

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MARISTELA CORREA RODRIGUES DE LIMA

**FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO
PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM MUNICÍPIOS
DA METADE SUL DO RS**

Porto Alegre

2010

MARISTELA CORREA RODRIGUES DE LIMA

**FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO
PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM MUNICÍPIOS
DA METADE SUL DO RS**

Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Tatiana Engel Gerhardt

Porto Alegre

2010

L732f Lima, Maristela Correa Rodrigues de

Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em municípios da Metade Sul do RS – [manuscrito] / Maristela Correa Rodrigues de Lima ; orient. Tatiana Engel Gerhardt. – Porto Alegre, 2010.

130 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

Orientação: Tatiana Engel Gerhardt

Inclui resumos em: português, espanhol e inglês.

1. Serviços de saúde 2. Sistema Único de Saúde 3. Regionalização 4. Políticas de saúde I. Gerhardt, Tatiana Engel II. Título

NLM: W84

MARISTELA CORREA RODRIGUES DE LIMA

**FLUXOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO
PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO EM MUNICÍPIOS
DA METADE SUL DO RS**

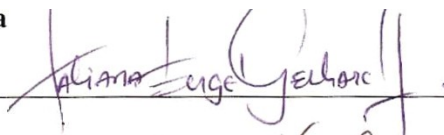
Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em Porto Alegre, em 30 de agosto de 2010.

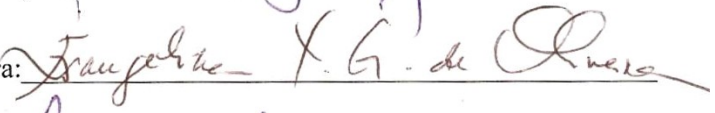
BANCA EXAMINADORA

Nome e assinatura da Banca Examinadora

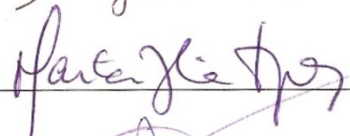
Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt:
Presidente – PPGENF/UFRGS



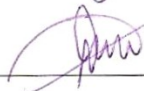
Dra. Evangelina Xavier Gouveia de Oliveira:
Membro – IBGE/RJ



Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes:
Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda:
Membro – EENF/UFRGS



As misérias do mundo estão aí, e só há dois modos de reagir diante delas: ou entender que não se tem a culpa e, portanto, encolher os ombros e dizer que não está nas suas mãos remediá-lo — e isto é certo —, ou, melhor, assumir que, ainda quando não está nas nossas mãos resolvê-lo, devemos comportar-nos como se assim fosse.

José Saramago

AGRADECIMENTOS

À UFRGS, em especial a Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, pela oportunidade de concretizar o sonho de unir a experiência com a teoria. Oportunidade de crescimento, reflexão e retroalimentação ao serviço público, aquele que não prescinde do nosso esforço contínuo, sempre.

À minha orientadora, Tatiana Gerhardt, pela infinita paciência e tolerância com alguém que depois de tantos anos na labuta diária do serviço se arriscou a entrar para a academia e não adquiriu, mesmo com os exemplos diversos, o perfil de pesquisador que a academia tanto admira. Pela sua compreensão e sensibilidade em exigir não mais do que eu era capaz de oferecer.

À Secretaria Estadual de Saúde e a Coordenadoria Regional de Saúde pelo apoio no transcorrer e liberação na fase final deste trabalho. Nas pessoas de Maria Beatriz Souto Bolzan pelo apoio implícito e explícito, sempre. À Maria Shirley Pinto de Faria por compreender e permitir minhas ausências, especialmente no final da escritura desse trabalho. À Marlene Colling por tornar tão fácil os trâmites administrativos tão desconhecidos e difíceis. Aos colegas da Assessoria de Planejamento e do Departamento de Assistência Ambulatorial e Hospitalar pelas diversas informações e explicações, sempre tão prontamente dadas. A todos os colegas da Coordenadoria, em especial às colegas do Setor de Planejamento que assumiram o serviço e, de fato, me permitiram “esquecer” daquelas responsabilidades.

À Simone Santos pelo esforço e na excepcional indicação de apoio técnico na pessoa de Evangelina Oliveira. À Evangelina Oliveira pela disponibilidade e pelas trocas de tantas páginas *print screen* dentro do ‘espírito livre’ do Terra View para operar melhor o software.

À minha mãe e à minha sogra pelo esforço de virem de lugares tão distantes para assumirem o cuidado dos netos.

A todos vocês agradeço o que cada um, à sua maneira, contribuiu para que eu concluísse com êxito esta empreitada. Sinceramente, muito obrigada.

Um agradecimento especial ao Jorge, companheiro em todos os sentidos que esta palavra possa ter. Pela criação do banco de dados, de todas as variáveis que eu ‘inventava’, por modificar, criar e recriar tudo o que eu imaginei, sempre com paciência e entusiasmo. Pelas inúmeras noites (madrugadas muitas vezes) a discutir, questionar, elucubrar ou simplesmente estar presente. Por assumir a casa, as crianças e todas as infindáveis agendas

que essas responsabilidades demandam. Pelo apoio, insistência e persistência no meu estudo, por acreditar e estimular. Por tolerar minha intolerância... pelo amor.

*“Mãe, quando tu vai poder voltar a brincar com a gente?
Quando o mestrado terminar vou te prender no meu quarto uma semana
só pra brincar...”*

(ao Antônio e ao Lucas, por aguentarem esta ‘mãe chata’ durante dois anos!)

RESUMO

No Sistema Único de Saúde a regionalização é considerada uma macroestratégia para a organização dos serviços de saúde em um dado território. Sua implementação pressupõe a conformação de sistemas funcionais e hierarquizados que garantam a universalidade, a integralidade, a equidade e resolutividade aos usuários. Na assistência hospitalar, dada a complexidade dos serviços e o pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros que não dispõem de condições para ofertar todos os níveis de complexidade em seu território, a regionalização assume relevância na organização dessa rede. O presente estudo busca analisar, sob à perspectiva da regionalização, os fluxos de serviços hospitalares em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, por meio do perfil das internações e mobilidade de usuários no período 2000 a 2006. Caracteriza-se como epidemiológico, descritivo e exploratório para o qual se utilizou o Sistema de Informações Hospitalares, associado ao Plano Diretor de Regionalização (PDR) elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde como documento que expressa a política e o desenho da regionalização, possibilitou uma análise espacial das microrregiões e macrorregiões às quais pertencem os municípios, através do geoprocessamento das internações hospitalares. A análise da capacidade instalada, do perfil e do fluxo das internações não aponta para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde hospitalares entre os municípios no período estudado. A resolutividade e algumas especificidades encontradas demonstram potencial para aumentar o desempenho dos municípios, como a adoção de políticas públicas que incidam no modelo de atenção desenvolvido pelo município. Há necessidade de reavaliação e readequação permanente do processo de regionalização, a refletir os avanços conquistados e as necessidades e dificuldades persistentes. Propõe-se uma maior coordenação e integração entre os instrumentos organizativos da regionalização: PDR, PPI e PDI. A regionalização como princípio organizacional do SUS, não pode prescindir da união, da participação e do esforço coletivo de gestores, técnicos e estudiosos. Só assim, superando verticalizações, tecendo redes e acordando pactuações, se alcançará a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde: utilização. Sistema Único de Saúde. Regionalização. Políticas públicas de saúde.

RESUMEN

En el SUS, la regionalización es considerada una macro estrategia para la organización de los dos servicios de salud en un determinado territorio. Su implementación presupone la conformación de sistemas funcionales y jerarquizados que asegure la universalidad, la integralidad, la equidad y resolutivez a los usuarios. En la asistencia hospitalaria, dada la complejidad de los servicios y el pequeño porte de la mayoría de los municipios brasileños que no disponen de condiciones para ofrecer todos los niveles de complejidad en su territorio, la regionalización asume relevancia en la organización de esa red. El presente estudio busca analizar, a la luz de la regionalización, los flujos de servicios hospitalarios en las municipalidades de la Metade Sul del Rio Grande do Sul, por medio del perfil de las internaciones y movilidad de usuarios en el período 2000 hasta 2006. Se caracteriza como epidemiológico, descriptivo y exploratorio para el cual se utilizó el Sistemas de Informaciones Hospitalarios, asociado al Plano Director de Regionalización (PDR) elaborado por la Secretaría de Estado de la Salud como un documento que expresa la política y el dibujo de la regionalización posibilitó un análisis espacial de las micro y macro-regiones a las cuales pertenecen los municipios, a través de geoprocesamiento de las hospitalizaciones. El análisis de la capacidad instalada, del perfil y del flujo de las internaciones no destaca la ampliación del acceso a las acciones y servicios de salud hospitalarios entre los municipios en el período estudiado. La resolutivez y algunas especificidades encontradas, demuestran potencial para aumentar el desempeño de los municipios como la adopción de políticas públicas que incidan en el modelo de atención desarrollado por la municipalidad. Hay la necesidad de reevaluación y readecuación permanente del proceso de regionalización, a reflejar los avances conquistados y las necesidades y dificultades persistentes. Se propone una mayor coordinación e integración entre los instrumentos organizativos de la regionalización: PDR, PPI y PDI. La regionalización como principio organizacional del SUS, no puede prescindir de la unión, de la participación, y del esfuerzo colectivo de gestores, técnicos y estudiosos. Solamente así, superando verticalizaciones, tejiendo redes y acordando pactos, se alcanzara la universalidad del acceso, la equidad, la integralidad y solutivez.

Descriptores: Acceso de los servicios de salud. Servicios de salud: utilización. Sistema Único de Saúde. Regionalización. Políticas públicas de salud.

ABSTRACT

At SUS, regionalization is considered a macro strategy to the organization of health services in a given territory. Its implementation requires the conformation of functional, prioritized systems to ensure universality, comprehensiveness, fairness and resolution to users. Hospital care, given the complexity of services and the small size of most Brazilian towns, where there are no conditions to offer all levels of complexity in their area, the regionalization is relevant in this network organization. This study assesses, in light of regionalization flows of hospital services in towns in the south of Rio Grande do Sul, through the profile of admissions and mobility of users in the period 2000-2006. It is characterized as epidemiological, descriptive and exploratory, and we used for it the Hospital Information System, associated to Director Plan Regionalization – PDR, prepared by the State Department of Health as a document that expresses policy and the design of regionalization, it allowed a spatial analysis of the micro and macro regions to which the municipalities belong, through geoprocessing of hospital admissions. The analysis of capacity, profile and flow of admissions does not point to expanding access to actions and hospital health services among municipalities in the period of the study. The resolution and some specificities we found showed the potential to increase the performance of municipalities, such as adoption of public policies that address health care model developed by the municipality. There is need for reassessment and readjustment of the process of regionalization, to reflect the achievements and the needs and difficulties persisted. We proposed that greater coordination and integration among the tools of organizational regionalization: PDR, PPI and PDI. Regionalization as an organizing principle at SUS cannot do without union participation and collective efforts of managers, technicians and scholars. Only then, overcoming verticalizations, creating networks and agreeing pacts, we will be able to achieve universal access, fairness, completeness and resolution.

Descriptors: Access to health services. Health services: use. Sistema Único de Saúde. Regionalization. Public health policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CF – Constituição Federal
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
COGERE – Colegiado Gestor Regional
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DIP – Doenças Infecto Parasitárias
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EPM – Elenco de Procedimentos Mínimos da Média Complexidade
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
GASE – Gestão Avançada do Sistema Estadual
GESC – Grupo de Estudos em Saúde Coletiva
GPAB – Gestão Plena da Atenção Básica
GPSE – Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM – Gestão Plena do Sistema Municipal
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PAB - Piso de Atenção Básica
PAB-A – Piso da Atenção Básica Ampliada
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDI – Plano Diretor de Investimento
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPI – Programação Pactuada e Integrada

PROINTER – Programa de Pesquisa Interdisciplinar

PSF – Programa de Saúde da Família

SAMPHS – Sistema de Assistência Médica Hospitalar da Previdência Social

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UFRGS- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1 – Macrorregiões, área de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios.....	34
Figura 2 – Localização dos municípios da área de estudo.	46
Figura 3 – Malha viária dos municípios.	54
Figura 4 – Municípios, microrregiões e classificação dos hospitais.	56
Figura 5 – Municípios, microrregiões e macrorregiões.....	73
Figura 6 – Evolução da proporção das internações hospitalares dos municípios, 2000, 2003 e 2006.	76
Figura 7 – Fluxos das internações psiquiátricas e proporções de atendimento de população própria e referenciada em 2000, 2003 e 2006.....	81
Figura 8 - Proporção de atendimento de média complexidade realizada nos municípios estudados, 2000, 2003 e 2006.....	85
Figura 9 – Fluxo dominante das internações de Média Complexidade, 2000 a 2006.....	87
Figura 10 – Fluxos das internações de Média Complexidade, 2000 a 2006.	88
Figura 11 – Fluxo das internações de média complexidade, por ano.....	91
Figura 12 – Fluxos das internações de média complexidade realizadas dentro da área de estudo, 2000 a 2006.	93
Figura 13- Fluxos do total de internações em alta complexidade	100
Figura 14 - Fluxos dos procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia.	102
Figura 15 – Fluxos dos procedimentos de alta complexidade em cardiologia.....	102
Figura 16 – Fluxos dos procedimentos de alta complexidade em neoplasia.....	103

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de internações, 2000 a 2006.....	59
Gráfico 2 – Distribuição das internações por sexo e faixa etária, 2000 a 2006.....	64
Gráfico 3 – Taxa de utilização de serviços hospitalares por sexo e faixa etária, 2006.	65
Gráfico 4 – Evolução proporcional de alguns grupos de causa por ano, 2000 a 2006.....	66
Gráfico 5 - Distribuição das internações segundo grupos de causas e local da internação.	67
Gráfico 6 – Distribuição das internações segundo o grupo de causa e local da internação.	68
Gráfico 7 – Distribuição das internações segundo a utilização de UTI, agrupado conforme o grupo etário do paciente.....	70
Gráfico 8 – Taxa de mortalidade hospitalar segundo o local da internação e ano, 2000 a 2006	70
Gráfico 9 - Distribuição proporcional das internações segundo a especialidade, 2000 a 2006.	77
Gráfico 10 – Distribuição das internações segundo o tipo de clínica e o local da internação..	79
Gráfico 11 – Variação percentual das internações cirúrgicas entre 2000 e 2006, por município.	82
Gráfico 12 – Evolução das internações de alta complexidade, 2000 a 2006.....	83
Gráfico 13 – Proporção de cesárea e parto normal realizados na área de estudo, 2000 a 2006.	96
Gráfico 14 – Distribuição das internações por município de residência e ano, 2000 a 2006.	123
Gráfico 15 – Proporção de internações de média complexidade dentro da área de estudo segundo o município de residência e ano, 2000 a 2006.	128

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos leitos segundo o município, 2006.....	58
Tabela 2 - Distribuição das internações por ano, 2000 a 2006.....	59
Tabela 3 – Distribuição das internações por município, segundo o ano e a variação percentual, 2000 a 2006.	60
Tabela 4 - Distribuição das internações segundo o local de internação.	61
Tabela 5 – Distribuição das internações segundo o ano e o local de ocorrência.....	61
Tabela 6 - Distribuição das internações por sexo e local de internação, conforme o ano, 2000 a 2006.....	63
Tabela 7 – Distribuição por grupo de causas e local da internação.....	66
Tabela 8 - Distribuição das internações segundo a Utilização de Leitos de UTI.....	69
Tabela 9 – Taxa de mortalidade hospitalar por ano, segundo o local de ocorrência da internação.	71
Tabela 10 - Distribuição das internações segundo a especialidade e o tempo médio da internação – TMI, em dias, 2000 a 2006.....	72
Tabela 11 – Distribuição das internações segundo o município de residência e o local de atendimento, 2000 a 2006.	75
Tabela 12 – Distribuição das internações encaminhadas para fora da área, conforme o município de internação, 2000 a 2006.....	77
Tabela 13 - Distribuição das internações por especialidade, segundo o ano e a variação percentual 2000-2006.....	78
Tabela 14 - Distribuição das internações por ano, segundo a Complexidade do Procedimento Realizado.....	83
Tabela 15 – Distribuição das internações de alta complexidade por ano e local de internação, 2000 a 2006.	99
Tabela 16 – Distribuição dos leitos SUS segundo a especialidade e o município, 2006.	120
Tabela 17 – Distribuição das internações segundo o grupo de causa e sexo, 2000 a 2006....	121
Tabela 18 – Distribuição das internações por especialidade, segundo o sexo, 2000 a 2006..	122
Tabela 19 - Distribuição das Internações por Ano, segundo o Capítulo da CID.	124
Tabela 20 – Distribuição das internações segundo o município de residência e o local de atendimento, por ano, 2000 a 2006.	126

Tabela 21 - Distribuição das interações de alta complexidade e estratégicas, conforme o tipo e ano. 129

Tabela 22 – Procedimentos mais frequentes, segundo o local de realização, 2000 a 2006. .. 130

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	17
1	A POLÍTICA ASSISTENCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	21
1.1	Da municipalização e regionalização da saúde	21
1.2	Acesso e utilização dos Serviços de Saúde.....	38
2	OBJETIVOS	42
2.1	Objetivo geral	42
2.2	Objetivos específicos.....	42
3	MÉTODO	43
3.1	Pressupostos metodológicos.....	43
3.2	Área de estudo e procedimentos metodológicos	43
3.3	Base de dados	47
3.4	Análise dos dados.....	49
3.5	Considerações éticas.....	52
4	RESULTADOS	53
4.1	(Re)conhecendo a rede de serviços e o perfil das internações hospitalares nos municípios em estudo no período 2000 a 2006	53
4.2	Fluxo de Utilização dos Serviços	72
4.2.1	<i>Quem são os municípios?</i>	74
4.2.2	<i>Fluxos de internações de média complexidade</i>	84
4.2.3	<i>Fluxos de internações de alta complexidade</i>	97
5	CONSIDERAÇÕES	105
	REFERÊNCIAS.....	111
	APÊNDICES	119

INTRODUÇÃO

O estudo proposto insere-se na linha de pesquisa Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem/Escola de Enfermagem/UFRGS e integra um projeto de pesquisa do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC).

O interesse em pesquisar sobre acesso, utilização e os fluxos dos usuários do SUS na busca pela internação hospitalar decorre de dois motivos de origem distintos. O primeiro é a participação na pesquisa *Fluxos e Utilização de Serviços de Saúde: Mobilidade e Necessidades em Saúde de Usuários e Novos Desafios para a Integralidade em Saúde Pública*, que é parte integrante do Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER)*. Essa pesquisa procura identificar os fluxos de utilização de serviços de saúde através da caracterização da rede de serviços e da sua utilização, do mapeamento de fluxos e dos itinerários terapêuticos dos usuários, desenvolvendo-se a partir da coleta de dados secundários e pesquisa local. As informações obtidas indicam elementos essenciais para a análise dos fluxos de utilização dos serviços de saúde pelos usuários, através da produção de conhecimento para a contribuição com as políticas públicas que visem à integralidade no cuidado em saúde e a melhoria das condições de saúde dos usuários residentes nesta área.

A região escolhida para o desenvolvimento deste programa foi a Metade Sul[†] do estado do Rio Grande do Sul que vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica, quando comparada a outras regiões do estado, tornando visível a disparidade regional. A partir da dissertação de mestrado, *Fluxo e Acesso dos Usuários a Serviços de Saúde de Média Complexidade no Município de Camaquã, RS^l*, que analisou as trajetórias, acesso, fluxos e motivos de utilização dos serviços de saúde de média complexidade e de análises preliminares das internações hospitalares em municípios da Metade Sul definiu-se por ampliar – de oito para treze – os municípios a serem estudados. Originalmente, o PROINTER realiza estudos nos municípios Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chувиска, Encruzilhada do

* O PROINTER é um programa de pesquisa interdisciplinar, fruto de um acordo de cooperação interuniversitário franco-brasileiro, que estuda as interrelações no desenvolvimento sustentável em espaços rurais do sul do Brasil.

[†] A denominada Metade Sul é composta por 105 municípios, fazendo fronteira com o Uruguai e a Argentina. Caracteriza-se, economicamente, pela atividade primária onde predomina a pecuária (criação de ovinos e bovinos) e a lavoura de arroz.

Sul, Santana da Boa Vista e São Lourenço do Sul. A esses, foram acrescentados Cerro Grande do Sul, Cristal, Dom Feliciano, Sentinela do Sul e Tapes.

O segundo motivo de interesse nessa temática tem origem no trabalho que desenvolvo enquanto técnica da Secretaria Estadual de Saúde/RS na área de Planejamento de uma Coordenadoria Regional de Saúde como responsável pelo processamento de todas as internações hospitalares e pelo processo de regionalização da assistência à saúde desenvolvido na região. Também por ter participado do grupo técnico que iniciou o processo de discussão e implementação da regionalização da saúde em todo o estado do Rio Grande do Sul na gestão 1999-2002 da SES/RS. Considero esta oportunidade – o mestrado – única para uma parceria ensino/serviço que possibilitará à Secretaria Estadual da Saúde um momento precioso de avaliação do trabalho desenvolvido, além de propiciar subsídios que possam fortalecer a capacidade de gestão desta esfera governamental.

No decorrer desses 18 anos de construção e consolidação do SUS, várias legislações infraconstitucionais, especialmente as Normas Operacionais Básicas (NOB's) trataram da questão da organização do sistema, enfatizando em alguns momentos a promoção e a prevenção; em outros, a atenção básica e, em outros, ainda, a assistência de média complexidade ambulatorial. Entretanto, a assistência hospitalar, tão onerosa ao SUS, pouco foi abordada, quase intocada, continuando a se comportar na lógica do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), com financiamento centrado na produção de atos médico-hospitalares. Dessa forma, a internação hospitalar continua sendo um dos maiores gargalos a serem enfrentados pelos gestores de saúde, especialmente da esfera municipal. Apenas recentemente houve iniciativas para modificação desta lógica, com a contratualização com definição de metas e compromissos.

No Brasil, a rede hospitalar do SUS realizou 12,4 milhões de internações em 2000, impactando R\$ 4,8 bilhões. Esta parcela considerável dos gastos em saúde foi consumida nos cerca de 7 a 8% da população brasileira que internou no ano, nos 6.497 estabelecimentos hospitalares e 419.395 leitos cadastrados no país². Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), em 1998 o SUS respondeu por 63,1% e em 2003 por 67,6% de todas as internações do país, demonstrando o crescimento do financiamento público nas internações hospitalares.^{3,4}

Na área hospitalar, é inequívoca a importância da regionalização e da hierarquização da rede de serviços. Nem mesmo os municípios de médio porte têm condições de oferecer todos os serviços de saúde necessários à totalidade da sua população, sendo necessário o

reconhecimento do que pode ser atendido no seu âmbito e do que deve ser referenciado a outro local, bem como daquilo que tem capacidade de ofertar para outros municípios.

Apesar de a regionalização e a hierarquização estarem presentes desde a criação do SUS, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) é a primeira norma que trata de forma clara e objetiva da assistência hospitalar, propondo sua organização a partir de articulações dentro de um espaço territorial-populacional, inserindo conceitos e recortes que objetivam dar conta da heterogeneidade existente entre estados e, mais ainda, entre municípios. Para a NOAS, região de saúde é

[...] a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre os municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.⁵

O módulo assistencial a que se refere à NOAS corresponde ao primeiro nível de referência, “[...] constituído por um ou mais municípios com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação” que apresente, entre outros serviços de média complexidade, a oferta de internação hospitalar no mínimo nas clínicas médica, pediátrica e obstétrica⁵.

O acesso e a utilização dos serviços estão intimamente relacionados com a regionalização da saúde, considerados mesmo como o ponto principal do sistema de saúde⁶. Desta forma, é um desafio relacionar alguns aspectos da utilização dos serviços com o desenho proposto pela regionalização. Aqui começa a se esboçar a estrutura da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, em especial e objeto desta dissertação, da rede hospitalar.

Esta dissertação analisa as internações hospitalares sob o olhar da regionalização e hierarquização da rede de serviços a partir de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), um dos maiores banco de dados de saúde do País e que disponibiliza informações sobre a utilização dos serviços hospitalares segundo dados do paciente e do procedimento realizado. Está estruturada em capítulos de forma que no primeiro apresenta-se uma contextualização de temas relativos ao objeto de pesquisa através de pesquisa bibliográfica, enfocando especialmente o processo de descentralização – a municipalização e a

regionalização – e o acesso e utilização dos serviços de saúde. Os capítulos seguintes tratam dos objetivos e métodos utilizados na pesquisa.

O quarto capítulo é dedicado à pesquisa propriamente dita, com análise de dados sobre internações hospitalares no período compreendido entre 2000 e 2006. Esse corresponde ao início das discussões sobre regionalização, a implantação oficial do Plano Diretor de Regionalização e um pouco do período de efetivação da regionalização da saúde desenvolvida pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul em conjunto com os municípios. Nele é apresentada uma caracterização da rede de serviços de média e alta complexidade disponível nos municípios, em especial das instituições hospitalares e analisadas as internações hospitalares. Para esta análise, traça-se o perfil das internações, segundo algumas variáveis, analisam-se as implicações que o processo de regionalização representou para os municípios no decorrer do período e identifica-se a mobilidade dos pacientes em busca por serviços de atenção hospitalar.

Por fim, no capítulo cinco, são tecidas considerações sobre os dados encontrados e apontadas sugestões para o futuro da regionalização da saúde no Rio Grande do Sul.

1 A POLÍTICA ASSISTENCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 Da municipalização e regionalização da saúde

Estudar o SUS implica debruçar-se sobre seus princípios e suas diretrizes, seus acertos, desacertos, avanços e retrocessos, implica descortinar os significados implícitos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 quando diz:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.⁷

A Constituição Federal avançou nos direitos sociais, modificando significativamente o sistema de proteção social: a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.⁷ A reforma da política de saúde implantada com a Constituição Federal de 1988 é uma das faces do modelo de *welfare state* * adotado no Brasil que demonstra a dimensão da transformação institucional que vem ocorrendo no País.

O mérito desta conquista pode ser atribuído, em grande medida, ao conjunto de atores que se constituíram no período prévio ao momento constitucional e ao desgaste que a política anterior vinha sofrendo. O texto constitucional resultou da ação política de um conjunto de atores sociais articulado no chamado Movimento Sanitário, que soube aproveitar uma conjuntura nacional de luta pela democratização. Originado no meio acadêmico, o Movimento Sanitário era composto por pesquisadores, docentes e estudantes, muitos dos quais ligados ao Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), ao qual posteriormente agregaram-se políticos, movimentos populares e sindicais e gestores públicos de saúde. Para Campos⁸, muitos destes atores eram ligados ao Estado através de universidades e hospitais públicos, escolas de saúde pública, serviços

* Welfare State ou Estado de Bem Estar Social baseia-se na concepção de direitos sociais indissociáveis à existência do cidadão, cabendo ao Estado, de forma direta ou não, o provimento desses serviços de proteção social. Está compreendido nestes direitos o acesso à saúde, à educação, à previdência, ao saneamento, habitação popular e assistência social.

próprios da Previdência ou do INAMPS e centros de saúde de gestão estadual ou federal, onde desenvolveram projetos de intervenção local dando origem a uma nova possibilidade de organização de serviços de saúde que se contrapunha à existente de assistência previdenciária, compra de serviços privados, perfil individualista e centrada na oferta de procedimentos médico-diagnósticos. Além disso, a aproximação do Movimento Sanitário com políticos e deputados constituintes influenciou a legislação e o ordenamento legal do novo sistema, dando origem ao arcabouço do SUS.

Este é o panorama do nascimento do atual sistema nacional de saúde brasileiro, fruto de um momento especial do processo de redemocratização do País. Esta conquista, hegemônica naquele momento histórico, enveredou por alguns (des)caminhos em sua busca pela consolidação. O processo de garantia constitucional do SUS, que numa primeira análise poderia se caracterizar como o ápice de uma conquista do movimento sanitário brasileiro constituiu-se, na verdade, na primeira de uma série de etapas mescladas por idas e vindas de momentos participativos e por disputas, inclusive internas, entre os diversos atores pela forma como o sistema deveria ser implementado. Para Menicucci⁹, tal comportamento caracteriza o aspecto processual do ciclo das políticas públicas que, no SUS, se expressa quando sua implementação não se configura como uma fase e sim como um momento de (re)formulação da política de saúde. Para essa autora, embora em sua definição o SUS conste como único, universal, público e gratuito, o processo de implementação reconfigurou a concepção original da política de saúde resultando num sistema híbrido, público e privado, devido em grande parte à viabilidade política, uma vez que a sustentação política e a legitimidade da política são fundamentais para a implementação.

A redefinição do pacto federativo proposto na Constituição Federal de 1988 com atribuição de novos papéis e maior participação dos municípios favoreceu a descentralização de políticas públicas e consolidou a participação de atores novos nesse cenário, os gestores municipais. Na área da saúde, a descentralização do financiamento e a proliferação da implantação de serviços municipais traduziram-se naquela que, entre as diretrizes do SUS, obteve o maior desenvolvimento: a descentralização. Os motivos para tal desempenho poderão ser discutidos à luz de vários enfoques, mas dois podem ser colocados claramente como de grande influência: o acordo de priorização entre os atores e o desgastado modelo anterior, configurado como de gestão e execução centralizada.

Descentralização não é um termo de simples nem de única definição, sendo dependente do contexto de sua utilização e também das posições político-ideológicas de quem

o define. A descentralização considera o poder como o elemento chave para sua caracterização em suas dimensões política, administrativa, financeira e fiscal.¹⁰

Para Pestana e Mendes,¹¹ a descentralização dos serviços de saúde no cenário internacional tem-se caracterizado pela regionalização autárquica, onde a gestão é realizada por uma instância mesorregional que racionaliza o sistema ao permitir “[...] compatibilizar o acesso a serviços eficientes em função da escala, efetivos e de qualidade com a proximidade dos problemas locais e da população”. O processo histórico brasileiro de um Estado autoritário e centralizador foi rompido na área de saúde pela criação do SUS – política caracterizada por uma descentralização intensiva, baseada na devolução municipalista. No Brasil, a opção pela devolução municipalista estruturou o sistema público de saúde de forma singular: a municipalização autárquica. Essa municipalização transforma os municípios em sistemas fechados, provocando uma deseconomia de escala e levando à fragmentação dos serviços e perda de qualidade.

Ainda para esses autores, a descentralização feita através da municipalização autárquica trouxe avanços indiscutíveis, mas esse modelo esgotou-se, provocando sérios problemas e necessitando ser repensado. Entendem ser o momento de encontrar um ponto de equilíbrio, maximizando as vantagens da descentralização por devolução municipalista e minimizando suas debilidades, superando o paradigma da municipalização autárquica e consolidando o paradigma da regionalização cooperativa.

Artmann e Rivera¹² reportam a concepção de Hilhorst* onde a regionalização pode obedecer a vários critérios: *região homogênea*, baseada em agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente especificadas; *região polarizada*, correspondendo a uma área geográfica influenciada por um polo de desenvolvimento econômico articulado por fluxos de produção e comércio visando economia de transporte e escala e *região de planejamento*, que deriva da aplicação de critérios político-administrativos pela autoridade política, compreendendo território a partir da necessidade de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do estado ou da focalização de uma política pública setorial em determinada parte do território. Para estes autores, na área da saúde a regionalização obedeceria “[...] prioritariamente ao critério de planejamento de uma oferta de serviços, à necessidade de racionalizar a dinâmica de articulação dos mesmos, instituindo uma maior coordenação e atingindo resultados em termos de mais acesso e equidade”.

* Hilhorst J. Planejamento regional, enfoque sobre sistemas. Rio de Janeiro: Zahar; 1975.

Para este estudo, consideramos regionalização como uma estratégia para a organização dos serviços de saúde em um dado território, que atenda às necessidades dos usuários do sistema em seus princípios de universalidade, integralidade, equidade e resolutividade. Hierarquia e mecanismos de referência e contrarreferência são mecanismos para o uso racional dos recursos de saúde que conformam a rede de serviços, abrangendo todos os níveis de atenção e complexidade do sistema. Estão aqui incluídos os níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e os diversos tipos de complexidade, desde a atenção primária, até a secundária e terciária, numa busca conjunta entre as diversas esferas federativas para a redução das desigualdades sociais e territoriais.

É dado que somente a minoria dos municípios apresenta capacidade instalada de serviços de saúde capazes de atender, de forma integral, toda sua população. No Brasil, onde a maioria absoluta dos municípios é de pequeno porte e sem condições de oferecer todos os serviços no nível local, mais importante se torna a regionalização como estratégia para a garantia da integralidade da assistência ao cidadão. Para além da hierarquia e dos mecanismos de referência e contrarreferência como instrumentos operacionais, há que sejam consideradas questões como acesso, qualidade, custo, efetividade, resolutividade e utilização dos serviços.

Na assistência hospitalar, dada a complexidade, a regionalização é quase que intrínseca à sua concepção: não se pode conceber que existam hospitais especializados em áreas esparsamente povoadas. Por outro lado, também não se concebe que tais populações padeçam da falta desses serviços porque moram longe dos grandes centros e em tais locais não sejam economicamente viáveis. É neste cenário que a regionalização e hierarquização dos serviços são estratégia fundamental para a organização do sistema.

Também, neste contexto, é premente a busca pelo equilíbrio entre a municipalização autárquica e a regionalização cooperativa como proposto por Pestana e Mendes.¹¹ Entretanto, o que observamos no decorrer da história de construção do SUS através de suas normas infraconstitucionais é a primazia da municipalização e uma participação marginal da regionalização na conformação descentralizada do sistema.

No modelo anterior ao SUS, cuja gestão e execução dos serviços eram responsabilidade do gestor federal, experiências inovadoras cada vez mais frequentes vinham sendo efetivadas. Mesmo assim sofreu um desgaste natural do sistema, demandando a necessidade de construção de uma alternativa que tivesse a capacidade de atender às novas exigências da sociedade.

Assim é que a Lei Orgânica da Saúde, editada dois anos após a promulgação da Constituição Federal, em seu artigo sétimo afirma que, entre os princípios a serem obedecidos

pelo SUS, consta a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera do governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios. Para Viana et al,¹³ a descentralização associada à gestão única resulta em três arranjos: os sistemas municipais, estaduais e o nacional.

Para Arretche,¹⁴ o fato de a municipalização ter alcançado um elevado grau de consenso na agenda de reformas da área social e da coalizão pró-reformas nesta área ser fortemente estável e articulada causaram pressão pela adesão dos municípios ao SUS. Também a flexibilidade das distintas formas de adesão e os custos políticos de não oferecer serviços de acesso universal no nível local representaram, segundo esta autora, um poderoso incentivo à municipalização.

O acordo entre os atores pela implementação da descentralização como estratégia para disseminar os serviços de saúde levou a que as normas infraconstitucionais editadas pelo Ministério da Saúde procurassem desenvolver a municipalização através da implantação de novos serviços de saúde e da descentralização da gestão pelo país afora.

Na forma de portarias editadas pelo Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) foram instrumentos utilizados na regulamentação do sistema incentivando a descentralização da gestão e dos serviços, através do estímulo a municipalização. Segundo Monnerat et al,¹⁵ a dinâmica desse processo leva a uma municipalização radical, onde os municípios assumem as funções de coordenação e gestão da política de saúde tendo que gerir uma rede de serviços heterogênea e não integrada institucionalmente.

Para Souza¹⁶ as NOBs tiveram papel fundamental na progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os demais níveis, municipal e estadual.

A primeira delas, a NOB 01/91, estabeleceu incentivos financeiros para que os municípios assumissem a responsabilidade pela execução da assistência a saúde. Valendo-se da metodologia utilizada pelo INAMPS de pagamento por produção de serviço, esta norma iguala o tratamento dispensado aos municípios ao dos prestadores de serviços, utilizando o mecanismo de transferência convencional para os recursos financeiros.

Na assistência hospitalar, os municípios passam a ter apenas uma responsabilidade administrativa (desconcentração), permanecendo com o INAMPS a responsabilidade pelo pagamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). Scatena e Tanaka¹⁰ lembram que cabia ao nível federal a definição dos critérios demográficos, epidemiológicos e de estrutura física para o repasse das AIHs. A parcela de AIHs relativa aos municípios não habilitados pela NOB 01/91 e mais uma cota de 20% de todas as AIHs eram alocadas nas Secretarias Estaduais compondo o “fundo de compensação de demanda” e transformando as

AIHs em instrumento de poder (o “cheque em branco”). Mesmo assim, as Secretarias Estaduais de Saúde conseguem fazer algumas correções com este fundo de compensação¹⁰.

Até este momento, a relação se dava entre o Ministério da Saúde (e o INAMPS a ele vinculado) e os municípios, excluindo os estados desta negociação. Para Levcovitz et al¹⁷, esta ausência dos estados, associada ao intensivo processo de descentralização das unidades de saúde do INAMPS aos municípios

[...] acabou induzindo à lógica de formação de sistemas municipais isolados, sem a articulação e a integração necessárias à constituição do modelo sistêmico do SUS, isto é, sem as articulações necessárias para a criação dos fluxos de referência regionais e estaduais e para a harmonização dos sistemas municipais ainda em gestação.¹⁷

Scatena e Tanaka¹⁰ afirmam que a NOB 01/92 se aproxima um pouco mais do SUS ressaltando seu caráter processual, mas que, com relação ao financiamento, comporta-se de forma semelhante a anterior.

A NOB 01/93 instituiu níveis progressivos de gestão local, as conhecidas gestão incipiente, parcial e semiplena. Nos dois primeiros tipos o município continuava a ser tratado como prestador de serviços, mas neste momento alguns poucos municípios habilitaram-se à gestão semiplena, na qual passavam a assumir a gestão efetiva do sistema no nível local. Fruto dos debates ocorridos em 1992 durante a IX Conferência Nacional de Saúde tendo como tema central “Sistema Único de Saúde: a Municipalização é o Caminho”, que deu origem ao documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, esta norma estabeleceu o repasse regular e automático de recursos federais para os municípios, através do repasse fundo a fundo, desde o Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. A conquista efetiva, bem como sua manutenção, no que se refere ao repasse automático de recursos diretamente da esfera federal para a municipal, consolidou a relação entre estes níveis federativos ao romper com a figura convenial. Apesar disto, o repasse “fundo a fundo” desta NOB não rompe com a lógica do pagamento por produção, pois os recursos transferidos deviam respeitar o valor da produção apresentada no SIA e SIH. Esta experiência ocorreu em poucos municípios; para o nível estadual, sequer chegou a ser implantada por escassez de recursos.

A referida norma consagrou mecanismos colegiados de gestão como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), propiciando maior participação dos gestores municipais nos processos políticos da saúde. Para Levcovitz et al,¹⁷ apesar de esta norma ter redimensionado o poder dos estados com algumas atribuições mais complexas, especialmente relativas ao gerenciamento de sistemas de informações

(consolidação e crítica do faturamento ambulatorial e hospitalar a ser enviado ao MS para pagamento), de resto, ao delegar para a CIB a responsabilidade pela habilitação municipal, distribuiu igualmente as atribuições entre estados e municípios. Além disso, ao não apontar caminhos para as novas funções da instância estadual no desenho da política de saúde acabou provocando divergências entre gestores municipais e estaduais com relação à estruturação funcional do sistema, como na questão da regionalização.

A implantação da NOB 01/96 teve um longo processo de negociação que durou cerca de um ano e depois levou outro ano para entrar em vigor; apenas a partir do início de 1998. Criou duas condições de gestão: para os municípios, Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), para os estados, Gestão Avançada do Sistema Estadual (GASE) e Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE). Além disso, explicitou um novo pacto federativo na saúde, caracterizando a responsabilidade sanitária de cada gestor, intensificou o repasse financeiro automático de recursos, apontou para o reordenamento do modelo de atenção à saúde e instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI), como um instrumento para a alocação de recursos e explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.¹⁸ Apesar da demora em entrar efetivamente em vigor, esta NOB apresentou grande alcance, habilitando praticamente todos os municípios, principalmente na Gestão Plena da Atenção Básica e expandiu significativamente o montante de recursos repassados automaticamente fundo a fundo através do Piso de Atenção Básica (PAB). Com relação aos estados, o processo de adesão foi mais lento, apenas oito estavam a algum tipo de gestão em dezembro de 2000.¹⁹

Ao ressaltar a responsabilidade do município apenas com a atenção básica, permitiu diferentes arranjos em relação à média e alta complexidade, bem como aos diversos prestadores de serviço localizados em seu território. Para Souza,¹⁶ como a maior parte dos municípios brasileiros é de pequeno porte ocorreu “[...] dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, já que não é possível garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros”. Ainda para este autor, a manutenção do pagamento por produção para os procedimentos especializados reforçou a lógica privada da capacidade instalada e dificultou “a seleção de prioridades de intervenção e a reorganização da rede de unidades, produzindo a manutenção das iniquidades distributivas e da ineficiência alocativa”.

Até esse momento, a regionalização não apresentava o mesmo desenvolvimento do processo de municipalização, demonstrando a necessidade de maior integração e articulação

entre os diferentes níveis de gestão, especialmente estados e municípios. Para Monnerat et al,¹⁵ a definição de um novo pacto federativo com perfil municipalizante pela Constituição Federal levou a uma “[...] indefinição das competências e atribuições dos estados, criando um vazio no que se refere a medidas que atenuem as desigualdades regionais”. Viana et al¹³, ao avaliarem o papel das NOBs como instrumentos de regulação da descentralização, afirmam que elas propiciaram o desenvolvimento de modelos de gestão e gerenciamento diversos, muitas vezes desprovidos de racionalidade sistêmica, desprezando a importância da regionalização.

Neste contexto, em 2001 surgiu a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), com o objetivo de “[...] promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Para tanto, definiu o processo de regionalização da assistência como macroestratégia de hierarquização do sistema a fim de evitar a “[...] atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos”.⁵ A NOAS 01/01 apresentou entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais dando origem a NOAS 01/02, que manteve as propostas centrais da anterior.²⁰ Queiroz²¹ afirma que embora todos os estados tenham se mobilizado para a implantação da NOAS, foram identificadas resistências no processo de transferência do comando de unidades estaduais para municípios habilitados em GPSM, dúvidas relativas à forma de financiamento proposto para o Piso da Atenção Básica Ampliado (PAB-A) e Elenco de Procedimentos Mínimos da Média Complexidade (EPM) e acirramento pela competição por recursos entre municípios durante a definição de municípios polos, acarretando a revisão desta norma.

Esta norma instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização, coordenado pelo gestor estadual, elaborado em conjunto com os municípios e submetido ao Conselho Estadual de Saúde e à Comissão Intergestores Bipartite. Tomando como pressuposto que a atenção básica é competência do nível local o PDR propugna a organização da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. O PDR objetiva o acesso da população o mais próximo de sua residência e, quando isso não for possível, a garantia do acesso a outros serviços, em qualquer nível de atenção, através do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais assumidos mediante compromisso entre os gestores. Esta organização do

território estadual pressupõe a hierarquização da rede de serviços e a conformação de sistemas funcionais e resolutivos. Elaborado a partir das características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços e das relações entre municípios utiliza conceitos-chave como região de saúde, microrregião e módulo assistencial.

Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde definida a partir das especificidades e estratégias de regionalização, não obrigatoriamente coincidente com a divisão administrativa do estado. Cada estado define o seu modelo de regionalização, podendo decidir por macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. A menor base territorial de regionalização adotada (região ou microrregião) pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

Módulo assistencial – módulo que apresenta a resolutividade mínima do sistema, composto por um conjunto de serviços de média complexidade com atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (o EPM-1) e internação hospitalar nas três clínicas básicas (clínica médica, pediatria e obstétrica). Corresponde ao primeiro nível de assistência e pode ser constituído por um ou mais municípios, entre os quais um município-sede.

Município sede de módulo assistencial – município pertencente a um módulo assistencial e que apresente condições de ofertar todos os serviços característicos do módulo assistencial, com suficiência para sua população e para a dos municípios a ele adscritos.

Município-polo – município que apresenta condições de ser referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

Cada uma destas dimensões territoriais (módulo, região, microrregião) comporta a organização e oferta em níveis de complexidade crescente de um conjunto de procedimentos descritos na NOAS, de modo a que o usuário possa transitar de forma ascendente dentro desta rede regionalizada e hierarquizada, a partir do encaminhamento do seu município. Desta forma, cada gestor municipal teria uma cartografia sobre quais serviços seriam de sua responsabilidade e a qual população teria a responsabilidade de servir como referência.

Entre os instrumentos normativos previstos, a PPI identifica as necessidades de saúde e aloca recursos estabelecendo os fluxos de referência entre os municípios. Desta forma, um município sede de módulo, de micro, de região ou de macrorregião saberá a origem dos pacientes que atenderá e receberá o repasse de recursos financeiros de forma automática tanto dos seus usuários quanto dos oriundos dos municípios para os quais servirá como referência. A programação das internações hospitalares estima as internações necessárias, considera a complexidade e distribuição dos hospitais, o valor médio das internações e o fluxo de

referência entre os municípios. O levantamento das necessidades de investimentos necessários para garantir a implementação do PDR fica expresso no Plano Diretor de Investimentos – PDI. Este instrumento identifica os investimentos tecnológicos necessários a cada módulo assistencial e região/microrregião/macrorregião buscando garantir a resolutividade do atendimento e a redução das distâncias a serem percorridas pelo usuário.

Até final de 2005, havia 239 municípios habilitados em GPSM, 1397 em GPABA e 24 estados habilitados pela NOAS, demonstrando a grande adesão pelos estados e pequena adesão pelos municípios.

Constatam-se poucos estudos que avaliam a implementação da NOAS, mas para Mendes,²² o principal problema desta norma é seu foco “dirigido para a gestão da oferta, no que reproduz o erro de concepção das normas operacionais anteriores, uma série de disfunções que a impedirão de cumprir seus objetivos”. Para este autor a NOAS não contribui para a democratização do SUS e, na prática, transforma os cidadãos dos municípios satélites em subcidadãos sanitários e deveria ser reescrita com o foco na gestão da demanda dos serviços de saúde.

Para Queiroz,²¹ a NOAS se distingue das normas anteriores ao propor um padrão de descentralização que procura superar a excessiva autonomia de alguns municípios habilitados em GPSM, apresentando estratégias e instrumentos voltados para a pactuação e articulação intermunicipal que permitiriam avanços na abordagem regional dos problemas de saúde da população. A implantação desta norma se caracterizou pelo debate e mobilização entre os diversos gestores sobre a elaboração dos instrumentos de planejamento (PDR, PDI e PPI) propostos, mas esta autora identificou vários problemas na implantação da NOAS, assim resumidos:

- (i) A lentidão nas habilitações municipais em qualquer uma das modalidades previstas (GPABA ou GPSM) e a reprodução de instrumentos e processos utilizados desde a NOB/96, sem assimilação das inovações propostas pelo conjunto de gestores.
- (ii) A inexistência de regiões assistenciais qualificadas, significando a não consumação das transferências de recursos referentes à garantia de acesso ao primeiro nível assistencial a ser oferecido pelo município sede de módulo. Estas transferências viabilizariam o cumprimento da garantia de acesso da população ao EPM-1.
- (iii) Dificuldade dos municípios em atender aos padrões de indicadores de atenção básica exigidos para a habilitação.

- (iv) Resistência de gestores de Secretarias Estaduais de Saúde para assumir novas responsabilidades e prerrogativas num contexto de sistema descentralizado, mantendo-se voltados à execução de ações e ao contato direto com prestadores de serviços, retardando os avanços no âmbito estadual.
- (v) Comportamento de alguns representantes estaduais e municipais nas instâncias de negociação, demonstrando indiferença, desconhecimento ou posições contraditórias aos acordos realizados previamente.
- (vi) Dificuldade na efetivação da proposta de referência unicêntrica do EPM-1 nos municípios sede de módulos assistenciais. Embora se justifique essa exigência pela necessidade de uma concentração mínima de ações no mesmo município por uma questão de escala e praticidade para o usuário, havia municípios pertencentes ao mesmo módulo que já possuíam oferta de parte do elenco proposto. Essa situação, que deveria ser uma exceção, virou regra. Também os valores de financiamento do EPM-1 e PAB-A foram considerados inferiores às necessidades desestimulando os gestores de municípios sedes de módulo a assumirem essa responsabilidade.

Na área hospitalar, objeto de pesquisa desta dissertação, associa-se a essa discussão dificuldades históricas herdadas do modelo anterior, como hospitais pouco resolutivos, com pequeno número de leitos, baixa taxa média de ocupação e com equipamentos ociosos, que muitas vezes para sobreviverem dentro da lógica de pagamento por produção internam pacientes, até mesmo desnecessariamente, a fim de receberem recursos do SUS. Ferla²³ afirma que a não assunção pelas Secretarias Estaduais de Saúde do seu papel, especialmente relativo à regulação do sistema, permitiu a substituição do papel destas por consórcios intermunicipais hipertrofiados e estabelecimentos de saúde superdimensionados, que pressionam o sistema para compra de procedimentos segundo a oferta e não de acordo com a demanda da população.

Essa situação expressa a falta de tecnologia necessária aos estados e municípios ao exercício pleno das funções previstas pela legislação do SUS, causada, em grande medida, pelo excesso de gestão centralizada própria da cultura do Estado brasileiro e contrariando o Pacto Federativo estabelecido na CF de 1988 ao pré-estabelecer padrões administrativos e operacionais para fluxos que necessitam de gestão descentralizada.

Entre as características da rede assistencial herdadas desse comportamento centralista, o autor acima cita a hipertrofia de leitos financiada com recursos públicos nos anos setenta: a baixa resolutividade nos procedimentos onde a incorporação de novas tecnologias substitui as

existentes sem avaliação de custo-benefício; a distribuição irregular e iníqua dos serviços de saúde que se concentram em grandes centros; a falta de integração entre os serviços que são pouco articulados, sem metas assistenciais e sem acompanhamento do gestor. Some-se a isso, a pequena capacidade e participação do gestor local determinada pela alocação de recursos através de matrizes programáticas definidas pelo gestor federal; apenas implementadas pelo gestor local.

Tal realidade tem transformado o processo de regionalização num exercício contínuo de embates, que inúmeras vezes não supera a simples discussão sobre sua operacionalização.

Para Guimarães:²⁴

[...] o momento político do país sinaliza para uma proposta de regionalização que não se transforme apenas numa unidade espacial de intervenção e controle do Estado. Muito mais do que isso, a divisão regional da política de saúde do Brasil deve ser expressão da pactuação entre os diversos atores envolvidos na gestão do setor, com base na diversidade de situações, arranjos e alternativas que estão sendo construídos pela sociedade para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Nesses termos, a região se impõe como um espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do sistema. Ela não existe sem disputa política e pode ser definida como o espaço de solidariedade e de sinergias necessárias para a concretização do SUS, em seu plano operacional.

O êxito de toda essa negociação está relacionado, direta e proporcionalmente, ao respeito às especificidades locorregionais. Como refere o representante dos secretários municipais de saúde e ex-presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, Luiz Odorico Monteiro Andrade,²⁵

[...] a primeira coisa que tem que ficar clara é que a regionalização não é responsabilidade única do município, do estado ou da União. A responsabilidade é sistêmica, é do SUS. Ela não se resolve por meio de portaria ou de norma, mas por um pacto de gestão entre estes três entes.

Carvalho²⁶ também ressalta que a regionalização deve ser ascendente, na

[...] lógica de cumprimento da lei onde os acordos mútuos de responsabilidade sejam sacramentados entre os municípios envolvidos e comprometidos entre si e jamais apenas um pacto celebrado com outro ente, de outra esfera de governo, responsabilizando-se para atendimento de um terceiro. É o pior dos pactos: não o de base constitucional, mas sim o alicerçado na desconfiança.

No Rio Grande do Sul, a regionalização vem sendo discutida entre os vários atores desde 1999, quando a Secretaria Estadual de Saúde desencadeou um “[...] processo para desenhar e operar de forma descentralizada e regionalizada o sistema estadual de saúde”.²⁷ O objetivo deste processo seria o de fortalecer “[...] fluxos, instrumentos e práticas institucionais

capazes de consolidar, de forma integrada, a atenção regionalizada, a gestão descentralizada e a participação e o controle social crescentes, nos seus mais diversos arranjos”.²⁷

Nessa ocasião, o estado foi organizado em aglomerados geográficos desenhados como microrregiões, regiões e macrorregiões, buscando preservar a relação soberana e autônoma entre os gestores municipais e com participação ativa das Coordenadorias Regionais de Saúde, que passaram a ter papel importante neste processo, sendo responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços junto aos municípios e prestadores de serviço. As Coordenadorias Regionais de Saúde assumiram o papel de articulação desse processo, em substituição às Delegacias Regionais de Saúde, ultrapassando o caráter predominantemente administrativo e repassador de demandas do nível central da SES.²⁸ Os 497 municípios do estado foram agrupados em 93 microrregiões e sete macrorregiões, conforme o Quadro 1 e a Figura 1 a seguir:

Macrorregião	Nº de mun.	Nº de micros	Pop. da macro	Mun. polo
Centro-Oeste	43	11	1.090.478	Santa Maria
Metropolitana	90	19	4.394.221	Porto Alegre
Missioneira	85	16	890.798	Ijuí
Norte	135	20	1.096.320	Passo Fundo
Serra	49	12	950.772	Caxias do Sul
Sul	26	8	1.006.610	Pelotas
Vales	69	7	880.620	Cachoeira do Sul Santa Cruz do Sul Lajeado
RS	497*	93	10.309.819	

* Consta o município Pinto Bandeira, criado em 2001 e reincorporado a Bento Gonçalves em 2003.
Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul, 2002a.

Quadro 1 – Macrorregiões, segundo número de municípios e população, 2002.

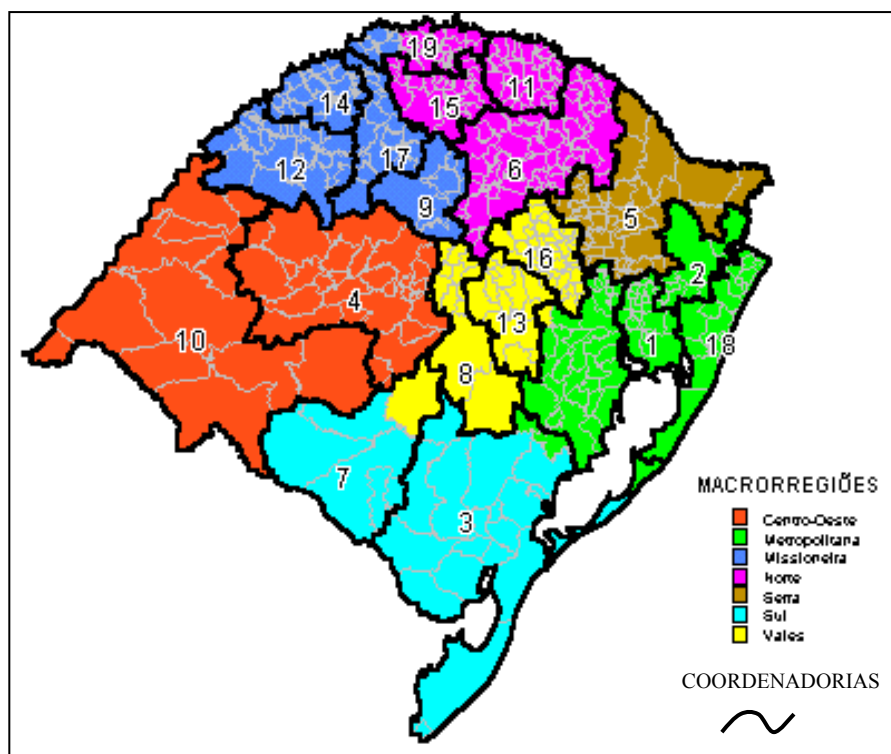


Figura 1 – Macrorregiões, área de abrangência das Coordenadorias Regionais de Saúde e municípios.

Fonte: Rio Grande do Sul. Relatório de Gestão 1999-2002.

Entretanto aqui, como no restante no País, de uma forma geral, a regionalização não tem logrado o êxito almejado. No decorrer desse processo de descentralização e regionalização desencadeado pela SES/RS, foi editada a NOAS, “[...] com diretrizes e conceitos muitas vezes conflitantes com aqueles que até então estavam definidos”.²⁹ O PDR do Rio Grande do Sul elaborado em 2002 expressa, na verdade, o resultado daquele momento histórico, procurando atender às necessidades e discussões que estavam acontecendo no estado, ao mesmo tempo em que buscava adequar-se aos critérios estabelecidos pela NOAS. Estudo da capacidade instalada, distribuição geográfica e do fluxo e acesso dos usuários precederam a definição das regiões de saúde.²⁸

Nas sete macrorregiões de atenção integral à saúde criadas pela SES/RS, foram identificados hospitais que, conforme seu nível de complexidade e abrangência no atendimento a população local e/ou referenciada, foram classificados em hospitais macrorregionais, capazes de atender aos casos de maior complexidade, hospitais regionais, hospitais microrregionais, até hospitais locais, de baixa resolutividade que deveriam ser transformados em unidades mistas com atendimento ambulatorial e hospitalar de baixa complexidade.²⁹ Essa proposta de regionalização assenta-se no pressuposto do fortalecimento

das microrregiões, otimizando a capacidade instalada das unidades locais e microrregionais que possam atuar como referência. Para a configuração de uma microrregião, foi considerada a capacidade instalada, o fluxo de usuários, a produção de serviços e demanda estimada pelo perfil epidemiológico dos municípios. Ainda segundo o PDR, a efetivação desses sistemas microrregionais, regionais e macrorregionais dependeria do envolvimento dos gestores e prestadores de serviço, além de uma política de consorciamento e de aporte financeiro para os diversos projetos.

Simultaneamente, como suporte ao processo de regionalização, a SES/RS desenvolveu durante a Gestão 1999-2002, uma política de apoio e qualificação da assistência hospitalar aos usuários do SUS, com repasses financeiros aos hospitais públicos e credenciados. Orientando-se pela lógica do fortalecimento da capacidade de regulação do sistema, a execução dos recursos para os hospitais se deu mediante a aquisição e cedência pelos gestores municipais de equipamentos para utilização durante a sua vinculação ao SUS. Entre os critérios a serem atendidos pelos hospitais, constavam: a gratuidade e universalidade nos atendimentos do SUS, a disponibilização de no mínimo 60% de cada um dos seus serviços ao SUS, a oferta de leitos de saúde mental, o atendimento de urgência/emergência nas 24 horas, o acesso a laboratório e radiologia nas 24 horas, a realização de cirurgias eletivas, o parecer favorável do Conselho Municipal de Saúde, entre outros.

Além dos pré-requisitos comuns a todos os hospitais, constavam compromissos específicos conforme o enquadramento do hospital no sistema de referência regional. Os *hospitais macrorregionais* deveriam garantir atendimento a politraumatismos, inclusive neurologia, ofertar eletroencefalografia e tomografia nas 24 horas, atendimento especializado em traumatologia, ortopedia e neurologia, leitos de UTI, possuir mais de dois serviços de alta complexidade, garantir o diagnóstico de morte encefálica e participar do sistema de captação de órgãos para transplantes.

Os *hospitais regionais* deveriam disponibilizar serviço de ecografia nas 24 horas, leitos de UTI, duas especialidades médicas de alta complexidade, além de traumatologia e ortopedia. Para os *hospitais microrregionais*, era solicitado o pronto-atendimento nas 24 horas, com serviço de laboratório de análises clínicas, radiologia e eletrocardiografia, funcionamento cirúrgico nas 24 horas, atendimento a um rol de procedimentos cirúrgicos e gineco-obstétricos (apendicectomia, retirada de fecaloma, cirurgia de hérnia, laparotomia exploradora, bartolinectomia, curetagem pós-aborto, redução manual de inversão uterina aguda pós-parto, deslocamento manual de placenta, cerclagem de colo uterino, sutura de laceração de trajeto pélvico, suturas em geral, incisão e drenagem de abscessos, partos normais

e cirúrgicos, postatectomia e cirurgia de varizes), além de pactuar com o gestor a redução das internações hospitalares locais.

Hospitais locais são aqueles de abrangência municipal, podendo ser reclassificados como Unidades Mistas de Internação ou evoluírem para Hospitais Microrregionais e que devem oferecer internação nas quatro clínicas básicas, serviços de enfermagem e atendimento terapêutico ao paciente durante as 24 horas e serviço de apoio a diagnose e terapia. Por fim, as *unidades mistas* são unidades do sistema local de saúde com até 20 leitos que atenderão internações clínicas de curta duração, hospital-dia e atendimento domiciliar, integradas ao Programa de Saúde da Família e ao sistema de saúde.

A gestão estadual 2003-2006 continuou a ter, entre suas prioridades, a descentralização da gestão, com ênfase na municipalização e regionalização da atenção articulando e integrando os sistemas municipais de saúde e valeu-se de programas estruturantes como Município Resolve, Região Resolve e Parceria Resolve. O programa Município Resolve foca a descentralização com ênfase na municipalização; o programa Região Resolve enfatiza a regionalização buscando ampliar os serviços ofertados nas macrorregiões e reduzir os encaminhamentos a Porto Alegre. Com a meta de aumentar a resolutividade dos serviços oferecidos dentro da própria região, este programa prioriza, na área hospitalar, ações para o atendimento à gestante, atendimento a urgência/emergência, diagnóstico e tratamento do câncer. Parceria Resolve é um programa que procura modificar a forma de financiamento dos serviços hospitalares, superando o pagamento por produção, valendo-se de recursos do estado. Para fazerem jus ao recebimento destes recursos os hospitais devem atender às metas e aos indicadores que buscam qualificar a assistência prestada aos usuários, como desenvolver ações que auxiliem a redução da mortalidade infantil na região: abertura de leitos de saúde mental em hospitais gerais, realização de cirurgias eletivas, atendimento extra-hospitalar como hospital-dia e atendimento domiciliar e apoio ao Programa Saúde da Família. Os contratos de adesão previam os compromissos específicos para tipo de hospital, as metas e indicadores a serem atingidos e a avaliação do programa através de uma comissão de acompanhamento e avaliação descentralizada.^{30,31}

Embora com abordagens diferentes, observa-se – que em ambas as gestões – a regionalização é foco de ação da Secretaria Estadual de Saúde, permitindo que se possa traçar uma curta linha de tempo para analisar a política de regionalização no Rio Grande do Sul no decorrer de duas gestões estaduais, compreendidas no período 1999 a 2006. Nesta pesquisa, o objetivo é analisar um dos indicadores através do qual a política de regionalização se expressa, as internações hospitalares e seu comportamento no decorrer desse período.

Com todas as limitações e fragilidades relativas ao processo de descentralização da gestão vigente e após longas negociações entre os gestores das três esferas governamentais, no início de 2006, foi lançado o Pacto Pela Saúde. Tal proposta, composta por três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão – busca promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e redefinir responsabilidades coletivas. Entre as mudanças que o Pacto propõe encontram-se a substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão, a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos então existentes.³² Esta é a mais recente política proposta pelo Ministério da Saúde para a área, mas, apesar do seu longo e participativo processo de negociação, pode transformar-se em mais um instrumento normativo fadado ao insucesso, sem conseguir implementar as mudanças necessárias caso desconsidere as reais condições com que os gestores estão trabalhando atualmente.³³

O Rio Grande do Sul, até o presente momento, reflete tal possibilidade: várias dúvidas relacionadas ao financiamento do sistema geraram acordo entre os gestores municipais para não adesão ao Pacto. Da mesma forma que o Termo de Compromisso de Gestão, documento que formaliza a adesão aposta na participação e no compromisso solidário entre gestores, as incertezas levaram a que, coletivamente, os gestores municipais gaúchos optassem por não pactuar com compromissos que, segundo eles, talvez não possam cumprir. Arretche¹⁴ explica tal conduta ao afirmar que, no Brasil, a adesão dos governos locais à descentralização de atribuições depende de um cálculo que considera não só os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir determinada política, mas também os próprios recursos fiscais e administrativos de que dispõe para realizar tal tarefa.

Além da constituição de espaços de negociação entre os gestores, a efetivação da regionalização enfrenta outros desafios. Entre os fatores relacionados à sua operacionalização, a compreensão e o exame da rede de serviços de saúde e o acesso e a utilização desses serviços apresentam implicações diretas com a organização e o funcionamento da regionalização.

1.2 Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde

Ao analisar o acesso e a utilização dos serviços de saúde, é importante considerar o panorama expresso por Mendes.³⁴ Para este autor, embora as evidências de experiências internacionais demonstrem a inferioridade de sistemas planejados com base na oferta de serviços, o SUS, através de suas diversas normas operacionais, vem sendo organizado dentro desta lógica e não tendo por base a demanda. Este enfoque fica explícito no momento em que a habilitação de um município é dependente da existência física de equipamentos de saúde em seu território, incentivando a expansão da rede de serviços local. Tal conduta reforça distorções, demonstradas pela AMS*, levando a que, na área hospitalar, o total de hospitais municipais, geralmente caracterizados por serem estabelecimentos de pequeno porte e pouco resolutivos, tenha aumentado sua participação entre os serviços públicos de 49,5% para 70,7%, no período 1992/2002. Além disso, enquanto a rede hospitalar pública estadual e federal teve um decréscimo de 36%, a municipal apresentou um incremento de 75% nesse mesmo período.¹⁹ Para Mendes,³⁴ esse foco na oferta dos serviços de saúde gera uma “normalização complexa, estabelece fluxos complicados das pessoas e dos recursos financeiros e dificulta o pronto acesso a serviços eficientes e de qualidade”.

Para Unglert,³⁵ o acesso à saúde está intimamente relacionado às condições de vida, como nutrição, moradia, poder aquisitivo e educação e também à acessibilidade aos serviços de saúde, sendo este um dos fatores mais complexos a considerar. Hortale, Pedroza e Rosa³⁶ partem do pressuposto de que a descentralização do sistema favorece o seu acesso, mas baseando-se em Contandriopoulos†, consideram que as particularidades dos serviços de saúde tornam a regulação do sistema pelo gestor público indispensável.

Travassos e Martins⁶ entendem que acesso refere-se ao “[...] grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”, mas ressaltam que conceituar acesso é difícil, uma vez que sua relação com a utilização dos serviços de saúde não está clara. Varia a terminologia para se referir a ele (acesso e acessibilidade), varia conforme o autor que o conceitua e varia ao longo do tempo de acordo com o contexto. Alguns autores focam nas

* Assistência Médico-Sanitária (AMS) é uma pesquisa censitária realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) através de entrevista, abrangendo todos os estabelecimentos do país que prestam assistência à saúde.

† Contandriopoulos AP. Analyse de la dynamique des systèmes de santé. Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, 1986. 86:31.

características dos indivíduos, outros nas características da oferta ou em ambos e outros, ainda, na relação entre indivíduos e oferta de serviços. Hortale, Pedroza e Rosa³⁷ lembram Donabedian* que conceitua acessibilidade como uma qualidade do acesso, presente nos serviços e que facilita – ou não – seu uso pela população, “algo adicional à simples disponibilidade”. Afirmam que não basta a existência de recursos disponíveis para tornar um serviço acessível; obstáculos podem não ser superados apenas pelo poder de utilização da população. Partem da premissa de que acesso é fundamental no sistema de saúde para considerá-lo orientador de todas as políticas e uma referência a ser atingida em qualquer organização.

A importância do funcionamento dos sistemas de saúde se expressa através da utilização dos serviços de saúde. Assim Travassos e Martins⁶ procuram expressar a magnitude desta dimensão dos serviços, entendendo que esta utilização pressupõe todo o contato com os serviços, quer seja direto, através de consultas e hospitalizações ou indireto, via exames preventivos e diagnósticos. Fatores relacionados às necessidades de saúde, aos usuários, aos prestadores de saúde, à organização e à política determinam a utilização dos serviços de saúde. De forma mais explícita, o quadro nosológico (morbidade, gravidade e urgência), as características demográficas (sexo e idade), geográficas, socioeconômicas, culturais e psíquicas do usuário são determinantes da utilização dos serviços.

Aspectos relacionados aos profissionais de saúde como sexo, idade, tempo de graduação, experiência, especialidade, características psíquicas, tipo de prática e forma de pagamento também determinam a utilização dos serviços de saúde. Ainda, outros fatores que determinam a utilização dos serviços estão diretamente relacionados às próprias características destes, tais como a disponibilidade de médicos, hospitais e ambulatórios, modo de remuneração, acesso geográfico e social, tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade e tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. Para tais autoras, a influência de cada um dos fatores acima mencionados está relacionada ao tipo de serviço (se ambulatório, hospital ou assistência domiciliar) e a proposta assistencial (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação).

A pesquisa brasileira que analisa o acesso e uso de serviços hospitalares é bem mais restrita do que aquela voltada aos serviços ambulatoriais. Para Castro,³⁸ a explicação para esse comportamento está relacionada à existência de programas específicos para o setor

* Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem. Fund. Quart.* 1972;50-103.

ambulatorial, como os relativos à saúde da criança e da mulher, à familiaridade dos profissionais da saúde pública com a atenção ambulatorial, à complexidade das unidades hospitalares; também à pouca integração existente entre os hospitais e os sistemas de saúde. Estudos nesta área se justificam, segundo esta autora, por algumas características da assistência hospitalar, como a intensa e pouco regulada incorporação tecnológica, o atendimento aos casos mais graves e de custo mais elevado e a crise do setor devido à escassez de recursos humanos especializados em gestão hospitalar e ao desequilíbrio entre receita e despesa. Além disso, a identificação de fatores associados à internação hospitalar procura explicar as variações na ocorrência de internação e se tais variações caracterizam uma situação de iniquidade na utilização de serviços hospitalares.³⁹

Estudo de Ribeiro⁴⁰ com internações hospitalares do estado do Paraná apontou que o local de moradia é fator condicionante do acesso aos serviços hospitalares de maior complexidade e que para os serviços de menor complexidade o acesso está razoavelmente disseminado.

Botega,⁴¹ ao estudar a distribuição espacial de internações em Minas Gerais, detectou que os pacientes percorrem distâncias maiores para internações psiquiátricas e procedimentos de alta complexidade, podendo se caracterizar como um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde e, em casos de maior gravidade, podendo agravar o quadro de saúde. Nas internações de média complexidade, identificou-se que a distância foi menor, não havendo grandes desigualdades entre os municípios e demonstrando maior facilidade no acesso. Ao analisar o fluxo entre as microrregiões para atendimentos de média complexidade, encontrou que a grande maioria (92%) encaminha menos de 20% dos pacientes residentes para fora da respectiva microrregião.

Em pesquisa realizada por Oliveira, Travassos e Carvalho⁴² com dados do SIH/SUS para investigar os efeitos de fatores ambientais no padrão de internação, foram encontradas grandes diferenças no acesso da população aos serviços, indicando a inadequabilidade de uma solução única e apontando para a importância dos sistemas locais de saúde e da regionalização do atendimento.

Camargo,⁴³ ao analisar as internações hospitalares da Região Metropolitana do Rio de Janeiro sob o prisma da regionalização, conclui que a face normativa da política de saúde não incorpora elementos para tratar das grandes cidades ignorando suas especificidades e tratando de forma igual aos desiguais. Entende que a superação da dificuldade de acesso é um desafio para todos os gestores em seus diversos níveis e pressupõe uma articulação intermunicipal.

A organização da distribuição dos serviços em níveis de complexidade crescente dentro de uma determinada área geográfica apresenta implicações diretas no que diz respeito ao acesso da população a tais serviços e no grau de resolutividade atingido. Para Oliveira, Carvalho e Travassos,⁴² as redes de serviços hospitalares diferenciam seu comportamento conforme a complexidade do atendimento expressando a desigualdade regional no acesso.

Neste cenário, a regionalização configura importante estratégia para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade a que o cidadão tem direito, preceitos constitucionais com variados graus de dificuldade na sua consolidação. A regionalização torna-se, então, prioritária para que o SUS atinja, de fato, sua maioria. Este é um caminho complexo que exige inúmeras negociações entre os diversos atores do sistema, especialmente entre os gestores das três esferas governamentais, até que se consiga definir claramente o que compete a cada um em termos de responsabilidades e fluxos de atendimento. A esse processo delicado, controverso e resultado da necessária parceria entre os gestores, segue-se uma fase de operacionalização que exige também outros atores como os prestadores de serviços e os próprios usuários, em um esforço coletivo para sua efetivação. Este é o atual momento do país, onde experiências de regionalização começam a se disseminar proporcionando estudos sobre sua abrangência, adequabilidade e efetividade para a melhoria do acesso e da qualidade de vida dos brasileiros.

Com base neste breve levantamento bibliográfico, cabe-nos questionar qual é a situação dos municípios da Metade Sul do RS quanto à regionalização da saúde. Mais especificamente, como se encontra a situação dos usuários dos treze municípios pesquisados em relação à área assistencial? Como se dá o acesso desses usuários aos serviços? Como se organizam os fluxos de pacientes? A rede hospitalar tem sofrido alguma modificação? Terá o processo de regionalização desencadeado pela SES/RS provocado alguma modificação nas interações desses municípios? De que forma?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar, na perspectiva da regionalização, os fluxos de utilização de serviços hospitalares de municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, por meio do perfil das internações e da mobilidade de usuários no período 2000 a 2006.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar a rede de serviços hospitalares de média e alta complexidade dos municípios em estudo.

Traçar o perfil das internações nos serviços hospitalares dos municípios em estudo no período de 2000 a 2006.

Analisar as implicações do processo de regionalização na oferta e utilização de serviços hospitalares ocorridas nos municípios em estudo no período 2000 a 2006.

Identificar o fluxo de utilização dos serviços de internação hospitalar pelos usuários desses municípios no período estudado.

3 MÉTODO

3.1 Pressupostos metodológicos

O estudo das internações hospitalares pode ser classificado como uma pesquisa de natureza epidemiológica, descritiva e exploratória. Caracteriza-se também pelo caráter observacional, individuado (casos de internação), retrospectivo, com seriações transversais.

Este tipo de pesquisa permite estudar a distribuição das internações hospitalares a partir de variáveis relacionadas ao tempo, ao espaço e aos usuários de tais serviços visando o seu detalhamento epidemiológico e possibilitando o aprimoramento das ações assistenciais. Constitui-se em desafio aos gestores a ampliação e qualificação de ações de assistência regionalizadas que promovam a integralidade e a equidade no SUS.

Estudos epidemiológicos procuram compreender o comportamento de um agravo à saúde a partir do conhecimento das circunstâncias de onde, quando e sobre qual população ele ocorre, se há áreas ou regiões onde é mais frequente, se há disparidades regionais ou locais, qual faixa etária ou sexo mais atinge. As abordagens descritivas permitem responder a essas questões e gerar novas hipóteses que levam a novos conhecimentos.⁴⁴ O aperfeiçoamento dos métodos e das ferramentas utilizados na epidemiologia tem permitido uma visão mais clara dos múltiplos fatores que interagem na determinação do processo saúde-doença tornando-a ferramenta imprescindível aos gestores no planejamento das políticas públicas. O caráter exploratório é aquele, segundo Triviños,⁴⁵ que permite ao investigador aumentar sua experiência e adquirir um maior conhecimento a respeito do seu problema de pesquisa.

3.2 Área de Estudo e Procedimentos Metodológicos

A pesquisa foi desenvolvida em treze municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul: Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Canguçu, Cerro Grande do Sul, Chувиска, Cristal, Dom Feliciano, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul,

Sentinela do Sul e Tapes. Estes municípios, segundo o PDR estão organizados conforme o Quadro 2.

MACRO	MICRORREGIÃO	MUNICÍPIOS	POP 2006	Distância da sede Macrorregional
METROPOLITANA Sede Porto Alegre	Costa Doce Sul	Camaquã	64335	122
		Amaral Ferrador	5609	189
		Arambaré	4575	153
		Cerro Grande do Sul	8857	116
		Chuívisca	4644	152
		Cristal	7047	152
		Dom Feliciano	14528	170
		Sentinela do Sul	5102	92
		Tapes	17957	102
SUL Sede Pelotas	Canguçu	Canguçu	52245	57
		Santana da Boa Vista	8778	131
		São Lourenço do Sul	45483	75
VALES Sede Cachoeira	Cachoeira	Encruzilhada do Sul	25402	125

Quadro 2 – Relação dos municípios com suas respectivas macrorregiões, microrregiões e população. Fonte: Adaptado de Rio Grande do Sul. Relatório de Gestão 1999-2002. Distância rodoviária: DAER/RS

O objeto de estudo desta pesquisa foram as dinâmicas do uso das internações na perspectiva regional, e, como unidade de análise, utilizou-se as internações hospitalares de residentes em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, buscando analisar a assistência hospitalar (in)existente na região. Foram realizadas análises frequencial, bivariada e a construção de alguns indicadores, com os dados dispostos em tabelas, gráficos, quadros e mapas. Num estudo sobre regionalização da assistência, a análise espacial apresenta especial importância. Para Barcellos et al,⁴⁶ a “[...] análise espacial propicia o restabelecimento do contexto no qual um evento de saúde ocorre, contribuindo para o entendimento dos processos socioambientais envolvidos.”

Uma das técnicas utilizadas em tal tipo de análise consiste no mapeamento dos fluxos, através do qual é possível visualizar as ligações entre diferentes locais num dado território sendo:

[...] útil na identificação dos polos de atração, na regionalização do atendimento, na verificação das distâncias percorridas pela população na busca pela assistência e dos volumes envolvidos nesse deslocamento. A identificação dos padrões de deslocamento alerta para problemas de acesso, sinalizando áreas com poucas opções que configuram pontos de estrangulamento, ou oportunidades de desconcentração e regionalizações alternativas.⁴⁷

Assim, procedeu-se a busca das informações necessárias para a realização deste tipo de análise, que mostram a origem e o destino dos fluxos, ou seja, o município de residência e o município de atendimento do paciente.

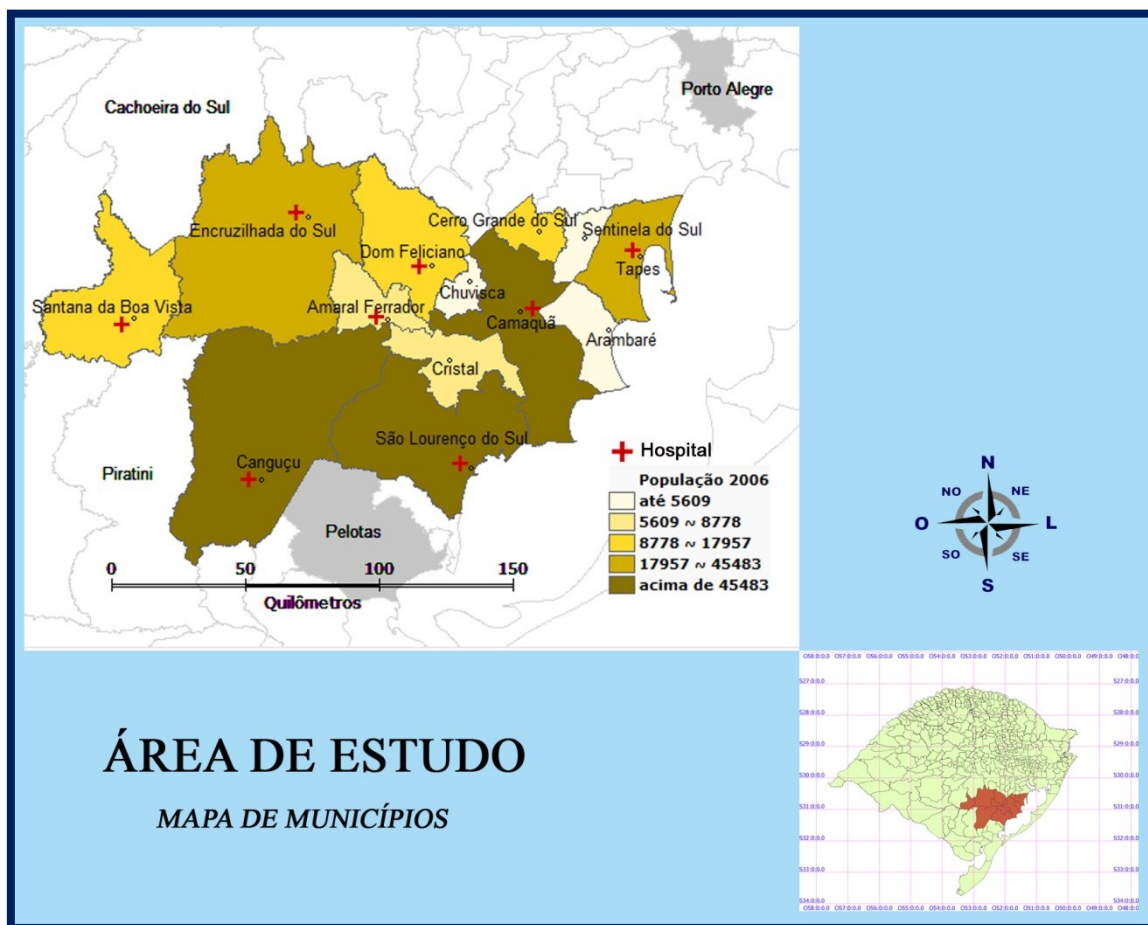


Figura 2 – Localização dos municípios da área de estudo.

Fonte: Dados da Pesquisa.

3.3 Base de dados

Foram utilizados dados disponibilizados pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) através do *Sistema de Informação Hospitalar* (SIH). Este sistema de informação dispõe de todas as internações hospitalares realizadas pelo SUS, constituindo-se no único banco de dados de abrangência nacional que tem origem na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O SIH/SUS foi implantado em 1990 tendo como base o Sistema de Assistência Médica Hospitalar da Previdência Social (SAMPHS) e universalizando o sistema para todas as unidades hospitalares vinculadas ao SUS, pois até então o SAMPHS usava o sistema somente para os atendimentos a segurados do INAMPS.⁴⁸

O SIH caracteriza-se por ser um banco com perfil administrativo desenvolvido com o intuito de ressarcimento dos atendimentos realizados aos usuários do SUS. A AIH é o documento de registro padrão e disponibiliza informações sobre o paciente, o cuidado prestado e a instituição executora.⁴⁹ Segundo Bittencourt, Camacho e Leal⁵⁰ tais informações facilitaram a ampliação da produção do conhecimento no campo da saúde coletiva, sendo um dos sistemas de informação mais utilizado pela gestão de serviços.

Entretanto, numa pesquisa em diversas bases de dados científicos (SciELO, MEDLINE, LILACS, BVS e Google Academics), embora haja muitas publicações que utilizam o SIH, poucos trabalhos foram encontrados que se valem desse sistema de informação para analisar/acompanhar o processo de regionalização da saúde. Apenas recentemente têm surgido dissertações ou teses que procuram analisar o fluxo das internações e sua inter-relação com a regionalização da assistência.

Existem dois tipos de AIH: tipo 1 e tipo 5. As AIH's tipo 1, denominadas normais, servem para as internações iniciais; as AIHs tipo 5, caracterizadas como de continuidade e/ou longa permanência não foram incluídas no estudo. Desprezando-se tais internações, foi possível fazer uma aproximação do número total de internações ocorridas, já que continuaram a ser contadas as reinternações e transferências, uma vez que o SIH não disponibiliza informações que possibilitem a identificação desses tipos de internações para fins de sua exclusão do estudo.

Compuseram o banco de dados todas as internações nas quais constava, no campo *município de internação* e/ou no campo *município de residência* o nome de qualquer um dos municípios em estudo.

No decorrer do processo de consistência do banco de dados, foi detectada falha em registros relativos à codificação do CEP do município de Cerro Grande do Sul (IBGE 430517). Entre 2000 e 2001, foram identificadas 299 internações nas quais o CEP informado era o do município de Cerro Grande (IBGE 430515), distante mais de 500 km da área de estudo. Das 299 internações, 198 ocorreram em 2000 e 99 em 2001, no hospital de Tapes. As duas restantes ocorreram em Camaquã, e, após análise individualizada do perfil da internação e descartada outra origem, também foram recodificadas como sendo de municípios de Cerro Grande do Sul.

Ao término do processo de organização, o banco de dados ficou composto por 155.554 internações, das quais 150.649 são de pacientes residentes em um dos municípios do estudo. As demais, que corresponderam a 3,1% do total são de moradores de outros municípios que internaram em algum dos hospitais dos municípios estudados.

Os dados originaram-se dos arquivos RDRS0001.dbc a RDRS0707.dbc, disponibilizados no MS-BBS do DATASUS, onde

RD – indica Arquivo Reduzido, com os campos mais utilizados.

UF – indica Unidade Federativa de ocorrência da internação, tendo sido selecionado UF = RS.

AA – indica ano, tendo sido selecionados arquivos de 2000 a 2007.

MM – indica mês, tendo sido selecionados arquivos de 01 a 12.

Muito se tem estudado sobre o SIH e a confiabilidade dos seus dados, sempre com a responsabilidade de apontar campos que possam representar riscos à qualidade desse sistema de informação.^{50,51} Tais preocupações se expressam desde a forma como as informações dos prontuários são registradas nas AIHs apontando para dificuldades relacionadas à codificação até a fidedignidade das informações em vários campos como idade, sexo, diagnóstico principal, diagnóstico secundário, óbito, motivo de saída, tempo de permanência e procedimento.^{6,52-55}

Pouco, entretanto, tem sido explorado do potencial científico e tecnológico do SIH para conhecer quem são os usuários do SUS, como e quando o utilizam. O SIH é um sistema que, por seu perfil contábil, apresenta pouco sub-registro o que; aliado a resultados que mostram consistência interna e coerência, reforça sua importância.⁵⁰ Para Drumond,⁵¹ progressivamente o SIH vem demonstrando melhorias na qualificação e consolidação das suas bases de dados possibilitando mais estudos que retroalimentam e estimulam os pesquisadores e as equipes técnicas.

Além dos dados do SIH, foram utilizados no estudo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS, considerado como o sistema-base para a operacionalização dos demais Sistemas de Informação em Saúde, e que permite conhecer a rede instalada e sua capacidade potencial. No CNES constam todos os estabelecimentos de saúde, ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados, existentes no País.⁵⁶ Criado em 2000, é um sistema relativamente novo que permanece em processo de aperfeiçoamento e busca oferecer informações fidedignas e atualizadas. Ainda assim, é o único sistema capaz de fornecer informações cadastrais como identificação do perfil do estabelecimento, recursos humanos, equipamentos e serviços prestados. Para a pesquisa, foram buscados dados relativos ao ano de 2006 para a caracterização da rede hospitalar, como localização do hospital, constituição legal e jurídica, tipo de instalações, número de leitos, especialidade médica e serviços ofertados. Ressalve-se que a base disponível para consulta do CNES não disponibiliza, de forma completa, informações anteriores a 2006, inviabilizando possíveis análises comparativas da capacidade instalada da rede hospitalar no decorrer do período estudado, de 2000 a 2006.

Os dados demográficos para o ano 2000 foram obtidos no sítio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,³ oriundos do Censo 2000 e para os demais anos foi utilizada a estimativa calculada pelo IBGE, com data de referência de primeiro de julho. Para as estratificações por sexo e faixa etária, em 2000 foi obtida do Censo 2000 e para os demais anos utilizou-se a estimativa calculada pelo Departamento de Informática do (SUS - DATASUS),⁵⁷ que aplicou a distribuição dos dados do Censo 2000. Utilizou-se a média aritmética simples para estimar a população do período.

A malha digital utilizada na elaboração dos mapas dos municípios foi obtida do IBGE. As divisões administrativas de Coordenadorias Regionais de Saúde, macrorregiões e microrregiões foram desenvolvidas pela autora a partir do PDR.

3.4 Análise dos dados

Foram analisadas todas as internações hospitalares ocorridas no período compreendido entre 01 de janeiro de 2000 e 31 de dezembro de 2006 que se adequaram a esses critérios. Para obtenção de internações que ocorreram nos meses finais de 2006, mas que foram

apresentadas somente em 2007, ampliou-se a busca nos arquivos apresentados até julho de 2007, pois a AIH pode ser apresentada até seis meses após a internação.

Entre os mais de 50 campos disponíveis, foram utilizados aqueles que possibilitaram traçar um perfil dos usuários e das internações em cada um dos municípios e do conjunto de municípios estudados. Foram utilizadas variáveis de identificação do paciente como idade, sexo, município de residência e município de movimento (internação).

A caracterização das internações foi realizada a partir das informações fornecidas pelas variáveis que informam ano, duração da internação, grupo de causas da internação, complexidade do procedimento, especialidade médica, utilização de leito de UTI, procedimento realizado, óbito e local de atendimento. O fluxo das internações teve como base a análise do procedimento realizado, a origem e o destino do paciente.

Para as análises das internações por *Grupos de Causas*, utilizaram-se os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão - CID 10; conforme o preconizado pela OPAS,⁵⁸ foi considerado como Causas Externas o Capítulo XIX, códigos S00-T98 e capítulo XX, códigos V01-Y98.

Para algumas análises comparativas entre sexos, foram excluídas as internações relativas ao Capítulo XV- Gravidez, parto e puerpério (O00-O99).

A *Complexidade do Procedimento* considerou três categorias: alta complexidade, procedimentos estratégicos e média complexidade. Para informações sobre alta complexidade e procedimentos estratégicos, utilizou-se o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Criado em 1999, o FAEC caracteriza-se por ser um fundo com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual e execução de ações consideradas estratégicas. O FAEC remunera os serviços executados independentemente da origem do paciente, com recursos não incluídos nos tetos financeiros de estados e municípios, o chamado recurso “extrateto”. Até então todo o custeio da assistência estava alocado nos tetos financeiros dos estados, sem que o MS pudesse priorizar ações estratégicas derivadas das necessidades de grupos especiais ou da ampliação do acesso a serviços. As Ações de *Alta Complexidade* no nível hospitalar compreendem, entre outros, procedimentos relativos à cardiologia (angioplastia, marca-passo cardíaco, revascularização,...), doenças do sono, cirurgia oncológica e neurocirurgia (TCE, hérnia discal, tumor,...). Entre as *Ações Estratégicas* constam as campanhas nacionais (varizes, próstata), transplantes, queimados, lesões lábio palatais/deformações crânio faciais, gastroplastia. O fundo também serve para financiar procedimentos de alto custo para os quais os gestores restringem o pagamento, como os transplantes e para custear a inclusão de novos

procedimentos para os quais não há uma estimativa de custo. Neste caso, o procedimento permanece custeado pelo FAEC até que se crie uma série histórica do pagamento e possa ser transferido para o teto dos estados, no repasse fundo a fundo. O conjunto dos demais procedimentos compreende os procedimentos de *Média Complexidade*.^{49,59-61}

Em *especialidade médica*, foram analisadas as clínicas básicas (clínica médica, pediatria, gineco/obstetrícia e cirurgia geral), a psiquiatria e as demais especialidades foram consideradas em grupo. Como cada especialidade agrupa um conjunto de procedimentos que varia em complexidade, esta variável não é adequada para expressar as mudanças na resolutividade da rede ocorridas no decorrer do período.

A análise por *Procedimento Realizado* foi considerada a variável mais adequada para atender aos objetivos desta dissertação no quesito fluxos, porque permite verificação do grau de complexidade do atendimento realizado. Na regionalização, os serviços são organizados de forma a buscar a resolutividade em todos os níveis de atenção, pressupondo a necessidade de organização de toda a rede, desde os níveis básicos de assistência. O atendimento hospitalar de média complexidade deve estar disponível o mais próximo possível do usuário, enquanto os serviços mais complexos podem estar mais distantes, localizados em hospitais especializados. Quanto a este campo, *procedimento realizado*, que utilizaremos para as análises de fluxos, vale ressaltar a pesquisa de Escosteguy⁶² apontando para a alta concordância entre o diagnóstico principal e o procedimento realizado.

Tomando por base algumas variáveis disponíveis no SIH, foram utilizados alguns indicadores calculados a partir das fórmulas apresentadas a seguir.

Distribuição *per capita* dos leitos SUS:

$$\frac{\text{Nº de leitos credenciados ao SUS nos municípios estudados em 2006} \times 1000}{\text{População total dos municípios em 2006}}$$

Taxa de internação hospitalar *per capita*:

$$\frac{\text{Nº de internações hospitalares de residentes pagas pelo SUS no ano} \times 100}{\text{Total da população dos municípios no ano}}$$

Média de permanência (Tempo Médio de Internação) conforme o local de internação e grupo de causas de internação:

$$\frac{\text{Nº de dias de internação no Local de Internação ou no Grupo de Causas}}{\text{Total de internações no Local de Internação ou no Grupo de Causas}}$$

Taxa de mortalidade hospitalar:

$$\frac{\text{Nº de óbitos ocorridos durante a internação num determinado período} \times 100}{\text{Total de internações no Local de Internação ou no Grupo de Causas}}$$

Nº de internações num determinado período

Os dados foram importados do MS-BBS-DATASUS (<http://msbbs.datasus.gov.br/public/default.htm>) por mês de processamento para todo o estado do RS em formato DBC, que são arquivos DBF comprimidos proprietário do Datasus. Após serem descomprimidos com o programa Expdbf.exe fornecido pelo Datasus, os arquivos mensais foram unificados e filtrados para *município de origem* ou *município de destino* do paciente igual aos municípios de estudo, com o programa próprio em CA-Clipper 5.2 e mantidos em formato DBF.

Os dados foram analisados estatisticamente com os softwares SPSS[®] for Windows e Tabwin 3.6 beta no formato de origem e especialmente com o software TerraView 3.4.0, aplicativo desenvolvido e distribuído pelo Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), utilizando banco de dados MS-Access. Para executar análises específicas do estudo, foram modificados os arquivos DEF e CNV do Tabwin, permitindo o agrupamento dos municípios segundo o critério pertencimento ou não à área de estudo.

3.5 Considerações éticas

As considerações éticas obedeceram à Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde,⁶³ sem risco à população de estudo e sem a identificação nominal dos sujeitos. Os dados são de domínio público e foram obtidos do Ministério da Saúde para uso exclusivo nos objetivos desta pesquisa. O projeto base no qual este estudo se insere foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e aprovado sob o número 2006634, na reunião nº 13, ata nº 79, de 23/11/2006.

4 RESULTADOS

Descrevemos os resultados encontrados em dois eixos. O primeiro descreve a rede de serviços de média e alta complexidade disponível nos municípios e o perfil das internações hospitalares do período estudado; o segundo analisa o fluxo utilizado para as internações entre os municípios estudados e outros municípios.

Para melhor compreensão, denominaremos *área de estudo* como o conjunto das internações realizadas nos nove hospitais localizados nos municípios estudados e como *fora da área* às internações realizadas em quaisquer outros municípios.

4.1 (Re)conhecendo a rede de serviços e o perfil das internações hospitalares nos municípios em estudo no período 2000 a 2006

Como dito anteriormente, os municípios estão localizados na Metade Sul do estado, região considerada como em estagnação econômica. São municípios em sua maioria pequenos, sete possuem menos de dez mil habitantes e dois possuem menos de 20 mil. Um possui 25 mil, outro 45 mil. Os dois maiores possuem 52 e 64 mil habitantes respectivamente.

Em vários desses municípios, a taxa de urbanização ainda é baixa, refletindo um perfil eminentemente agrícola. Chувиска apresenta a menor taxa de urbanização, com apenas 4,2% da população morando na área urbana, mas outros municípios também apresentam taxa muito inferior a do estado (81,6%), como Dom Feliciano (19,2%), Cerro Grande do Sul (19,5%) e Amaral Ferrador (19,7%). O município com maior taxa de urbanização é Tapes, com 85,5%. Roese,¹ ao estudar vários desses municípios, apontou que a localização da maioria dos serviços de saúde na sede dos municípios pode dificultar o acesso dos moradores das áreas rurais.

A Figura 3 ilustra a malha viária existente entre os municípios. Apenas sete deles dispõem de acesso asfáltico até a sede; entre os demais, um recebeu acesso pavimentado no decorrer do período estudado (Sentinela do Sul, em 2003) e cinco continuam com acesso sem pavimentação (Amaral Ferrador, Arambaré, Cerro Grande do Sul, Dom Feliciano e Chувиска). Há duas principais vias de acesso que interligam os municípios: a BR 116, que margeia a Laguna dos Patos ligando a capital do estado à região sul e à qual se ligam

diretamente os municípios de Tapes, Sentinela do Sul, Camaquã, Arambaré, Cristal e São Lourenço do Sul e a BR 392, que interliga Canguçu e Santana da Boa Vista a Pelotas. Há, também, a BR 471 que liga Encruzilhada do Sul a Canguçu e Pelotas no sul e a BR 290 que liga Encruzilhada do Sul a Porto Alegre.

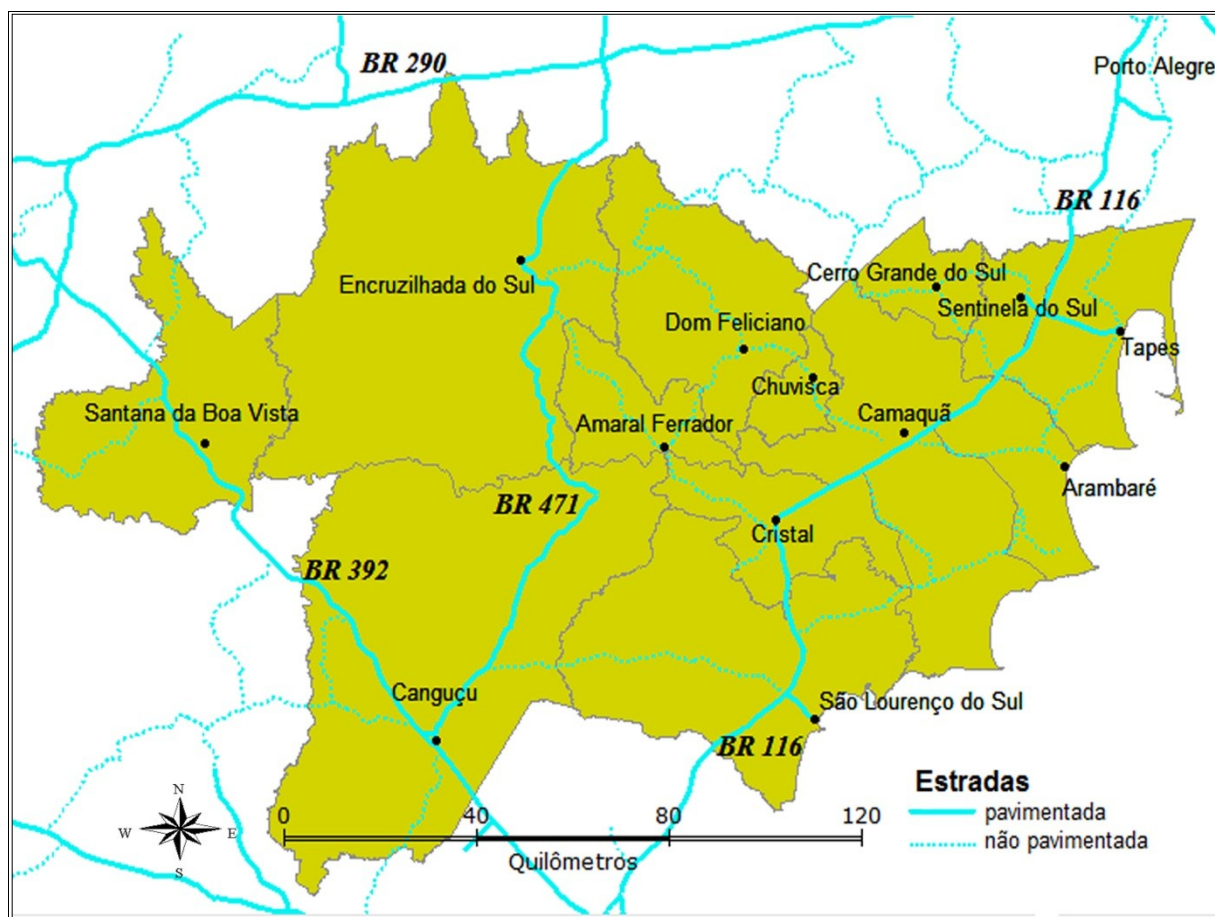


Figura 3 – Malha viária dos municípios.

Fonte: Dados da Pesquisa. Dados rodoviários foram obtidos do DAER/RS.

A rede de serviços de saúde dos municípios em estudo é composta quase exclusivamente por serviços de atenção básica. O Quadro 3 mostra a distribuição dos serviços disponíveis por município, inclusive a inexistência de serviços de alta complexidade.

Município	Atenção Básica*	Média Complexidade**	Alta Complexidade	Total de unidades
Amaral Ferrador	3	1	-	4
Arambaré	3	-	-	3
Camaquã	44	17	-	61
Canguçu	19	8	-	27
Cerro Grande do Sul	2	-	-	2
Chувиска	1	-	-	1
Cristal	3	2	-	5
Dom Feliciano	4	3	-	7
Encruzilhada do Sul	8	9	-	17
Santana da Boa Vista	7	1	-	8
Sentinela do Sul	1	-	-	1
São Lourenço do Sul	26	10	-	36
Tapes	5	5	-	10
Total	125	56	-	181

Quadro 3 – Distribuição dos serviços de saúde por município, conforme complexidade, 2006.

* *Atenção Básica compreende posto de saúde, centro de saúde/unidade básica, policlínica, consultório isolado, PACS/PSF, vigilância sanitária, unidade móvel terrestre.*

** *Atenção de Média Complexidade compreende clínica especializada/ambulatório de especialidade, unidade de apoio diagnose e terapia, unidade mista, ponto-socorro geral, hospital geral.*

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/CNES. Relativo a dezembro de 2006.

Esta configuração dos serviços reafirma a relevância da regionalização da assistência na organização das referências para essa população. O PDR, instrumento organizativo desse processo, assume responsabilidade crescente na proporção inversa da existência de rede de média e alta complexidade num município ou seus próximos. Quanto menor a capacidade instalada de serviços, maior será a dependência de outros locais para o atendimento às necessidades de internação, maiores serão as preocupações e dificuldades encontradas pelo gestor local e usuários e mais importante se torna a regionalização como estratégia para organizar os fluxos de atendimento.

A rede hospitalar instalada nos municípios estudados é composta por nove hospitais, localizados em Amaral Ferrador, Camaquã, Canguçu, Dom Feliciano, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul (dois hospitais) e Tapes.

Consulta ao CNES informa que quanto à esfera administrativa, um dos hospitais é público municipal (Tapes) e oito são privados, dos quais seis filantrópicos e dois privados. Quanto à localização por região administrativa, quatro estão no âmbito da 2ª CRS, quatro na 3ª CRS e um na 8ª CRS.

Segundo o delineamento da regionalização, há um hospital regional na área de estudo, localizado em Camaquã; quatro hospitais microrregionais (em Canguçu, Dom Feliciano, Encruzilhada do Sul e São Lourenço do Sul), três hospitais locais (em Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Tapes) e uma unidade mista em Amaral Ferrador (Rio Grande do Sul, 2003), conforme Figura 4.

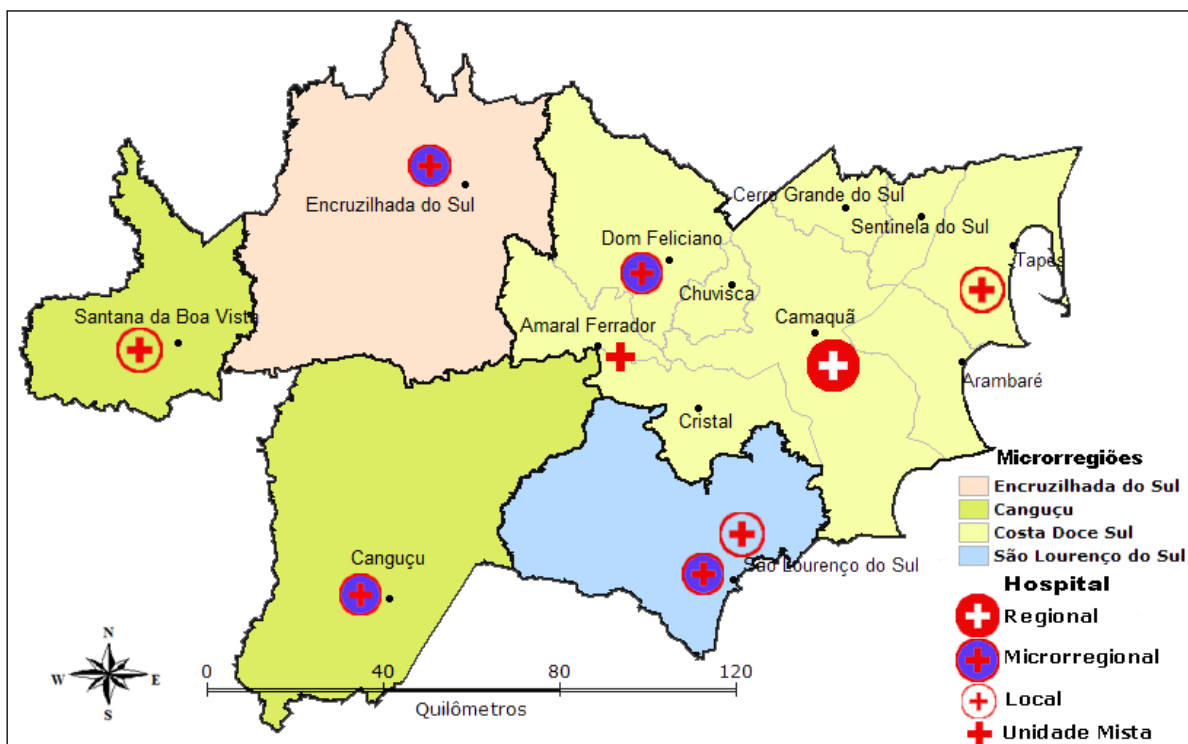


Figura 4 – Municípios do estudo, microrregiões e classificação dos hospitais.

Fonte: Dados da Pesquisa. Classificação dos hospitais obtida do PDR/RS.

A capacidade hospitalar informada a partir dos equipamentos disponíveis demonstra baixa densidade tecnológica. Grande parte dos hospitais possui equipamentos mínimos como aparelho de RX, eletrocardiógrafo, ultrassom, mamógrafo, bomba de infusão. Poucos dispõem de equipamentos para endoscopia e eletroencefalografia; embora alguns tenham, não disponibilizam para o SUS. Para atendimento ao recém-nascido, a maioria dos hospitais possuem berço aquecido, incubadora e equipamento para fototerapia. O Plano Diretor de Investimentos previu equipamento de ultrassonografia para os municípios de Dom Feliciano, São Lourenço do Sul e Tapes que poderiam ser alocados nos respectivos hospitais qualificando a resolutividade desses estabelecimentos. Até dezembro de 2006 tais equipamentos não estavam disponíveis nos hospitais, embora São Lourenço do Sul já dispusesse previamente desse equipamento nos dois hospitais locais.

Em 2006 havia 433 leitos credenciados ao SUS (74% dos leitos existentes) perfazendo uma média de 1,8 leitos a cada mil habitantes e demonstrando uma capacidade instalada menor do que a média do Estado, que em 2002 era de 2,3 leitos/SUS por mil habitantes.²⁸ Na Tabela 1, constam todos os leitos existentes por município. Ao ampliarmos esse cálculo, englobando a população dos demais municípios da área estudada que não dispõem de hospital a relação baixa para 1,6 leitos por mil habitantes. Parâmetro de cobertura indicado pelo Ministério da Saúde aponta para a necessidade de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes a fim de atender toda a amplitude das internações hospitalares, em qualquer nível de complexidade.

As clínicas básicas correspondem à maioria (81,3%) dos leitos disponíveis, sendo 42,4% em clínica geral, 18,5% em pediatria, 12,1% de leitos obstétricos e 8,3% de leitos para cirurgia geral. As clínicas especializadas são 18,7% de todos os leitos, 5,7% em outros leitos cirúrgicos, 4% em outros leitos clínicos e 9% entre crônicos e psiquiátricos (Tabela 16 – APÊNDICE).

Embora conste no cadastro do DATASUS a existência de 10 leitos de UTI geral no hospital de Canguçu, esse serviço não está em funcionamento, pois não atende às exigências do SUS, configurando uma discrepância entre o cadastro oficial no CNES e a situação real do hospital.

A aferição da evolução da oferta de serviços hospitalares ficou prejudicada pela limitação que o CNES apresenta quanto a registros anteriores a 2003. De uma forma genérica, deduziu-se que não houve modificações significativas na rede de serviços hospitalares disponíveis nos municípios durante o período analisado, sem fechamento de hospitais, fato observado no estado.²⁹ A partir de janeiro de 2003, período no qual o cadastro disponível é mais completo, constatou-se que não houve alteração no número de leitos disponíveis.

Tabela 1 – Distribuição dos leitos segundo o município, 2006.

Município	Total de leitos	Leitos SUS	Leitos/1.000 hab
Amaral Ferrador	12	12	2,1
Camaquã	130	103	1,6
Canguçu	99	81	1,6
Dom Feliciano	50	32	2,2
Encruzilhada do Sul	50	35	1,4
Santana da Boa Vista	34	28	3,2
São Lourenço do Sul*	157	104	2,3
Tapes	54	38	2,1
Total	586	433	1,8

* *São Lourenço do Sul possui dois hospitais.*

Fonte dos dados: Ministério da Saúde/DATASUS/ CNES, referente a março de 2006.

Das 155.554 internações que compõem o estudo, as análises seguintes foram realizadas com 150.649, equivalendo a 96,9% do total. São internações somente de pacientes oriundos dos municípios do estudo, pois se trata de analisar o perfil e o fluxo dos moradores da área estudada. As demais internações, relativas a moradores de outros municípios que internaram em hospitais da área estudada são utilizadas somente para a análise de desempenho das instituições hospitalares.

Observou-se uma redução continuada no número absoluto de internações entre 2000 e 2006, sendo que entre o primeiro e o último ano a redução foi de 14,9%. Esta redução foi o dobro da apresentada pelo estado (7,6%). Já a análise da *taxa de internação* entre os municípios estudados apresentou redução de 9,3 para 7,5, menor do que a do estado, de 8,0 para 6,8, configurando um padrão de internação ligeiramente maior entre os municípios estudados (Tabela 2 e o Gráfico 1).

Vários são os motivos que concorrem para esta redução. A expansão e a qualificação da rede básica e a oferta de atendimentos em média complexidade ambulatorial podem estar impactando na necessidade de internação. Dias-da-Costa et al⁶⁴ encontraram dados que corroboram esta suposição ao revelar redução entre as internações por condições sensíveis à atenção primária entre os municípios do Rio Grande do Sul. Consideraram como internações hospitalares sensíveis à atenção primária as relativas à diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças imunopreveníveis. Entretanto, comprovaram a inexistência de relação com a gestão adotada pelo município: mesmo municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal não apresentaram desempenho melhor se comparados aos demais em Gestão Plena da Atenção Básica e municípios menores apresentaram maiores taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária do que os maiores.

A redução também pode estar relacionada à diminuição do quantitativo de AIHs repassado pela SES/RS aos municípios. O critério utilizado para distribuição de AIHs a cada município considera o total de habitantes e estes percentuais vêm sendo reduzidos gradativamente pela Secretaria Estadual de Saúde, a partir de uma política desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reduzir as desigualdades regionais existentes no País.

Este dado deve ser mais bem analisado em busca de outros fatores que possam estar influenciando a redução global das internações, avaliando-se as internações segundo o nível de complexidade, grupo de procedimentos e local de internação, o que faremos mais adiante.

Tabela 2 - Distribuição das internações dos municípios estudados por ano, 2000 a 2006.

Ano de internação	N	%	Taxa de internação
2000	23.443	(15,56)	9,3
2001	23.872	(15,85)	9,4
2002	22.157	(14,71)	8,7
2003	20.617	(13,69)	8,0
2004	20.887	(13,86)	8,1
2005	19.734	(13,10)	7,5
2006	19.939	(13,24)	7,5
Total	150.649	(100,00)	8,4

Fonte dos dados: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

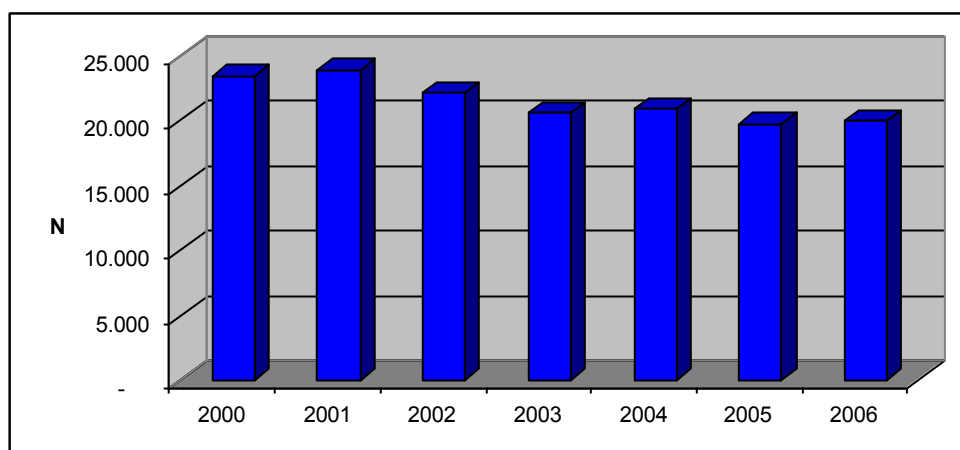


Gráfico 1 – Total de internações dos municípios estudados, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Na análise individual, todos os municípios reduziram as internações no período. Santana da Boa Vista apresentou a maior redução, 34,5% e alcançou taxa de internação de 6,6. Sentinela do Sul apresentou a menor redução em percentual, 2,7% e sua taxa de

internação ficou em 7,2. A menor taxa de internação em 2006 foi em Arambaré, 4,8 e a maior em Encruzilhada do Sul com 8,5, conforme consta na Tabela 3 e o Gráfico 14 (em APÊNDICE). Embora tenham reduzido suas internações continuamente, os municípios mantiveram taxas de internação maiores do que a média do estado (6,8%). Os municípios que dispõem de hospital apresentaram taxas de internação ligeiramente maiores que os demais, indicando que o local de residência se constituiu em fator facilitador do acesso, ou como apontam alguns autores, para a relação próxima entre oferta e utilização de serviços.

Tabela 3 – Distribuição das internações por município, segundo o ano e a variação percentual, 2000 a 2006.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Taxa Int. 2006	Var. %
Amaral Ferrador	455	468	483	473	483	407	397	7,08	-12,75
Arambaré	328	257	239	213	238	255	219	4,79	-33,23
Camaquã	6101	6019	5523	5134	5016	5016	4676	7,27	-23,36
Canguçu	4486	4901	4438	3980	3843	3742	4071	7,79	-9,25
Cerro G. do Sul	718	760	778	751	789	670	609	6,88	-15,18
Chuívisca	388	435	368	350	288	252	320	6,89	-17,53
Cristal	450	424	407	464	491	425	395	5,61	-12,22
Dom Feliciano	1268	1363	1189	1037	1067	1015	1044	7,19	-17,67
Encruzilhada do Sul	2463	2293	2206	2188	2258	2203	2149	8,46	-12,75
Santana da B.Vista	883	857	709	650	591	544	578	6,58	-34,54
S. Lourenço do Sul	3940	4177	3939	3611	3991	3484	3832	8,43	-2,74
Sentinela do Sul	372	411	375	361	477	371	366	7,17	-1,61
Tapes	1591	1507	1503	1405	1355	1350	1283	7,14	-19,36
Total	23443	23872	22157	20617	20887	19734	19939	7,54	-14,95

Nota: em negrito os municípios que dispõem de hospital.

Fonte dos dados: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Entre os treze municípios estudados, oito possuem hospital, sendo responsáveis por 82,8% do total das internações; as demais 17,2% são encaminhadas para outros municípios fora da área de estudo, conforme mostra a Tabela 4.

Esta proporção de atendimentos realizados pelos hospitais da área, aliada à capacidade instalada acima referida, permite concluir que os municípios conseguem atender à maior parte das necessidades de internação de sua população e que seus hospitais apresentam um bom grau de resolatividade⁸.

⁸ *Resolatividade hospitalar* ou *capacidade resolutiva hospitalar* é entendida neste estudo como a proporção de atendimentos realizada por um hospital comparativamente ao que é referenciado para fora do município.

Tabela 4 - Distribuição das internações segundo o local de internação.

Local da Internação	N	%
Área de estudo	124.752	82,81
Fora da área	25.897	17,19
Total	150.649	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

A redução no total de internações ocorrida no período estudado apresentou comportamento diverso conforme o local de internação. Nas internações realizadas dentro da área de estudo, houve redução de 19,6% no decorrer do período, já nas internações efetuadas fora houve um incremento de 9,9%.

Esse comportamento fica mais explícito quando se observa que os municípios pesquisados atendiam 84,2% de todas as internações em 2000 e reduziram para 79,6% em 2006, e, em contrapartida, os encaminhamentos para outros municípios aumentaram sua proporção de 15,8% para 20,4, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das internações segundo o ano e o local de ocorrência.

Ano de internação	Local da Internação					
	Área de Estudo		Fora da Área		Total	
2000	19.733	(84,17)	3.710	(15,83)	23.443	(100,00)
2001	20.017	(83,85)	3.855	(16,15)	23.872	(100,00)
2002	18.663	(84,23)	3.494	(15,77)	22.157	(100,00)
2003	17.253	(83,68)	3.364	(16,32)	20.617	(100,00)
2004	17.254	(82,61)	3.633	(17,39)	20.887	(100,00)
2005	15.969	(80,92)	3.765	(19,08)	19.734	(100,00)
2006	15.863	(79,56)	4.076	(20,44)	19.939	(100,00)
Total	124.752	(82,81)	25.897	(17,19)	150.649	(100,00)

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

A diminuição das internações se expressa também no indicador de internação *per capita*, que sofreu redução de 9,3 para 7,5 internações por habitante ao ano no decorrer do período. Esta redução ocorreu apenas entre as internações realizadas nos hospitais da área de estudo, uma vez que as realizadas fora – como dito anteriormente – aumentaram tanto em número absoluto quanto relativo.

A manutenção da capacidade instalada dos hospitais aliada à redução nos números absolutos e relativos das internações locais sugere uma redução na capacidade responsiva às necessidades de serviços hospitalares da população dos municípios estudados.

Para melhor analisar o perfil das internações hospitalares, detalharemos tais internações a partir de algumas variáveis tradicionais para este tipo de estudo, como idade, sexo, grupo de causas de internação, utilização de leito de UTI, taxa de mortalidade hospitalar e tempo médio de permanência.

Idade e sexo são duas das variáveis mais tradicionais quando se estuda utilização de serviços de saúde. Quanto à idade, 15,2% das internações foram de crianças e pré-adolescentes de até 14 anos, menor que os 21% encontrados no Brasil.⁶⁵ Os idosos com mais de 65 anos responderam por 27,1% das internações, enquanto no País este percentual em 2003, segundo a PNAD⁴ foi de 13,2%. Mesmo ao compararmos estes dados com um grupo populacional que apresenta distribuição etária semelhante como o do estado, estes percentuais são ainda discrepantes. No mesmo período, no Rio Grande do Sul, crianças e pré-adolescentes de até 14 anos responderam por 18,9% e os idosos com 65 ou mais anos por 20,3% do total das internações.

Roese,¹ ao estudar o acesso de usuários a serviços de média complexidade em Camaquã, o maior município entre os estudados nesta pesquisa, identificou que os idosos podem procurar mais os hospitais porque a rede de atenção básica não estaria adequada para recebê-los. Santos,⁶⁶ ao estudar a mesma população, sugere uma lacuna na organização dos serviços de atenção primária que “[...] parecem estar mais voltados ao atendimento das crianças e adolescentes, ou ainda, que os idosos apresentem resistência no uso desses serviços”. Tais fatores poderiam auxiliar a explicar porque as internações hospitalares apresentam maiores proporções entre idosos se comparadas com a média do estado ou do País.

No país,⁶⁵ 64% das internações são de mulheres, mas na população estudada, ainda que as mulheres também predominem, essa proporção se reduz para 56,9%. Este valor correspondeu a uma taxa de internação média feminina de 9,6 e a masculina de 7,1 no período estudado. Com tendência à redução, em 2006 essas taxas baixaram para 8,6 e 6,5, respectivamente.

A diferença entre sexos na utilização dos serviços de saúde também se manifesta quando se aprofunda as análises segundo os motivos de internação. Os homens são a grande maioria entre as internações por causas externas e transtornos mentais e comportamentais, 70 e 66% respectivamente (Tabela 17 em APÊNDICE). Também em algumas especialidades (Tabela 18, em APÊNDICE) como clínica cirúrgica, psiquiatria e pediatria os homens internam mais do que as mulheres.

A variação também se manifesta conforme o local de atendimento: quando as internações ocorrem nos hospitais da área estudada as mulheres são maioria, mas quando são encaminhadas para fora os homens predominam, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição das internações por sexo e local de internação, conforme o ano, 2000 a 2006.

Ano	Sexo			
	Área de Estudo		Fora da Área	
	masculino	feminino	masculino	feminino
2000	7.934 (40,21)	11.799 (59,79)	2.067 (55,71)	1.643 (44,29)
2001	8.237 (41,15)	11.780 (58,85)	2.152 (55,82)	1.703 (44,18)
2002	7.829 (41,95)	10.834 (58,05)	1.873 (53,61)	1.621 (46,39)
2003	7.173 (41,58)	10.080 (58,42)	1.866 (55,47)	1.498 (44,53)
2004	6.965 (40,37)	10.289 (59,63)	1.924 (52,96)	1.709 (47,04)
2005	6.400 (40,08)	9.569 (59,92)	1.951 (51,82)	1.814 (48,18)
2006	6.481 (40,86)	9.382 (59,14)	2.149 (52,72)	1.927 (47,28)
Total	51.019 (40,90)	73.733 (59,10)	13.982 (53,99)	11.915 (46,01)

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Ao compararmos sexo e faixa etária observa-se que as internações femininas se concentram na idade reprodutiva, entre os 15 e 44 anos. Tais internações são devidas em grande parte a causas obstétricas, as quais, se excluídas, reduzem a internação feminina para 49,1% do total e as aproximam dos homens nessa mesma faixa etária (Gráfico 2). Dados da PNAD estudados por Ribeiro⁴⁰ também mostram padrão semelhante entre homens e mulheres quando excluídas as internações relativas ao parto.

Ainda comparando sexo e idade observa-se que entre crianças e jovens de até 14 anos há um predomínio de internações masculinas, 23% superiores às femininas. Nunes,⁶⁷ estudando as internações pelo SUS em Minas Gerais, detectou esse comportamento, com 27% a mais para as masculinas. Na faixa adulta entre 50 e 74 anos, há ligeiro predomínio de homens também, mas entre idosos com idade superior a 75 anos as mulheres internam 19% a mais.

Para o Gráfico 3, utilizou-se a *taxa de utilização de serviços hospitalares* construída como o quociente entre a frequência de internação e a população de cada grupo etário e sexo. Nele observa-se que os homens internam mais nos diversos ciclos de vida, inclusive entre maiores de 75 anos, onde o número absoluto de internações femininas é maior.

Pinheiro et al⁶⁸ referem diversos estudos internacionais que apontam as mulheres como sendo as que mais procuram e usam os serviços de saúde. Estes autores, ao analisarem dados da PNAD 1998, encontraram diferenças no motivo de procura por serviços de saúde

conforme o sexo, mesmo excluídos os atendimentos obstétricos. Enquanto as mulheres buscam mais atendimentos preventivos e exames de rotina, os homens fazem-no movidos por problemas odontológicos, acidentes ou lesões, ou seja, por motivos relacionados à doença.

Para Gomes, Nascimento e Araújo,⁶⁹ a adoção de práticas de autocuidado e a procura por serviços preventivos de saúde são dificultadas pelo imaginário de masculinidade em que o homem deve ser viril, invulnerável e forte. Em decorrência desse comportamento, os homens procurariam menos os serviços básicos de saúde, possibilitando o agravamento de problemas de saúde que acarretariam posteriormente a necessidade de um atendimento mais complexo e traduzindo-se na taxa maior de internação hospitalar e no maior tempo de permanência de internação entre homens.

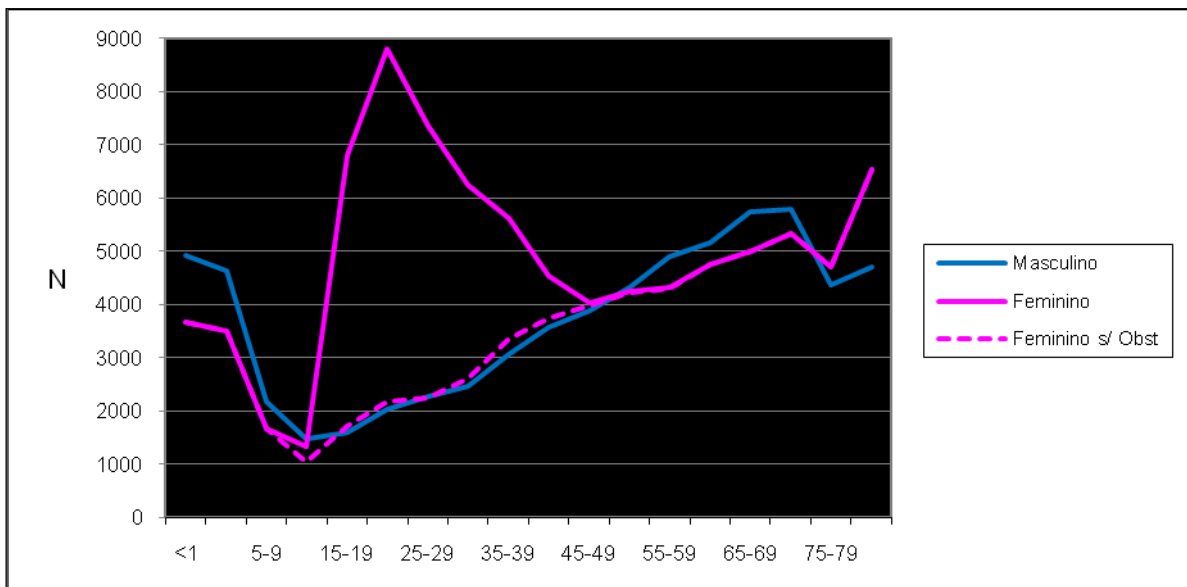


Gráfico 2 – Distribuição das internações dos municípios estudados por sexo e faixa etária, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

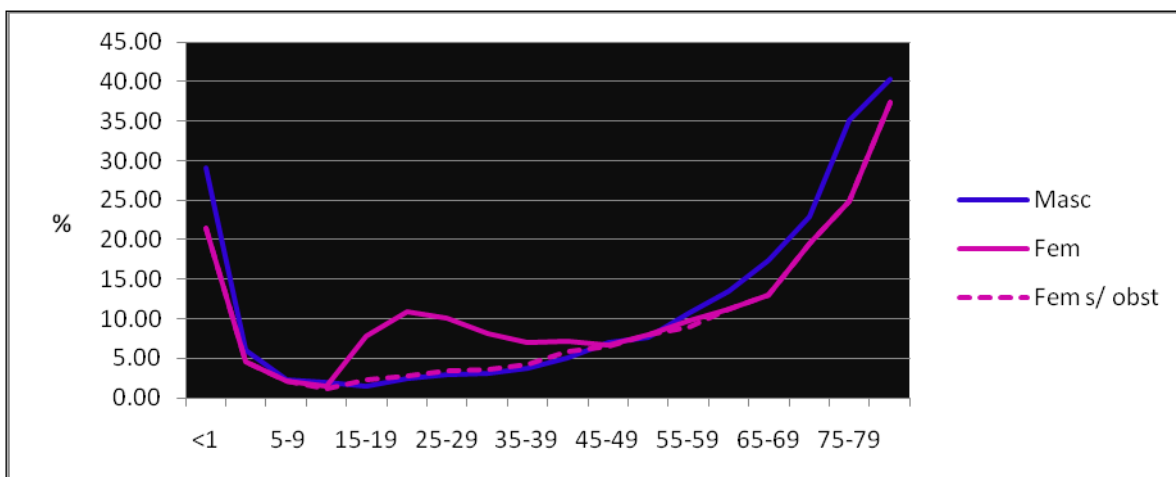


Gráfico 3 – Taxa de utilização de serviços hospitalares dos municípios estudados por sexo e faixa etária, 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

O grupo de causas mais frequente de internação foi o das doenças do aparelho respiratório, seguido pelo da gravidez e pelo ligado a doenças circulatórias; juntos, responderam por mais da metade das internações. Comportamento semelhante ao do estado.⁷⁰ Esta é uma realidade do Rio Grande do Sul, diversa da do país, onde a gravidez é a primeira causa de internação, seguida da decorrente de doenças dos aparelhos respiratório e circulatório, respectivamente.⁵⁸ O perfil de morbidade hospitalar na região sul é influenciado pelas características meteorológicas devido a mudanças bruscas de temperatura, maior umidade e ambientes fechados que propiciam condições facilitadoras para o desenvolvimento de doenças respiratórias.

Entre os primeiros cinco grupos mais frequentes de internação no decorrer do período estudado, observou-se redução na proporção das Doenças Infecto-Parasitárias e doenças do aparelho respiratório e estabilização da gravidez, parto e puerpério. As internações por doenças do aparelho circulatório apresentaram aumento nos primeiros anos e redução nos últimos três; enquanto as do aparelho digestivo tiveram comportamento inverso, com redução nos quatro primeiros e aumento nos últimos anos conforme demonstrado no Gráfico 4.

A Tabela 19 (APÊNDICE) apresenta a evolução da distribuição das internações por todos os grupos de causas segundo o ano.

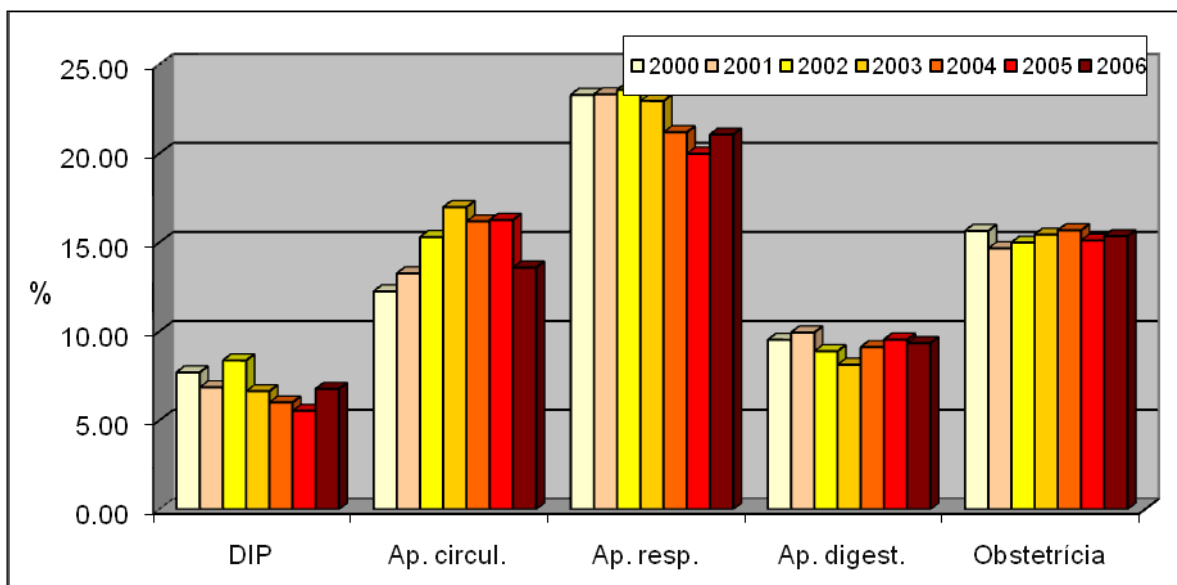


Gráfico 4 – Evolução proporcional de alguns grupos de causa dos municípios estudados por ano, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Essa distribuição das internações segundo o grupo de causa comporta-se de forma diferenciada conforme o local onde ocorrem. Nas internações realizadas dentro dos municípios, as três causas mais frequentes respondem por 58,0%; fora, equivalem a apenas 24,9% do total. Entre os hospitais da região, preponderaram doenças respiratórias, circulatórias e gravidez, enquanto para fora desses municípios foram encaminhadas as neoplasias, as doenças do aparelho circulatório e as causas externas. A Tabela 7 mostra o volume e o Gráfico 5 a visualização correspondente.

Tabela 7 – Distribuição por grupo de causas e local da internação.

Grupo de Causas	Local da Internação					
	Área de Estudo		Fora da Área		Total	
	N	%	N	%	N	%
DIP	8.979	(7,20)	1.385	(5,35)	10.364	(6,88)
Neoplasias	3.053	(2,45)	4.145	(16,01)	7.198	(4,78)
Doenças endócrinas e metabólicas	5.452	(4,37)	353	(1,36)	5.805	(3,85)
Transt. mentais e comportamentais	2.408	(1,93)	2.076	(8,02)	4.484	(2,98)
Doenças do ap. circulatório	18.964	(15,20)	3.262	(12,60)	22.226	(14,75)
Doenças do ap. respiratório	31.955	(25,61)	1.594	(6,16)	33.549	(22,27)
Doenças do ap. digestivo	11.503	(9,22)	2.401	(9,27)	13.904	(9,23)
Doenças do ap. geniturinário	7.604	(6,10)	1.582	(6,11)	9.186	(6,10)
Gravidez, parto e puerpério	21.416	(17,17)	1.576	(6,09)	22.992	(15,26)
Causas externas	3.185	(2,55)	2.733	(10,55)	5.918	(3,93)
Demais causas	10.233	(8,20)	4.790	(18,50)	15.023	(9,97)
Total	124.752	(100,00)	25.897	(100,00)	150.649	(100,00)

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

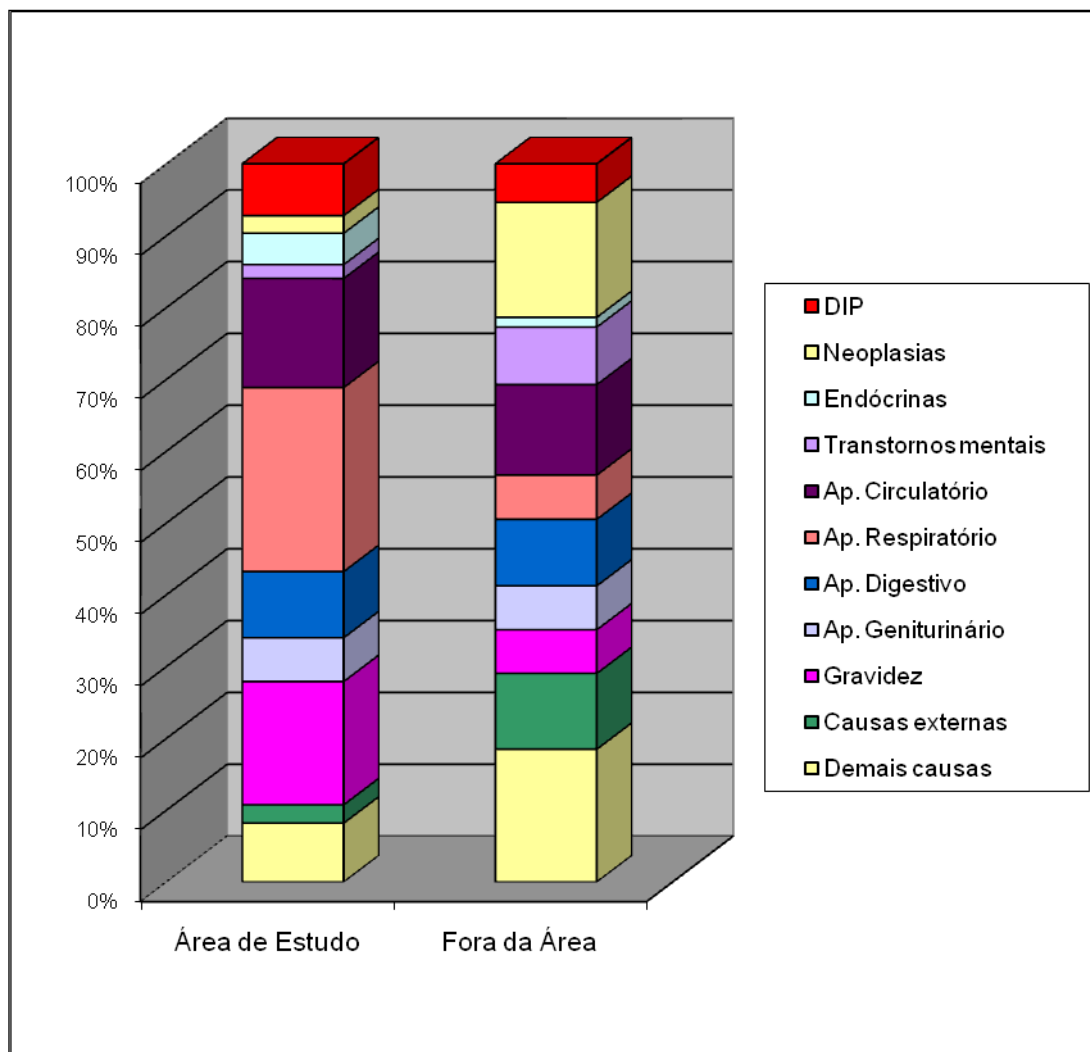


Gráfico 5 - Distribuição das internações segundo grupos de causas e local da internação.
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Ainda analisando os grupos de causas de internação, o Gráfico 6 mostra a proporção de cada um dos grupos conforme o local da internação. O grupo das neoplasias é o que mais demanda referenciamento para outros municípios, porque este tipo de atendimento requer diversos procedimentos de alta complexidade que são realizados em Centros de Alta Complexidade em Oncologia, serviços que os municípios de origem não dispõem.

Para os grupos da gravidez, parto e puerpério, das doenças do aparelho respiratório e das doenças endócrinas, ao contrário, os municípios apresentam as maiores proporções de atendimento local, prescindindo de encaminhamentos. Nas doenças do aparelho respiratório, constam procedimentos de menor complexidade para os quais os municípios dispõem de capacidade instalada, como DPOC, pneumonias e broncopneumonias e crise asmática. Entre os dez primeiros procedimentos, que correspondem a 90% do total deste grupo, os municípios

conseguem atender no mínimo 93% de cada um deles, demonstrando capacidade resolutive importante para as doenças do aparelho respiratório. No grupo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas são apenas quatro os procedimentos que impactam mais de 90% do grupo (diabetes sacarino, desnutrição e desidratações); para estes os municípios apresentam resolutividade de no mínimo 96%.

Fica evidenciado que os municípios conseguem atender, no nível local, os pacientes que demandam internações nos grupos de causas mais frequentes e de menor complexidade, restando à procura por referenciamentos externos para os casos menos comuns, mais complexos, conforme preconizado pelo princípio da hierarquia dos serviços.

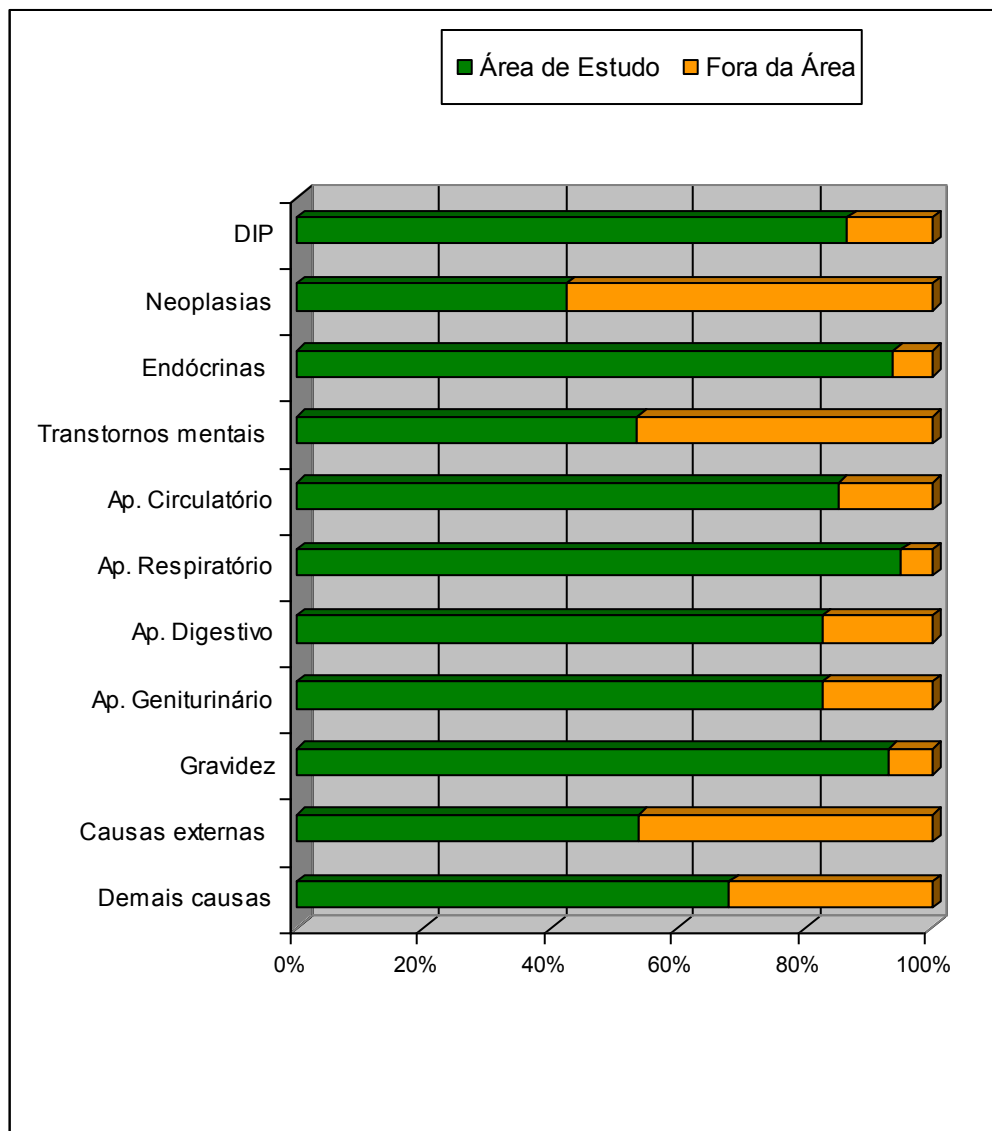


Gráfico 6 – Distribuição das internações segundo o grupo de causa e local da internação.
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

É o caso das internações em UTI, que ocorreram fora dos municípios por não disporem deste tipo de serviço credenciado ao SUS.

A utilização de leito de UTI foi necessária em 3% dos casos (Tabela 8), com uma permanência média de 14 dias, quase três vezes mais longas do que as demais internações, com média de 5 dias. Em 31% das vezes a UTI foi necessária para atender pacientes de alta complexidade, em 2% para procedimentos estratégicos* e nos restantes 67% para atender pacientes da média complexidade hospitalar. Os adultos ocuparam 67%, os neonatos 19% e as crianças 14% dos leitos de UTI, conforme o Gráfico 7. Embora haja uma redução no total geral das internações no decorrer do período, observa-se um aumento constante na utilização de leito de UTI, da ordem de 29% entre 2000 e 2006, o que pode estar configurando um agravamento dos casos que passam a necessitar de serviços mais complexos para sua atenção. É possível que a baixa resolutividade nos serviços de atenção primária e/ou dificuldades no acesso de serviços de média complexidade estejam permitindo o agravamento do quadro mórbido gerando a necessidade de atenção especializada e mais complexa.

Tabela 8 - Distribuição das internações entre os municípios estudados, segundo a Utilização de Leitos de UTI.

Ano	Utilização de Leito de UTI	
	N	%
2000	579	2,47
2001	605	2,53
2002	584	2,64
2003	632	3,07
2004	670	3,21
2005	677	3,43
2006	748	3,75
Total	4.495	2,98

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

* Procedimentos Estratégicos são internações de campanhas nacionais (mutirões de cirurgias como varizes e próstata) e outras que se caracterizam como de alto custo que os gestores restringem o pagamento ou procedimentos novos, para os quais o Ministério da Saúde ainda não dispõe de estimativa de custo.

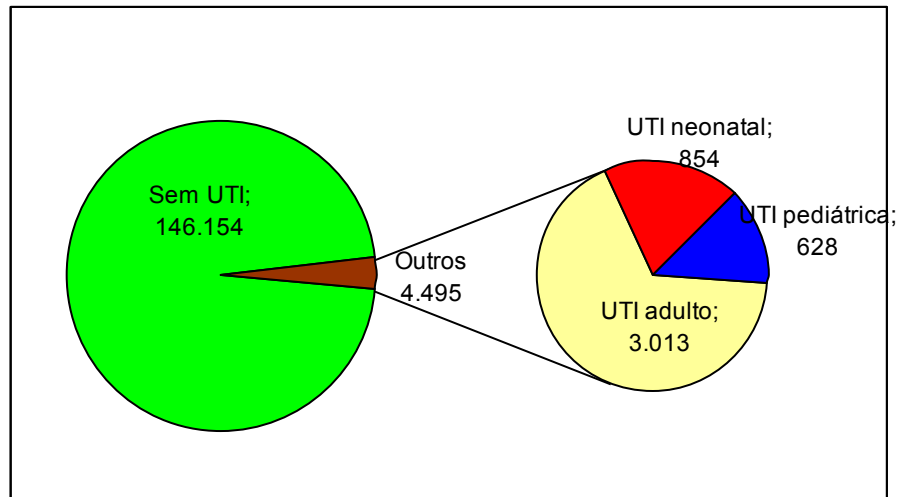


Gráfico 7 – Distribuição das internações entre os municípios estudados, segundo a utilização de UTI e agrupado conforme o grupo etário do paciente, de 2000 a 2006.
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

A taxa de mortalidade hospitalar é um indicador usual na avaliação do desempenho das instituições hospitalares. Neste estudo observou-se um crescimento uniforme na taxa de mortalidade hospitalar em todos os anos estudados, totalizando um aumento de 45% no período, conforme pode ser visto no Gráfico 8. A taxa média foi de 3,4%, mas variou de 2,2 em 2000 para 3,5% em 2006. Apesar disso, a taxa foi inferior a do estado no mesmo período, de 3,8 e 4,2% respectivamente, e igual à taxa brasileira em 2000⁴⁹ de 2,7%.

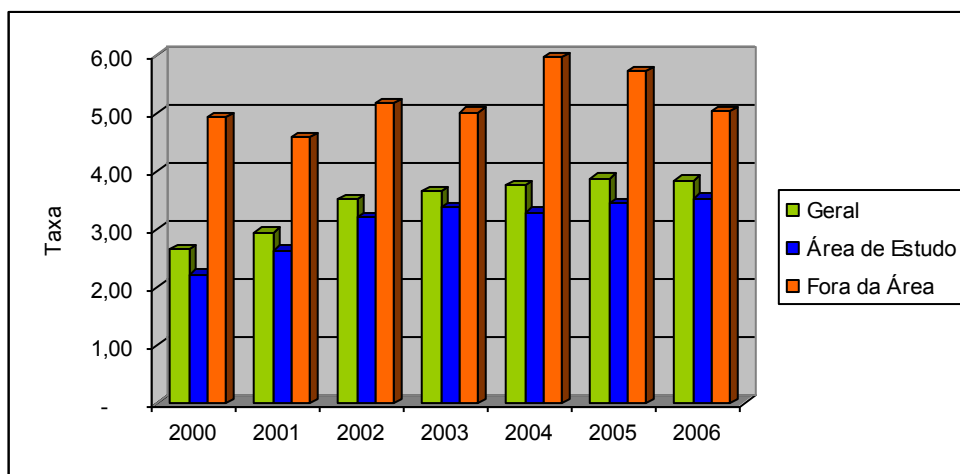


Gráfico 8 – Taxa de mortalidade hospitalar segundo o local da internação e ano, 2000 a 2006
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

A taxa de mortalidade hospitalar sofreu variação conforme o local da internação. Nas internações realizadas dentro dos municípios, apresentou aumento de 59%, passando de 2,2 para 3,5%. Já nas internações realizadas fora dos municípios pouco variou, conforme consta

na Tabela 9. Deve ser observada a diferença de taxa entre os dois grupos, com as internações fora da área de estudo apresentando taxa 40% superior a uma internação local e demonstrando a complexidade dos casos referenciados para outros centros maiores. Pacientes encaminhados para outros municípios geralmente apresentam quadro clínico mais grave, com piores prognósticos. Pesquisa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde associou a taxa de mortalidade hospitalar com o aumento da complexidade hospitalar nas diversas regiões do País e com o desempenho econômico e cobertura assistencial dos estados. Desta forma, estados como Rio Grande do Sul, São Paulo e Rio de Janeiro apresentam maiores taxas de mortalidade hospitalar se comparados às dos demais.⁷¹

A taxa de mortalidade nas internações realizadas em hospitais fora da área de estudo, que dispõem de serviços com maior complexidade, é maior em todas as especialidades. Na clínica cirúrgica, é cinco vezes superior, na clínica médica é o dobro, na obstetrícia 12 vezes e na pediatria 24 vezes superior a taxa de mortalidade das internações realizadas nos municípios.

Tabela 9 – Taxa de mortalidade hospitalar por ano, segundo o local de ocorrência da internação.

Ano	Taxa de Mortalidade		
	Área de Estudo	Fora da Área	Geral
2000	2,22	4,93	2,65
2001	2,63	4,59	2,95
2002	3,21	5,18	3,52
2003	3,38	5,02	3,65
2004	3,29	5,97	3,75
2005	3,44	5,74	3,88
2006	3,53	5,05	3,84
Total	3,07	5,21	3,44

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

O tempo de permanência de um paciente em hospital também costuma ser usado como um indicador de desempenho de hospitais. O tempo médio de permanência por internação foi cinco dias, semelhante ao do estado, mas da mesma forma que a taxa de mortalidade, este indicador também variou conforme o local da internação. As internações são curtas, cerca de quatro dias quando realizadas dentro dos municípios e bem mais longas, dez dias, quando encaminhadas para fora da área de estudo. Mesmo sendo excluídas destas internações aquelas relativas a leitos de UTI, que são mais longas ainda, a duração das internações referenciadas

para fora da área de estudo permanece alta, com nove dias. A média geral de permanência no estado e no país em 2006 foi 5,8 dias.

Tisiologia é a especialidade com maior tempo médio de internação (51 dias), seguida das internações em cuidados prolongados e psiquiatria (21 e 19 dias, respectivamente), conforme esperado ao se considerar as características típicas de cada uma.

Para todas as especialidades, as internações realizadas fora da área de estudo são mais longas, conforme consta na Tabela 10. A maior diferença entre os tempos médios de internação ocorre entre as psiquiátricas e pediátricas, onde fora da área de estudo são três vezes mais longas. Nas internações psiquiátricas, essa diferença relaciona-se com a adoção por alguns municípios estudados de internações psiquiátricas em hospitais gerais locais, reduzindo o tempo médio da internação. Nas internações pediátricas e nas demais clínicas, o maior tempo médio fora da área pode estar refletindo o encaminhamento de casos mais complexos.

Tabela 10 - Distribuição das internações segundo a especialidade e o tempo médio da internação – TMI, em dias, 2000 a 2006.

Especialidade*	Área de estudo		Fora da área		Total	
	N	TMI	N	TMI	N	TMI
Clínica cirúrgica	12.785	4	13.448	7	26.233	6
Obstetrícia	21.491	2	1.650	4	23.141	2
Clínica médica	73.640	5	5.776	10	79.416	5
Cuidados prolongados	97	20	16	29	113	21
Psiquiatria	1.792	9	2.026	27	3.818	19
Tisiologia	-		55	51	55	51
Pediatria	14.947	4	2.925	13	17.872	6
Total	124.752	4	25.897	10	150.648	5

*excluída uma internação psiquiátrica em hospital-dia.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

4.2 Fluxos de Utilização dos Serviços

Nesta parte da pesquisa, passamos a analisar o comportamento das internações hospitalares no decorrer do período comparativamente ao local de internação, visando à identificação do fluxo utilizado pelos usuários do SUS.

O fluxo das interações será analisado considerando o desenho proposto pelo PDR, que considera a microrregião como a menor unidade do sistema regional e macrorregião como a unidade responsável pela oferta de serviços de alta complexidade.²⁹ Há, ainda, a figura do módulo assistencial, o menor agregado do sistema proposto pela NOAS, mas que por não ter entrado em vigor de fato no Rio Grande do Sul e por ser diretamente relacionado à microrregião, não será considerado para o estudo. Deste modo, optamos por considerar os municípios de uma microrregião como uma unidade de estudo, constituindo então quatro unidades de agregação.

Embora possa parecer simples, vamos retomar o desenho do PDR (Figura 5) para ressaltar a complexidade do desenho proposto. No PDR temos que as microrregiões Canguçu e São Lourenço do Sul pertencem à macrorregião Sul, a microrregião Encruzilhada do Sul pertence à macrorregião Vales e na quarta microrregião, Costa Doce Sul, os nove municípios pertencem à macrorregião Metropolitana.

Quanto aos municípios polo, Porto Alegre é polo da macrorregião Metropolitana, Pelotas da macrorregião Sul e Cachoeira do Sul da macrorregião Vales.

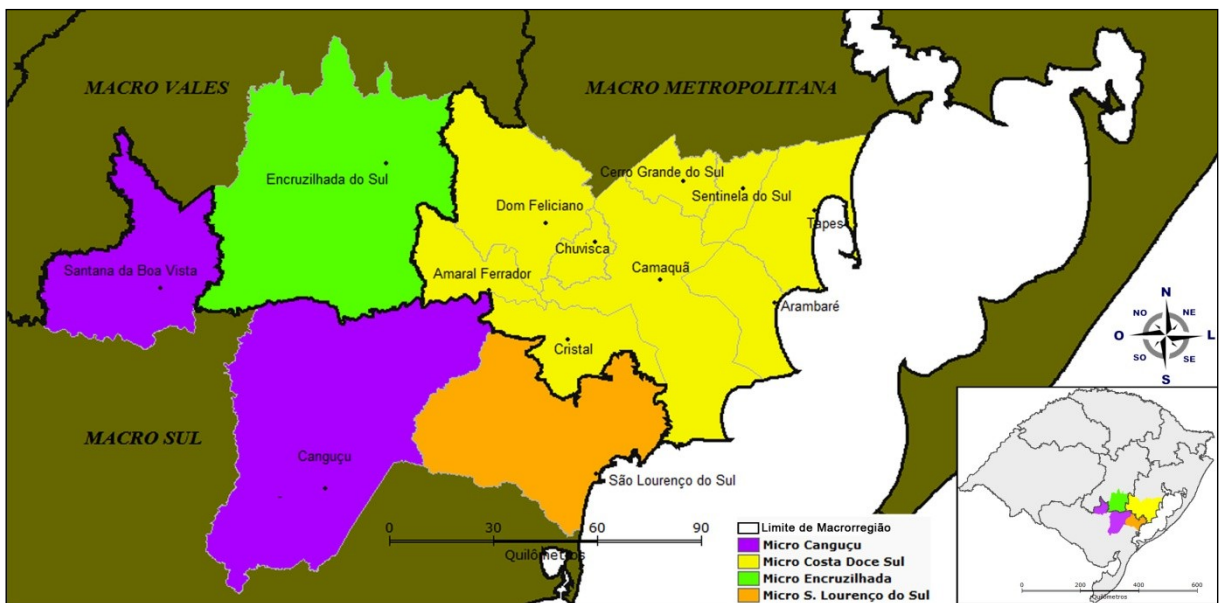


Figura 5 – Municípios, microrregiões e macrorregiões, conforme o PDR/RS.
Fonte: Dados da Pesquisa.

4.2.1 Quem são os municípios?

O fator disponibilidade local de hospital não diferenciou os municípios estudados de forma significativa quanto à proporção de encaminhamentos para fora da área.

Como mostrado anteriormente, os municípios atendem mais de 82% de sua população no próprio território. Na tabela abaixo, aqueles que possuem hospital atendem no mínimo 68,2% (Tapes) e no máximo 87,2% (São Lourenço do Sul) dos seus moradores. Entre os que não dispõem de hospital, consideramos o percentual de encaminhamento para outros municípios dentro da área de estudo e observamos que também não difere muito. Chувиска é o que mais utiliza os serviços disponíveis em municípios vizinhos, em 83,8% dos casos e Sentinela do Sul é o que menos utiliza, em 67,6% dos casos, demonstrando valores bem próximos entre os que têm e os que não têm hospitais. A disponibilidade de hospital em município vizinho parece ser um facilitador do acesso da população aos serviços hospitalares.

Os encaminhamentos para outros municípios fora da área de estudo variaram entre 12,8% (S. Lourenço do Sul) e 32,4% (Sentinela do Sul), conforme Tabela 11. Cabe ressaltar que Sentinela do Sul é o mais próximo a Porto Alegre, distante 92 km por estrada pavimentada. Estas informações demonstram que, mesmo que os municípios estudados consigam atender grande parte de sua própria demanda, ainda necessitam referenciar parcela de sua população para outros locais mais distantes, especialmente para atender casos mais complexos.

Tabela 11 – Distribuição das internações segundo o município de residência e o local de atendimento, 2000 a 2006.

Município de residência	Local de Atendimento		
	Área de Estudo	Fora da Área	Total
Amaral Ferrador	2.591 (81.84)	575 (18.16)	3.166 (100.00)
Arambaré	1.247 (71.30)	502 (28.70)	1.749 (100.00)
Camaquã	31.463 (83.93)	6.022 (16.07)	37.485 (100.00)
Canguçu	25.519 (86.62)	3.942 (13.38)	29.461 (100.00)
Cerro Grande do Sul	3.714 (73.18)	1.361 (26.82)	5.075 (100.00)
Chuívisca	2.013 (83.84)	388 (16.16)	2.401 (100.00)
Cristal	2.388 (78.14)	668 (21.86)	3.056 (100.00)
Dom Feliciano	6.791 (85.07)	1.192 (14.93)	7.983 (100.00)
Encruzilhada do Sul	13.084 (83.02)	2.676 (16.98)	15.760 (100.00)
Santana da Boa Vista	3.753 (77.99)	1.059 (22.01)	4.812 (100.00)
São Lourenço do Sul	23.524 (87.21)	3.450 (12.79)	26.974 (100.00)
Sentinela do Sul	1.847 (67.58)	886 (32.42)	2.733 (100.00)
Tapes	6.818 (68.22)	3.176 (31.78)	9.994 (100.00)
Total	124.752 (82.81)	25.897 (17.19)	150.649 (100.00)

*Em **negrito** municípios que possuem hospital.*

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

No decorrer do período os municípios apresentaram tendência a reduzir sua resolutividade local, aumentando sua dependência e o encaminhamento de internações para outros municípios fora da área estudada, conforme demonstrado pela Figura 6. Somente Arambaré apresentou comportamento diferente, com tendência à redução da proporção de encaminhamentos (Tabela 20 e Gráfico 15, em APÊNDICE). Esta redução na proporção de atendimentos locais ocorre no sentido inverso ao proposto pelo PDR de organizar a assistência hospitalar de forma regionalizada, reduzindo os encaminhamentos para centros maiores.

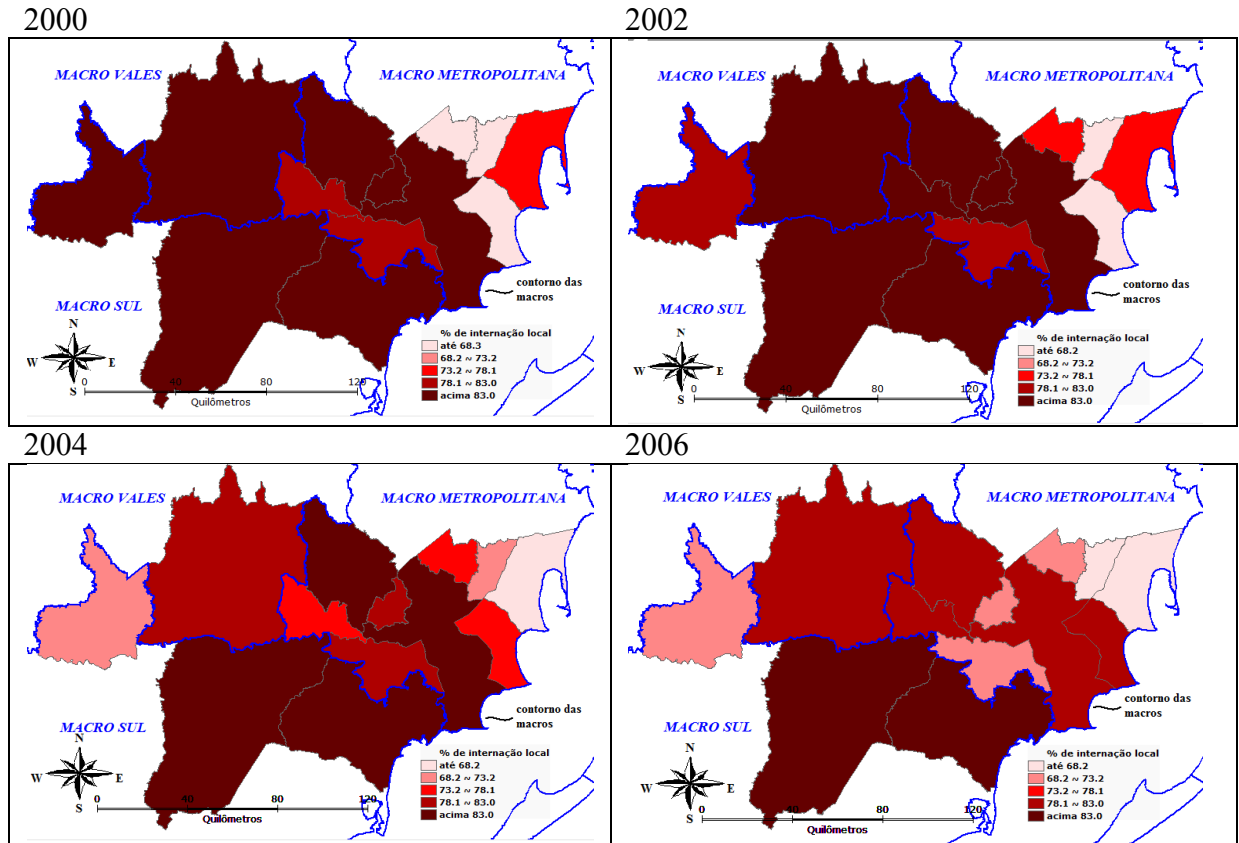


Figura 6 – Evolução da proporção do total de internações hospitalares dos municípios em estudo, 2000, 2002, 2004 e 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Apenas quatro municípios concentraram 96,3% dos encaminhamentos da área estudada. Mais da metade dos encaminhamentos foram para Porto Alegre e 32,7% para Pelotas.

Rio Grande foi-se constituindo referência para São Lourenço do Sul, Camaquã e Canguçu no decorrer do período: em 2000, internou 22 pacientes; em 2006, alcançou 306. Dessas internações, 18% (163) foram em alta complexidade, a maioria resvascularização coronariana.

Morro Redondo, que atendeu somente a moradores de Canguçu, respondeu por 1,7% das internações referenciadas para fora dos municípios e reduziu o montante no decorrer do período. Vale ressaltar que estas internações foram pouco significativas para Canguçu; representaram apenas 1,5% do total de internações do município.

Tabela 12 – Distribuição das internações encaminhadas para fora da área, conforme o município de internação, 2000 a 2006.

Município de internação	Total	%
Porto Alegre	15.161	(58,54)
Pelotas	8.463	(32,68)
Rio Grande	893	(3,45)
Morro Redondo	428	(1,65)
Outros	952	(3,68)
Total	25.897	(100,00)

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

A especialidade é uma forma tradicional de se analisar as internações hospitalares, embora, em seu escopo, constem diferentes níveis de complexidade, não se constituindo, isoladamente, no melhor indicador para a organização do processo de regionalização da saúde.

A clínica médica respondeu pela maioria das internações, seguida pela cirurgia e obstetrícia, totalizando mais de $\frac{3}{4}$ do total das internações, de forma semelhante ao estado. Já a psiquiatria respondeu por 2,5% das internações, inferior a média de 3,2% do estado (Gráfico 9).

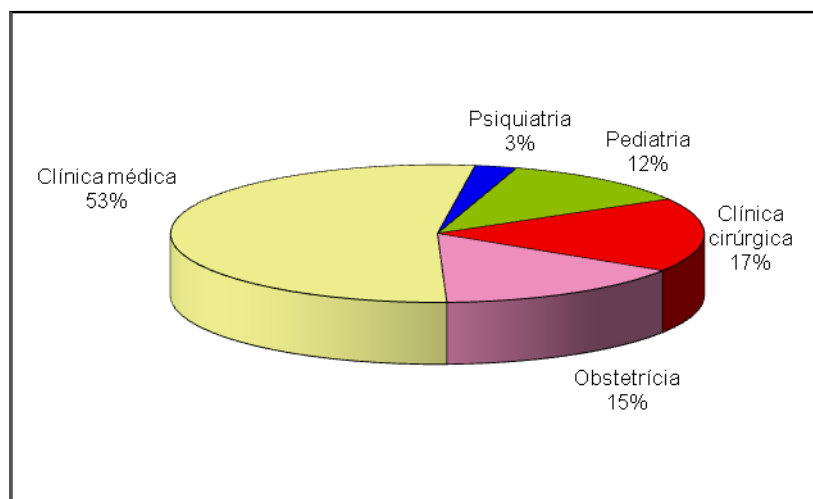


Gráfico 9 - Distribuição proporcional das internações entre os municípios estudados, segundo a especialidade, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Entre as clínicas básicas, a cirurgia foi a única que aumentou no período (21%). Vale ressaltar que apesar de, nesse período, ter sido implantado pelo Ministério da Saúde o mutirão de cirurgias, não foram tais procedimentos que causaram esse aumento e sim os procedimentos de alta complexidade.

Entre as demais clínicas básicas, a pediatria diminuiu 26%, a clínica médica 20% e a obstetrícia 15%. Nota-se semelhança – nesse aspecto – com o perfil do Estado, embora com percentuais diferentes. O estado também apresentou aumento apenas na clínica cirúrgica, de 33% e nas demais clínicas apresentou redução; pediatria reduziu igualmente 26%, clínica médica 13% e obstetrícia 23%. As internações psiquiátricas apresentaram a maior redução no período, cerca de 30%, bem mais que os 13% do estado. A Tabela 13 mostra a evolução das internações por especialidade no decorrer do período e a variação, em percentual, de 2006 relativo a 2000.

Tabela 13 - Distribuição das internações por especialidade entre os municípios estudados, segundo o ano e a variação percentual 2000-2006.

Especialidade	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total	Variação %
Cl. cirúrgica	3128	3626	3497	3663	4245	4284	3790	26233	21.16
Obstetrícia	3655	3485	3345	3205	3316	3018	3117	23141	-14.72
Clínica médica	12800	12800	11900	10953	10786	9980	10197	79416	-20.34
Psiquiatria	757	726	624	399	376	405	531	3818	-29.85
Pediatria	3093	3224	2769	2377	2121	2006	2282	17872	-26.22
Outras	10	11	22	20	43	41	22	169	120.00
Total	23443	23872	22157	20617	20887	19734	19939	150649	-14.95

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Ao se analisar a distribuição das especialidades segundo o local de internação, observa-se comportamento diferenciado (Gráfico 10). Na área de estudo, a clínica médica responde por mais da metade das internações, seguida da obstetrícia e pediatria. Fora da área de estudo, é a clínica cirúrgica que responde por mais da metade dos atendimentos, seguida pela clínica médica e pela pediatria, apontando para a complexidade da organização da regionalização na rede hospitalar e a necessidade de aprofundar a análise por especialidade.

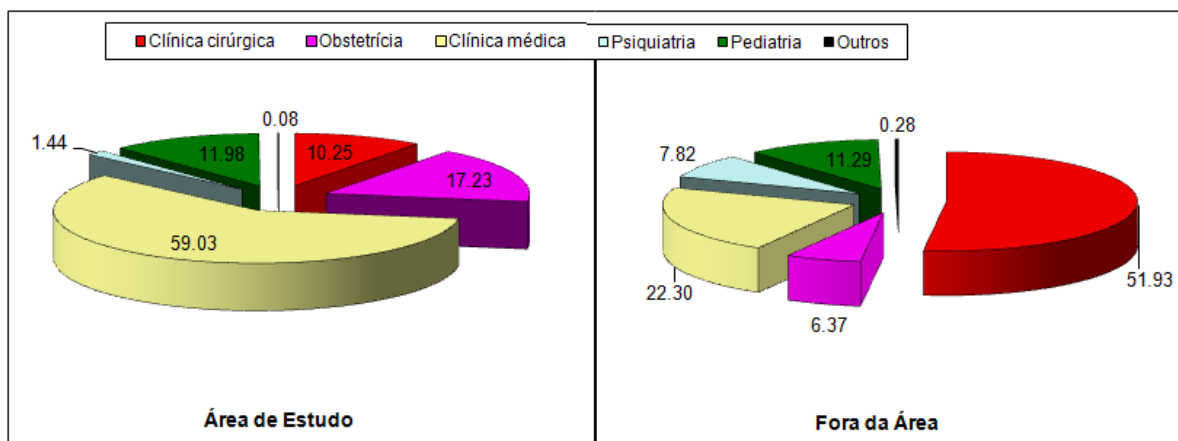


Gráfico 10 – Distribuição das internações segundo o tipo de clínica e o local da internação, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Neste sentido, justifica-se traçar um breve perfil das internações psiquiátricas dos municípios devido ao seu comportamento diferenciado. Entre as premissas da reforma psiquiátrica encontra-se a redução das internações em hospitais psiquiátricos e sua substituição por internações em hospitais gerais. Houve redução de 30% no total de internações psiquiátricas no decorrer do período, bem mais do que os 13% do estado e a proporção de internações em hospitais gerais foi aumentando gradativamente, de 37% em 2000 até 70% em 2006, refletindo mudança no perfil assistencial. No estado, nesse mesmo período passou de 15 para 44%.

São Lourenço do Sul foi município pioneiro na implantação da política de saúde mental no estado, rompendo com o modelo de atenção tradicional e articulando a rede ambulatorial ao hospital geral, onde são realizadas 97,5% das internações psiquiátricas do município. Embora as internações psiquiátricas de São Lourenço do Sul correspondam a 37% das internações psiquiátricas entre os municípios estudados, nesse município as internações apresentaram tendência à redução e o menor tempo médio de internação, nove dias. Entre os demais municípios, o tempo médio foi 24 dias, alcançando 28 e 29 dias quando os pacientes foram encaminhados para Rio Grande ou Pelotas, respectivamente. As internações em hospital geral ocorreram não só em São Lourenço do Sul, ainda que lá tenha se concentrado a grande maioria. Municípios como Camaquã, Canguçu e Dom Feliciano internaram casos psiquiátricos em hospitais gerais, inclusive como referência a municípios vizinhos, sempre com tempo médio de internação inferior aos hospitais psiquiátricos.

É importante lembrar que uma das características desta especialidade é a longa permanência, especialmente quando em hospital psiquiátrico, o que pode aumentar ainda mais

o tempo médio de internação nesses hospitais e que não foi objeto deste estudo. Lembremos, todavia, que uma internação de longa permanência é emitida após esgotar o tempo previsto para uma AIH tipo I, o que não ocorreu nos hospitais gerais, que apresentaram baixo tempo médio. Este fato minimiza o possível viés no tempo médio das internações psiquiátricas em hospitais gerais que porventura possa ter ocorrido na pesquisa devido a exclusão das AIHs tipo 5.

O atendimento psiquiátrico em hospital geral local contribuiu para a redução da necessidade de encaminhamento para outros municípios. São Lourenço do Sul, Canguçu, Dom Feliciano e Camaquã foram os municípios que internaram casos psiquiátricos em hospitais gerais locais refletindo-se nas menores proporções de encaminhamentos para outros municípios no total das internações. A mudança no modelo de atenção em saúde mental é um exemplo de como a adoção de uma política setorial pode se constituir em fator de transformação do acesso e utilização de serviços de saúde. Os mapas de fluxo abaixo mostram as internações psiquiátricas em três anos do período estudado e as proporções de atendimentos da população própria ou referenciada.

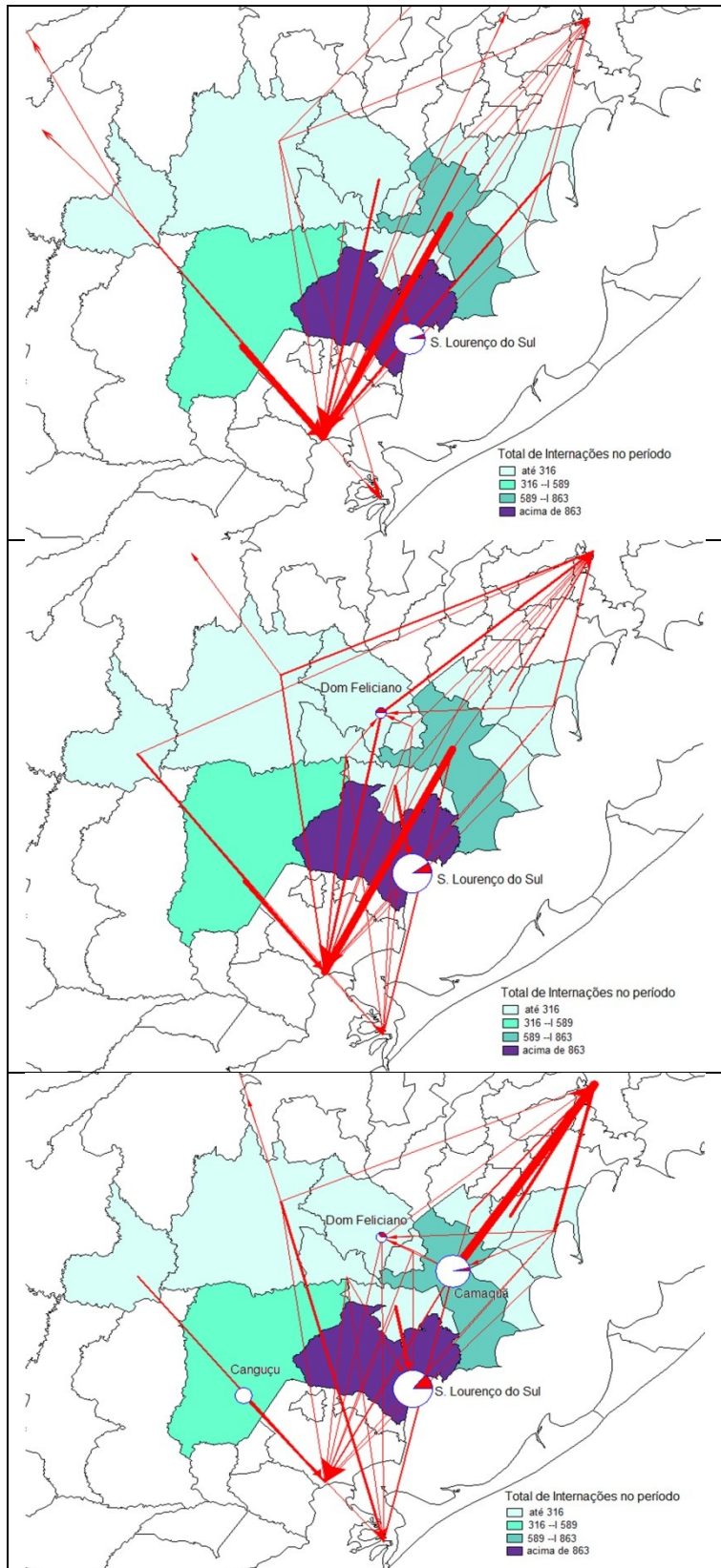


Figura 7 – Fluxos das internações psiquiátricas e proporções de atendimento de população própria e referenciada nos municípios estudados, em 2000, 2003 e 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

A clínica cirúrgica também apresentou comportamento diferenciado, especialmente no que se refere ao incremento ocorrido no decorrer do período, superior a 20%, onde exceto Dom Feliciano todos os demais municípios aumentaram as internações (Gráfico 11).

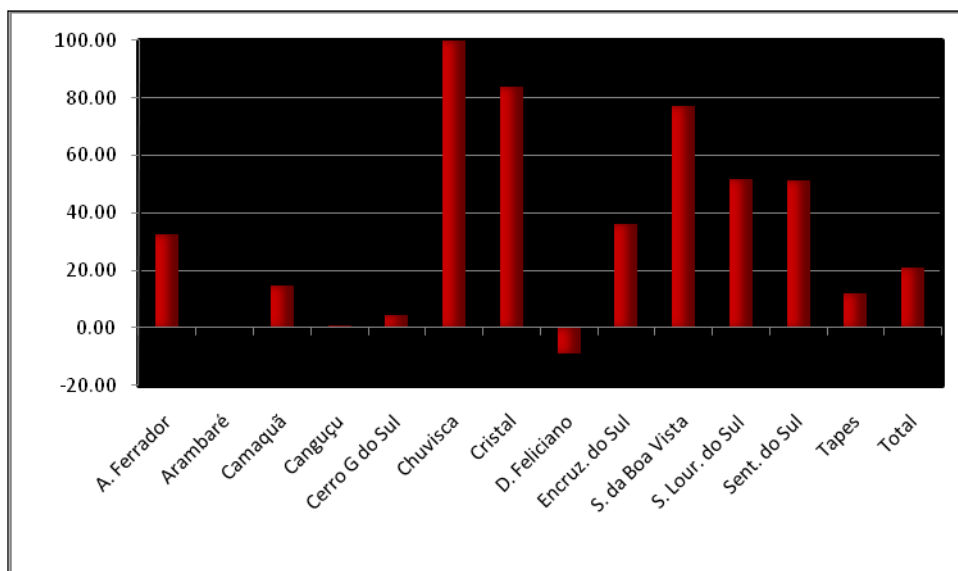


Gráfico 11 – Variação percentual das internações cirúrgicas entre 2000 e 2006, por município.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

As internações cirúrgicas apresentaram grande influência no desempenho da resolutividade local dos municípios, pois mais da metade dessas internações são encaminhadas para fora da área de estudo. Esta clínica engloba uma série de procedimentos muito diversificados e de difícil comparabilidade quanto a sua complexidade e exigência tecnológica para sua realização. Dessa forma, é difícil sua avaliação sem que sejam examinados os diversos procedimentos ali inseridos.

Quanto à complexidade, os procedimentos realizados podem ser classificados em procedimentos de alta complexidade, procedimentos estratégicos e demais procedimentos. Este último grupo é de média complexidade, característica predominante das internações hospitalares; onde se enquadram 96,1% dos casos. Os procedimentos de alta complexidade respondem por 2,7% e os estratégicos por 1,2% das internações.

Relembremos que como os municípios não dispõem de capacidade instalada para procedimentos de alta complexidade, todos foram realizados fora da área de estudo. Dentre a alta complexidade, a maioria dos procedimentos é cirúrgica, geralmente de neurocirurgia ou de cardiologia. Já os estratégicos ocorreram tanto nos municípios de estudo quanto fora deles. Entre estes procedimentos, que também são cirúrgicos, os mais frequentes são as cirurgias de

varizes e de próstata, realizadas durante as campanhas específicas (chamadas de mutirões), em sua maioria (60%) nos próprios municípios. Para fora da região, são encaminhados todos os transplantes, que também pertencem a esta categoria e respondem por 17% dos procedimentos estratégicos. A Tabela 21 (APÊNDICE) especifica todos os procedimentos de alta complexidade e estratégicos e o respectivo volume.

Ainda que o total de internações tenha decrescido no decorrer do período, as internações de alta complexidade aumentaram, praticamente duplicando seu volume, conforme mostram a Tabela 14 e o Gráfico abaixo. O incremento deveu-se, em grande medida, aos procedimentos de cardiologia e ortopedia que triplicaram e à AIDS que quadriplicou.

Tabela 14 - Distribuição das internações nos municípios do estudo por ano, segundo a Complexidade do Procedimento Realizado.

Ano de internação	Complexidade do Procedimento							
	Alta complexidade		Estratégicos		Demais procedimentos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2000	390	1,66	171	0,73	22.882	97,61	23.443	100,00
2001	534	2,24	360	1,51	22.978	96,26	23.872	100,00
2002	533	2,41	254	1,15	21.370	96,45	22.157	100,00
2003	567	2,75	285	1,38	19.765	95,87	20.617	100,00
2004	630	3,02	323	1,55	19.934	95,44	20.887	100,00
2005	701	3,55	279	1,41	18.754	95,03	19.734	100,00
2006	743	3,73	83	0,42	19.113	95,86	19.939	100,00
Total	4.098	2,76	1.755	1,16	144.796	96,07	150.649	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

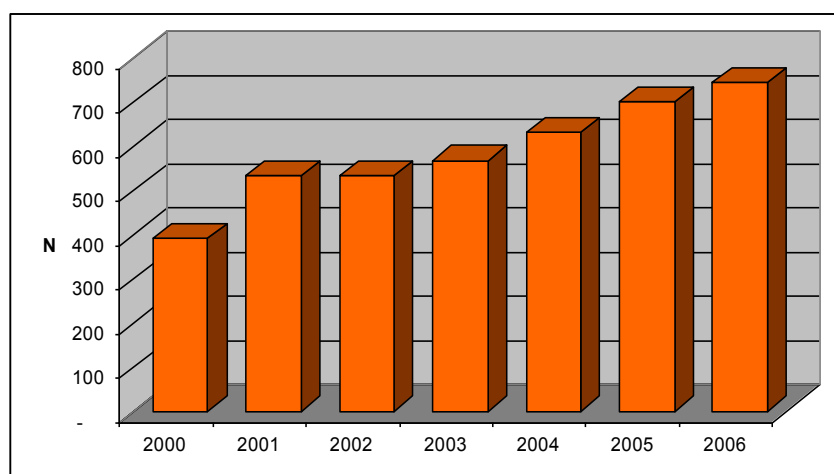


Gráfico 12 – Evolução das internações de alta complexidade nos municípios do estudo, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

4.2.2 Fluxos de internações de média complexidade

O maior volume de internações hospitalares corresponde às internações de média complexidade, responsáveis pelo decréscimo no total de internações que vem ocorrendo na área estudada e em todo o País. Essa redução ocorreu entre as internações realizadas dentro dos municípios que, gradativamente, tiveram diminuída sua proporção de atendimento; reduzida sua capacidade resolutiva. As internações encaminhadas para outros locais apresentaram declínio até 2003 e depois voltaram a aumentar. A Figura 8 demonstra essa situação e aponta para uma dificuldade da regionalização: a proporção de internações locais diminuiu com o decorrer do tempo e aumentou a dependência de outros municípios.

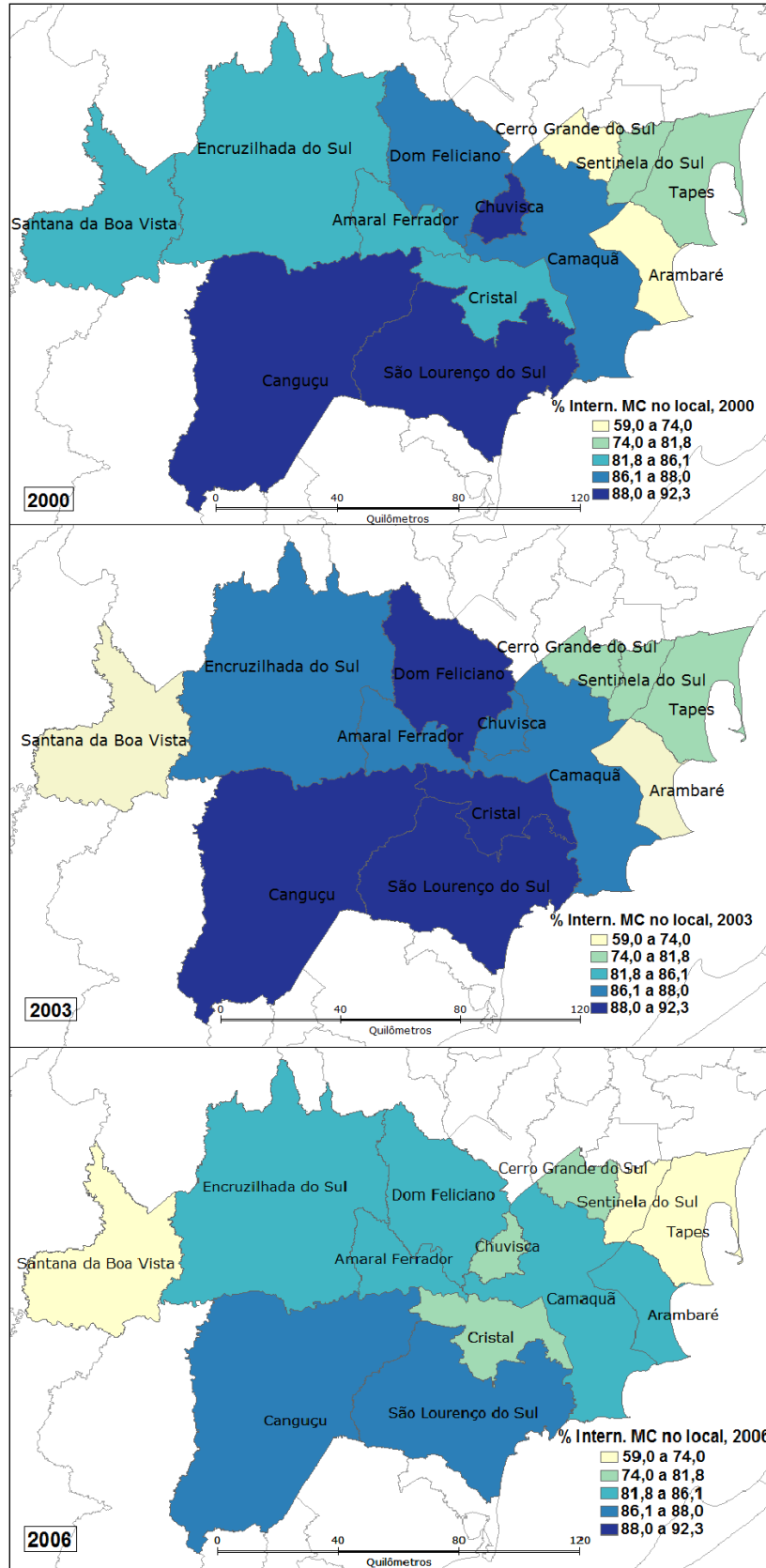


Figura 8 - Proporção de atendimento de média complexidade realizada dentro dos municípios estudados, 2000, 2003 e 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Para análise do comportamento deste grande volume de internações hospitalares, foi utilizado, prioritariamente, o estudo dos fluxos. Nesse estudo, os mapas simulam os movimentos que os pacientes fazem na busca por atendimento em saúde, mostrando seu município de origem, destino, direção e a intensidade dos trajetos.

O fluxo dominante ou fluxo preferencial é o maior fluxo que o município encaminha depois de esgotadas as possibilidades no local e dirige-se ao município de referência mais utilizado para aquele tipo de atendimento. Este tipo de fluxo permite identificar o arcabouço da rede de ligações e a presença de mais de um polo de atração em uma região.⁴⁷ Entre os municípios que possuem hospital, o fluxo dominante ocorreu para o município polo da sua respectiva macrorregião, demonstrando que depois de esgotadas as possibilidades de atendimento local a primeira opção de encaminhamento é para Pelotas ou Porto Alegre. Exceção é Encruzilhada do Sul que se reporta a Porto Alegre, polo de outra macrorregião, e não a Cachoeira do Sul para as internações de média complexidade.

Na microrregião Costa Doce Sul, que possui quatro municípios com hospitais, dois deles encaminharam preferencialmente para Camaquã, onde está o hospital regional. Estes dois municípios (Dom Feliciano e Amaral Ferrador) têm hospital microrregional e unidade mista, respectivamente. O terceiro município – Tapes – possui um hospital local e apresentou como fluxo dominante Porto Alegre.

Ainda nesta microrregião, entre os municípios que não possuem hospital, o fluxo dominante se deu para um município da própria microrregião. Exceção é Cristal que, embora faça parte da microrregião Costa Doce Sul, não encaminha pacientes para Camaquã, município sede da microrregião e com o qual faz fronteira e sim para São Lourenço do Sul, município de outra microrregião próxima. A origem emancipatória do município de Cristal é Camaquã, o que talvez tenha influenciado a definição sobre a vinculação a esta microrregião no PDR, ainda que seu fluxo dominante seja para São Lourenço do Sul, com o qual também faz fronteira. A Figura 9 ilustra o fluxo dominante dos atendimentos de média complexidade no período para cada um dos treze municípios estudados.

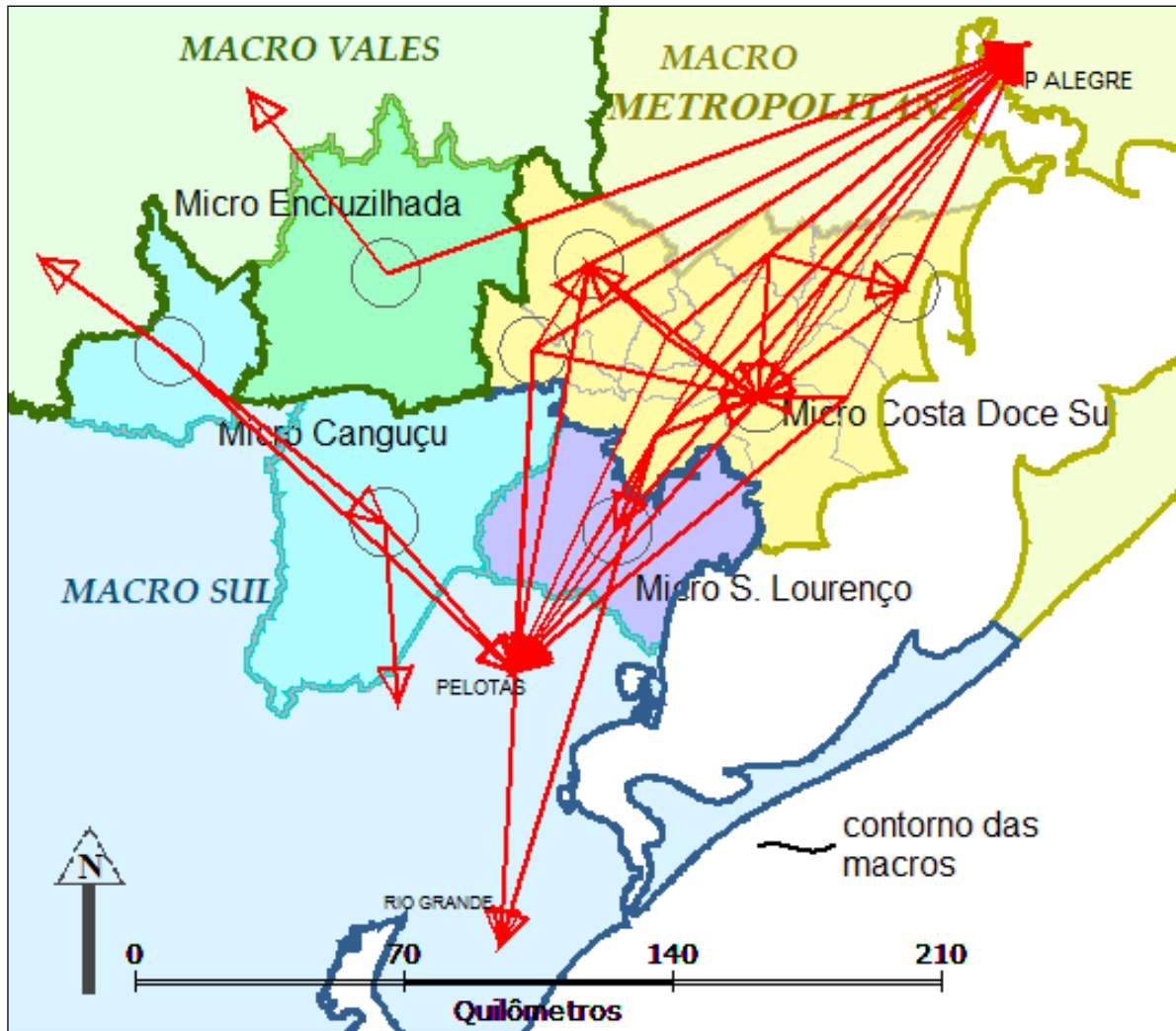


Figura 10 – Fluxos das internações de Média Complexidade, 2000 a 2006.
 Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

A análise desse comportamento no decorrer do período nos permite examinar se e de que forma o processo de regionalização e seu instrumento organizacional, o PDR, influenciou os referenciamentos hospitalares de média complexidade nos municípios estudados. O processo de regionalização da atenção à saúde teve início em 1998 com a definição das sete macrorregiões de saúde. Como dito anteriormente, em 1999 o processo avançou para a definição das demais estruturas hierárquicas que configuraram o desenho em microrregiões e módulos assistenciais. O PDR expressou esse desenho em 2002 quando, oficialmente, entrou em vigor.

Ao estudarmos o período de 2000 a 2006, estamos abarcando alguns momentos importantes para o processo de regionalização da saúde no estado do Rio Grande do Sul. Compreendemos na análise o momento de discussão inicial, a fase transicional e de definições, a apresentação formal do documento que expressa toda essa rica experiência, o

momento de implementação e um pouco da continuidade desse processo de regionalização da saúde.

Inicialmente, no ano 2000, o fluxo das internações de média complexidade mostrava Camaquã atendendo, em algum grau, aos municípios de sua microrregião e as demais internações polarizadas entre Porto Alegre e Pelotas. Os demais municípios estudados encaminhavam para Pelotas os casos não resolvidos no local, exceto Encruzilhada do Sul que encaminhava diretamente a Porto Alegre.

Em 2002, ano da oficialização do PDR, há um aumento de fluxo de internações demonstrando uma pulverização e um movimento entre os municípios na busca por novos locais que atendam a seus usuários. Houve encaminhamentos para municípios variados, internos e externos ao desenho de microrregião concebido. Nesse ano, observa-se que Canguçu, com um hospital microrregional, começou a atender demandas de outros municípios. Surge nesse cenário Rio Grande, atendendo a pacientes de municípios da sua microrregião (Sul) e também a municípios da microrregião Metropolitana.

Em 2003, os fluxos diminuem e continuam polarizados para Pelotas e Porto Alegre. No ano seguinte, continuam diminuindo; embora permaneça a polarização para as duas cidades polo, Pelotas também apresenta redução no número de municípios para os quais serve como referência.

Em 2006, Pelotas reduz mais ainda o atendimento e Rio Grande expande seus fluxos ao servir como referência para novos municípios.

Numa análise longitudinal dos fluxos desse período, nota-se que Canguçu se consolida como hospital microrregional, atendendo os pacientes de Santana da Boa Vista.

Na microrregião Costa Doce Sul o município de Camaquã manteve-se como referência para os demais municípios de sua microrregião durante todo o período. Já Dom Feliciano, que atuava como hospital microrregional até 2003 atendendo municípios vizinhos, foi reduzindo os atendimentos até que em 2006 atendeu somente a sua própria população.

Constata-se que o município de Rio Grande foi se consolidando como alternativa para os municípios não só das microrregiões pertencentes à microrregião Sul, como também a Costa Doce Sul, da microrregião Metropolitana.

A redução dos fluxos para Pelotas ocorreu entre os municípios da microrregião Costa Doce Sul, os quais não são a ela adscritos. Este fato aponta para três possibilidades. Na primeira, os municípios foram gradativamente consolidando seu fluxo para sua cidade polo, Porto Alegre, e reduziram os encaminhamentos para Pelotas, conforme proposto pelo desenho do PDR. Na segunda possibilidade, Pelotas pode ter dificultado o acesso de pacientes desses

municípios à sua rede, forçando uma redução no fluxo. A terceira pode estar relacionada a entrada de Rio Grande no circuito de média complexidade. Embora este município esteja a mais de 60 km distante de Pelotas, grande parte do fluxo dele se origina entre os municípios da microrregião Costa Doce Sul. Neste caso, os municípios estariam substituindo os encaminhamentos que originalmente eram para Pelotas pelos de Rio Grande, mas mantendo fluxos com outra macrorregião.

O processo de regionalização não demonstrou modificações importantes no fluxo das interações de média complexidade. A implantação da regionalização causou uma desorganização inicial nos fluxos de encaminhamentos de interações, pulverizando e aumentando as possibilidades de outros municípios participarem da rede de atendimento em média complexidade. Com o passar do tempo, os fluxos tenderam a se reduzir e a se dirigir para macrorregiões distintas da qual pertence o município, conforme ocorria antes da implantação do PDR. Isso ocorreu especialmente entre os municípios da microrregião Costa Doce Sul que mantiveram fluxos com Pelotas e iniciaram fluxos com Rio Grande, ambos de outra macrorregião.

Na Figura 11, apresentamos mapas de alguns anos que expressam a evolução dos fluxos de interações de média complexidade acima comentados.

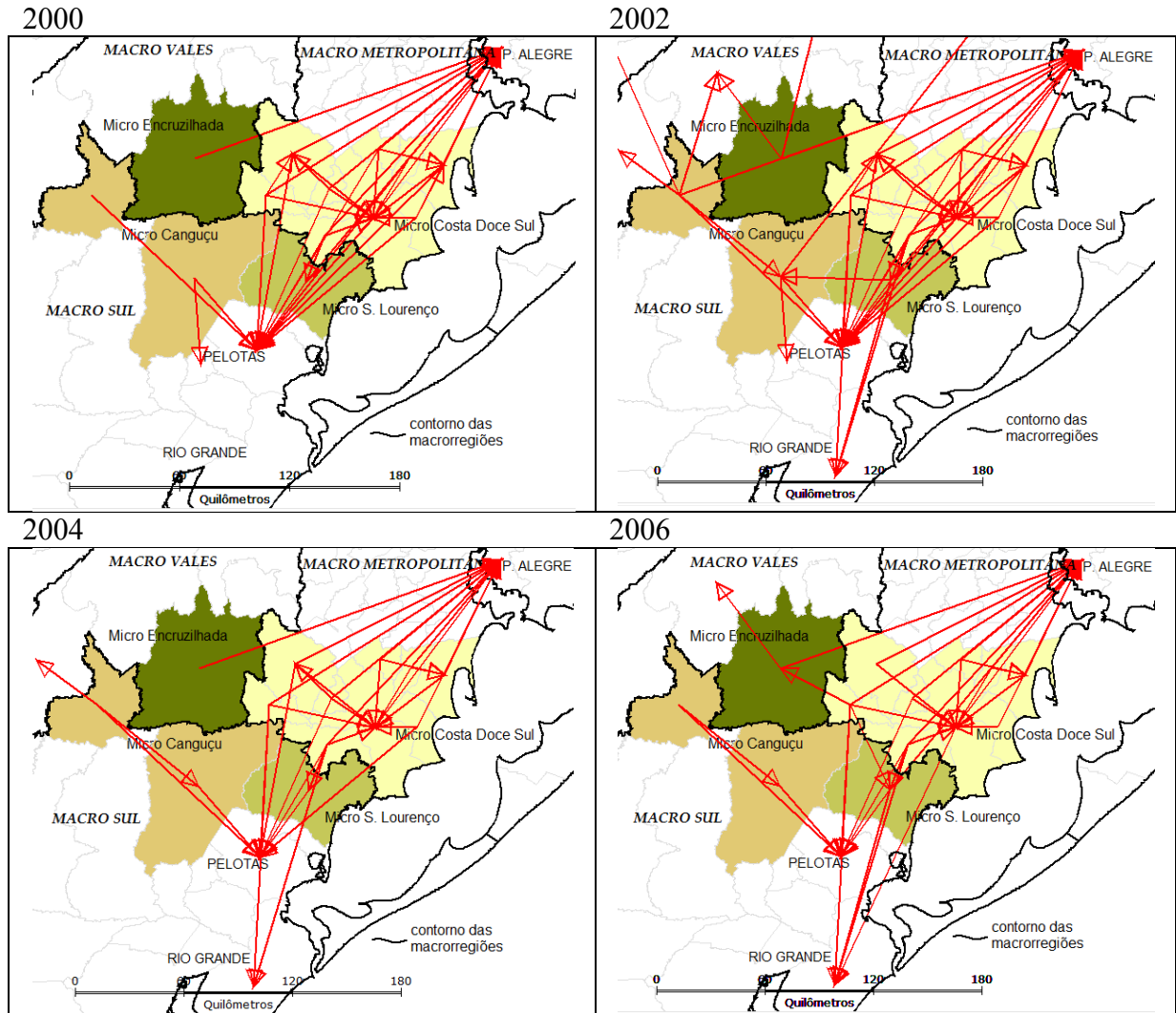


Figura 11 – Fluxo das internações de média complexidade dos municípios estudados, em 2000, 2002, 2004 e 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Passemos, então, a nos debruçar sobre as internações realizadas dentro dos municípios da área de estudo. O Quadro 4 e a Figura 12 representam a matriz e o fluxo de 99% das internações dentro da área de estudo. Fica explícita a centralidade de Camaquã, os fluxos entre os demais municípios e aponta para a existência de homogeneidade interna e heterogeneidade externa das microrregiões, princípios a serem considerados na definição do desenho da regionalização.

A definição do conjunto de municípios que compõem uma microrregião envolve noção de agrupamento de semelhantes num dado território, que se caracteriza pela busca da homogeneidade interna e heterogeneidade externa. Como homogeneidade interna, compreende-se a seleção de critérios a serem utilizados na concepção do sistema de forma a delimitar um território com uniformidade de certas características.⁷²

A heterogeneidade externa dá-se no limite dessa uniformidade, onde, a partir daí, as diferenças serão maiores que as igualdades levando à delimitação de um novo território. Entendemos que as variáveis escolhidas como critério para a definição do desenho da regionalização foram parcialmente suficientes para garantir a homogeneidade microrregional, o que se expressou na forma como ocorreram os fluxos das internações hospitalares dentro os municípios, com intensa comunicabilidade entre os municípios de uma dada microrregião. Por outro lado, a heterogeneidade externa também foi parcialmente alcançada, pois as microrregiões apresentaram diferenças inter-regionais, com pouco ou nenhum fluxo entre si.

Município de residência	Município de atendimento							
	A. Ferrador	Camaquã	Canguçu	D. Feliciano	Encruz. do Sul	Santana B.Vista	S. Lour. Sul	Tapes
Amaral Ferrador	57	38		3	1		2	
Arambaré		98						2
Camaquã		100						
Canguçu			100					
Cerro G. do Sul		76						24
Chувиска		81		18				
Cristal		47					52	
Dom Feliciano		12		87				
Encruz. do Sul					100			
Santana da B.Vista			5			95		
S.Lour. do Sul							99	
Sentinela do Sul		55						45
Tapes		10						90

Quadro 4 – Distribuição percentual de procedimentos de média complexidade realizados dentro da área de estudo, segundo o município de origem e o de atendimento, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

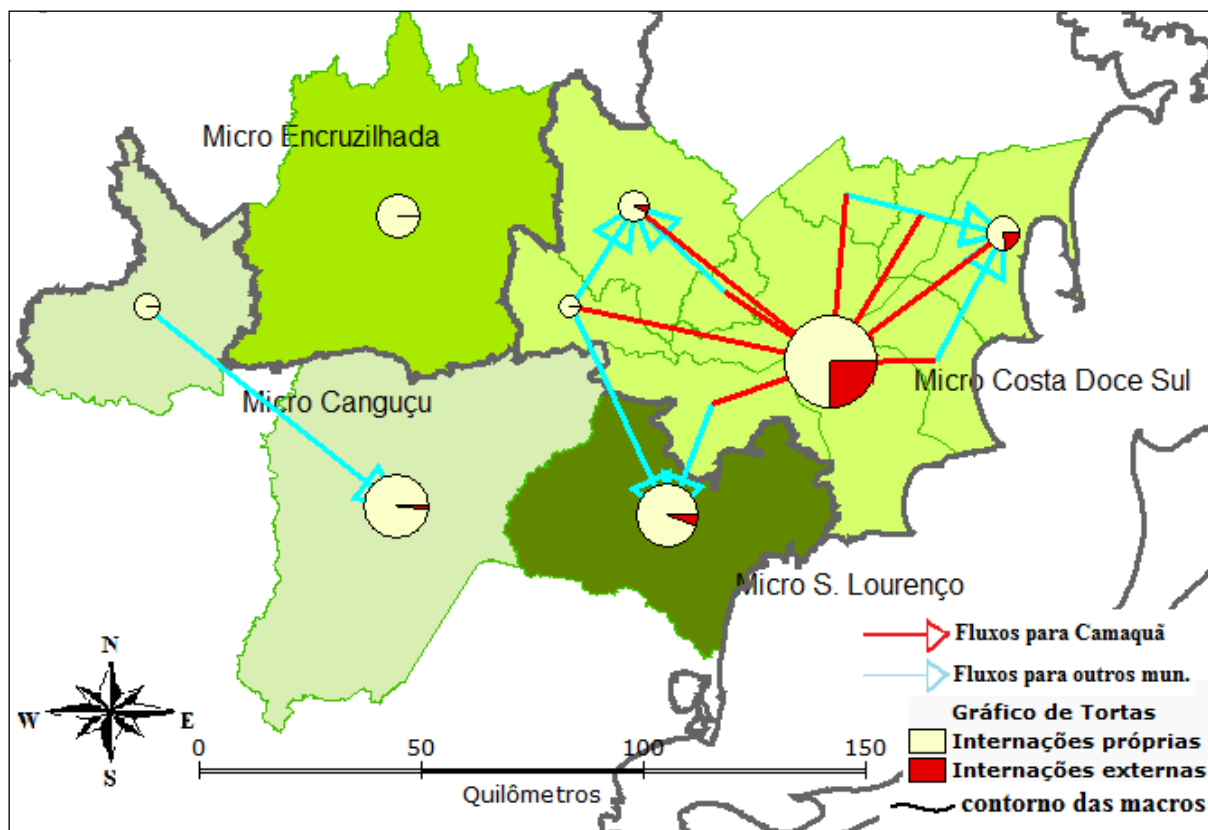


Figura 12 – Fluxos das internações de média complexidade realizadas dentro da área de estudo, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Para analisarmos também o comportamento desses hospitais no que diz respeito à sua tipologia no PDR, fazem-se necessárias tanto a atenção ao desenho concebido de microrregiões de saúde quanto à origem dos pacientes que cada hospital atendeu. Para esta análise, utilizamos o total de registros que compuseram o banco de dados da pesquisa, 155.554 internações, pois analisamos segundo o local de internação.

Entre todos os hospitais, Camaquã foi um dos que mais atendeu pacientes de outros municípios. A proporção de atendimento a outros municípios apresentou crescimento no decorrer do período, variando de 20 para 26%. A maior parte destes foi para usuários de municípios de sua própria microrregião, 24%. Foi o hospital com maior volume de internações e para o mais amplo conjunto de municípios. Sua classificação no PDR como hospital regional pressupõe a oferta de atendimento 24 horas em traumato-ortopedia e outras duas especialidades além de leitos em UTI geral e/ou pediátrica, critérios que ele não atende. Assim, embora com o maior volume de atendimento, este hospital não apresentou o desempenho global esperado para um hospital regional e reduziu em 21% o total de internações realizadas no período.

Ainda dentro dessa microrregião o hospital de Dom Feliciano, considerado microrregional, reduziu em 36% as internações no período e atendeu 89% das vezes sua própria população. Inicialmente atendia aos usuários de Chuvisca, para o qual atuava como o segundo local de referência, mas ao final do período passou a atender quase que somente a sua própria população.

Nessa microrregião, há ainda dois outros hospitais – localizados em Amaral Ferrador e Tapes – considerados unidade mista e hospital local no PDR. Amaral Ferrador confirma-se como unidade mista ao internar pacientes somente de seu município e diminuiu o volume de atendimento em 41% no período. O hospital de Tapes, classificado como local, foi o que mais pacientes externos atendeu: 28%. Este hospital funcionou como referência para outros três municípios (dois da mesma microrregião) servindo como segunda alternativa de encaminhamento, logo após Camaquã. Entretanto, o volume de atendimento foi se reduzindo no decorrer do período, de forma que em 2006 atendeu a metade dos pacientes de 2000.

São Lourenço do Sul – que possui dois hospitais, um local e outro microrregional – em 91% das internações atende a sua própria população e em 5% Cristal, para o qual é a principal referência, apesar deste município pertencer à outra microrregião (e também a outra macrorregião). Enquanto o total geral de internações apresentou redução de 15% no período 2000 a 2006, este hospital foi o que apresentou a menor variação, reduzindo em apenas 5% o número de internações. Além disso, aumentou a proporção (embora pequena, de 5,7% para 6,6%) de atendimento a usuários de outros municípios. As internações cirúrgicas, que aumentaram no período, foram responsáveis pela baixa redução nas internações deste hospital.

Canguçu, com um hospital microrregional, reduziu em 12% o volume de internações. Atendeu em 91% das vezes à sua própria população; no restante, atendeu em sua maioria pacientes de Piratini (1,9%), São Lourenço (0,8%), Morro Redondo e Santana da Boa Vista (0,7% para cada um). Para Santana da Boa Vista, único desses municípios que pertence à mesma microrregião, o atendimento cresceu até 2004; desde então, diminuiu significativamente. Embora não sejam objeto desta pesquisa as internações de municípios fora da área de estudo, fomos buscar no banco de dados primários de internações, onde constam todas as internações do Estado e do qual foram extraídas as internações que deram origem ao banco desta pesquisa, informações acerca dos municípios para os quais Canguçu foi referência a fim de avaliar o desenho desta microrregião. Nesta análise complementar, detectamos que Canguçu é o município de referência para Piratini em 4% das suas internações e que não há fluxo desse município com os demais municípios de sua microrregião. O maior

fluxo deste município (fluxo dominante) é para Pelotas, polo da sua microrregião. Considerando-se estas informações e também que o fluxo de atendimento de Canguçu aos municípios de Piratini foi aumentando no decorrer do período, sugere-se uma reavaliação da microrregião de Canguçu, com a possibilidade de incorporação de Piratini.

Santana da Boa Vista, com um hospital local atende somente a seus próprios moradores e reduziu em 47% o total de internações no período.

Encruzilhada do Sul, que faz parte de uma microrregião da qual os demais municípios não foram estudados, possui um hospital microrregional, mas 98% dos seus atendimentos foram para seus próprios moradores. Também reduziu as internações (14%) no período analisado.

A dinâmica apresentada pelos hospitais demonstra que a regionalização não apresentou reflexos positivos no seu desempenho. Os hospitais não só reduziram o total de internações realizadas como também a proporção de atendimentos para outros municípios de suas respectivas microrregiões, refletindo-se na menor utilização dos serviços e no aumento da dificuldade de acesso devido à necessidade de buscar atendimento em outros locais mais distantes e mais onerosos ao gestor, ao usuário e aos seus familiares. Outros estudos se fazem necessários para identificar fatores que possam estar influenciando ou determinando tal comportamento, que se expressa na lógica inversa da racionalidade da utilização da capacidade instalada dos serviços e da proposta de regionalização da saúde.

Por fim, dada a diversidade dos fluxos de média complexidade, cabe-nos examinar com maior acurácia aqueles procedimentos que representam o maior volume dessas internações. Numa distribuição frequencial dos procedimentos de média complexidade, observa-se que os 42 mais frequentes respondem individualmente por no mínimo 0,5% das internações e juntos totalizam aproximadamente 70% do total (Tabela 22, em APÊNDICE). Destes, 93% são realizados dentro da área de estudo e 7% são encaminhados para outros locais. Desta forma, é possível afirmar que a maior parte das internações de média complexidade ocorre no nível regional, demonstrando haver capacidade resolutiva desses hospitais para este nível de complexidade.

A dependência externa concentra-se na clínica cirúrgica, onde alguns procedimentos de alta frequência como colecistectomia, laparotomia exploratória e herniorrafia são encaminhados para outros locais, ainda que em proporção inferior a 40%. Somente dois procedimentos – deste rol de 42 – são encaminhados em mais de 50% das vezes para fora da área: um obstétrico (cesárea em hospital Amigo da Criança) e outro clínico (intercorrências clínicas de oncologia). Estes dados nos permitem concluir que há capacidade instalada para

aumentar a autossuficiência dos municípios na média complexidade. A manutenção do número de leitos hospitalares no período e a baixa taxa de ocupação hospitalar do estado (54,2%) são indicadores que corroboram esta afirmação e também apontam para a necessidade de outros estudos que aprofundem fatores associados a este desempenho.

Na área de gineco-obstetrícia selecionamos exclusivamente as categorias parto normal* e cesárea**. O número total de partos normais foi reduzindo gradual e continuamente no decorrer do período, mas aumentou a proporção de encaminhamentos para fora dos municípios. O número de cesáreas manteve-se estável no período, mas também foi aumentando a proporção fora da área estudada. Independentemente do volume total de partos ou de cesáreas, os municípios foram – ano a ano – reduzindo sua capacidade de atendê-los no local (Gráfico 13). Apesar da política do Ministério da Saúde para a área da saúde da mulher preconizar que a mulher saiba e reconheça o local do parto assim que inicie o pré-natal, cada vez mais as mulheres tiveram seus filhos longe da residência, embora sejam gestações normais, sem perfil de alto risco. Na obstetrícia, assim como na clínica cirúrgica com capacidade para atender a essa demanda, detecta-se aumento na dificuldade no acesso das pacientes.

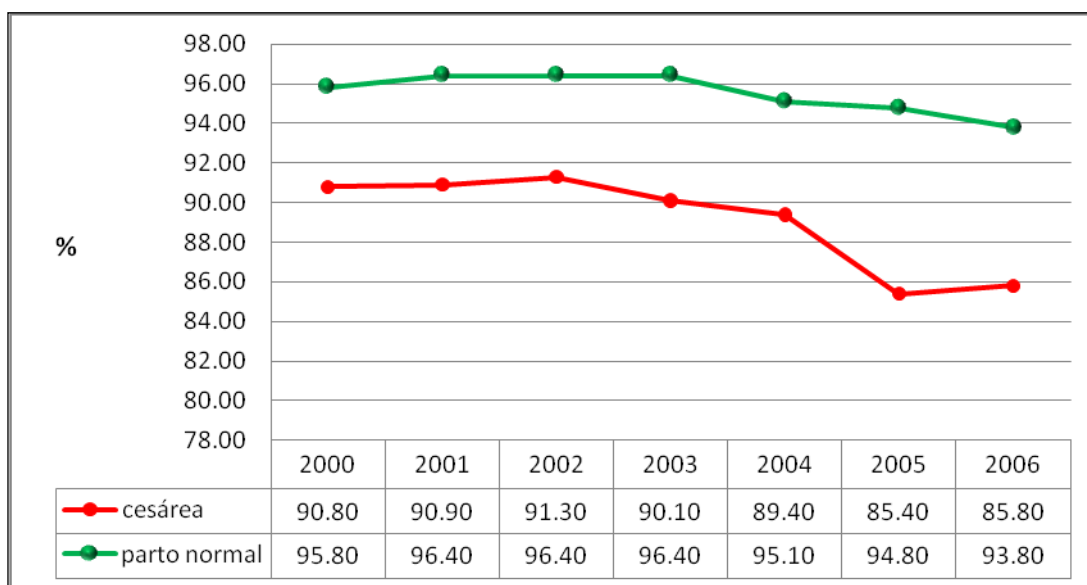


Gráfico 13 – Proporção de cesárea e parto normal realizados na área de estudo, 2000 a 2006.
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

* Dentro da categoria *parto normal*, ocorreram os seguintes procedimentos: 35001011, 35006013, 35021012 e 35025018.

** Dentro da categoria *cesárea*, ocorreram procedimentos com os seguintes códigos: 35009012, 35022019, 35026014, 35082011 e 35084014.

Afinal, se há capacidade disponível nos hospitais porque uma internação é desnecessariamente encaminhada para fora? A melhoria desse desempenho está relacionada a um aumento na proporção de realização dos procedimentos cirúrgicos mais simples e frequentes e ao parto normal e cesáreo de baixo risco para os quais os hospitais demonstraram capacidade resolutive, especialmente o hospital regional de Camaquã. A potencialização da capacidade instalada para a realização somente destes procedimentos considerados de alta frequência e baixa complexidade dentro dos municípios facilitaria o acesso hospitalar a aproximadamente 7.000 usuários, que não precisaram se locomover para além do município vizinho para obter um atendimento hospitalar. Este volume de atendimentos impactaria cerca de cinco pontos percentuais no total de internações dos municípios estudados elevando a proporção de atendimento local de 85 para 90%.

4.2.3 Fluxos de internações de alta complexidade

Os atendimentos de alta complexidade se concentraram em dois municípios, Porto Alegre e Pelotas. Cachoeira do Sul – cidade polo da macrorregião Vales e a qual pertence o município Encruzilhada do Sul – não se caracterizou como polo, 94% das internações de alta complexidade deste município foram encaminhadas para Porto Alegre. Os motivos pelos quais Cachoeira do Sul não se consolidou como polo não são objetos deste estudo; este município não faz parte da pesquisa, mas podem estar relacionados à falta de capacidade instalada para ofertar o serviço ou à dificuldade de acesso de pacientes de outros municípios gerado pelo tipo de gestão municipal adotado (GPSM). O Quadro 5 representa a matriz de internações de alta complexidade entre os municípios.

Município de residência	Município de atendimento				
	Cachoeira do Sul	Pelotas	Porto Alegre	Rio Grande	Outros
Amaral Ferrador		22	48	2	
Arambaré		5	83		
Camaquã		109	1042	41	6
Canguçu		557	92	33	12
Cerro G do Sul			168		1
Chувиска		3	51	2	2
Cristal		43	63	9	
Dom Feliciano		14	169	6	3
Encruzilhada do Sul	8	1	399	1	15
Santana da B. Vista		54	13	10	1
S. Lourenço do Sul		331	132	59	10
Sentinela do Sul			82		
Tapes		3	393		

Quadro 5 – Distribuição das internações de alta complexidade segundo o município de origem e o município de atendimento, 2000 a 2006.

*Em **sombreado** consta o município polo referência da respectiva macrorregião.*

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Segundo o PDR, Porto Alegre é polo para os municípios da microrregião Costa Doce Sul, tendo recebido a maior parte das internações em AC deles, mas somente a quatro municípios atendeu o mínimo de 90% das internações. Esperava-se que Porto Alegre – capital e detentora da maior capacidade instalada em alta complexidade no estado – atendesse a toda demanda dos municípios de sua própria macrorregião, o que não se confirmou.

Pelotas é polo para as microrregiões Canguçu e São Lourenço do Sul e para as duas atendeu a maioria das internações de AC, variando entre 60 e 80%.

O envio de grande parte das internações para o município polo ao qual se reportam hierarquicamente não evitou que os municípios utilizassem os serviços de outro município polo. Há municípios da microrregião Costa Doce Sul enviando pacientes para Pelotas e municípios das microrregiões Canguçu e São Lourenço enviando para Porto Alegre. Porto Alegre não apresentou a suficiência esperada no atendimento aos municípios a ela referenciados no PDR, mas atendeu muitos municípios de outras macrorregiões (Figura 13).

As internações em alta complexidade apresentaram crescimento contínuo, praticamente dobrando no decorrer do período, de forma diferenciada entre os municípios-referência (Tabela 15). Porto Alegre aumentou o recebimento de pacientes em 77,7%, Pelotas oscilou, com tendência a diminuir. Neste contexto, surgiu Rio Grande, município da macrorregião Sul próximo a Pelotas e que, no decorrer do período, começou a realizar internações de alta complexidade para alguns municípios de microrregiões próximas e até

para municípios de outras microrregiões pertencentes à macrorregião Metropolitana, como Amaral Ferrador e Chuvisca. A Figura 13 mostra uma tendência à consolidação dos fluxos de alta complexidade para Porto Alegre, a desconstrução dos fluxos para Pelotas e o surgimento, ainda incipiente em termos de volume, de Rio Grande.

Tabela 15 – Distribuição das internações de alta complexidade por ano e local de internação, 2000 a 2006.

Mun. de internação	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total	%Total
Porto Alegre	278	343	348	360	421	491	494	2735	66.74
Pelotas	108	183	174	184	182	158	153	1142	27.87
Rio Grande	1	3	3	10	21	39	86	163	3.98
Outros	3	5	8	13	6	13	10	58	1.42
Total	390	534	533	567	630	701	743	4098	100.01

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

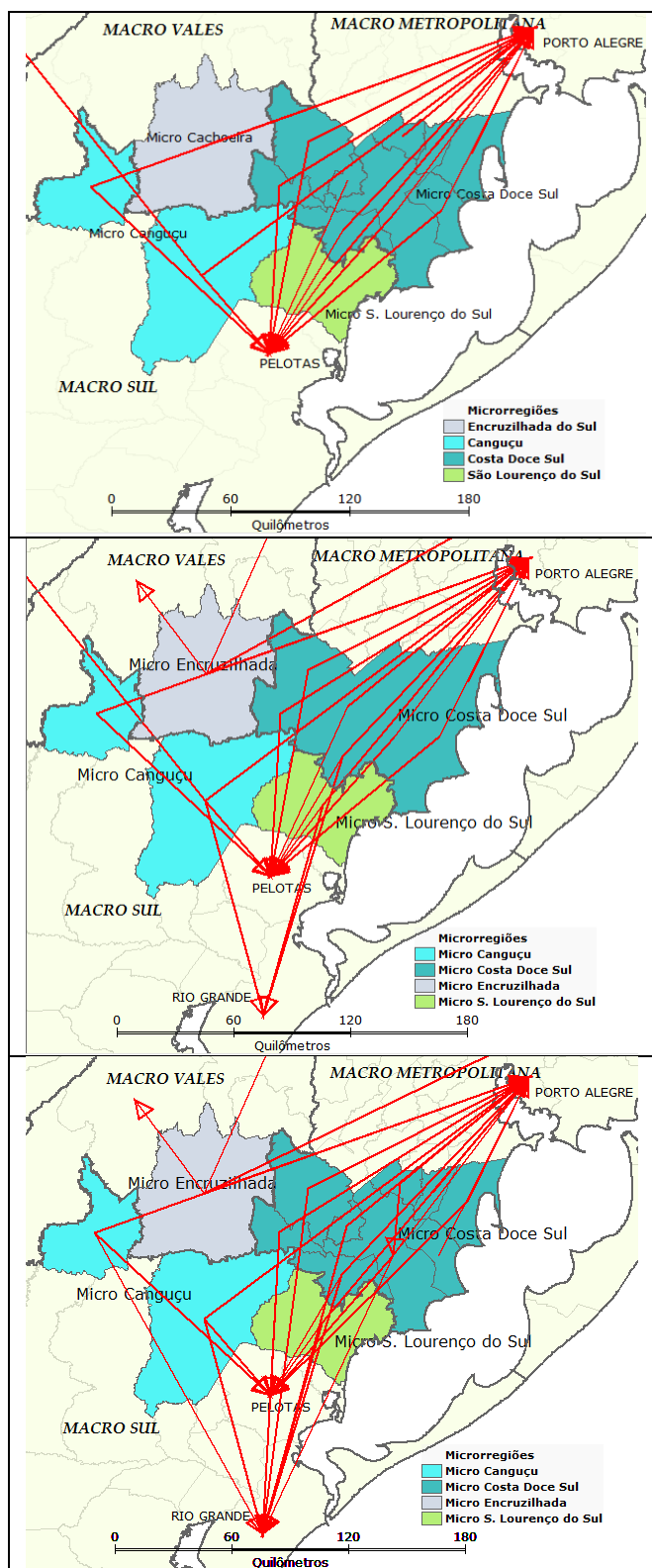


Figura 13- Fluxos do total de internações em alta complexidade dos municípios estudados, em 2000, 2003 e 2006.
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Numa análise segundo os tipos, a neurocirurgia foi o atendimento mais frequente (36%), seguido das cirurgias cardíacas (33%) e dos atendimentos em oncologia (21%), que engloba cirúrgica oncológica, radioterapia cirúrgica, quimioterapia e iodoterapia. Juntos, estes três tipos respondem por mais de 90% dos atendimentos de alta complexidade. Todos apresentaram crescimento contínuo; entretanto, as cirurgias cardíacas triplicaram no período.

A Figura 14 mostra os fluxos da neurocirurgia para Porto Alegre e Pelotas. Observa-se que alguns municípios da macrorregião Metropolitana utilizam os serviços de Pelotas também.

A Figura 15 mostra os fluxos das cirurgias cardíacas polarizados entre Porto Alegre e Pelotas. Nesta especialidade, diversos municípios da macrorregião Metropolitana utilizam os serviços de Pelotas e surge no cenário Rio Grande que começou a realizar estes procedimentos a partir de 2004.

A Figura 16 mostra os fluxos das neoplasias mais rarefeito e polarizado em Porto Alegre; Pelotas atende parcialmente a seus municípios. Os municípios da macrorregião Sul encaminham pacientes que precisam deste tipo de serviço para a capital porque Pelotas atende apenas tumores cerebrais. Internações para quimioterapia, que constituem 22% dos atendimentos em neoplasias, não estão disponíveis em Pelotas para atender às necessidades dos municípios das microrregiões São Lourenço do Sul e Canguçu.

Encruzilhada do Sul pertencente à macrorregião Vales encaminhou os pacientes dessas três especialidades para Porto Alegre demonstrando que Cachoeira do Sul, sede da macrorregião, não atende à demanda de procedimentos de alta complexidade.

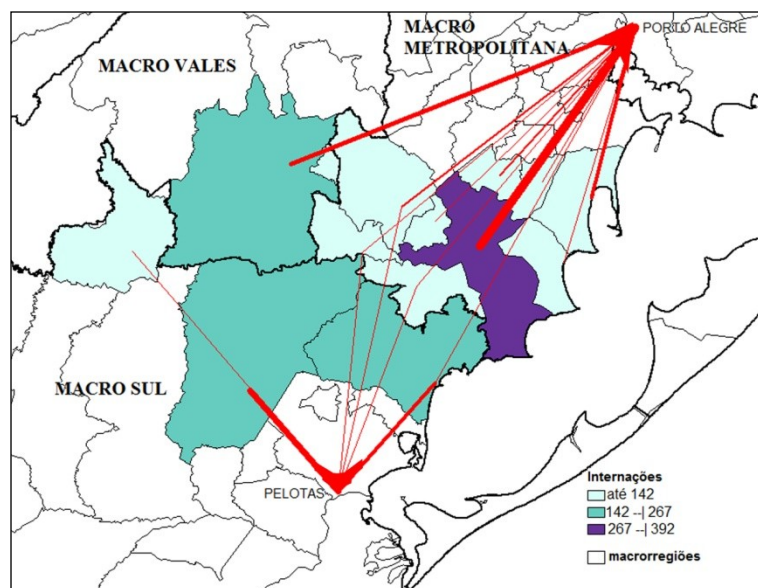


Figura 14 - Fluxos dos procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia dos municípios estudados, de 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

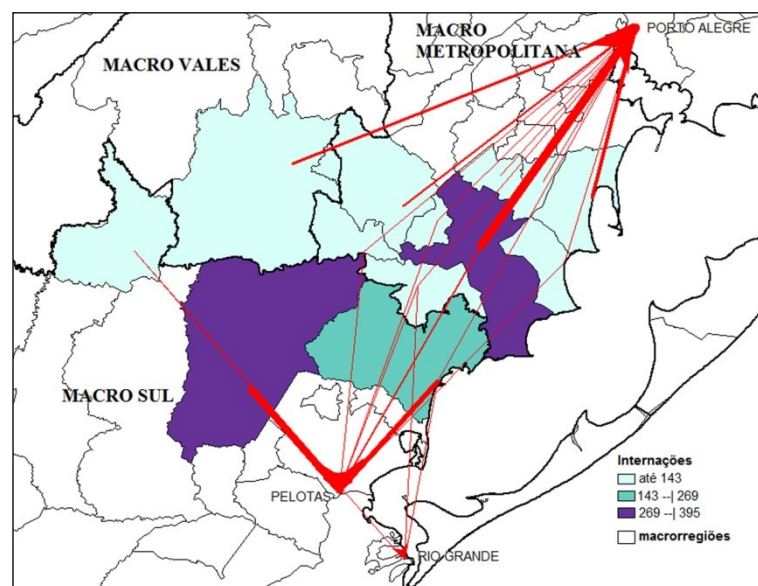


Figura 15 – Fluxos dos procedimentos de alta complexidade em cardiologia dos municípios estudados, de 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

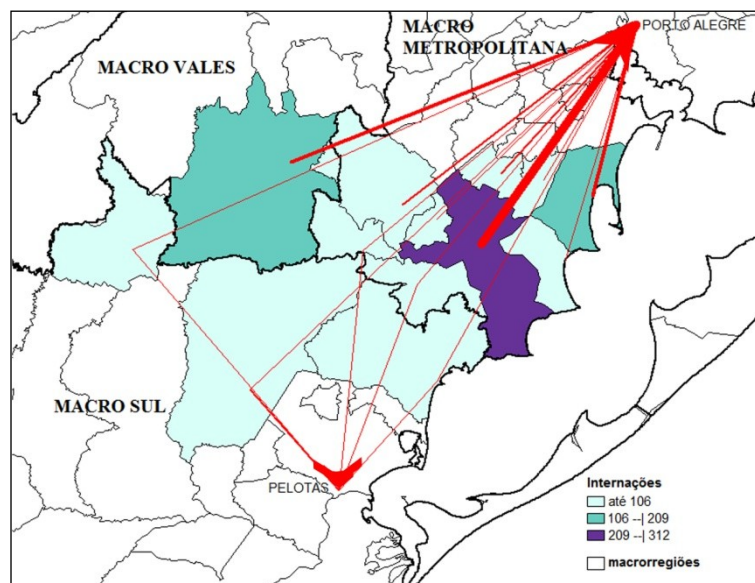


Figura 16 – Fluxos dos procedimentos de alta complexidade em neoplasia dos municípios estudados, de 2000 a 2006.
 Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

O panorama descrito permite tecer algumas considerações acerca dos atendimentos menos frequentes e mais dispendiosos do SUS, a assistência em alta complexidade hospitalar. A existência de fluxos de municípios da macrorregião Sul dirigidos a Porto Alegre mostra a insuficiência da capacidade instalada no município polo dessa macrorregião, Pelotas. No serviço de oncologia, esta situação fica claramente expressa, Pelotas atende a apenas um tipo cirúrgico em oncologia, ou, caso disponha de outro(s) serviço(s), esse(s) não está(ão) acessível(is) aos municípios estudados.

No caso da macrorregião Vales, Cachoeira do Sul não realizou atendimentos em qualquer subárea da alta complexidade para Encruzilhada do Sul, município de sua própria microrregião e também macrorregião, permitindo-nos questionar a sua condição de efetivo município polo. Pressupondo-se a existência de alguma capacidade instalada em Cachoeira do Sul para este nível de complexidade, cabe perguntar por que Encruzilhada encaminharia seus pacientes a Porto Alegre e não ao município polo de sua macrorregião.

Em ambas as macrorregiões, ficam claramente identificadas tanto a desigualdade na distribuição de serviços de saúde quanto a necessidade de revisão da regionalização e do PDI de modo a rever os investimentos prioritários para reorganizar ou consolidar a rede de serviços de alta complexidade hospitalar.

Chama a atenção o fato de Porto Alegre – polo da macrorregião Metropolitana – não atender à totalidade das internações de alta complexidade para os municípios da microrregião Costa Doce Sul que buscam em Pelotas atendimentos especialmente para cirurgia cardíaca.

Esta situação se manteve durante todo o período estudado, sem modificações significativas na proporção de atendimento. Também esta macrorregião deve ter seu desempenho analisado pela Secretaria Estadual de Saúde para investigar por que, mesmo com a maior capacidade instalada do estado, Porto Alegre não atende plenamente as demandas de todos os municípios a ela adscritos.

5 CONSIDERAÇÕES

Os municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, aqui estudados, apresentam uma rede de serviços hospitalares com várias instituições (nove hospitais em treze municípios) que se caracteriza por baixa densidade tecnológica, pequeno número de leitos e pouca diversidade quanto aos tipos de serviços ofertados. Com um perfil aparentemente pouco viável e incompatível com a realidade atual onde somente instituições estruturadas para competir na lógica de mercado seriam competitivas, esse conjunto de pequenos e médios hospitais reduziu o volume de atendimento, mas se manteve atendendo à própria população; em alguns casos, servindo como referência aos municípios vizinhos.

A área estudada localiza-se num limite fronteiro entre três macrorregiões, Sul, Vales e Metropolitana possibilitando aos gestores e aos usuários o estabelecimento de fluxos conforme sua conveniência, relações políticas, facilidade de acesso geográfico, econômico, vínculos culturais e familiares, que podem ser a origem da pulverização de internações hospitalares em macrorregiões diferentes. Também quanto a outros recortes a área estudada apresenta-se diversificada. São treze municípios pertencentes a três Coordenadorias Regionais de Saúde e agrupados em quatro microrregiões com dimensões distintas, variando de uma microrregião com nove municípios a microrregião formada por apenas um município. Esta diversificação de desenhos possibilitou que se atentasse para que as dificuldades encontradas na regionalização: não são exclusivas de um só gestor ou conjunto de gestores, ou seja, envolvem várias gestões municipais, microrregionais, regionais e a SES, caracterizando-se como uma amostra da diversidade estadual, expressando a heterogeneidade e as diversas realidades possíveis.

No PDR não consta se o desenho proposto foi obtido a partir de uma situação dada ou como condição a ser alcançada. Considerando os critérios utilizados para a classificação das diversas microrregiões (capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços e estimativa de demanda), fica implícito que foi construído a partir da realidade encontrada no estado, de forma que não objetiva modificar tais fluxos, senão no sentido de reforçar, organizar e qualificar a rede de serviços para a situação dada. Tanto é assim que o PDR refere-se aos investimentos previstos no PDI como um plano que busca atender aos aspectos de carência atual, caracterizando-se como uma proposta para o momento presente.

A análise da capacidade instalada, do perfil e do fluxo das internações não aponta para a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde hospitalares entre os municípios no período 2000 a 2006.

Os municípios estudados localizam-se próximos a dois efetivos polos macrorregionais justificando a não existência de serviços de alta complexidade em sua área de abrangência. A concentração dos atendimentos de alta complexidade em Porto Alegre ou Pelotas está prevista no PDR dentro do princípio de hierarquização e complexidade crescente da rede; a inexistência de oferta desse tipo de serviço entre os municípios estudados não configura descumprimento de objetivo ou falha de cobertura do serviço local. O que foge à configuração proposta pelo PDR na atenção da alta complexidade é o fluxo de Encruzilhada do Sul que não se dirige à sua macrorregião Vales e reporta-se, integralmente, a Porto Alegre. Outra importante detecção é a de que Porto Alegre, detentora da maior capacidade instalada entre todas as cidades polos de macrorregiões no estado, não atenda plenamente os municípios da microrregião Costa Doce Sul, a ela pertencentes. Estes municípios enfrentam fluxos pulverizados entre os polos Pelotas e Porto Alegre em contradição ao preconizado pelo PDR, de redução de deslocamentos dos usuários.

A resolutividade e algumas especificidades encontradas demonstram potencial para aumentar o desempenho dos municípios. Uma destas frentes possíveis é a adoção de políticas públicas que incidam no modelo de atenção desenvolvido pelo município. Neste cenário, salienta-se a importância do gestor municipal como primeiro ator implicado no processo de regionalização da saúde.

Como exemplo, ao investir em saúde mental o município de São Lourenço do Sul modificou o modelo assistencial da área e interveio diretamente no perfil de saúde da sua população. A adoção de uma política de atendimento ambulatorial em unidades de atenção básica e especializada e a desospitalização associada a internações em hospital geral modificou o perfil das internações nesse município. Tal mudança se refletiu também no acesso dos usuários aos serviços hospitalares, ao reduzir a necessidade de busca por atendimento psiquiátrico em outros municípios alcançou 87% de resolutividade hospitalar no nível local, o mais alto entre os municípios estudados.

É um indicativo de que a adoção de outras políticas que gerem modificação no modelo assistencial, como a Estratégia da Saúde da Família, podem influenciar na demanda por serviços de internação. Estudos que correlacionem a atenção primária e as internações redutíveis por essa política são importantes fontes de apoio no processo de conformação da regionalização.

A clínica cirúrgica tem apresentado não só na área estudada como também no estado tendência contínua de crescimento, tornando-se estratégica para a análise da regionalização. Observamos que a proporção de atendimentos dessa especialidade nos hospitais da área estudada não acompanhou seu crescimento global, levando a uma redução na resolutividade local desses municípios. Consideramos estratégico para a regionalização uma análise apurada dos procedimentos cirúrgicos, especialmente os relativos à média complexidade. Entre estes procedimentos, é necessário estudo quanto a sua efetiva complexidade e a capacidade disponível nos hospitais, avaliando-se a compatibilização da tecnologia necessária para realização de um procedimento cirúrgico e a capacidade tecnológica disponível no hospital definido como referência para esse atendimento.

Nesse sentido, uma das dificuldades encontradas para analisar a média complexidade está relacionada à sua conceituação. A definição costuma se dar por exclusão aos procedimentos de alta complexidade e estratégicos, levando a uma variabilidade muito ampla nos procedimentos selecionados. Neste conjunto, procedimentos tão diversos como parto normal, gravidez ectópica, cirurgia de fratura de fêmur, abscesso pulmonar ou correção cirúrgica de cardiopatia congênita são consideradas igualmente internações de média complexidade. O grau de dificuldade, complexidade e necessidade de estrutura hospitalar é absolutamente dispar para cada um destes casos. Seria útil ao processo de regionalização a diferenciação da média complexidade em “subníveis” de complexidade, que considerassem os diversos graus tecnológicos necessários para sua execução.

Cabe ressaltar aqui que para muitos dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes os hospitais da área estudada atenderam percentuais que variaram entre 50 e 80 por cento, o que demonstra capacidade técnica e humana disponível para sua efetivação como referência. A tendência ao aumento nas internações cirúrgicas e a forma como tem se dado seu fluxo de atendimento reflete-se no acesso dos usuários, demandando necessidade de maiores deslocamentos na busca por atendimentos em outros municípios, os quais poderiam ser reduzidos mediante a melhor utilização da capacidade disponível nos próprios municípios. Nesta situação, é importante a presença do gestor regional e/ou estadual representado pelas Coordenadorias Regionais de Saúde e Secretaria Estadual não só como interlocutor junto aos prestadores hospitalares, como também indutor de medidas que qualifiquem e incentivem a resolutividade dos hospitais.

O hospital de Camaquã, classificado como hospital regional pelo PDR, não atende à integralidade dos critérios propostos pelo mesmo para tal enquadramento. Roese,¹ em pesquisa local, apontava a existência de estrutura de UTI não credenciada pelo SUS nesse

hospital e indicava a necessidade de apoio da Coordenadoria Regional de Saúde e dos demais municípios para que esse serviço entrasse em funcionamento. Essa situação perdurou todo o período estudado, demonstrando que a regionalização não modificou a realidade da maior instituição prestadora de serviço hospitalar. O hospital manteve seu perfil de atendimento e resolutividade; por conseguinte, deixou de incidir, positivamente, no acesso dos usuários.

O aumento na resolutividade hospitalar pode ser obtido com medidas relativamente simples que não exigem grandes e onerosos investimentos em incorporação tecnológica. Está associado a uma melhoria no desempenho de procedimentos rotineiros que já executam, ao empenho dos gestores, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde. Assim como na atenção à saúde mental, a formulação e implementação de uma política de atenção hospitalar, com definição clara dos compromissos das instituições e organizada numa rede hierarquizada de serviços será estratégico para o êxito da regionalização.

A análise das internações hospitalares dentro da espacialização proposta pelo PDR demonstrou que as microrregiões apresentam relativa homogeneidade interna e heterogeneidade externa: dois princípios importantes na definição do desenho da regionalização. Compreende-se que as variáveis escolhidas como critério para a definição da regionalização foram parcialmente suficientes para garantir a homogeneidade microrregional, o que se expressou na forma como ocorreram os fluxos das internações hospitalares. Por outro lado, a heterogeneidade externa também foi parcialmente alcançada, microrregiões apresentaram diferenças inter-regionais, com pouco ou nenhum fluxo entre si.

Nem por isso o desenho proposto pelo PDR dá conta das necessidades dos municípios estudados. Na microrregião Costa Doce Sul, os municípios demonstraram inter-relações, afinidade e certo grau de cooperação durante o período analisado, expressos pelo uso continuado de Camaquã como fluxo dominante e da existência de fluxos de graus variados entre os demais municípios. O município de Cristal caracteriza uma exceção nessa microrregião, apresentando fluxo dominante com São Lourenço do Sul, município que pertence a outra microrregião e outra macrorregião. Neste caso, a análise dos fluxos demonstrou que a opção mais adequada para Cristal seria a mudança de microrregião e, por conseguinte, de macrorregião.

São Lourenço do Sul constitui uma microrregião com somente um município e, de fato, assim se comportou, sem enviar pacientes para outras microrregiões. Com a incorporação de Cristal – o que sugerimos – esta microrregião passaria a comportar dois municípios.

A microrregião Canguçu, composta também por Santana da Boa Vista caracterizou também uma microrregião porque ocorreram fluxos entre os dois municípios. Aqui pode ser avaliada a inclusão de mais um município, Piratini, hoje pertencente a outra microrregião com a qual não apresenta fluxos hospitalares e que poderia ser incorporado a esta microrregião.

Encruzilhada do Sul não pode ter avaliada a sua microrregião porque os demais municípios componentes não fizeram parte do estudo. Entretanto, observou-se que poucas internações do município foram encaminhadas para outros municípios, exceto para Porto Alegre, polo de outra macrorregião, apontando para a não consecução de Cachoeira do Sul como polo efetivo da macrorregião Vales. O descolamento deste município da macrorregional respectiva pode estar influenciando o perfil de morbidade. A maior taxa de internação hospitalar e uma das maiores taxas de utilização de UTI entre os municípios estudados podem estar relacionadas à falta/dificuldade de referência para seus moradores para serviços de média e alta complexidade.

Em relação ao desenho da regionalização da área estudada, propõe-se superar o âmbito administrativo regional e pensar os territórios regionais enquanto espaços construídos socialmente, a partir das relações entre os vários atores que deles fazem parte. Na formação de microrregiões de saúde, a compreensão do perfil epidemiológico, da rede de serviços existente, da capacidade de produção de serviços e do fluxo de usuários é fundamental, mas a consideração da relação entre as várias instâncias e os vários atores será o diferencial para que a regionalização da saúde seja – de fato – uma estratégia para garantia do acesso aos serviços e à integralidade da atenção. Em tempos de Pacto pela Saúde, mais do que nunca tal preocupação se justifica pelo esforço coletivo necessário à formação de um novo pacto sanitário nacional; somente assim será possível transformar a regionalização numa estratégia que possa, efetivamente, auxiliar na consolidação do SUS.

Aponta-se para a necessidade de reavaliação e readequação permanente do processo de regionalização, a refletir os avanços conquistados e as necessidades e dificuldades persistentes. Reitera-se a relevância de instrumentos operativos da regionalização no contexto atual, como o PDI e a PPI. Tais instrumentos refletem a agilidade ou morosidade da gestão na efetivação da regionalização na medida em que expressem uma clara definição das metas a serem alcançadas. O PDI – enquanto instrumento operacional e indicador das prioridades – apresenta potencial para a modificação da capacidade instalada da rede hospitalar, definindo as tecnologias a serem alocadas em cada nível e unidade do sistema de referência. A PPI expressa as negociações existentes entre as várias instâncias, define e quantifica os objetivos e as metas a serem alcançados pelos hospitais, (re)desenhando o perfil da assistência a ser

ofertada, com especialidades, complexidades e potencial resolutivo de cada unidade do sistema.

Propõe-se uma maior coordenação e integração entre os instrumentos organizativos da regionalização: PDR, PPI e PDI. Esses instrumentos apresentam potencial para estimular a cooperação entre os diversos gestores municipais, regional e estadual de forma a otimizar os recursos disponíveis para a regionalização. Da mesma forma, o acompanhamento e a avaliação do processo de regionalização podem valer-se desses instrumentos que – se analisados regularmente – incidirão, positivamente, na reorganização dos rumos da regionalização, com novas pactuações, redesenhos e investimentos. A elaboração desses instrumentos deve conter – explicitamente – objetivos, metas, atividades, formas de monitoramento e avaliação constituindo-se, somente assim, em instrumentos efetivos e balizadores da regionalização.

É importante que os gestores locais superem as dificuldades geradas pela cultura da municipalização autárquica, ampliem os horizontes e se abram à negociação microrregional e regional, compartilhando dificuldades e alternativas, pensando, refletindo e planejando coletivamente. Que isso se dê não apenas entre seus pares, mas contando com o apoio técnico e político da Secretaria Estadual da Saúde. Aqui se revela a magnitude da gestão regional, de forma a constituir e fortalecer os gestores deste âmbito num processo de planejamento ascendente que contemple a realidade locorregional. O apoio aos municípios pressupõe autonomia política e capacitação dos servidores das Coordenadorias Regionais de Saúde, num processo de descentralização da própria SES.

Instâncias como o Cogere e o Conselho Regional de Saúde, já relativamente atuantes, podem ter seu potencial explorado, constituindo-se em um exercício para a transversalidade que o processo de regionalização exige. Os prestadores hospitalares também são importantes aliados. Ao seu engajamento, estão relacionados o aumento na resolutividade dessas instituições, o efetivo funcionamento do mecanismo de referência e contrarreferência de pacientes com as unidades demandantes e a facilidade de acesso dos pacientes.

Por fim, a regionalização como princípio organizacional do SUS, não pode prescindir da união, da participação e do esforço coletivo de gestores, técnicos e estudiosos. Só assim, superando verticalizações, tecendo redes e acordando pactuações, se alcançará a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade.

REFERÊNCIAS

- 1 Roese A. Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS – 1995/2000. (2001).
- 3 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População Residente [Internet]. Rio de Janeiro:IBGE; 2009 [acesso em 23 de abril de 2009]. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/defaulttab_munic.shtm
- 4 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-Acesso e Utilização de Serviços de Saúde - 2003[Internet]. Rio de Janeiro; 2005 [acesso em 17 Maio 2010]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. (Jan. 2001).
- 6 Martins M, Travassos C, Noronha JC. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. Rev Saúde Pública [Internet]. 2001 Abr [acesso em: 24 Maio 2010];35(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200013&lng=en&nrm=iso.
- 7 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil - texto consolidado até Emenda Constitucional nº 64 [Internet].(4 Fev. 2010) [acesso em: 20 Maio 2010]. Disponível em http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf.
- 8 Campos GW S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2007;12(sup):1865-74.
- 9 Menicucci TMG. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. Saúde e Soc. 2006; Maio/Ago;15(2):72-87.
- 10 Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde Soc. 2001;10(2): 47-74.

11 Pestana M, Mendes EV. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte; Dez 2004.

12 Artmann E, Rivera FJU. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação de prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. Cien Saude Colet. 2003;8(2):479-99.

13 Viana ALD, Heimann LS, Lima LD, Oliveira RG, Rodrigues SH. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. [cited 2010 July 29]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700014&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700014.

14 Arretche MTS. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. Rev Bras Ciênc Soc. 1999; Jun;14(40).

15 Monnerat GL, Senna MCM, Souza RG. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2002[acesso em: 28 Abr. 2010];7(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300009&lng=en&nrm=ISO.

16 Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the Internet]. 2001 [cited 2010 abr 29] ; 6(2): 451-455. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014&lng=en.

17 Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(2).

18 Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96. (Nov. 1996).

19 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Acesso Rápido: Habilitações Estaduais. [Internet]. (2006) [acesso em: 15 Nov. 2006]. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/dad/habilitacoes/Hab_Mensais.pdf.

20 Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. (Fev. 2002).

21 Queiroz LFN. A regionalização da assistência à Saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. Res Pvblica. 2004 Maio;3(4).

22 Mendes EV. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 2ª versão [Internet]. 2002 [acesso em: 02 Nov. 2008]. Disponível em <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc> .

23 Ferla AA et al. Descentralização da gestão da saúde no Rio Grande do Sul: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos [Internet]. 2002 [acesso em: 03 Nov. 2008]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque807.doc>.

24 Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cad Saúde Pública. 2005;21(4):1017-25.

25 Andrade LOM. Especial: Regionalização. Rev Conasems. 2005;1(11): 26-31.

26 Carvalho G. Os desafios atuais da regionalização que queremos e devemos seguir. Rev Conasems. 2005;1(11):32-3.

27 Ferla AA et al. A regionalização da atenção à saúde na experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul. (resumo analítico do projeto “Incorporação dos Prestadores de Serviço à Rede Regionalizada de Atenção à Saúde no Rio Grande do Sul). 2002.

28 Rio Grande do Sul. Relatório de Gestão 1999-2002. Projeto de fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do SUS. REFORSUS. Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – Fundep/UFMG. (2002).

29 Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. (2002).

30 Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Parceria Resolve. (Jul. 2003).

31 Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. A Saúde da População do Estado do Rio Grande do Sul-2005. Porto Alegre: CEVS, 2006b.

32 Brasil. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Diretrizes Operacionais. v. 1. (2006).

33 Cecilio LCO et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. R Eletr Com Inf Inov Saúde. 2007 Jul/Dez;1(2).

- 34 Mendes EV. O SUS que temos e o SUS que queremos. CONASS documenta. Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS. 2004(6): 28-61.
- 35 Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p. 221-35.
- 36 Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad Saúde Pública. 2000 Jan/Mar;16(1).
- 37 Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. Cad Saúde Pública. 2000 Jan/Mar;16(1).
- 38 Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11(4).
- 39 Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2002 [acesso em: 28 Abr. 2010];7(4). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400014&lng=pt&nrm=iso.
- 40 Ribeiro CR et al. Regionalização em Saúde e Procedimentos Hospitalares: uma abordagem metodológica. Rev Paran Desenvol. 2005 Jul/Dez;(109).
- 41 Botega LA. Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo SUS em Minas Gerais -2002- deslocamentos populacionais e tipos de procedimentos [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
- 42 Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 Abr [acesso em: 27 Abr. 2010];20(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200006&lng=pt&nrm=ISO.
- 43 Camargo ATSP. Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise das internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro (1995-2005) [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

44 Rouquayrol MZ, Barreto M. Abordagem Descritiva em Epidemiologia. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 83-121.

45 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. São Paulo: Atlas; 1987. 175 p.

46 Barcellos CC et al. Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. Inf Epidemiol SUS.2002;11(3):129-38.

47 Brasil. Ministério da Saúde. Abordagens espaciais na Saúde Pública. Série: Capacitação e atualização em geoprocessamento em saúde. (2006).

48 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Portaria MS/GM nº 896 de 29 de junho de 1990. Implantação do SIH/SUS. Brasília, DF. Publicada no D.O. nº 122. (2 Jul. 2009).

49 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 526, de 16 de novembro de 2001. Atualiza os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares – SIA e SIH/SUS, aprovados pela Portaria GM/MS nº 627, de 26 de abril de 2001.

50 Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad Saúde Pública [Internet].2006 Jan [acesso em 24 Maio 2010];22(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100003&lng=pt&nrm=iso.

51 Drumond EF et al . Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. Rev Bras Estud Popul [Internet].2009 Jun [acesso em 24 Maio 2010];26(1). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982009000100002&lng=pt&nrm=iso.

52 Veras CMT, Martins MS. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet].1994 Set [acesso em: 24 Maio 2010];10(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000300014&lng=pt&nrm=iso.

53 Mathias TA F, Soboll MLMS. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. Rev Saúde Pública [Internet]. 1998 Dez [acesso em: 24 Maio 2010];32(6). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000600005&lng=en&nrm=iso.

54 Melione LPR, Jorge MHPM. Confiabilidade Da informação sobre hospitalizações por causas externas de um hospital público em São José dos Campos, São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2008 Set [acesso em 24 Maio 2010];11(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300005&lng=pt&nrm=iso.

55 Teixeira CLSet al . Reclassificação dos grupos de causas prováveis dos óbitos de causa mal definida, com base nas Autorizações de Internação Hospitalar no Sistema Único de Saúde, Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2006 Jun [acesso em: 24 Maio 2010];22(6). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600020&lng=pt&nrm=iso.

56 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde- CNES – Versão 2. Atualização. (2006).

57 Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. População Residente – Rio Grande do Sul [Internet]. (2009) [acesso em: 23 Abr. 2009]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poprs.def>.

58 Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

59 Souza RR. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. Ciênc saúde coletiva [Intenet].2003 [acesso em: 05 Maio 2010];8(2). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200010&lng=en&nrm=iso.

60 Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 627, de 26 de abril de 2001. Estabelece a subdivisão do FAEC.

61 Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 531, de 30 de abril de 1999. Criar o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

62 Escosteguy CC et al . O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002 Ago [acesso em: 24 Maio 2010];4. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400016&lng=en&nrm=iso.

63 Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. (1996).

64 Dias-da-Costa JS et al . Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 Fev [acesso em: 21 Maio 2010];26(2). Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en&nrm=iso.

65 Organização Pan-Americana da Saúde. O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde – Brasil. 2. ed. Opas; 2001.

66 Santos DL. Condições de vida, acesso e utilização dos serviços de saúde no município de Camaquã, RS: contribuições ao estudo dos Determinantes Sociais da Saúde [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

67 Nunes A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: Camarano AA (organizador). Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004. p. 427-50.

68 Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2002 [cited 2010 July 29] ; 7(4): 687-707. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232002000400007.

69 Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. 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 [Internet].2007 Mar [acesso em: 28 Maio 2010];23(3). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&nrm=iso.

70 Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro Estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de Indicadores para a Saúde. A Saúde da População do Estado do Rio Grande do Sul-2005. Porto Alegre: CEVS, 2006.

71 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – resultado do processo avaliativo 2004-2006 [Internet]. 2007 [acesso em 01 Abr. 2010]. Disponível em <http://www.conasems.org.br/files/Pnass%20%28Resultado%20Avaliativo%202004-2006%29.pdf> .

72 Barcellos C, Bastos FI. Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? Cad Saúde Pública [Internet]. 1996; Set [acesso em: 22 Abr. 2010];12(3) 1996. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000300012&lng=pt&nrm=iso.

APÊNDICES

Tabela 16 – Distribuição dos leitos SUS segundo a especialidade e o município, 2006.

Especialidade detalhada	Amaral Ferrador	Camaquã	Canguçu	Dom Feliciano	Encruzilhada do Sul	Santana da Boa Vista	S. Lourenço do Sul	Tapes	TOTAL
CIRÚRGICOS		23	14	2	4	2	13	1	59
cirurgia geral		8	12	2	3	2	7	1	35
ginecologia		2					4		6
nefrologia/urologia		1							1
neurocirurgia			2						2
oftalmologia		4							4
ortopedia/traumatologia		6			1		2		9
otorrinolaringologia		2							2
CLÍNICOS	9	33	32	12	21	15	52	22	196
cardiologia		6							6
clínica geral	9	21	32	8	20	15	52	22	179
nefro/urologia		2			1				3
neonatologia				4					4
neurologia		3							3
pneumologia		1							1
OBSTÉTRICOS	1	11	9	5	5	5	10	5	51
obstetrícia cirúrgica	1	4	7	2	5	4	6	2	31
obstetrícia clínica		7	2	3		1	4	3	20
PEDIÁTRICOS	2	21	12	8	5	5	15	10	78
pediatria	2	21	12	8	5	5	15	10	78
OUTRAS ESPECIALIDADES		15	4	5			14		38
crônicos		10							10
psiquiatria		5	4	5			14		28
TOTAL	12	103	71	32	35	27	104	38	422

Fonte: MS/DATASUS/CNES, em março de 2006

Tabela 17 – Distribuição das internações segundo o grupo de causa e sexo, 2000 a 2006.

Grupo de Causas	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5.447	8,4	4.917	5,7	10.364	6,9
II. Neoplasias (tumores)	3.257	5,0	3.941	4,6	7.198	4,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	382	0,6	731	0,9	1.113	0,7
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.416	3,7	3.389	4,0	5.805	3,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	2.969	4,6	1.515	1,8	4.484	3,0
VI. Doenças do sistema nervoso	1.651	2,5	1.783	2,1	3.434	2,3
VII. Doenças do olho e anexos	74	0,1	48	0,1	122	0,1
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	50	0,1	46	0,1	96	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	9.720	15,0	12.506	14,6	22.226	14,8
X. Doenças do aparelho respiratório	18.551	28,5	14.998	17,5	33.549	22,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	7.235	11,1	6.669	7,8	13.904	9,2
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	468	0,7	452	0,5	920	0,6
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.545	2,4	1.473	1,7	3.018	2,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.728	5,7	5.458	6,4	9.186	6,1
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	22.992	26,8	22.992	15,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.123	3,3	1.666	2,0	3.789	2,5
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	461	0,7	339	0,4	800	0,5
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	337	0,5	303	0,4	640	0,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.899	6,0	1.648	1,9	5.547	3,7
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	256	0,4	115	0,1	371	0,3
XXI. Contatos com serviços de saúde	432	0,7	659	0,8	1.091	0,7
Total	65.001	100,0	85.648	100,0	150.649	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Tabela 18 – Distribuição das internações por especialidade, segundo o sexo, 2000 a 2006.

Especialidade	Masculino		Feminino		Total
	N	%	N	%	
Clínica					
cirúrgica	13894	53,0	12339	47,0	26233
Obstetrícia	0	0,0	23141	100,0	23141
Clínica médica	38646	48,7	40770	51,3	79416
Psiquiatria	2373	62,2	1445	37,8	3818
Pediatria	9985	55,9	7887	44,1	17872
Total	65001	43,1	85648	56,9	150649

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

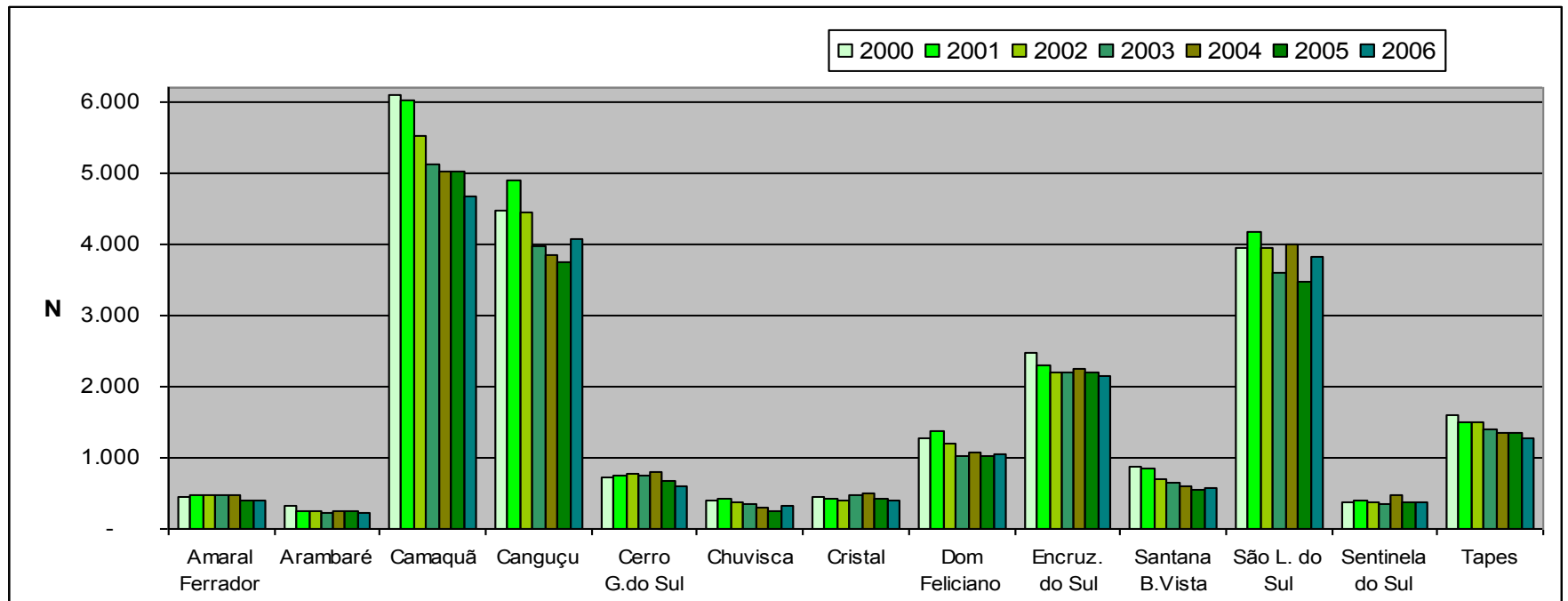


Gráfico 14 – Distribuição das internações por município de residência e ano, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Tabela 19 - Distribuição das Internações por Ano, segundo o Capítulo da CID.

CID 10	Ano de Internação														Total	
	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cap 01	1.805	(7,70)	1.638	(6,86)	1.854	(8,37)	1.368	(6,64)	1.255	(6,01)	1.094	(5,54)	1.350	(6,77)	10.364	(6,88)
Cap 02	653	(2,79)	713	(2,99)	1.117	(5,04)	1.206	(5,85)	1.219	(5,84)	1.198	(6,07)	1.092	(5,48)	7.198	(4,78)
Cap 03	174	(0,74)	214	(0,90)	163	(0,74)	139	(0,67)	174	(0,83)	128	(0,65)	121	(0,61)	1.113	(0,74)
Cap 04	689	(2,94)	816	(3,42)	918	(4,14)	792	(3,84)	745	(3,57)	909	(4,61)	936	(4,69)	5.805	(3,85)
Cap 05	754	(3,22)	737	(3,09)	632	(2,85)	538	(2,61)	537	(2,57)	576	(2,92)	710	(3,56)	4.484	(2,98)
Cap 06	862	(3,68)	740	(3,10)	433	(1,95)	362	(1,76)	313	(1,50)	320	(1,62)	404	(2,03)	3.434	(2,28)
Cap 07	10	(0,04)	9	(0,04)	23	(0,10)	19	(0,09)	10	(0,05)	23	(0,12)	28	(0,14)	122	(0,08)
Cap 08	11	(0,05)	14	(0,06)	12	(0,05)	14	(0,07)	12	(0,06)	19	(0,10)	14	(0,07)	96	(0,06)
Cap 09	2.872	(12,25)	3.166	(13,26)	3.390	(15,30)	3.501	(16,98)	3.379	(16,18)	3.209	(16,26)	2.709	(13,59)	22.226	(14,75)
Cap 10	5.459	(23,29)	5.568	(23,32)	5.223	(23,57)	4.732	(22,95)	4.426	(21,19)	3.942	(19,98)	4.199	(21,06)	33.549	(22,27)
Cap 11	2.235	(9,53)	2.373	(9,94)	1.969	(8,89)	1.677	(8,13)	1.905	(9,12)	1.882	(9,54)	1.863	(9,34)	13.904	(9,23)
Cap 12	173	(0,74)	138	(0,58)	101	(0,46)	115	(0,56)	161	(0,77)	133	(0,67)	99	(0,50)	920	(0,61)
Cap 13	419	(1,79)	417	(1,75)	411	(1,85)	406	(1,97)	432	(2,07)	487	(2,47)	446	(2,24)	3.018	(2,00)
Cap 14	1.422	(6,07)	1.491	(6,25)	1.304	(5,89)	1.191	(5,78)	1.301	(6,23)	1.215	(6,16)	1.262	(6,33)	9.186	(6,10)
Cap 15	3.668	(15,65)	3.501	(14,67)	3.321	(14,99)	3.184	(15,44)	3.275	(15,68)	2.982	(15,11)	3.061	(15,35)	22.992	(15,26)
Cap 16	1.106	(4,72)	1.175	(4,92)	274	(1,24)	295	(1,43)	331	(1,58)	291	(1,47)	317	(1,59)	3.789	(2,52)
Cap 17	123	(0,52)	82	(0,34)	86	(0,39)	112	(0,54)	132	(0,63)	150	(0,76)	115	(0,58)	800	(0,53)
Cap 18	68	(0,29)	82	(0,34)	101	(0,46)	92	(0,45)	121	(0,58)	76	(0,39)	100	(0,50)	640	(0,42)
Cap 19	655	(2,79)	646	(2,71)	681	(3,07)	747	(3,62)	987	(4,73)	924	(4,68)	907	(4,55)	5.547	(3,68)
Cap 20	160	(0,68)	149	(0,62)	31	(0,14)	2	(0,01)	6	(0,03)	4	(0,02)	19	(0,10)	371	(0,25)
Cap 21	125	(0,53)	203	(0,85)	113	(0,51)	125	(0,61)	166	(0,79)	172	(0,87)	187	(0,94)	1.091	(0,72)
Total	23.443	(100,00)	23.872	(100,00)	22.157	(100,00)	20.617	(100,00)	20.887	(100,00)	19.734	(100,00)	19.939	(100,00)	150.649	(100,00)

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Cap 01 – DIP

Cap 02 – Neoplasias

Cap 03 – Doenças do sangue e transt. imun.

Cap 04 – Doenças endócrinas

Cap 09 – Doenças do ap circulatório

Cap 10 – Doenças do ap respiratório

Cap 11 – Doenças do ap digestivo

Cap 12 – Doenças da pele

Cap 17 – Mal-form. congênita

Cap 18 – Sintomas e sinais mal definidos

Cap 19 – Lesões, enven e conseq causas externas

Cap 20 – Causas externas

Cap 05 – Transtornos mentais e comport
Cap 06 – Doenças do sistema nervoso
Cap 07 – Doenças do olho e anexos
Cap 08 – Doenças do ouvido

Cap 13 – Doenças sistema osteomusc Cap 21– Contatos c/ Serviços de Saúde
Cap 14 – Doenças ap genitourinário
Cap 15 – Gravidez, parto e puerpério
Cap 16 – Algumas afec. período perinatal

Tabela 20 – Distribuição das internações segundo o município de residência e o local de atendimento, por ano, 2000 a 2006.

Município residência	de	Ano	Local de Internação					
			Área de Estudo		Fora da Área		Total	
			N	%	N	%	N	%
Amaral Ferrador		2000	375	(82.42)	80	(17.58)	455	(100.00)
		2001	391	(83.55)	77	(16.45)	468	(100.00)
		2002	414	(85.71)	69	(14.29)	483	(100.00)
		2003	400	(84.57)	73	(15.43)	473	(100.00)
		2004	370	(76.60)	113	(23.40)	483	(100.00)
		2005	329	(80.84)	78	(19.16)	407	(100.00)
		2006	312	(78.59)	85	(21.41)	397	(100.00)
Arambaré		2000	224	(68.29)	104	(31.71)	328	(100.00)
		2001	178	(69.26)	79	(30.74)	257	(100.00)
		2002	147	(61.51)	92	(38.49)	239	(100.00)
		2003	144	(67.61)	69	(32.39)	213	(100.00)
		2004	177	(74.37)	61	(25.63)	238	(100.00)
		2005	205	(80.39)	50	(19.61)	255	(100.00)
		2006	172	(78.54)	47	(21.46)	219	(100.00)
Camaquã		2000	5.142	(84.28)	959	(15.72)	6.101	(100.00)
		2001	5.186	(86.16)	833	(13.84)	6.019	(100.00)
		2002	4.679	(84.72)	844	(15.28)	5.523	(100.00)
		2003	4.318	(84.11)	816	(15.89)	5.134	(100.00)
		2004	4.242	(84.57)	774	(15.43)	5.016	(100.00)
		2005	4.131	(82.36)	885	(17.64)	5.016	(100.00)
		2006	3.765	(80.52)	911	(19.48)	4.676	(100.00)
Canguçu		2000	3.940	(87.83)	546	(12.17)	4.486	(100.00)
		2001	4.209	(85.88)	692	(14.12)	4.901	(100.00)
		2002	3.887	(87.58)	551	(12.42)	4.438	(100.00)
		2003	3.469	(87.16)	511	(12.84)	3.980	(100.00)
		2004	3.350	(87.17)	493	(12.83)	3.843	(100.00)
		2005	3.213	(85.86)	529	(14.14)	3.742	(100.00)
		2006	3.451	(84.77)	620	(15.23)	4.071	(100.00)
Cerro Grande do Sul		2000	497	(69.22)	221	(30.78)	718	(100.00)
		2001	557	(73.29)	203	(26.71)	760	(100.00)
		2002	601	(77.25)	177	(22.75)	778	(100.00)
		2003	554	(73.77)	197	(26.23)	751	(100.00)
		2004	586	(74.27)	203	(25.73)	789	(100.00)
		2005	492	(73.43)	178	(26.57)	670	(100.00)
		2006	427	(70.11)	182	(29.89)	609	(100.00)
Chувисca		2000	346	(89.18)	42	(10.82)	388	(100.00)
		2001	397	(91.26)	38	(8.74)	435	(100.00)
		2002	315	(85.60)	53	(14.40)	368	(100.00)
		2003	293	(83.71)	57	(16.29)	350	(100.00)
		2004	230	(79.86)	58	(20.14)	288	(100.00)
		2005	200	(79.37)	52	(20.63)	252	(100.00)
		2006	232	(72.50)	88	(27.50)	320	(100.00)
Cristal		2000	369	(82.00)	81	(18.00)	450	(100.00)
		2001	321	(75.71)	103	(24.29)	424	(100.00)
		2002	321	(78.87)	86	(21.13)	407	(100.00)
		2003	397	(85.56)	67	(14.44)	464	(100.00)
		2004	390	(79.43)	101	(20.57)	491	(100.00)

	2005	317	(74.59)	108	(25.41)	425	(100.00)
	2006	273	(69.11)	122	(30.89)	395	(100.00)
Dom Feliciano	2000	1.080	(85.17)	188	(14.83)	1.268	(100.00)
	2001	1.160	(85.11)	203	(14.89)	1.363	(100.00)
	2002	1.001	(84.19)	188	(15.81)	1.189	(100.00)
	2003	896	(86.40)	141	(13.60)	1.037	(100.00)
	2004	909	(85.19)	158	(14.81)	1.067	(100.00)
	2005	886	(87.29)	129	(12.71)	1.015	(100.00)
	2006	859	(82.28)	185	(17.72)	1.044	(100.00)
Encruzilhada do Sul	2000	2.066	(83.88)	397	(16.12)	2.463	(100.00)
	2001	1.933	(84.30)	360	(15.70)	2.293	(100.00)
	2002	1.865	(84.54)	341	(15.46)	2.206	(100.00)
	2003	1.849	(84.51)	339	(15.49)	2.188	(100.00)
	2004	1.848	(81.84)	410	(18.16)	2.258	(100.00)
	2005	1.759	(79.85)	444	(20.15)	2.203	(100.00)
	2006	1.764	(82.08)	385	(17.92)	2.149	(100.00)
Santana da Boa Vista	2000	749	(84.82)	134	(15.18)	883	(100.00)
	2001	711	(82.96)	146	(17.04)	857	(100.00)
	2002	571	(80.54)	138	(19.46)	709	(100.00)
	2003	471	(72.46)	179	(27.54)	650	(100.00)
	2004	417	(70.56)	174	(29.44)	591	(100.00)
	2005	421	(77.39)	123	(22.61)	544	(100.00)
	2006	413	(71.45)	165	(28.55)	578	(100.00)
São Lourenço do Sul	2000	3.512	(89.14)	428	(10.86)	3.940	(100.00)
	2001	3.626	(86.81)	551	(13.19)	4.177	(100.00)
	2002	3.473	(88.17)	466	(11.83)	3.939	(100.00)
	2003	3.173	(87.87)	438	(12.13)	3.611	(100.00)
	2004	3.541	(88.72)	450	(11.28)	3.991	(100.00)
	2005	2.931	(84.13)	553	(15.87)	3.484	(100.00)
	2006	3.268	(85.28)	564	(14.72)	3.832	(100.00)
Sentinela do Sul	2000	267	(71.77)	105	(28.23)	372	(100.00)
	2001	290	(70.56)	121	(29.44)	411	(100.00)
	2002	248	(66.13)	127	(33.87)	375	(100.00)
	2003	263	(72.85)	98	(27.15)	361	(100.00)
	2004	337	(70.65)	140	(29.35)	477	(100.00)
	2005	233	(62.80)	138	(37.20)	371	(100.00)
	2006	209	(57.10)	157	(42.90)	366	(100.00)
Tapes	2000	1.166	(73.29)	425	(26.71)	1.591	(100.00)
	2001	1.058	(70.21)	449	(29.79)	1.507	(100.00)
	2002	1.141	(75.91)	362	(24.09)	1.503	(100.00)
	2003	1.026	(73.02)	379	(26.98)	1.405	(100.00)
	2004	857	(63.25)	498	(36.75)	1.355	(100.00)
	2005	852	(63.11)	498	(36.89)	1.350	(100.00)
	2006	718	(55.96)	565	(44.04)	1.283	(100.00)
Total	2000	19.733	(84.17)	3.710	(15.83)	23.443	(100.00)
	2001	20.017	(83.85)	3.855	(16.15)	23.872	(100.00)
	2002	18.663	(84.23)	3.494	(15.77)	22.157	(100.00)
	2003	17.253	(83.68)	3.364	(16.32)	20.617	(100.00)
	2004	17.254	(82.61)	3.633	(17.39)	20.887	(100.00)
	2005	15.969	(80.92)	3.765	(19.08)	19.734	(100.00)
	2006	15.863	(79.56)	4.076	(20.44)	19.939	(100.00)

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

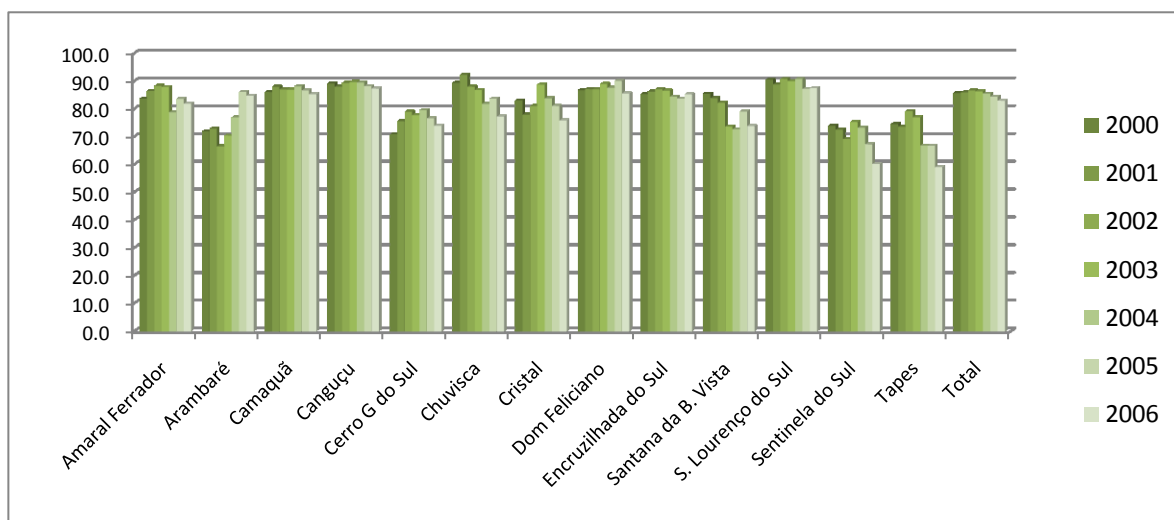


Gráfico 15 – Proporção de internações de média complexidade dentro da área de estudo segundo o município de residência e ano, 2000 a 2006.

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Tabela 21 - Distribuição das internações de alta complexidade e estratégicas, conforme o tipo e ano.

Procedimento FAEC	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Alta complexidade	780	1070	1066	1134	1260	1402	1486	8198
Cardiologia	204	340	330	352	374	516	610	2726
Doenças do sono	0	0	0	0	0	2	6	8
Cirurgia oncológica	112	156	164	146	138	144	150	1010
Radioterapia cirúrgica	12	4	4	8	2	6	12	48
Quimioterapia	94	94	68	100	138	70	72	636
Iodoterapia	0	0	2	8	6	8	12	36
Ortopedia	38	48	38	38	56	76	134	428
Epilepsia	0	0	0	0	0	8	4	12
Neurocirurgia	308	396	422	452	470	490	432	2970
Aids	12	32	38	30	76	82	54	324
Estratégicos	352	739	519	617	678	593	174	3672
Campanha - varizes	148	459	219	305	345	303	8	1787
Campanha - próstata	188	202	182	178	192	136	10	1088
Transplantes	16	64	102	106	94	118	104	604
Queimados	0	12	12	20	31	16	24	115
Lesões labiopalatais/deform crânio-faciais	0	2	4	0	4	10	6	26
Implante coclear	0	0	0	2	2	0	0	4
Gastroenterologia	0	0	0	0	0	2	0	2
Neurocirurgia (estratégico)	0	0	0	6	10	2	18	36
Epilepsia (estratégico)	0	0	0	0	0	6	4	10
Total	1132	1809	1585	1751	1938	1995	1660	11870

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH

Tabela 22 – Procedimentos mais frequentes, segundo o local de realização, 2000 a 2006.

Procedimento Realizado	Área de Estudo		Fora da Área		Total		
	N	%	N	%	N	%	% acum.
Doença pulmonar obstrutiva crônica	13060	99,04	126	0,96	13186	9,11	9,11
Parto normal	12746	98,15	240	1,85	12986	8,97	18,08
Insuficiência cardíaca	9524	97,30	264	2,70	9788	6,76	24,84
Pneumonia em adulto	5310	95,97	223	4,03	5533	3,82	28,66
Cesariana	4469	96,19	177	3,81	4646	3,21	31,87
AVC agudo	3101	91,18	300	8,82	3401	2,35	34,21
Pneumonia do lactente	3143	94,90	169	5,10	3312	2,29	36,50
Diabetes sacarino	2988	95,10	154	4,90	3142	2,17	38,67
Enteroinfecções (clínica médica)	3045	98,13	58	1,87	3103	2,14	40,81
Pielonefrite	2627	97,33	72	2,67	2699	1,86	42,68
Hemorragias digestivas	2258	94,20	139	5,80	2397	1,66	44,33
Pneumonia em criança	2175	96,62	76	3,38	2251	1,55	45,89
Crise hipertensiva	2114	96,22	83	3,78	2197	1,52	47,41
Colecistectomia	1785	86,82	271	13,18	2056	1,42	48,83
Insuficiência coronariana aguda	1782	87,22	261	12,78	2043	1,41	50,24
Tratamento em psiq, em hospital geral	1792	95,37	87	4,63	1879	1,30	51,53
Herniorrafia inguinal (unilateral)	1391	76,98	416	23,02	1807	1,25	52,78
Enteroinfecções (pediatria)	1726	96,37	65	3,63	1791	1,24	54,02
Insuficiência respiratória aguda	1653	94,19	102	5,81	1755	1,21	55,23
Parto normal – hosp, Amigos da criança	1133	72,63	427	27,37	1560	1,08	56,31
Desnutrição (clínica médica)	1392	98,10	27	1,90	1419	0,98	57,29
Intercorrências clínicas oncológico	595	42,32	811	57,68	1406	0,97	58,26
Enteroinfecções em lactente	1328	95,06	69	4,94	1397	0,96	59,23
Crise asmática	1277	98,69	17	1,31	1294	0,89	60,12
Colecistite aguda	1207	97,73	28	2,27	1235	0,85	60,97
Insuficiência respiratória aguda	1059	86,38	167	13,62	1226	0,85	61,82
Crise asmática	1112	92,98	84	7,02	1196	0,83	62,64
Broncopneumonia	1172	98,99	12	1,01	1184	0,82	63,46
Broncopneumonia em lactente	1085	96,44	40	3,56	1125	0,78	64,24
Outras afecções do ap, gênito-urinário	1035	93,16	76	6,84	1111	0,77	65,01
Apendicectomia	894	88,25	119	11,75	1013	0,70	65,71
Insuficiência renal crônica	816	84,82	146	15,18	962	0,66	66,37
Cólica nefrética	909	96,09	37	3,91	946	0,65	67,02
Parto normal com atend, RN sala de parto	909	98,06	18	1,94	927	0,64	68,31
Lumbago agudo	859	92,37	71	7,63	930	0,64	67,67
Diagnostico e/ou primeiro atend, clínica médica	620	69,35	274	30,65	894	0,62	68,92
Infarto agudo do miocárdio	610	68,77	277	31,23	887	0,61	69,54
Laparotomia exploradora	493	60,49	322	39,51	815	0,56	70,10
Cirrose hepática	728	90,77	74	9,23	802	0,55	70,65
Pneumonia bacteriana	740	93,79	49	6,21	789	0,54	71,20
Cesariana – exclusiv, hosp, Amigos da criança	342	45,42	411	54,58	753	0,52	71,72
Estreptococcias (clínica médica)	717	97,82	16	2,18	733	0,51	72,22
Total	97721	93,44	6855	6,56	104576	72,22	

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH