 1988. Desde sua implantação, tem como desafio permanente a garantia do acesso universal e equânime a todos os cidadãos à atenção à saúde integral, humanizada e de qualidade (LAGO, 2010). Sem dúvida, o SUS alcançou importantes avanços, especialmente a ampliação do acesso aos serviços da Atenção Básica. Entretanto, ainda enfrenta problemas no que se refere à oferta desordenada das ações de saúde, o que gera grandes filas de espera e uma demanda reprimida na atenção ambulatorial e hospitalar como apontam também os resultados deste trabalho.

De acordo com Garcia (2014) a política de saúde vigente, o acesso à rede de serviços tem como porta de entrada a Atenção Básica, que deve estar apta para acolher, atender e resolver os principais problemas de saúde da população. Os agravos não resolvidos nesse nível devem ser referenciados para serviços de maior complexidade tecnológica. Assim, a integração entre os diferentes níveis de atenção faz-se necessária para garantir a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo à saúde dos usuários. Na Política Nacional de Urgência e Emergência, esses serviços são componentes essenciais da atenção à saúde e devem estar organizados estrutural e funcionalmente para dar respostas às necessidades de saúde da população. No Brasil, a assistência às urgências e emergências ocorre predominantemente em serviços que funcionam exclusivamente para esse fim, durante 24 horas por dia. Tais serviços muitas vezes também funcionam como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo em situações de urgência indivíduos que estão fora desse sistema, quer da Atenção Básica ou da especializada, fato este que corrobora com os dados da pesquisa em questão.

O formato cônico da pirâmide etária do pronto socorro (Figura 33 e Tabela 46) chama atenção pelo grande volume na base, principalmente para crianças entre zero e quatro anos. As faixas seguintes, entre 5 e 14 anos, apresentam similaridade na conformação para ambos os sexos, porém com uma significativa diminuição na procura. A maior representatividade etária ocorreu entre os 20 e 30 anos, também para ambos os sexos, diferentemente da

pirâmide do AME, no qual a frequência feminina supera a masculina, no pronto socorro, praticamente não houve disparidade quanto ao gênero. A construção e análise das pirâmides do ambulatório, do pronto socorro da RRAS e das cinco regiões que compõem a rede de saúde foi possível pelo uso do OLAP. Os bancos de dados proporcionam inúmeras opções de análises desde que estejamos utilizando a tecnologia adequada. Fizemos uma busca incessante no sentido de alinhar dados e informações numa plataforma que pudesse responder consistentemente às inquietações do pesquisador. Essa demanda foi plenamente atendida na plataforma do OLAP onde pudemos transitar, configurar, cruzar, construir e analisar dados e informações no business intelligence e no microsoft excel.

Figura 31- Pirâmide etária dos atendimentos no pronto socorro.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

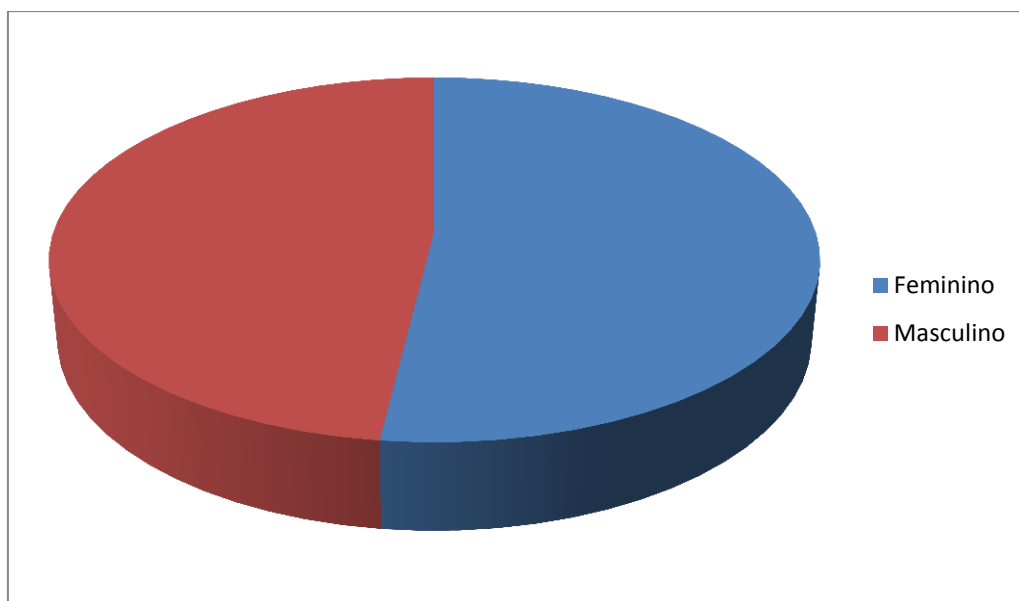
Os atendimentos classificados por gênero, conforme a Tabela 47 e Figura 32, reforçam as evidências da pirâmide do pronto socorro quanto à demanda. Constatou-se uma ligeira prevalência feminina.

Tabela 47 - Atendimento por gênero, no pronto socorro, no período de 2013 a 2015.

| | Atendimentos | Percentual |
|-----------|--------------|------------|
| Feminino | 309.452 | 51,92% |
| Masculino | 286.536 | 48,08% |
| Total | 595.988 | 100% |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Figura 32 - Atendimento por gênero, no pronto socorro, no período de 2013 a 2015.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Quanto à taxa de ocupação do pronto socorro, classificada por município (Tabela 48), o de Presidente Prudente figura em primeiro lugar, com 74,66% dos atendimentos e 50,26% das internações, seguido pelo de Álvares Machado, com 3,96% dos atendimentos e 4,36% das internações. Nota-se a grande discrepância entre ambos, de acordo com uma lista de 45 municípios.

O HR, pressionado por uma intensa demanda, acaba por admitir em seu espaço de cuidado a mistura de pacientes que buscam atendimento para patologias diversas daquelas para as quais está preparado para atender. Da mesma forma que isso ocorre no seu espaço interno, também sua posição no sistema, que a dirige para determinada função, tem parte de sua capacidade desviada para o atendimento de outras demandas sociais que não a emergência.

Na Tabela 48 foram organizados os volumes de pacientes atendidos no PS por município de origem, chamando a atenção para Presidente Prudente que foi responsável por 74,66% dos atendimentos.

Tabela 48 - Atendimentos no PS por município no período de 2013 a 2015.

| Município | Total | Total | Total | Total |
|---------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|
| | Atendimentos | Internações | Internações | Atendimentos |
| Presidente Prudente | 444958 | 22959 | 50,26% | 74,66% |
| Álvares Machado | 23420 | 1993 | 4,36% | 3,93% |

| | | | | |
|----------------------------|-------|------|-------|-------|
| Pirapozinho | 18926 | 2625 | 5,75% | 3,18% |
| Regente Feijo | 12571 | 1763 | 3,86% | 2,11% |
| Tarabai | 7907 | 790 | 1,73% | 1,33% |
| Mirante do Paranapanema | 6865 | 1678 | 3,67% | 1,15% |
| Taciba | 6806 | 646 | 1,41% | 1,14% |
| Santo Anastacio | 6677 | 1182 | 2,59% | 1,12% |
| OUTROS | 5967 | 1111 | 2,43% | 1,00% |
| Martinopolis | 5649 | 1104 | 2,42% | 0,95% |
| Presidente Bernardes | 5100 | 905 | 1,98% | 0,86% |
| Alfredo Marcondes | 5098 | 374 | 0,82% | 0,86% |
| Anhumas | 5027 | 423 | 0,93% | 0,84% |
| Sandovalina | 4479 | 428 | 0,94% | 0,75% |
| Santo Expedito | 3477 | 262 | 0,57% | 0,58% |
| Narandiba | 3425 | 436 | 0,95% | 0,57% |
| Presidente Venceslau | 3199 | 792 | 1,73% | 0,54% |
| Estrela do Norte | 3006 | 266 | 0,58% | 0,50% |
| Indiana | 2991 | 373 | 0,82% | 0,50% |
| Presidente Epitácio | 2510 | 660 | 1,44% | 0,42% |
| Teodoro Sampaio | 2344 | 583 | 1,28% | 0,39% |
| Caiabú | 1825 | 205 | 0,45% | 0,31% |
| Rancharia | 1264 | 395 | 0,86% | 0,21% |
| Rosana | 1180 | 398 | 0,87% | 0,20% |
| Iepe | 1173 | 377 | 0,83% | 0,20% |
| Dracena | 1169 | 349 | 0,76% | 0,20% |
| Emilianópolis | 989 | 187 | 0,41% | 0,17% |
| Euclides da Cunha Paulista | 892 | 210 | 0,46% | 0,15% |
| Junqueirópolis | 817 | 279 | 0,61% | 0,14% |
| Tupi Paulista | 766 | 268 | 0,59% | 0,13% |
| Ribeirão dos Índios | 713 | 146 | 0,32% | 0,12% |
| Panorama | 687 | 291 | 0,64% | 0,12% |
| Quatá | 554 | 160 | 0,35% | 0,09% |
| Nantes | 486 | 148 | 0,32% | 0,08% |
| Irapuru | 464 | 108 | 0,24% | 0,08% |
| Caiuá | 428 | 120 | 0,26% | 0,07% |
| Piquerobi | 411 | 106 | 0,23% | 0,07% |
| Marabá Paulista | 350 | 99 | 0,22% | 0,06% |
| Pauliceia | 331 | 121 | 0,26% | 0,06% |
| Ouro Verde | 261 | 82 | 0,18% | 0,04% |
| Monte Castelo | 210 | 62 | 0,14% | 0,04% |
| João Ramalho | 167 | 51 | 0,11% | 0,03% |
| Santa Mercedes | 152 | 56 | 0,12% | 0,03% |
| Flora Rica | 135 | 38 | 0,08% | 0,02% |
| Nova Guataporanga | 95 | 42 | 0,09% | 0,02% |

| | | | | |
|---------------------------|--------|-------|---------|---------|
| São Joao do Pau D Alho | 67 | 30 | 0,07% | 0,01% |
| Total | 595988 | 45681 | 100,00% | 100,00% |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

O volume de pessoas atendidas no pronto socorro que não apresentam indicação para este serviço, pode ser compreendido pela visão científica das emergências médicas, aferidas de forma “contábil”, e as emergências sentidas, aferidas de forma subjetiva pelo paciente. A análise dessas questões permite que se apresente a compreensão do permanente sinergismo existente entre os elementos que podem explicar as ocorrências observadas no processo do cuidado da emergência do HR, ou seja, a visualização do paciente difere da visualização do gestor.

Sob a ótica do que é esperado pelo leigo, enquanto imagem de um serviço de emergência, será óbvio imaginar que esse lugar estará ocupado por pacientes com um alto grau de sofrimento, debilidades e risco de morte.

Configura-se, neste caso, uma contradição do sistema que é percebida pelo usuário que ingressa na instituição para um atendimento de urgência. São misturados os pacientes emergentes com os ambulatoriais. O espaço do atendimento emergencial é reconhecido pela sociedade como um serviço que apresenta alto nível de resolutividade, e ainda, concentra várias especialidades que, no entendimento do usuários, seu problema será resolvido por alguma delas. Outro fator preponderante é o paciente que procura espontaneamente pela emergência pela facilidade de acesso. Mesmo sabendo que seu caso poderia ser resolvido no posto de saúde de seu bairro, busca atendimento no pronto socorro por estar disponível 24 horas. São motivações da sociedade no âmbito da comodidade, ou da tentativa de se evitar esperas e novas buscas aos serviços da rede básica.

Os municípios elencados na Tabela 49, são responsáveis por 88,61% de todo movimento de pacientes no pronto socorro, dentro de um período de três anos. Já os demais, (37) ocuparam apenas 11,39% dos atendimentos. Quanto às internações, os oito primeiros da lista somaram 73,63%, enquanto o restante somou 26,37%.

Tabela 49 - Ranking de atendimentos no pronto socorro.

| Município | Atendimentos | Internações | % Total de Internações | % do total de atendimentos |
|---------------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|
| Presidente Prudente | 444.958 | 22.959 | 50,26 | 74,66 |
| Álvares Machado | 23.420 | 1993 | 4,36 | 3,93 |
| Pirapozinho | 18.926 | 2.625 | 5,75 | 3,18 |
| Regente Feijó | 12.571 | 1.763 | 3,86 | 2,11 |
| Tarabai | 7.907 | 790 | 1,73 | 1,33 |

| | | | | |
|-------------------------|---------|--------|-------|-------|
| Mirante do Paranapanema | 6.865 | 1678 | 3,67 | 1,15 |
| Taciba | 6.806 | 646 | 1,41 | 1,14 |
| Santo Anastácio | 6.677 | 1182 | 2,59 | 1,12 |
| Total | 528.130 | 33.636 | 73,63 | 88,61 |
| Demais municípios | 67.858 | 12.045 | 26,37 | 11,39 |
| Total | 595.988 | 45.681 | 100 | 100 |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Ainda interpretando esses resultados podemos verificar que, excluindo-se Mirante do Paranapanema Mirante do Paranapanema, todos os municípios são da região de saúde da Alta Sorocabana. A proximidade, a estrutura de transporte urbano, a malha rodoviária, a baixa resolutividade da atenção primária condicionam o acesso de pessoas ao pronto socorro do Hospital Regional. Nessa ótica, Presidente Prudente, sozinha, desloca um contingente populacional capaz de utilizar 74,66% do PS.

A proximidade geográfica da residência do paciente, a falta de regulação do sistema de atenção básica, a desinformação do usuário, a ineficácia da estrutura, falhas na regionalização e hierarquização, equidade e outras demandas ou desejos que a população não percebe atendidos, são sentidos ou explicados pelos volumes de pacientes no Pronto Socorro.

Observa-se claramente que a região de saúde da Alta Sorocabana, responde por 94,45% dos atendimentos no pronto socorro. A grande ocupação exercida por essa região, liderada por Presidente Prudente e que ocupa sozinha 74,66% dos atendimentos, sugere revisão das políticas de saúde das demais regiões, bem como a atuação dos órgãos regulatórios. Evidencia-se, nesse caso, a distorção quanto à distribuição dos atendimentos entre as regiões de saúde e a ausência da regionalização e hierarquização, o que leva o pronto socorro a operar como um grande ambulatório, e não como um receptor de emergências e urgências.

A análise dos atendimentos no PS por região de saúde, demonstra que a Alta Sorocabana ocupa 94,45% dos atendimentos (Tabela 50 e Figura 33) com destaque para o município de Presidente Prudente.

Tabela 50 - Atendimentos no pronto socorro por região de saúde.

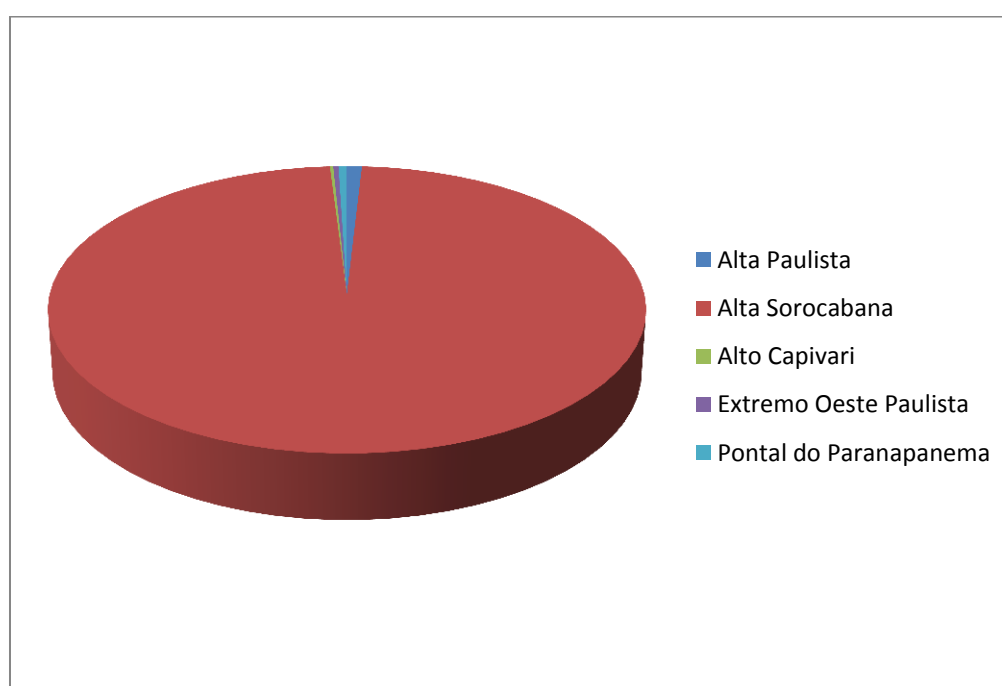
| Dep. Regional de Saúde | Região de Saúde | Município | Emergência | Internações | % de Internações | % de Atend. |
|------------------------|-----------------|----------------|------------|-------------|------------------|-------------|
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Dracena | 1169 | 349 | 0,76 | 0,20 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Flora Rica | 135 | 38 | 0,08 | 0,02 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Irapuru | 464 | 108 | 0,24 | 0,08 |
| Pres. | Alta Paulista | Junqueirópolis | 817 | 279 | 0,61 | 0,14 |

| | | | | | | |
|---|-----------------|------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| Prudente | | | | | | |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Monte Castelo | 210 | 62 | 0,14 | 0,04 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | N. Guataporanga | 95 | 42 | 0,09 | 0,02 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Ouro Verde | 261 | 82 | 0,18 | 0,04 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Panorama | 687 | 291 | 0,64 | 0,12 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Paulicéia | 331 | 121 | 0,26 | 0,06 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Santa Mercedes | 152 | 56 | 0,12 | 0,03 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | S.J. Pau D'Alho | 67 | 30 | 0,07 | 0,01 |
| Pres. Prudente | Alta Paulista | Tupi Paulista | 766 | 268 | 0,59 | 0,13 |
| Total Região de Saúde Alta Paulista | | | 5154 | 1726 | 3,78 | 0,89 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Alf. Marcondes | 5098 | 374 | 0,82 | 0,86 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Alv. Machado | 23420 | 1993 | 4,36 | 3,93 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Anhumas | 5027 | 423 | 0,93 | 0,84 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Caiabu | 1825 | 205 | 0,45 | 0,31 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Emilianópolis | 989 | 187 | 0,41 | 0,17 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Estrela do Norte | 3006 | 266 | 0,58 | 0,50 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Indiana | 2991 | 373 | 0,82 | 0,50 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Martinópolis | 5649 | 1104 | 2,42 | 0,95 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Narandiba | 3425 | 436 | 0,95 | 0,57 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Pirapozinho | 18926 | 2625 | 5,75 | 3,18 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Pres. Bernardes | 5100 | 905 | 1,98 | 0,86 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Pres. Prudente | 444.958 | 22959 | 50,26 | 74,66 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Regente Feijó | 12571 | 1763 | 3,86 | 2,11 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Rib. dos Índios | 713 | 146 | 0,32 | 0,12 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Sandovalina | 4.479 | 428 | 0,94 | 0,75 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Santo Anastácio | 6677 | 1182 | 2,59 | 1,12 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Santo Expedito | 3477 | 262 | 0,57 | 0,58 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Taciba | 6806 | 646 | 1,41 | 1,14 |
| Pres. Prudente | Alta Sorocabana | Tarabai | 7907 | 790 | 1,73 | 1,33 |
| Total Região de Saúde da Alta Sorocabana | | | 563044 | 37067 | 81,16 | 94,45 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | Iepê | 1173 | 377 | 0,83 | 0,20 |

| | | | | | | |
|--|------------------------|-----------------|---------------|--------------|-------------|-------------|
| Pres. Prudente | Alto Capivari | João Ramalho | 167 | 51 | 0,11 | 0,03 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | Nantes | 486 | 148 | 0,32 | 0,08 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | Quatá | 554 | 160 | 0,35 | 0,09 |
| Pres. Prudente | Alto Capivari | Rancharia | 1264 | 395 | 0,86 | 0,21 |
| Total Região de Saúde do Alto Capivari | | | 3644 | 1131 | 2,47 | 0,61 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Paulista | Caiuá | 428 | 120 | 0,26 | 0,07 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Paulista | Marabá Paulista | 350 | 99 | 0,22 | 0,06 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Paulista | Piquerobi | 411 | 106 | 0,23 | 0,07 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Paulista | Pres. Epitácio | 2510 | 660 | 1,44 | 0,42 |
| Pres. Prudente | Extremo Oeste Paulista | Pres. Venceslau | 3199 | 792 | 1,73 | 0,54 |
| Total Região de Saúde Extremo Oeste Paulista | | | 6898 | 1777 | 3,88 | 1,16 |
| Pres. Prudente | Pontal Paranapanema | E. da Cunha Pta | 892 | 210 | 0,46 | 0,15 |
| Pres. Prudente | Pontal Paranapanema | M. Paranapanema | 6865 | 1678 | 3,67 | 1,15 |
| Pres. Prudente | Pontal Paranapanema | Rosana | 1180 | 398 | 0,87 | 0,20 |
| Pres. Prudente | Pontal Paranapanema | Teodoro Sampaio | 2344 | 583 | 1,28 | 0,39 |
| Total Região de Saúde do Pontal do Paranapanema | | | 11281 | 2869 | 6,28 | 1,89 |
| Outros | | | 5967 | 1111 | 2,43 | 1,00 |
| Total | | | 595988 | 45681 | 100 | 100 |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

Figura 33 - atendimentos no pronto socorro por região de saúde.



Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

O índice de pacientes que são identificados em situação de deslocamento no sistema, por apresentarem problemas de saúde não compatíveis com a proposta de atendimento do Pronto Socorro, segue muito além do que seria esperado. Tal realidade permanece como um ponto que carece de solução.

A região da Alta Sorocabana concentra 52,63% da população da RRAS e acessa 94,45% da capacidade de atendimento do pronto socorro. Ao considerarmos a população de cada região em porcentagem (Tabela 51, coluna 3) e compararmos com o volume atendido no Pronto Socorro (Tabela 51, coluna 4) e a proporção de pessoas que deveriam ser atendidas (percentual populacional de cada região), (Tabela 51, coluna 5), temos como resultado (Tabela 51, coluna 7) saldos deficitários para atendimentos de todas as regiões, exceto a Alta Sorocabana, cujo saldo é positivo. Os valores encontrados na Tabela 51 reafirmam que a maior parcela de ocupação do PS está preenchida por usuários de Pres. Prudente. O prudentino acessa massivamente o PS. Na distribuição proporcional dos 595.988 atendimentos, a Alta Sorocabana, representada por Pres. Prudente, galgou 94,45% dos atendimentos.

Tabela 51 - População das regiões de saúde e proporção dos atendimentos no PS.

| Região de Saúde | População | % População | % Atendimento no Pronto Socorro | Proporção de Atendimentos | Atendidos | Saldo |
|------------------------|-----------|-------------|---------------------------------|---------------------------|-----------|--------|
| | | | | 595988 | | |
| Alta Paulista | 125690 | 17,40% | 0,89% | 103726 | 5154 | -98572 |
| Alta Sorocabana | 380077 | 52,63% | 94,45% | 313658 | 563044 | 249386 |
| Alto Capivari | 56088 | 7,77% | 0,61% | 46287 | 3644 | -42643 |
| Extremo Oeste Paulista | 92616 | 12,82% | 1,16% | 76431 | 6898 | -69533 |
| Pontal do Paranapanema | 67721 | 9,38% | 1,89% | 55887 | 2869 | -53018 |
| Outros municípios | | | 1,00% | | | |
| | 722192 | 100,00% | 100,00% | | | |

Fonte: Hospital Regional. Elaborado pelo autor.

A região da Alta Paulista encaminhou 5.154 pacientes para o pronto socorro, enquanto que, proporcionalmente à sua população, poderia ter encaminhado 103.726, amargando um déficit de 98.572 atendimentos; o Alto Capivari, um déficit de 42.643 atendimentos; o Extremo Oeste Paulista, de 69.533; o Pontal do Paranapanema, 53.018. No outro extremo, a Alta Sorocabana excede em 249.386 atendimentos, proporcionalmente à sua população. O

Hospital Regional, aparentemente, está a serviço da Alta Sorocabana; em detrimento às demais regiões de saúde, nota-se o município de Presidente Prudente como o grande responsável pela proeza.

Verifica-se que a emergência do HR é um lugar onde se atende todo o tipo de enfermidade, essa condição exige uma estrutura ampla e com características que lhe permitam atender a essa diversidade. A emergência acaba por se constituir em um hospital completo, porém em miniatura. Essa nova emergência agora recebe um público que busca tratamento para os seus mais diversos males, fazendo uso desse estabelecimento como se fosse um centro clínico generalista. Essa realidade se apresenta em função da falta de compreensão do usuário em relação à missão dessa organização e principalmente pela desestruturação da atenção básica, também percebida pelo usuário.

O entendimento de que o acesso à porta de emergência se faz por conta da presença de usuários sem outra alternativa de assistência, também pode ser compreendido, em algumas tipologias de sistemas de saúde, como um fator determinante da afluência de pacientes às urgências e emergências.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde constitui um modelo de organização dos serviços de saúde que tem como uma das suas características primordiais valorizar o nível municipal. Dessa maneira, tem como proposta de organização a implantação dos sistemas de saúde municipal articulados regionalmente em rede de serviços de saúde, em outras palavras, sistemas regionalizados com base municipal, num processo de negociação permanente e dinâmica entre os níveis de governo municipal, estadual e federal, para assegurar melhor atenção à saúde da população.

Por este prisma, a regionalização visa propiciar vínculos participativos e construtivos mais efetivos e duradouros entre uma determinada clientela e uma determinada rede específica de serviços de saúde, configurando, assim, subsistemas de atendimento integral específicos para determinadas parcelas de população bem caracterizadas, segundo critérios determinados, confiáveis e de fácil constatação para cada cidadão.

A regionalização de serviços de saúde não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático-administrativo, mas representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa determinada área, possibilitando o acesso da população a todos os

níveis de atenção, a todas as ações de saúde. A hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é reconhecida como atenção primária, atenção secundária e atenção terciária.

Os serviços de saúde devem ser organizados obedecendo a hierarquia entre eles, de tal modo que as questões menos complexas sejam atendidas em local de menos recursos. Esta hierarquia é feita desde as unidades básicas de saúde, passando pelas unidades especializadas até o hospital especializado, a organização deve ser em forma de rede, com características regionais e de forma hierarquizada, cuja ordem seja dos mais simples atendimentos aos mais complexos.

O modelo vigente de saúde pública preconiza na atenção básica o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Dentre os atributos requeridos de uma atenção primária de qualidade estão a integralidade e a continuidade dos cuidados, ambos fortemente dependentes de um efetivo sistema de referência e contrarreferência entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. A atenção de média e alta complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que objetivam resolver os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica exige a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique sua oferta em todos os municípios da região.

A regionalização é uma diretriz do sistema de saúde brasileiro que procede da necessidade de integrar seus componentes com o intuito de efetivação do direito à saúde e que para a sua consolidação demanda o desenvolvimento das relações intergovernamentais e implementação de estratégias configuradas em arranjos institucionais entre entes federativos, não necessariamente coincidentes com as divisões administrativas do território, mas que considere o histórico e a dinâmica dos agentes na configuração do tecido social.

A ausência de uma visão de integração regional tem provocado a dispersão de esforços, duplicidade de investimentos e não favorecimento de atendimentos, como os mais complexos, que exigem estruturas e equipamentos de custos elevados, remete à importância de implementação de estratégias que visem evitar a dispersão dos recursos públicos e privados, maximizando o aproveitamento dos recursos financeiros, materiais e humanos alocados na região.

O grande desafio parece, pois, estar na construção de um sistema integrado, que, respeitando a autonomia de gestão de todos os agentes envolvidos, consiga articular suas práticas em âmbito regional, visando garantir uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas.

Nessa perspectiva, a estruturação de redes de atenção à saúde, a exemplo do que vem sendo tentado em vários países, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes, apresenta-se como um caminho possível.

No SUS, a modelagem de redes regionais de atenção à saúde é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão e se constitui em uma das estratégias para sua regionalização. Esse processo exige a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado.

As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado de maneira a não sobrecarregar determinados pontos da rede. A rede de atenção à saúde não deve ser entendida como uma simples ligação de nós e serviços, mas sim de uma teia operando como vasos comunicantes, promovendo definitivamente a atenção integral.

A pesquisa fortaleceu a necessidade de entendimento do que seja uma rede de serviços buscando aproximar os municípios, os prestadores de serviços e o estado no processo de planejamento e implementação da rede de serviços em saúde. As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica para população adstrita.

O difícil acesso ao sistema de marcação de consultas e exames especializados, a baixa resolutividade da APS na RRAS em questão, a distância do HR, a oferta desigual de serviços da rede de saúde, as desigualdades socioeconômicas latentes e a população em transição, constituem agravantes para o acesso aos serviços ambulatoriais, fator que condiciona o paciente a procurar o serviço de urgência e emergência do HR.

A pesquisa evidenciou a ocorrência da superlotação do pronto socorro do HR promovida pela intensa demanda originada na falência da APS da RRAS. Pacientes com patologias diversas misturam-se num mesmo espaço onde deveriam estar somente os pacientes caracterizados como urgente ou emergente.

O estrangulamento do PS do HR acometido por pacientes em real situação de urgência e emergência e usuários com necessidade de atenção básica, sacramenta o descompasso da rede de saúde e compromete drasticamente o processo de trabalho das equipes com repercussão direta na qualidade e nos custos assistenciais.

Nesse cenário, o acesso aos serviços de urgência e emergência em redes de atenção hospitalar, com foco nos fatores que influenciam a entrada dos usuários nos serviços de saúde e, por consequência, a utilização destes configura a fragilidade, a ineficiência da rede de saúde.

A análise dos dados da pesquisa nos remete ao entendimento da necessidade de um novo arranjo estrutural na rede no sentido de otimizar os recursos humanos, materiais e de serviços. Os municípios que estimulam os usuários, direta ou indiretamente a procurarem pelo pronto socorro quando, pela necessidade do atendimento, deveriam estar na sua rede básica, ao serem atendidos no PS, seriam responsabilizados financeiramente pelo custo do atendimento, como ocorre na assistência privada à saúde. As operadoras de planos de saúde são advertidas e penalizadas financeiramente por um órgão regulamentador do governo quando seus usuários utilizam a rede do SUS. Neste caso, a Divisão Regional de Saúde, órgão do governo estadual, em consonância com o HR fariam a identificação de todos os casos atendidos no PS e identificados como rede básica e emitiriam a cobrança ao respectivo município. Criar mecanismos de orientação e desestímulo ao uso inadequado da rede é responsabilidade tanto dos gestores quanto do HR. Combater mecanismos que, culturalmente estejam enraizados nos modelos de gestão de saúde municipal, requer inevitavelmente medidas de impacto. Um outro aspecto, não menos importante é a avaliação da efetividade dos serviços distribuídos nos quarenta e cinco municípios de modo que, a utilização da plena capacidade instalada seria condição para que o serviço continue na localidade. Em caso de baixa utilização ou ociosidade, seria transferido para um outro local de atendimento. Essa medida tem como objetivo evitar que a municipalidade faça investimentos na aquisição de equipamentos de saúde apenas com o viés político.

Nesta linha, a presente pesquisa objetivou disseminar a pesquisa para a saúde, contribuir para a melhoria da saúde pública na região de Presidente Prudente tendo como recorte as variáveis que influenciam na oferta e no acesso dos serviços de saúde em rede. O trabalho

contribui para que os gestores dos municípios, do estado e prestadores de serviços entendam melhor a região, a dinâmica social, econômica e de saúde. A melhoria na saúde é um elemento necessário ao desenvolvimento. Os investimentos na saúde tornam-se essenciais para as políticas de crescimento econômico que buscam melhorar a vida dos indivíduos, é um componente essencial do desenvolvimento humano

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

ABRAHÃO, A. L. **Alguns apontamentos sobre a história da política de saúde no Brasil**. Informe-se em Promoção da Saúde, n.2, p. 1-2, jan.-jun. 2006.

AGUILERA, S.L.V.U. *et al.* **Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores**. Rev. Adm. Pública vol.47 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2013

ALBUQUEQUE, M. M. **Pequena história da formação social brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

ALENCAR, F. M. R. **Mapeando o modelo organizacional em especificações precisas**. São Paulo: Atlas, 2009.

ALMEIDA, C. *et al.* **A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”**. RECIIS. jan. 2017.

ALMEIDA, D. B.; MELO, C. M. M. **Avaliação na atenção básica em saúde: uma revisão de literatura**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 75-80, jan./dez. 2010.

ALMOYNA, M. M. **Teoria pragmática e ética da regulação e da atenção às urgências médicas** IN: Manual de regulação Médica dos serviços de atendimento médico de urgência – SAMU – Sociedade Brasileira de Trauma, 2009.

ANDERSEN, R.M. **Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?**. Journal of Health and Social Behavior 36(March), 1–10. 1995.

ANDRADE *et al.* **Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008**. Economia Aplicada, v. 17, n. 4, 2013, pp. 623-645.

ANSOFF, H. I. **A nova estratégia empresarial**. São Paulo: Atlas, 2008.

ANTUNES, B.C.S. *et al.* **Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimentos de idosos**. Cogitare enferm. vol.23 no.2 Curitiba 2018 Epub 21-Jan-

2019.

ARANTES, Luciano José. **Avaliação da implantação do plano diretor da atenção primária à saúde em Unaí-MG**. 158 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

ARAÚJO, L.U.A. *et al.* **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8):3521-3532, 2014.

ARTMANN, E. **Dèmarche Stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca a mudança através da comunicação e solidariedade em rede**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade estadual de Campinas, 2002.

ANZANELLO, C.A. **OLAP conceitos e utilização**. Instituto de Informática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre. RS. Brasil. 2012

BASCH, P. **Textbook of International Health**. New York: Oxford University Press, 2011.

BESSA, K. **Proposições para a análise da diferenciação espacial nos estudos sobre sobre rede urbana: as noções de convergência e divergência**. *GEOUSP - Espaço e Tempo*, São Paulo, Nº 28, 2010.

BEULKE, R. **Gestão de custos e resultado na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres**. São Paulo: Saraiva, 2014.

BEUREN, I. M. **Gerenciamento da informação: um recurso estratégico no processo de gestão empresarial**. São Paulo: Atlas, 2008.

BITTAR, O. J. N. V. **Estrutura organizacional em hospitais**. AMB, 2012.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática**. *Cad. Saúde Pública*[online].vol.25, n.7, pp.1439-1454,2009

BORBA, V. R. **Administração Hospitalar: princípios básicos**. 3.ed. São Paulo: Cedas, 2013.

_____. **Controle e avaliação de organizações hospitalares**. Apostila. Curso de especialização lato sensu em gestão hospitalar. UNC – Universidade do Contestado. Concórdia SC, 2004.

BORDIN, R.; BORTOMOLIOL, L. **Frequência aos serviços de saúde**. *Revista HCPA*, Porto Alegre, v.13, n.2, p.66-72, 2012.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. de. **Saúde e previdência: Estudos de política social**. São Paulo: Cebes; São Paulo: Hucitec, 2003.

BRASIL. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. v. 12, n. 1 (jan./mar. 2003).Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 45p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

_____. **Mais Saúde: direito de todos 2008-2011**. Brasília, DF, 2007.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde - Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos básicos em Saúde).

_____. **Política nacional de atenção às urgências**. 3. ed. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, DF, 2005. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios - Educação na Saúde).

_____. Portaria nº 2.048/GM/MS, de 5 de novembro de 2002. Brasília, DF, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria GM/MS nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 - Seção 1E, de 18/5/01**. Brasília, DF, 2001.

_____. Gabinete do Ministro. Instrução Normativa nº 01/97, de 15 de maio de 1997. **Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal as condições de gestão criadas pela NOB SUS 01/96**. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 97, 23 maio 1997. Seção 1, p.10775-10782.

_____. **Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1992.

_____. **Lei orgânica de saúde**. 2. ed. Brasília: Assessoria de Comunicação Social, 1991.

_____. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. Decreto nº 37.773 de 18/08/1955. Disponível em:<

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-37773-18-agosto-1955-336277-norma-pe.html>>. Acesso em julho de 2012.

_____. Conselho Federal de Medicina nº 1451, de 1995. Dispõe sobre equipes de pronto socorro, São Paulo, D.O.U. de 17.03.95 – Seção I – Página 3666.

BRITO F. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade.** Texto para discussão nº 318. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2007.

BUSS, P. M. **Saúde e desigualdade: o caso do Brasil.** In: BUSS, P.M.; LABRA, M.E. (Org.). **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FioCruz, 1995. p. 61-102.

BUSS, P. M. FILHO, A.P. **A saúde e seus determinantes sociais.** *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1) :77-93, 2007.

CACCIA-BAVA, M.C.G.G.; CARVALHO, S.T.R.F. **Conhecimentos dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a fisioterapia.** *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 24, n. 4, p. 655-664, out./dez. 2011.

CAIXETA, Mariana Bolfarine. **Cooperação sul-sul como nova tendência da cooperação internacional: o discurso e a prática da cooperação técnica do Brasil com São Tomé e Príncipe para combate à tuberculose.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2014.

CAMBOTA, J.C. **Evolução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde: análise para as regiões e as unidades da federação do Brasil.** *Planejamento e Políticas Públicas*. n. 46, jan./jun.2016.

CAMARGOS, M.C.S. *et al.* **Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1903-1909, 2009.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.115p.

CAMPOS, F. E. **Produtividade e resolutividade dos serviços de saúde.** *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, n.3, p. 58-61, fevereiro, 2008.

CASTELLS, Manuel. **A era da informação: economia, sociedade e cultura.** In: *A Sociedade em rede.* São Paulo : Paz e Terra, 2000. v. 1.

CASTELLANOS ROBAYO, J. **Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria.** *Boletim Oficial Sanitário do Panamá*, Washington, v.82, n.6 p. 478-92, 1987.

CASTRO, M.C. *et al.* **Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future.** Disponível em www.thelancet.com Published online July 11, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7) Acesso em julho 2019.

CASTRO, M.C. *et al.* **Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for**

the future. Thelancet.com, published online Jul. 2019.

CASTRO, Maria Soledad Maroca de. **A integralidade como aposta: etnografia de uma política pública no ministério da saúde.** 343 f., il. Tese (Doutorado em Antropologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CATELLI, A. **Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras.** Revista do serviço público da ENAP, Escola Nacional de Administração Pública, n.3, p.83-100, jul./set. 2001.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Brasília, abril/2008.

CARVALHO, G. C. M. **O movimento atual do SUS: A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei.** Saúde e Sociedade. v.2, n.1, p. 9-24, 2003.

CAVALCANTE, Danyelle Monteiro. **Interações sensíveis à atenção primária: estudo descritivo com foco em doenças infecciosas e validação do sistema de informações hospitalares, no Hospital Regional do Paranoá, Distrito Federal.** 2014. 114 f. il. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical)-Universidade de Brasília, Brasília, 2014

CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança da saúde.** São Paulo, HUCITEC, 2004.

CELESTINO, P. **Nó de normas: Notícias hospitalares.** Gestão de Saúde em Debate, vol. 4, n.39, out/nov. 2002.

CESARO, B.C. SANTOS, H.B., SILVA, F.N.M. **Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem.** Rev Panam de Salud Publica. 2018;42:e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 6. Ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHRISTALLER, W. **Central Places in Souther Germany.** Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc. 1966.

COELHO, M. F. *et al.* **Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 18, n. 4, 2010, p. 770-777.

COELHO, I.B. **As propostas de modelos alternativos em saúde.** Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2147.pdf>>. Acesso em: 3 julho. 2019.

COELHO, M.F., GOULART, B.F., CHAVES, L.D.P. **Urgências clínicas: perfil de atendimentos hospitalares.** Rev. RENE. 2013; 14(1):50-9.

COHN, A., ELIAS, P. E. M. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços.** 5ª ed. São Paulo: Cortez, CEDEC. 2003.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Organizadores: Alzira Maria D'Ávila, Nery Guimarães, Carmem C.B. Cavalcante, Maria Z.S. Lins. Brasília, 2018.

CONILL, Eleonor Minho. **Sistemas comparados de saúde** In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza; Akerman, Marco; Drumond Júnior, Marcos; Carvalho, Yara Maria de. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.563-613. (Saúde em debate, 170)

_____. **O espaço urbano**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2002.

_____. **Rede urbana e formação espacial** – uma reflexão considerando o Brasil. IN: **Revista Território**, n. 8, jan-julho, 2000. p.121 129.

_____. **Trajetórias Geográficas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. 302 p.

_____. **A rede urbana**. Rio de Janeiro: Ática, 2009. 96p.

_____. **O estudo da rede urbana**: uma proposição metodológica. IN: Revista Brasileira de Geografia. Rio de Janeiro – ano 50, n.2, abr/jun, 2008. p.107 – 124.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em saúde**. Brasília, CONASS/ Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2016.

CORREA, R. L. **Rede urbana: reflexões, hipótese e questionamentos sobre um tema negligenciado**. Cidades. Vol. 1, n. 1. Presidente Prudente: Grupo de Estudos Urbanos, 2004.p.65-78.

DAHL, Robert. **Dilemas da Igualdade na Democracia Moderna**. Análise Social, n.186, p.159-180, Lisboa, 2008.. **RENE**

DIAS, L. C. **Redes: emergência e organização**. In CASTRO, I. E; GOMES P. C. C. e CORREA, R. L. (Org.) Geografia Conceitos e Temas. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2012.

DONABEDIAN, A. **The defintion of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor, Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. Nova York: Oxford University Press, 2003.

DUBEUX, L.S et al. **Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde**. Physis vol.23 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2013

SCOREL, Sarah. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2011.

ESCRIVÃO JUNIOR. **A Epidemiologia e o Processo de Assistência à Saúde**. In: Gestão em

Saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

ESMANHOTO, R.; ALMEIDA, N. P. **A saúde das cidades**. São Paulo, HUCITEC, 2011.

EVANGELISTA, Maria José de Oliveira et al. **O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF. Brasil**. Ciênc. saúde coletiva vol.24 no.6 Rio de Janeiro jun. 2019 Epub 27-Jun-2019

FAVORETO, C.A.O.; VIEIRA, D.K.R. **Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Interface (Botucatu), 20(56):89-98, 2016.

FERREIRA, Cristiane Lopes. **Humanização e gestão estratégica numa instituição de pesquisa: o caso do IPEC**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

FIORI, J. L. **Para uma economia política do Estado brasileiro**. São Paulo: Fundap, 1993. (Texto para Discussão IESP, n. 11)

FORTES, J. I.; OLIVEIRA, S. de C.; CRUZ, S. C. G. R.; MATSUI, T. (Coord.). **Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP**, 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In. Microfísica do poder. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. Fundação Seade. Rede urbana e regionalização do Estado de São Paulo. São Paulo: EMPLASA, 2011.

FRANCO, Camila Maia, FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integralconceitocomo-fazer.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

FRANÇA, I.S.X.; PAGLIUCA. **Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: Fragmentos históricos e desafios atuais**. Ver. RENE. Fortaleza, v.9,n.2, p. 129-137, abr./jun.2016.RevR

FREIRE, R.C. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado** [dissertação]. Campinas: Unicamp; 2005

GALVÃO, J. **O segmento da saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau-SC: a participação do Hospital Santa Isabel**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau, 2003.

GALAZZI, Gerlido Antônio. **Planejamento baseado em cenários e aprendizagem em organizações: diferenças de percepção entre profissionais que participam ou não do processo**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2009.

GARCIA, V.M., REIS, R.K. **Perfil de usuários atendidos em uma unidade não hospitalar de urgência**. Rev. bras. enferm. vol.67 no.2 Brasília Mar./Apr. 2014.

GAUTHIER, P.H. **O conceito de gestão hospitalar**. Tradução Celina Monteiro. São Paulo:

CEDAS, 2009. 160p.

GUARESCHI, N.; COMUNELLO, L. N.; NARDINI, M.; HOENISCH, J. C.
Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In: STREY, M. N.; AZAMBUJA, M. P. R.; JAEGER, F. P. (Org.). *Violência, gênero e políticas públicas.* Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

GIACOMELLI, G.S. *et al.* **Sistema de saúde suplementar brasileiro e transição demográfica: crescimento e perfil etário.** *J Bras Econ Saúde* 2017;9(3): 242-248

G.V.A. França, M.C.Méndez, M.F.S. Maia, C.G. Victora, A.J.D. Barros. **Cobertura e equidade em intervenções de saúde reprodutiva e materna no Brasil: progresso impressionante após a implementação do sistema unificado de saúde**
Int J Equity Health, 15 (2016), p. 149, Google Scholar.

GILBODY, S. *et al.*, **Educationl and organizacional intervencions to improvide the management of depression in primary care: a systematic review.** *JAMA*, 289, 3145-3151. 2003

GILPIN, M. **Update Cuba: On the road to a family medicine nation.** *J Public Health Policy*, v. 12, n. 1. p. 83-203, 2001.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5): 901-911, maio, 2003.

GOMES, R.; NASCIMENTO E. F.; ARAÚJO F. C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres?: As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007

GOMES, Ricardo Miorin. **Investimentos e gastos com pessoal: a lei de responsabilidade fiscal e a efetividade dos serviços de saúde dos municípios.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2012.

GONÇALVES, E. L. **Estrutura organizacional do hospital moderno.** *ERA – Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, vol. 38, n.1, p. 80-90, jan/mar. 2005.

GOMES *et al.*, **O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados Brasileiros.** *Physis* vol.21 no.1, Rio de Janeiro, 2011.

GRYSCHKEK, A.L.F.P.L. *et al.* **Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari – São Paulo.** *Saude soc.* vol.23 no.2 São Paulo Apr./June 2014.

GUERRA, Mariana. **Modelo de alocação de recursos do sistema único de saúde para organizações hospitalares: serviços de alta complexidade.** 2013. 150 f., il. Tese (Doutorado em Administração)-Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

HALAL, I. S. **Avaliação da qualidade de assistência primária a saúde em localidade**

urbana da região sul do Brasil. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.28, n.2, p.131-136, abril, 2004.

HAMES, D. S. P. **Productivity enhancing work innovations: remedies for what ails hospitals.** In BITTAR, O. J. N. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. Revista Saúde Pública, v. 30, 1996 p. 53-60.

HAQUE, W. *et al.* **Usando o Business Intelligence para analisar e compartilhar dados de infraestrutura do sistema de saúde em uma autoridade de saúde rural.** JMIR Med Inform. 2014; 2 (2): e16. Universidade do Norte da Colúmbia Britânica – Canadá.

HEESEN, C *et al.* **Estimativas de risco prognóstico de pacientes com esclerose múltipla e seus médicos: Comparação com uma ferramenta de aconselhamento de risco analítico on-line.** PLoS ONE 8 (5): e59042. <https://doi.org/10.1371/journal>, 2013.

HILDEBRAND, Stella Maris. **O modelo político-tecnológico da atenção à saúde da família no Distrito Federal: 1997 a 2006.** 318 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

IBGE 2010. **Instituto de geografia e estatística. IBGE Cidades.** Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em ago. 2012.

IBGE 2009. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm>. Acesso em out. 2012.

IBGE 2010. **Censo 2010.** Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=1>. Acesso em out. 2012

JUNQUEIRA, L. P. **Gerência dos serviços de saúde.** Cadernos da Nona, Brasília, v.1, p.85-90, 2002.

KAPRIO, L. **Primary Health Care in Europe.** Copenhagen: Regional Office for Europe, World Health Organization, 2009.

KEIJZER B. **Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina.** In: CÁCERES, C. F.; CUETO M.; RAMOS, M.; VALLAS, S. (Ed.) **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina.** Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. **Administração de Marketing: A Bíblia do Marketing.** Prentice Hall Brasil, 2006, 12a edição. 776p.

LAGO, L.M. *et al.* **Itinerário terapêutico dos usuários de uma emergência hospitalar.** Ciência e Saúde Coletiva. 2010;15 (Suppl 1):1283-91.

LAVRAS, Carmem. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil.** Saúde soc. vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2011.

LEITE, C. C. **A crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

LENCIONI, S. **A emergência de um novo fato urbano de caráter metropolitano em São Paulo. A particularidade de seu conteúdo socioespacial, seus limites regionais e sua interpretação teórica**. IN: Encontro Nacional da Anpur, 10,p. 1-13, 2009.

MACHADO, C. B; SILVA M. G. C. **Glossário de gestão em saúde: terminologia para uso na gestão**. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2009.

McALERLERNY AS. **Population health management: strategies to improve outcomes**. Chicago, Health Administration Press, 2003.

MADUREIRA, P.R. **Avaliação da qualidade de atenção à saúde na rede básica**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.24-44, jan./mar.,2009.

MALAGON-LODONO, G. **Introdução à administração hospitalar**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. **Programas de qualidade em hospitais: um estudo exploratório no Estado de São Paulo**. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/servico/cc/human.doc>>. Acesso em: 15/08/2012.

MALTA, D.C. *et al.*, **O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1799-1809, 2018.

MARTINS, D. **Custos e orçamentos hospitalares**. São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, Maria do Perpetuo Socorro Albuquerque. **Determinantes da baixa valorização da atenção primária no Sistema Único de Saúde**.439 f., il. Tese (Doutorado em Política Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MATUS, C. **Planejamento, antiplanejamento e governo**. Litteris, 2009.

MEDEIROS, G.R.S. *et al.* **Estratégia saúde da família e morbimortalidade por doenças crônicas evitáveis em pequenos municípios**. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 42, n.1, p. 59-75 jan./mar. 2018.

MELLO, G.A. *et al.*, **Atenção básica e atenção primária: origens e diferenças conceituais**. Rio de Janeiro, Rev. APS 2009.

MENDES, Áquila Nogueira; MARQUES, R. M. . **Sobre a Economia da Saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil**. In: Gastão Wagner de Sousa Campos; Maria Cecília de Souza Minayo; Marco Akerman; Marcos Drumond Júnior; Yara Maria de Carvalho. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva.São Paulo: Hucitec, 2012, v. , p. 259-293.

MENDES, Áquila *et al.* **O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise**. Saude soc. vol.24 no.2 São Paulo Apr./June 2015

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2011.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.

_____. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Bahia: Casa da Qualidade Editora, 2001. v.2, 167 p.

MENEZES, M. J. **Legislação Básica do SUS**. Belo Horizonte: CoopMed, 1998. (Cadernos de saúde, n. 3). São Paulo, Fundape, 2010.

_____. **Planejamento governamental: um instrumento a serviço do poder**. Florianópolis: UFSC, 1974. (Cadernos do Curso de Pós-Graduação em Administração). São Paulo, Fundape, 2010.

MERHY, E. E. **Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEZOMO, J. C. **Gestão de qualidade na saúde: princípios básicos**. Universidade de Guarulhos, Guarulhos: 301p. 2004.

MINAYO, M.C. de S. **Seis características das mortes violentas no Brasil**. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, v.26, n.1 jan.jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102_30982009000100010>. Acesso em: 24 mar. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel>. Acesso em: 20/11/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

MITRE, S.M.; ANDRADE, E.I.G. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do sistema único de saúde na atenção primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.8, pp.2071-2085.

MUMFORD, L. **A cidade na história**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

NARDI, Antônio Carlos Figueiredo. **A utilização das academias da terceira idade na promoção da saúde em Maringá-PR**. 2013. 54 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva)-Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

NICZ, L. F. **Previdência social no Brasil**. In: GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1988. cap. 3, p. 163-197.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. **Modelo de Gestão em Enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

NORONHA, J. C. D.; LEVCOVITZ, E. **AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde**. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Org). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 73-111.

O'DWYER, G. **A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal**. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

OLIVEIRA, Elise Botteselle de *et al.* **Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil**. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):264-73

OLIVEIRA JÚNIOR, Severino Azevedo de. **Planificação da rede temática de atenção na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte: análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais**. 123 f., il. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

OLIVEIRA, A. L. **Gestão de ambulatório público: organização direcionada para o bom atendimento**, 2004. 98 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Saúde: Saúde Pública) - Universidade de Taubaté, 2004.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(In)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. **Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família**. *Ver. Bras. Enferm.* 2013; 66(esp):158-64.

OLIVEIRA, M. L. F. de. **A utilização de serviços de urgência/emergência em Maringá (Pr): analisando determinantes**, Londrina, 2008. 156 f. (Mestrado em Saúde Coletiva: Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina.

OLIVEIRA, Evangelina Xavier Gouveia *et al.* **Condicionantes Socioeconômicos e geográficos do acesso á mamografia no Brasil, 2003 – 2008**. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, n.9. Rio de Janeiro, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos** <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/> (1948) , Acessado em 15 de julho de 2018. Google Scholar.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25076>. Acesso em ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde**

http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/ (1978), Acessado em 15 de julho de 2018. Google Scholar.

PAIM, J. S. **Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 161-174.

PAZÓ, R.G. *et al.* **Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014**. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-12. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1546](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546).

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. **Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras**. *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, P. 1008-1017, OUT-DEZ 2015.

PETERLE, Viviane Cristina Uliana. **Análise da atenção à saúde do idoso na perspectiva das Redes de Atenção à saúde**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2001. 178 p.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMSUERJ/ABRASCO, 2003. 226 p.

PORTER, M.E. **A hora da estratégia**. HSM Management. São Paulo, n.5, p. 6-10, nov./dez. 2007.

PORTER, M.E. **Choix stratégiques et concurrence**. Ed. Econômica, Paris, 1982. In ARTMANN, E. RIVERA, F. **A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade**. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2003.

POSSAS, C. de A. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, **Constituição da Casa Civil da República Federativa do Brasil de 1988**.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm , Acessado em 7 de setembro de 2018. Google Scholar.

QUEIROZ, V. M.; ENGRY, E. Y. **Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.41, n.1, p. 26-33, jan.-mar.1988.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do poder**. São Paulo: Editora Ática, 1993.

RIBEIRO, L. C. (Org.) **Hierarquização e Identificação dos Espaços Urbanos**. Rio de Janeiro: Observatório das Metrôpoles, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

RIBEIRO, R.M. *et al.* **Caracterização do perfil das emergências clínicas no pronto-**

atendimento de um hospital de ensino. REME • Rev Min Enferm. 2014 jul/set; 18(3): 533-538

ROCHA, J. S. Y. **O movimento da reforma sanitária no Brasil.** Previdência Dados, v.3, n.2, p. 5-11, 1988.

ROCHA, Paulo Roberto. **Situação de saúde de adultos residentes nos municípios do entorno sul da região integrada de desenvolvimento do Distrito Federal e entorno: inquérito de base populacional, 2010-2011.** Dissertação (Ciências da Saúde da Universidade de Brasília), 2012

RODRIGUES, M. J. **Considerações sobre a rede urbana.** Revista eletrônica de geografia do Campus de Jataí – UFG. Jataí, nº 8. Jan/jun 2014, v.8 p. 12-19.

RODRIGUES, L.B.B. *et al.* **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):343-352, 2014.

ROS, M.A; PETTRES, A.A. **A determinação social da saúde e a promoção da saúde.** Arq. Catarin Med. 2018 jul.set. 47(3):183-196

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social.** Rio de Janeiro, Graal, 2005.

ROSSO, Claci Fátima Weirich. **Diagnóstico situacional do processo gerencial desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços da rede básica de saúde em Goiânia-GO.** 2010. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Convênio Rede Centro-Oeste, UnB, UFG, UFMS, Goiânia, 2010.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil.** São Paulo, 1980.

SALGADO, Daniela Patrícia Moreira. **Saúde oral em doentes com esclerose múltipla.** Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, 2014.

SANTOS, M. **Urbanização brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1996. 127p. In: **Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico-científico informacional.** São Paulo: HUCITEC, 2010.

_____. **Manual de geografia urbana.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1989. 214p.

_____. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção.** 4.ed.. São Paulo: EDUSP, 2004.

SÁ, M.C, CARRETEIRO, T.C., FERNANDES, M.I.A. **Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência.** Cad Saúde Pública. 2008; 24(6):1334-43. 3.

SAGAZ, C.R.; CUNICO, C. **Perfil sócio econômico cultural dos usuários do sistema único de saúde- SUS da zona rural e urbana no município de Anchieta-SC.** Disponível em <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-Roseli-Canci->

Sagaz.pdf. Acesso em jul. 2019.

SARAIVA, L.A.S., CAPELÇAO, L.G.F. **A nova administração pública e o foco no cidadão: burocracia x marketing.** Revista. Adm. Pública, São Paulo, 34 (2), p. 59-77, 2000.

SCATENA, J.H.G. *et al.* **Sustentabilidade financeira e econômica do gasto público em saúde no nível municipal: reflexões a partir de dados de municípios mato-grossenses.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2433-2445, nov, 2009.

SEADE. **Rede urbana e regionalização do estado de São Paulo.** São Paulo: Emplasa, 2011. Disponível em: <www.seade.gov.br>. Acesso em: nov. 2016.

Secretaria de Energia do Estado de São Paulo, 2012. **Relatório executivo.** Disponível em <<http://www.energia.sp.gov.br>>. Acesso em: 15/09/2012.

SERRA, F. **Administração estratégica: conceitos, roteiro prático e casos.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003. 178 p.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização.** Comunicação, Saúde e Educação, v.6, n.12, p.101-122, 2003.

SCARPI, M. J. **Gestão de clínicas médicas.** São Paulo: Futura, 2004.

SCHWANINGER, Markus. **Embodiments of organizational fitness.** The VSM as a guide. System Practice, v.3, n.3, 2003.

SENHORAS, E. M. **A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem.** Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde, FioCruz, Rio de Janeiro, vol. 1, n.1, p 45-55, 2007.

SILVA, Iêda; ZILMARA, de Queiroz Jorge da; Trad., Leny A. Bomfim. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.** Botucatu, vol.9, n.16, 2005.

SILVA, S.F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil).** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, Eveline de Almeida; ANJOS, Ulisses Umbelino dos; NOGUEIRA, Jordana de Almeida. **Modelo preditivo ao abandono do tratamento da tuberculose.** *Saúde debate* [online]. 2014, vol.38, n.101, pp.200-209.

SIVISA. **Hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios.** Disponível: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/gt.asp?te_codigo=6>. Acesso em: 17/12/2012.

SPOSITO, M. B. E. **Novos conteúdos nas periferias urbanas das cidades médias do Estado de São Paulo.** Brasil. Investigaciones geográficas, n.54, p.114-34, ago.2004.

SPOSITO, M. B. E. **Conjuntura Prudente 2011.** Presidente Prudente, FCT/UNESP, 2011.

SOUZA, J. C. A. **Empresas emergentes**. São Paulo: Makron Books, 2008

SOUZA *et al.* **Análise da utilização dos serviços de pronto-atendimento na percepção do usuário**. *Ciência e Cuidados em Saúde*. Jan/Mar; 9(1):13-20, 2010.

SOUZA *et al.*, **Conhecimento de uma equipe da estratégia da saúde da família sobre a política de atenção à saúde masculina**. *Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 291-304, maio/ago. 2014.

SIMÕES, B. J. G. **Estudo da assistência médica num serviço de assistência primária**. *Medicina*, Ribeirão Preto, v.23, n.3, p 159-68, jul/set, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

SYLVER, L. **Aspectos metodológicos em avaliação no serviço de saúde**. In: GALLO, E. (Org) **Planejamento criativo: novos desafios em política de saúde**, Rio de Janeiro, Relume Dumará, P. 195-210, 2009.

SUZUKI, J. C. **Aglomeramentos urbanos brasileiros dos séculos XIX e XX: significados na produção do território**. XII Coloquio Internacional de Geocrítica. Bogota, 2012.

TEIXEIRA, C. (org.) **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: CEPS-ISC, 2010. 128 p.

TEIXEIRA, C. **Epidemiologia e planejamento de saúde**. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6.ed., Rio de Janeiro: MEDSI, 2006. p. 515-531.

TEIXEIRA, C. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba, 2006.

TEIXEIRA, C. In: FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia saúde da família e núcleo de apoio à saúde da família: diretrizes e fundamentos**. UNASUS UNIFESP, 2010. 64p.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Enfoques Teórico-Metodológicos do Planejamento em Saúde**. In: **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. (Org) Carmen Fontes Teixeira (organizadora). Salvador: EDUFBA, 2010.

TORRES, Renata Laszlo.; CIOSAK, Suelly Itsuko. **Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2014, vol.48, n.spe, pp.137-144

TRAVASSOS, C.M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(Sup 2):S190-8.

UGÁ, Maria Alicia D.; Sá, Marilene de Castilho; Martins, Mônica; Braga Neto, Francisco Campos. **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Ed. FIOCRUZ, 2010.

VALENTIN, M. R. **Políticas de saúde em emergência e a enfermagem.** Revista de enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; v.17, n.2, p.285-9.

VASCONCELOS FILHO. **Construindo estratégias para vencer.** Rio de Janeiro: Campus, 2001. 370 p.

VASSALO, C. Exame. **Saúde em questão** n.10, ed. 635. 07/05/07

VERAS, R.P. **Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso.** Ciência e Saúde Coletiva. 2012;17(1):231-8

VERAS, R.P.; LIMA-COSTA, M.F. **Epidemiologia do Envelhecimento.** In: ALMEIDA, NDF.; BARRETO, ML., editors. Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 427-37

VIEIRA, Edzana Roberta Ferreria da Cunha. **Características da medição de desempenho organizacional: um estudo descritivo nos hospitais do estado do Rio Grande do Norte.** 2008. 107 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis)-Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós- Graduação em Ciências Contábeis, Universidade de Brasília/UFPB/UFPE/UFRN, Natal, 2008.

VILLAR, A. *et al.* **Integrando e analisando dados médicos e ambientais usando ferramentas de ETL e Business Intelligence.** Revista Internacional de Biomedicina. Jun.2018. vol 62, 6ª ed. Pp 105-1095.

VINELLI, N.F. *et al.* **Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico.** Arch. argent. pediatr., Buenos Aires, v.109, n.1, p.8-13, 2011.

VUORI, H. A. **A qualidade da saúde:** Divulgação em Saúde para Debate, Londrina, n.3, p. 17-25, 2009.

ZIPF, G. K. **Human behavior and the principle of least effort na introduction to human ecology.** Cambridge, Addison – Wesley Press Inc., 2009.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN G. **A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health.** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary Health Care.** Geneva: World Health Organization, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Men, Ageing ang Health.** Geneva: World Health Organization; 2001.

WELZER-LANG D. **A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia.** Revista Estudos Feministas 2001; 2:460-82