

ANDRÉ MINERVINO RUGGIERO

**Caracterização socioeconômica, demográfica e epidemiológica
das regiões de saúde do Estado de São Paulo, visando a
implantação de uma política de Cuidados Continuados.**

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

**São Paulo
2013**

ANDRÉ MINERVINO RUGGIERO

**Caracterização socioeconômica, demográfica e epidemiológica
das regiões de saúde do Estado de São Paulo, visando a
implantação de uma política de Cuidados Continuados.**

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

Área de Concentração: Programas e serviços no âmbito da política de saúde
Orientador: Prof(a). Dr(a). MANOEL CARLOS SAMPAIO DE A. RIBEIRO

**São Paulo
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Ruggiero, André Minervino

Caracterização socioeconômica, demográfica e epidemiológica das regiões de saúde do estado de São Paulo, visando a implantação de uma política de cuidados continuados./ André Minervino Ruggiero. São Paulo, 2013.

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

Área de Concentração: Programas e Serviços no Âmbito da Política de Saúde.

Orientador: Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

1. Envelhecimento 2. Continuidade da assistência ao paciente 3. Necessidades e demandas dos serviços de saúde 4. Políticas públicas de saúde 5. Assistência a idosos

BC-FCMSCSP/18-13

“O sentido de nossas vidas está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos.”

Simone de Beauvoir

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À Fernanda, minha esposa, pelo apoio, incentivo e compreensão durante esses dois anos de trabalho.

À Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, pela oportunidade de realizar este Mestrado.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro, pelas orientações, pela paciência e, principalmente, por acreditar em meu trabalho.

Aos professores do Departamento de Medicina Social da FCMSCSP, por todo o conhecimento repassado durante o curso, em especial o Prof. Dr. Paulo Carrara.

Aos companheiros de trabalho do CEALAG, pelos ensinamentos, apoio e colaboração.

À Jandyra Lobo de Oliveira pela minuciosa e brilhante revisão.

RESUMO

As recentes mudanças nos padrões, sociais, demográficos e epidemiológicos, caracterizadas pelo progressivo envelhecimento da população e pelo aumento da esperança de vida, provocam o aumento do número de pessoas idosas que vivem sós e o aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas incapacitantes. Assim, no Brasil, há a necessidade de se definir uma estratégia para o desenvolvimento de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e até mesmo da Seguridade Social, que possam responder à crescente demanda de cuidados destes grupos da população, a fim de contribuir no aumento da qualidade de vida e na consolidação de uma sociedade mais justa e solidária. O processo de envelhecimento saudável, o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, além do fortalecimento dos vínculos familiares já são questões discutidas e tratadas em algumas iniciativas do Sistema Único de Saúde. Em alguns países do mundo, a política de Cuidados Continuados nasce para dar respostas aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitar a autonomia e a participação dos pacientes e seus familiares, através da recuperação global e da manutenção entendida como um processo ativo e contínuo. Neste estudo descrevem-se as características de vulnerabilidade socioeconômica e demográfica dos municípios do Estado de São Paulo, as necessidades de saúde dos seus dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS), além da caracterização da estrutura da rede hospitalar do SUS, com a finalidade de analisar a implantação de uma política de cuidados continuados espelhada na experiência portuguesa, iniciada em 2005. No Estado de São Paulo, constatou-se a existência dessa possibilidade, em diferentes níveis regionais, de tal implantação, seja pela vulnerabilidade socioeconômica e pela necessidade de saúde de sua população, seja pela presença de estrutura na rede hospitalar necessária para a aplicação do modelo.

Palavras-chave: Política de Cuidados Continuados; Envelhecimento Saudável; Departamentos Regionais de Saúde; Rede Hospitalar do SUS.

ABSTRACT

The recent changes in social, demographic epidemiological patterns characterized by the progressive aging of the population and increased life expectancy, causing an increase in the number of elderly people living alone and increasing prevalence of people with disabling chronic diseases. There is, in Brazil, need to define a strategy for the development of a set of appropriate services in the areas of health and even Social Security, which can respond to the growing need for care of these population groups, to contribute to the increased quality of life and to the consolidation of a more just and caring society. The process of healthy aging, the development of autonomy and sociability, besides the strengthening of family bonds are already discussed and addressed issues in some initiatives of the Brazilian health system. In some countries of the world, the Integrated Care or Long Term Care policy born to respond to different circumstances and events of the evolution of disease and social situations, and simultaneously in order to facilitate the empowerment and involvement of patients and their families, through global recovery and maintaining as the continuous and active process. The study described the characteristics of demographic and socioeconomic vulnerability of the municipalities of the State of São Paulo, the health needs of their seventeen Regional Departments of Health, and the characterization of the network structure of SUS hospitals, in order to analyze the implementation of a policy of integrated care based on the experience from Portugal, started in 2005. In the state of São Paulo, verified the existence of the possibility, at different regional levels, as much as by socioeconomic vulnerability and need for health of its population, as the presence of structure in the hospital network necessary to implement the model.

Keywords: Continuing Care Policy; Healthy Aging; Regional Departments of Health; SUS Hospital Network.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 O envelhecimento e as mudanças sociodemográficas	14
1.2. O contexto brasileiro e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	18
1.3. Cuidados Continuados e o contexto internacional	22
1.4. O modelo português	27
1.4.1. Dados do programa português de CCI	30
1.5. O Estado de São Paulo e os Departamentos Regionais de Saúde	33
2. OBJETIVOS	37
2.1. Objetivo geral	37
2.2. Objetivos específicos	37
3. METODOLOGIA	38
3.1. Vulnerabilidade	38
3.2. Necessidade de Saúde	40
3.2.1. Patologias traçadoras	41
3.2.2. Incapacidade física/funcional	43
3.3. Redes de Atendimento Hospitalar	43
3.3.1. Necessidade de leitos para uso dos Cuidados Continuados	44
4. RESULTADOS	46
4.1. Indicadores de Vulnerabilidade	46
4.1.1 Vulnerabilidade por municípios	46
4.1.2 Vulnerabilidade por Departamento Regional de Saúde	48
4.2. Necessidades de Saúde	51
4.2.2. Incapacidade física	58
4.3. Redes de Atendimento Hospitalar e a disponibilidade de leitos para CCI	60
5. DISCUSSÃO	70
5.1. Limitações do estudo	74
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
8. ANEXO	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CID - Classificação Internacional de Doenças

DRS – Departamento Regional de Saúde

HCP - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

MS - Ministério da Saúde

MTSS - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SUS – Sistema Único de Saúde

UCP - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS, MAPAS, FIGURAS E TABELAS

QUADROS

Quadro 1 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	21
Quadro 2 – Indicadores demográficos e socioeconômicos	39
Quadro 3 – Estratificação dos indicadores demográficos e socioeconômicos	39
Quadro 4 – Ponderação dos Municípios	40
Quadro 5 – Lista das maiores causas de internação, por capítulo da CID-10, Estado de São Paulo, 2011	42
Quadro 6 – Indicadores de qualidade da rede hospitalar	44

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução dos usuários da RNCCI com mais de 65 anos de idade, 2008-2011	32
Gráfico 2 – Índice de Envelhecimento no Estado de São Paulo e no Brasil, 1996 a 2010	34

MAPAS

Mapa 1 – Divisão dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo	35
Mapa 2 – Grupos de vulnerabilidade de municípios, Estado de São Paulo, 2010	48
Mapa 3 – Escore de vulnerabilidade por DRS, Estado de São Paulo	50
Mapa 4 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011	52
Mapa 5 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho respiratório, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011	53
Mapa 6 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho digestivo, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011	53
Mapa 7 – Quantidade de internações hospitalares por causas externas, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011	54

Mapa 8 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho geniturinário, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011	54
--	----

FIGURAS

Figura 1 – Projeção de Idosos no Brasil	16
Figura 2 – Pirâmides populacionais brasileiras de 1980 e 2010	17
Figura 3 – Tipos de cuidados da RNCCI em Portugal.	29

TABELAS

Tabela 1 - Envelhecimento populacional nas regiões do mundo, 1950, 2000 e 2050	15
Tabela 2 – Número de leitos hospitalares contratados para uso do CCI, 2009-2011	31
Tabela 3 – Número de leitos hospitalares contratados para uso do CCI para cada 100.000 habitantes com mais de 65 anos, 2009-2011	31
Tabela 4 – Origem dos pacientes referenciados para a RNCCI, 2010-2011	31
Tabela 5 – Parâmetro português de dimensionamento de leitos para unidades de Cuidados Continuados	45
Tabela 6 – Grupos de vulnerabilidade de municípios, Estado de São Paulo, 2010	46
Tabela 7 – Média ponderada da vulnerabilidade (escore) dos municípios por DRS, Estado de São Paulo, 2010	49
Tabela 8 – Quantidade de internações hospitalares pelos cinco primeiros grupos de causa, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011	51
Tabela 9 – Taxa de internação hospitalar por 10 mil habitantes dos cinco primeiros grupos de causa, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011	55
Tabela 10 – Internações e índice de internação por 10 mil habitantes, das patologias traçadoras, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	56
Tabela 11 – Internações e índice de internação por 10 mil habitantes, das patologias traçadoras de causas externas, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	57
Tabela 12 – Internações e índice de internação por 10 mil habitantes, das patologias traçadoras do aparelho circulatório, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	58

Tabela 13 – Prevalência de deficientes motores declarados no censo demográfico, por DRS, Estado de São Paulo, 2010	59
Tabela 14 – Escore de Vulnerabilidade, Índice de internação por patologias traçadoras e percentual de deficientes motores, por DRS, Estado de São Paulo, 2010/2011	60
Tabela 15 – Quantidade de unidades de internação, número de leitos totais e para uso do SUS, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	61
Tabela 16 – Quantidade de hospitais gerais, número de leitos totais e para uso do SUS, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	62
Tabela 17 – Proporção de Leitos SUS em relação ao total de leitos, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	63
Tabela 18 – Quantidade por mil habitantes, taxa de ocupação e média de permanência de leitos para uso do SUS, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	64
Tabela 19 – Média de permanência (em dias) e taxa de ocupação dos leitos SUS em hospitais gerais, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	65
Tabela 20 – Quantidade e percentual de leitos SUS em hospitais gerais, pelas quatro grandes clínicas, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	66
Tabela 21 – Taxa de ocupação e média de permanência de leitos SUS em hospitais gerais, pelas quatro grandes clínicas, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	66
Tabela 22 – Número de hospitais, média de permanência e taxa de ocupação de leitos SUS, por porte (tamanho), por DRS, Estado de São Paulo, 2011	67
Tabela 23 – Número de hospitais, média de permanência e taxa de ocupação de leitos SUS em hospitais gerais, por porte (tamanho), por DRS, Estado de São Paulo, 2011	68
Tabela 24 – Quantidade de leitos necessários para CCI, leitos ociosos e a diferença entre eles, por DRS, Estado de São Paulo, 2011	68

1. INTRODUÇÃO

As mudanças nos padrões demográficos, sociais e epidemiológicos, relacionadas basicamente ao aumento da esperança de vida e ao progressivo envelhecimento da população provocam, entre outros efeitos, um número maior das pessoas idosas que vivem sós e o aumento da prevalência de pessoas com doenças crônicas incapacitantes (Pessini e Bertachini, 2006).

Nos serviços de saúde e de assistência social, nota-se o aumento da demanda por parte de pessoas, idosas ou não, com dependência funcional por diferentes motivos, pessoas com doenças crônicas evolutivas, patologias múltiplas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente, pessoas que sofrem de uma doença incurável em estado avançado ou em situação terminal (Vicente, 2005).

Tais mudanças – associadas à alteração nos modelos familiares, com a incorporação progressiva da mulher no mercado de trabalho e sua consequente ausência no domicílio como cuidadora tradicional – levaram à necessidade de encontrar uma nova forma de apoio a pessoas que vivem essa realidade. Reabilitá-las e reinseri-las socialmente, através de políticas de envelhecimento ativo, são os desafios no momento, em nível global (UMCCI, 2011).

Atualmente, estes grupos, têm seu primeiro atendimento em uma unidade hospitalar quando já se encontram em estágios avançados de doença, exigindo internações com maior tempo de permanência em hospitais que tratam de casos agudos (Pessini e Bertachini, 2006).

A necessidade de internações mais prolongadas ou que necessitem de Cuidados Continuados continuará sendo uma realidade para a qual a rede de saúde não está preparada. É preciso levar em consideração que cidadãos estão, e continuarão, em seus domicílios numa situação de dependência, por falta de acesso a cuidados técnica e humanamente adequados (Vicente, 2005).

Apesar das prioridades do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde no atendimento do idoso, carências ao nível de cuidados de longa duração e paliativos, e de

doenças crônicas ou degenerativas que criam dependência ainda precisam de um pouco mais de atenção.

É nesse sentido que surge uma nova visão do atendimento através da proposta de desenvolvimento de redes temáticas que buscam uma abordagem integral das necessidades dos doentes e visam a oferecer continuidade nos cuidados aos pacientes.

Países como Portugal, Espanha, Alemanha e Reino Unido passaram por esse processo a partir do final dos anos 80 e início dos anos 90 do século passado. Constituíram e desenvolveram cada um, nas suas diferentes formas e modelos, o que se conhece como redes de cuidados continuados, de maneira a fazer frente às novas necessidades e na busca de novas linhas de serviços mais adequados, eficientes e sustentáveis para os grupos de pessoas em situação de dependência funcional (Comas Herrera et al., 2003).

No Brasil, algumas experiências-piloto estão ocorrendo, com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde e da Confederação Nacional das Misericórdias. Sob a supervisão do CEALAG (Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão), vinculado ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, as iniciativas na região de Franca/SP e no Estado do Mato Grosso do Sul já estão em fase de implantação. Esses projetos estão utilizando Portugal como modelo de implantação, cuja experiência se iniciou em 2006.

Portanto, o cenário no qual surge a presente proposta de estudo tem variáveis múltiplas, dentre elas: o progressivo envelhecimento da população; uma ocupação elevada de leitos por pacientes agudos, sobretudo nos hospitais de referência, e por doentes crônicos, com doenças incuráveis ou progressivas e doentes em fase de convalescença, e ao mesmo tempo uma grande quantidade de hospitais, particularmente os de média complexidade e de pequeno porte, como é a maioria dos hospitais filantrópicos e Santas Casas, com baixas taxas de ocupação.

Este trabalho trata da etapa inicial de um projeto de auxílio na definição e estabelecimento das bases para o desenvolvimento de um novo modelo de cuidados no Estado de São Paulo, orientado pela resposta a estas necessidades emergentes, buscando promover

uma revisão da tipologia de oferta de serviços, sob a ótica de regionalização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

1.1. O ENVELHECIMENTO E AS MUDANÇAS SOCIODEMOGRÁFICAS

As alterações na estrutura etária de uma população, segundo Dinis (1997), traduzem-se fundamentalmente pelo aumento da população, que resulta em dois aspectos:

- A diminuição constante da taxa de natalidade, em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos "velhos" aumenta no total. O declínio dessa taxa está associado a diversos fenômenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua maior participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais acrescidos, decorrentes de uma família numerosa, são fatores que condicionam uma baixa de nascimentos;
- O aumento "significativo" da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e tecnológicas, dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

A conjugação desses fatores converge para mudanças significativas no contexto demográfico, que começam a acarretar uma série de previsíveis consequências sociais, culturais e epidemiológicas (Nogueira, 2009).

A Tabela 1 mostra a evolução na proporção das pessoas com mais de 60 anos na população mundial. Do ano 2000 até 2050 a participação dos idosos duplicará no mundo, principalmente na Ásia e na América Latina, onde esse percentual chegará a 157% e 181% de crescimento, respectivamente. Nas regiões da Europa, Oceania e América do Norte a participação aumentará em menor proporção, porém, em 1950 elas já apresentavam uma grande quantidade de pessoas com mais de 60 anos em suas populações.

Tabela 1 - Envelhecimento populacional nas regiões do mundo, 1950, 2000 e 2050

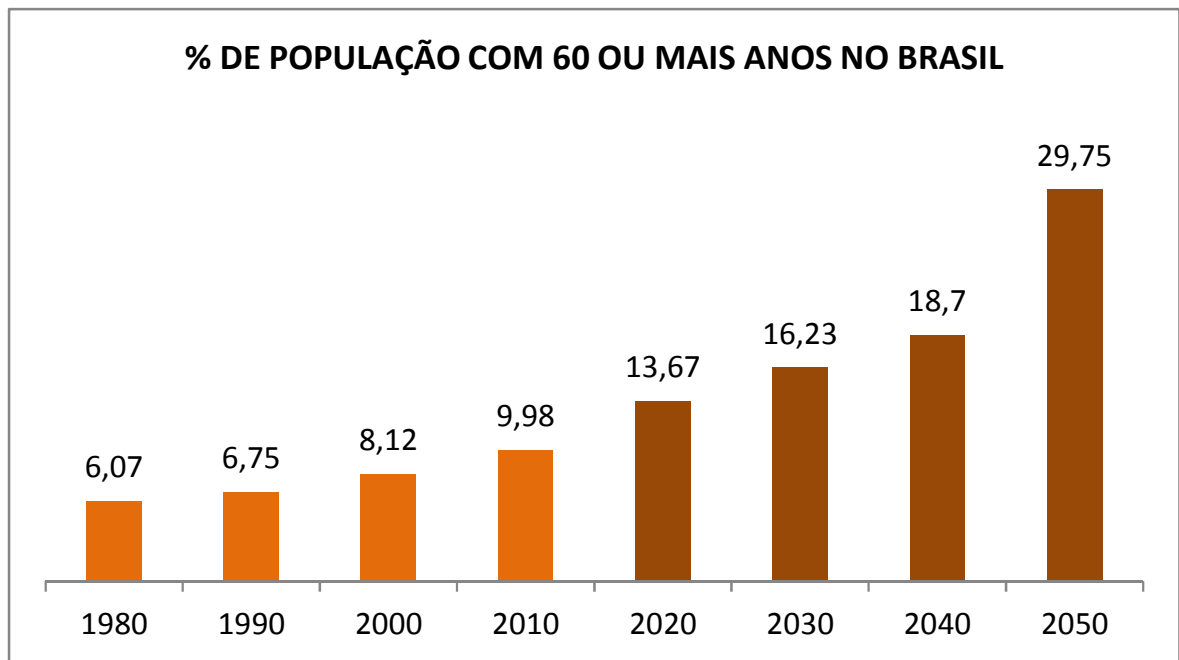
Regiões	Participação das pessoas com 60 anos ou mais na população (em %)			Participação das pessoas com 80 anos ou mais no grupo de pessoas idosas (em %)		
	1950	2000	2050	1950	2000	2050
África	5,3	5,1	10,2	5	7,4	11
Ásia	6,8	8,8	22,6	4,6	9,1	18,4
Europa	12,1	20,3	36,6	9,1	14,6	27,1
América Latina e Caribe	5,9	8	22,5	6,5	11,1	18,1
Oceania	11,2	13,4	23,3	8,7	16,5	24,2
América do Norte	12,4	16,2	27,2	9,1	19,8	28,3

Fonte: United Nations. World population ageing 1950-2050, 2002.

As consequências ao desafio que o envelhecimento demográfico atual representa para as sociedades, sobretudo nos âmbitos sociais e de saúde, podem globalmente ser analisadas segundo algumas dimensões. Entre elas, o relativo declínio da população ativa e envelhecimento da mão-de-obra, a pressão sobre os regimes de pensão e as finanças públicas, provocada pelo número crescente de aposentados e pela diminuição da população em idade ativa, a necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência a pessoas idosas, a diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos, além da inatividade abrupta que cria sentimentos de inutilidade, rejeição e afastamento (Guimarães, 1999 e Mendes, Gusmão e Faro, 2005).

No Brasil, um pouco mais tardiamente do que em outros países do mundo, a população envelhece de forma rápida e intensa (considera-se aqui, de acordo com a legislação vigente, uma pessoa idosa sendo aquela com 60 anos ou mais de idade – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994).

Conforme o IBGE (2010), o percentual de pessoas com mais de 60 anos em cada 100 habitantes passará de 10 em 2010 para 30 em 2050 (Figura 1), ou seja, triplicará.

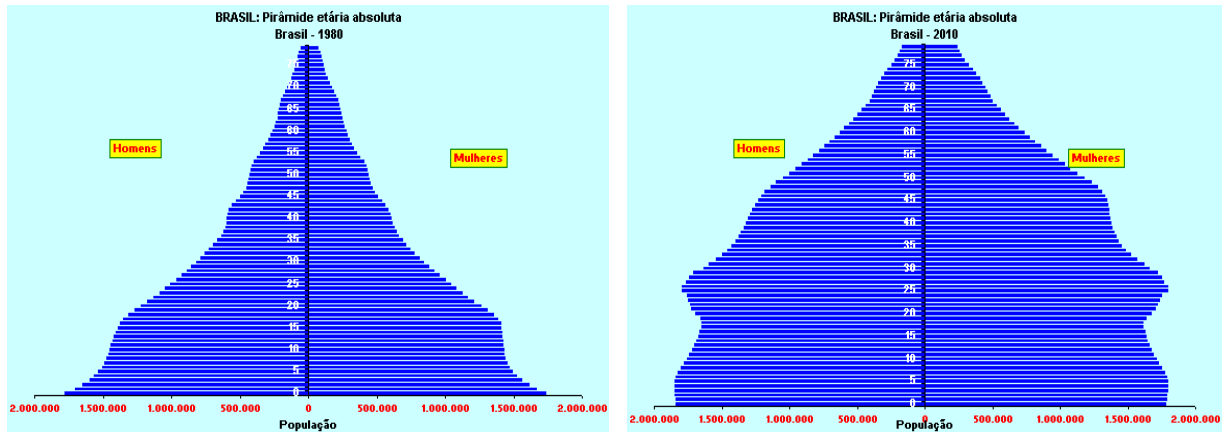
Figura 1 – Projeção de Idosos no Brasil

Fonte: IBGE, 2010.

No censo demográfico do mesmo ano, o País já contava com mais de 20 milhões de idosos (IBGE, 2010), em sua maioria com problemas socioeconômicos e com uma alta prevalência de doenças crônicas, causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa *et al.*, 2003; Ramos, 2002).

As pirâmides populacionais brasileiras de 1980 e 2010 reforçam esse efeito, com um afunilamento da base da pirâmide e um incremento das camadas de população com mais idade nas últimas quatro décadas (Figura 2).

Figura 2 – Pirâmides populacionais brasileiras de 1980 e 2010



Fonte: IBGE, 2010.

Em face desta realidade, as sociedades vão tentando encontrar formas de gerir essas alterações demográficas, criando redes de suporte formais e informais de apoio aos idosos. A rede de suporte formal é composta de organismos de ajuda governamental e inclui várias instituições, como Hospitais-Dia, Casas de Saúde, Lares, Asilos, etc. (Nogueira, 2009).

A rede de suporte informal, também chamada de rede natural de ajuda, é constituída pelo(a) companheiro(a), parentes, filhos, amigos e vizinhos.

A primeira solução é a mais utilizada nos casos de idosos com grandes incapacidades físicas e psicológicas, enquanto a segunda é a preferida e mais utilizada nos casos em que há manutenção de autonomia funcional (Santos 1995).

Nos dias atuais, em quase todos os países do mundo ocidental é assumida a necessidade de se implementar uma política econômica, social e familiar que possa trazer equilíbrio aos "arranjos" sociais em crise (Santos, 1995).

Nas últimas décadas, no Brasil, os sistemas de saúde e as próprias instituições prestadoras de serviços do SUS vêm sendo confrontados com o desafio de adaptar suas estruturas e funcionamento, em razão da procura crescente por serviços de saúde que respondam às necessidades derivadas do envelhecimento progressivo da população, as quais apresentam pessoas com dependência funcional, com múltiplas patologias crônicas, emergentes ou não, e em grande parte dos casos, associadas a situações de precariedade

econômica, sem integração social e sem apoio social e familiar (Santos, Lenir e Andrade, 2008).

Este novo contexto é verificado em todos os níveis do sistema de saúde (cuidados primários, cuidados hospitalares, etc.) e traça a urgência de mudanças na forma de proporcionar os cuidados de saúde, na busca de novas linhas de serviço mais adequadas e eficientes para a atenção dessa faixa populacional, alcançando também a necessidade de mudança nos perfis, habilitações e na formação dos profissionais de saúde (Nogueira, 2009).

1.2. O CONTEXTO BRASILEIRO E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Até 2025, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas. Um relatório do Instituto para Envelhecimento e Planejamento de Futuro de 2012, alerta o governo brasileiro sobre a necessidade de criar, o mais rápido possível, políticas sociais que preparem a sociedade para essa realidade.

A Constituição brasileira de 1988 deixou clara a preocupação e a atenção que devem ser dispensadas ao assunto, quando registrou em seu texto a questão do idoso. Foi o pontapé inicial para a definição da Política Nacional do Idoso, que traçou os direitos desse público e as linhas de ação setorial.

Depois da criação dessa política, por meio da Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, as instituições de ensino superior passaram a se adaptar para atender à determinação da lei, que prevê a existência de cursos de Geriatria e Gerontologia Social nas Faculdades de Medicina no Brasil.

Em 1996 foi regulamentada uma Política Nacional do Idoso, visando a assegurar direitos sociais à pessoa idosa e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determinou que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, relacionados ao tema, promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades de conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999). O principal alvo dessa política foi promover a intervenção sobre a perda da capacidade funcional dos idosos, com prejuízo de suas habilidades físicas e mentais para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Seguiram-se outros arranjos, tais como a Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que criou os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

A despeito de importantes conquistas nas duas últimas décadas, os especialistas consideram o marco do processo de garantia dos direitos desse segmento populacional a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. Sendo instrumento legal que vem servindo como referência obrigatória para o movimento social na área, o estatuto serve como guia decisivo para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de ressignificação da velhice.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde acentua que a saúde aparece como elemento central por exercer forte impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. As representações sociais construídas em torno da velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, aceitas como características normais e inevitáveis desta fase.

Entretanto, o maior acesso aos serviços de saúde, bem como aos bens sociais como educação e renda, tem modificado sobremaneira a própria imagem de abandono associada à velhice. Políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia “saúde da família”, têm contribuído para horizontes cada vez mais positivos na vida de brasileiros e brasileiras com 60 anos ou mais (Ministério da Saúde do Brasil, 2006).

O compromisso público em torno do Pacto pela Vida e da saúde do idoso veio com a publicação da Portaria/GM nº 399, publicada em 22/2/2006. Coerente com a proposta de Envelhecimento Ativo, dentro das diretrizes propugnadas pela Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem buscado qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas, contribuindo para que não só haja maior expectativa de vida no País, como também agregando melhor qualidade aos anos a mais vividos.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI – vem definida pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Esta assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde – SUS – (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). E assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais, necessárias à realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. A finalidade desta política visa a recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, mostrados no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNSPI- (PORTARIA Nº 2.528, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006)
<p>a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável;</p> <p>b) Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;</p> <p>c) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;</p> <p>d) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;</p> <p>e) Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;</p> <p>f) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;</p> <p>g) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;</p> <p>h) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e</p> <p>i) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.</p>

Fonte: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Ministério da Saúde, 2006.

Em 2009, o Ministério da Assistência Social, através da Resolução CNAS nº. 109/2009, criou o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para idosos, dentro do Serviço da Proteção Social Básica, que tem por foco o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário, e na prevenção de situações de risco social para idosos com idade igual ou superior a 60 anos, em situação de vulnerabilidade social.

Enquadram-se nesse contexto os idosos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada, os idosos de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e os idosos com vivências de isolamento por ausência de acesso a serviços e oportunidades de convívio familiar e comunitário e cujas necessidades, interesses e disponibilidade indiquem a inclusão no serviço.

Recentemente foi publicada a Portaria 2.527, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e representa um marco na estruturação da atenção domiciliar em todo o Brasil: apresenta as diretrizes desta modalidade de cuidado, a forma como deve se organizar, e

também estabelece o incentivo federal para apoiar os gestores no aperfeiçoamento e/ou implantação da atenção domiciliar nas suas localidades.

Outro avanço é o reconhecimento do cuidado das equipes de atenção básica, realizado no domicílio como uma modalidade de atenção domiciliar, além de trazer a estruturação da atenção domiciliar na perspectiva das Redes de Atenção (RAS) como uma diretriz. Segundo essa iniciativa, espera-se até 2014 a provisão de 1.000 equipes de Atenção Domiciliar e outras 400 equipes de apoio.

E no final de 2012, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria 2.809 para a organização dos Cuidados Prolongados, como retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o texto da portaria, esses tipos de cuidados são direcionados a usuários em situação clínica estável que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo clínico, cirúrgico ou traumatológico. A organização dos cuidados prolongados pode ocorrer das seguintes formas: Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

1.3. CUIDADOS CONTINUADOS E O CONTEXTO INTERNACIONAL

O conceito de cuidados continuados apresenta diferenciadas denominações em cada país e na literatura internacional. Os modelos e as experiências referem-se aos mesmos objetivos, com suas particularidades dentro dos diferentes modelos de sistema de saúde. Com fórmulas próprias e em graus de desenvolvimento nos diversos países, majoritariamente os modelos de cuidados incorporam novos paradigmas orientados para prestar cuidados numa ótica globalizadora das necessidades das pessoas que apresentam dependência, que necessariamente passam por um enquadramento intersetorial e multidisciplinar.

Assim, além das distintas denominações e formas organizativas em que são estruturadas, orientam-se a dar resposta a situações de necessidades de saúde complexas que requeiram uma intervenção de natureza mista: social e de saúde, de modo simultâneo e sequencial, sempre de maneira complementar e fortemente articulada.

A parceria, em alguns casos, estabelecida entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde, possibilitou as dinâmicas de criação e fomento de respostas multissetoriais, com o objetivo de promover a continuidade da prestação de cuidados de saúde e apoio social a todo cidadão que apresente dependência, com compromisso do seu estado de saúde, ou em situação de doença terminal.

A política de Cuidados Continuados tem como fundamento criar novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis ajustadas às necessidades dos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários (OMS, 2002).

Seus objetivos se dirigem à recuperação global e à manutenção entendida como um processo ativo e contínuo, no período que se prolonga para além do necessário ao tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, compreendendo: a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; a promoção e manutenção de conforto e qualidade de vida, ou até mesmo em situações irrecuperáveis a partir da prestação de cuidados paliativos para o alívio do sofrimento das pessoas, bem como o apoio às famílias.

Os Cuidados Continuados constituem uma resposta aos desafios da prestação de cuidados oportunos e de qualidade às pessoas que apresentam situações de dependência funcional.
--

Os cuidados direcionam-se principalmente a todas as pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência funcional, pessoas idosas com critérios de fragilidade, pessoas com doenças crônicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente, ou pessoas que sofram de uma doença em situação terminal. Resumidamente, pessoas que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social.

A maioria dos países estimulados pela melhora das condições de vida e pelas políticas preventivas, durante a infância e a idade adulta, foi traçando objetivos de saúde e qualidade de vida mais ambiciosos. Os lemas “envelhecimento, saúde e qualidade de vida” e “envelhecimento satisfatório” são alguns dos eixos das políticas públicas dos últimos anos. Estas políticas são coincidentes com os objetivos da Organização Mundial de Saúde (Active

Ageing, a Policy Framework, abril de 2002) e dos principais organismos e associações internacionais interessados pelo envelhecimento (Fundação Americana de Gerontologia, Health and Aging, por exemplo).

Na visão da OMS, promover a funcionalidade prevenindo, reduzindo e protelando as incapacidades constitui uma das políticas sociais que mais podem contribuir para a qualidade de vida e a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária, traduzidas nos exemplos de alguns modelos em diferentes países.

Nos EUA, mais de 12 milhões de pessoas precisam de algum tipo de cuidado continuado ou “integrated care”, e cerca de um terço desses indivíduos tem grandes necessidades. O seguro de saúde Medicare é um programa do governo que financia os cuidados médicos de quase todos os idosos e de pessoas de outros escalões etários com algum tipo de dependência. No entanto, uma grande parte da população que necessita de cuidados continuados não é abrangida pelo Medicare, pois este apenas cobre tangencialmente alguns serviços dessa natureza. A maioria dos cuidados continuados é prestada por cuidadores informais, como a família e os amigos. Existe ainda um programa federal/estatal, o Medicaid, que providencia um seguro de saúde para as famílias com baixo rendimento, caracterizando-se por ser a principal rede de suporte financeiro dos cuidados continuados nos Estados Unidos (Feder, 2000).

Na Alemanha existe um regime de seguro social obrigatório para os cuidados continuados, “vernetzung” em alemão, que cobre praticamente toda a população, cerca de 90%. O restante da população é abrangido por um regime de seguro privado obrigatório. O regime de seguro social envolve critérios de elegibilidade onde, se cumpridos, os indivíduos têm o direito de escolher entre os diferentes tipos de serviços ou benefícios monetários. Existem três níveis de dependência que determinam o nível do benefício. O regime é financiado por contribuições sociais pagas por trabalhadores, ou por entidades patronais. As pessoas com níveis de dependência mais baixos não são cobertas pelos seguros de cuidados continuados (Comas Herrera et al., 2003).

Na Espanha, a “atención sócio sanitária” caracteriza-se por ser descentralizada e pode ser denominada como um “sistema de serviços regionais de cuidados continuados”. Existe uma enorme esperança nos cuidados informais, contudo, devido à participação mais ativa da

mulher no mundo do trabalho, prevê-se um aumento da dependência em termos de cuidados formais. O acesso ao financiamento público dos cuidados continuados é baseado numa avaliação das necessidades e recursos, consoante a região. A regulação é feita pelos governos regionais e é proporcionada pelas autoridades locais e pelo setor privado, na sua maioria sem fins lucrativos. A prestação de cuidados de saúde é proporcionada de forma gratuita por um serviço nacional de saúde, também organizado em nível regional. Os cuidados continuados na Espanha são financiados, em sua maioria, por impostos, e uma pequena parte através de co-pagamentos (Comas Herrera et al., 2003).

Na Itália, os cuidados continuados são divididos entre prestadores públicos e privados de cuidados de saúde e de apoio social. Os cuidados de saúde são prestados pelo serviço nacional de saúde italiano, de maneira gratuita. Os impostos nacionais e locais são a principal fonte de financiamento. Os três principais tipos de assistência aos cuidados continuados públicos são: os cuidados institucionais, os cuidados comunitários e os subsídios monetários. O nível de prestação de serviços à comunidade com financiamento público deverá aumentar nos próximos anos (Comas Herrera et al., 2003).

No Reino Unido, os serviços de saúde prestados através do Serviço Nacional de Saúde são gratuitos no momento do seu uso. Os serviços sociais são fornecidos pelas autoridades locais e os cuidados primários são responsáveis por fornecer cuidados de saúde à população. As autoridades locais responsabilizam-se pela avaliação das necessidades, definição de critérios de elegibilidade e por organizar os serviços sociais para a população. Os serviços de saúde são financiados principalmente por impostos centrais, sendo os serviços sociais financiados pela tributação central ou local e por taxas de utilização (Comas Herrera et al., 2003).

As intervenções que o novo modelo de Cuidados Continuados propõe, na opinião de Nogueira, baseiam-se no respeito aos seguintes aspectos:

- Prestação individual e humanizada de cuidados desenvolvidos com eficiência e qualidade;
- Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e serviços;

- Continuidade dos cuidados mediante a articulação e coordenação entre os diferentes serviços, setores e níveis;
- Proximidade da prestação dos cuidados, por meio de unidades de internação, da potencialização de serviços de atenção básica e das redes locais que permitam a prestação de auxílio no entorno do paciente e sua família;
- Avaliação integral (biopsicossocial) das necessidades da pessoa em situação de dependência, e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia que garantam a promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia e a participação e corresponsabilização das pessoas em situação de dependência, da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- Enquadramento terapêutico através de planos individuais de intervenção e trabalho por objetivos;
- Enquadramento multi e interdisciplinar na prestação dos cuidados;
- Enfoque na promoção do apoio domiciliar para estimular, o máximo possível, a permanência das pessoas nos seus domicílios, em oposição ao ambiente hospitalar.

O modelo assistencial que preconiza os cuidados continuados supõe uma mudança na concepção da prestação tradicional de cuidados, situando as pessoas, as famílias e suas necessidades no centro do atendimento e introduzindo novos paradigmas de funcionamento. Os cuidados continuados desenham uma estratégia para operacionalizar as proposições referentes aos cuidados voltados à dependência funcional, e a atenção à vulnerabilidade de grupos de risco.

Ainda no âmbito assistencial, os objetivos se voltam à recuperação global e à manutenção entendida como um processo ativo e contínuo, no período que se prolonga para além do necessário no tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, compreendendo: a reabilitação, a readaptação e a reintegração social; a promoção e manutenção de conforto e de qualidade de vida, ou até mesmo em situações irrecuperáveis,

com a prestação de cuidados paliativos para o alívio do sofrimento das pessoas, bem como o apoio às famílias.

Quanto à concepção organizacional do modelo de cuidados, a filosofia do novo modelo possui a mesma base conceitual e pontos de partida muito semelhantes. Entre eles, a necessidade e o objetivo de evoluir a partir do modelo clássico de cuidado baseado no Modelo Biomédico Tradicional, com foco de atenção centrado na alteração biológica e na doença, para um modelo de avaliação e cuidado integral (modelo funcional) que incorpore, além dos cuidados médicos baseados nos diagnósticos das doenças, o cuidado com as funções físicas, relativas à vida diária, o cuidado com as funções cognitivas e emocionais, e os cuidados sociais e do contexto familiar (revista da RNCCI, 2011).

Consequentemente, o novo modelo de cuidados incorpora novos paradigmas orientados para a prestação de cuidados continuados numa ótica globalizada das necessidades das pessoas que, independentemente da sua idade, encontram-se em situação de dependência, as quais necessariamente passam por uma abordagem intersetorial e multidisciplinar.

1.4. O MODELO PORTUGUÊS

Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) constitui-se de um modelo organizacional criado em parceria entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) e o Ministério da Saúde (MS), oferecendo respostas multissetoriais que promovem a continuidade da prestação de cuidados integrados a todos os indivíduos em situação de dependência, perda de autonomia, ou em situação de doença terminal. É formada por um conjunto de instituições dos setores público e privado, com ou sem fins lucrativos, os quais assumem um papel fundamental na criação da rede.

Ela foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, com o intuito de implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão, criando novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis e ajustadas às demandas dos diferentes grupos em situação de dependência, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça a função dos cuidados primários de saúde, apoiando assim a sua

modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país (Andrade e Grilo, 2004).

Esse decreto representa um processo reformador desenvolvido por dois setores com responsabilidades de intervenção no melhor interesse do cidadão: o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social, muito bem definido no seu artigo 3º:

(...) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa a promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.

O objetivo geral da RNCCI, segundo o Ministério da Saúde português, é “a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”.

Tem por referência a missão da RNCCI – prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência – com destaque para os seguintes objetivos:

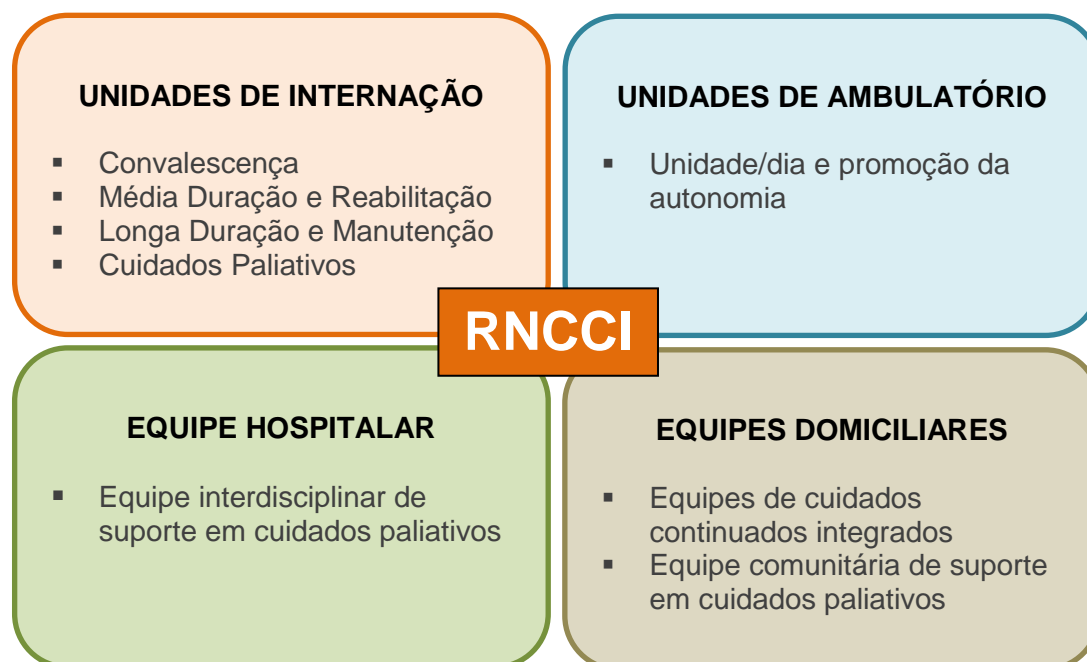
- A melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perdê-la, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e a internação tecnicamente adequados à respectiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respectiva qualificação e na prestação dos cuidados;

- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação;

- O preenchimento de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados.

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social é assegurada pela RNCCI através de quatro tipos de resposta, conforme a Figura 3:

Figura 3– Tipos de cuidados da RNCCI em Portugal.



Fonte: Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 2009.

Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCC) organiza seus serviços por quatro tipos diferentes de unidades de internação:

- Unidade de Convalescença: tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo, para esta tipologia, ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crônico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade de até 30 dias consecutivos;

- Unidades de Média Duração (ou permanência) e Reabilitação: visam a responder a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crônico, cuja previsibilidade de dias de internação se situe entre 30 dias e 90 dias;

- Unidades de Longa Duração (ou permanência) e Manutenção: tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e/ou retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o *status* do estado de saúde, num período de internação em regra superior a 90 dias. Objetivam responder a doentes com processos crônicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam, ou não devam, ser cuidados no domicílio.

- Unidades de Cuidados Paliativos: destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado ou em fase terminal e que requeiram cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo.

Esta Rede é um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades do cidadão e centrados no usuário, onde este possa ter acesso aos cuidados necessários, no tempo e locais certos e pelo prestador mais adequado. Através do desenvolvimento dos seus paradigmas, a RNCCI estimula a revisão do papel do hospital e reforça o papel dos cuidados primários de saúde, apoiando assim a sua modernização e adequação às necessidades de saúde emergentes no país (RNCCI, 2009).

1.4.1. Dados do programa português de CCI

Para acompanhar o andamento e os resultados do programa de cuidados continuados em Portugal, o governo divulga periodicamente um relatório de monitoramento do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As tabelas e figura abaixo mostram alguns dados comparando o desempenho do programa nos últimos anos.

Tabela 2 – Número de leitos hospitalares contratados para uso do CCI, 2009-2011

Unidades de Internação	2009	2010	2011	Variação 2009-2011 (%)
Unidade de Convalescença	625	682	906	45,0
Unidade de Média Duração	1.253	1.497	1.747	39,4
Unidade de Longa Duração	1.942	2.286	2.752	41,7
Unidade de Cuidados Paliativos	118	160	190	61,0
Total	3.938	4.625	5.595	42,1%

Fonte: Relatório de Monitoramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 2011.

A Tabela 2 mostra a quantidade de leitos hospitalares contratados para uso do CCI entre os anos de 2009 e 2011, com um aumento de mais de 40% no total de leitos no período e predominância no número de leitos nas unidades de média e longa duração. Em 2011, predominaram a contratação de unidades de longa permanência, com quase 50% dos leitos e outro um terço para unidades de média permanência.

Tabela 3 – Número de leitos hospitalares contratados para uso do CCI para cada 100.000 habitantes com mais de 65 anos, 2009-2011

Unidades de Internação	2009	2010	2011	Variação 2009-2011 (%)
Unidade de Convalescença	39	42	56	42,6%
Unidade de Média Duração	77	92	107	39,3%
Unidade de Longa Duração	119	140	169	42,0%
Unidade de Cuidados Paliativos	7	10	12	66,7%
Total	242	284	344	42,0%

Fonte: Relatório de Monitoramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 2011.

Houve também uma variação semelhante no número de leitos contratados para cada dez mil habitantes, no mesmo período, com crescimento de 42% de 2009 para 2011. (Tabela 3). Isso significa algo em torno de 6.800 leitos implantados. A expectativa do governo português, de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 é de chegar a 9.400 leitos contratados em 2016.

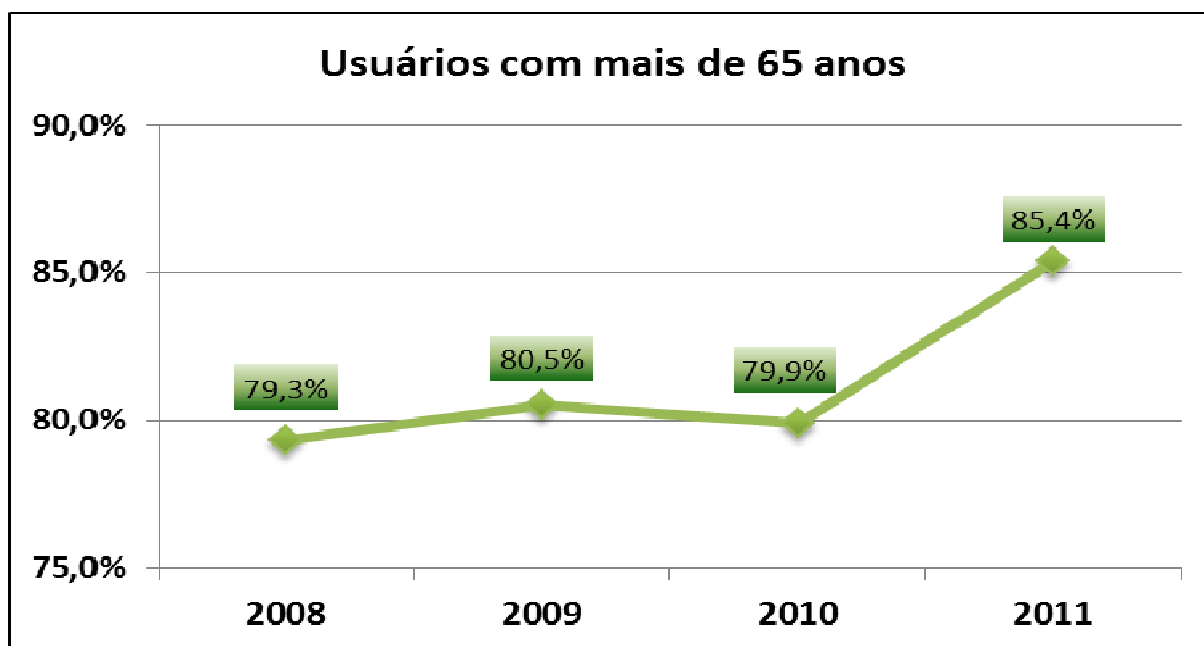
Tabela 4 – Origem dos pacientes referenciados para a RNCCI, 2010-2011

Origem do Paciente	2010	2011	Variação (%)
Centros de Saúde	7.145	10.111	41,5%
Hospitais	16.859	19.992	18,6%
Total	24.004	30.103	25,4%

Fonte: Relatório de Monitoramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 2011.

O Relatório de Monitoramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2011 mostrou que, aproximadamente, dois terços dos pacientes referenciados para a rede tiveram como origem os hospitais (Tabela 4). Mostrou também que, desde 2008, cerca de 80% dos pacientes usuários do programa em Portugal tinham mais de 65 anos de idade (Gráfico 1).

Gráfico 1– Evolução dos usuários da RNCCI com mais de 65 anos de idade, 2008-2011



Fonte: Relatório de Monitoramento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), 2011.

Além dos objetivos acima enunciados, o mesmo relatório considerou como estratégicos à intervenção dos cuidados continuados integrados alguns outros aspectos, entre eles: a diminuição do tempo médio de internação em unidades hospitalares que cuidam de pacientes em estado agudo, a redução do número de internação e reinternação de pessoas em situação de dependência, afóra o aumento da taxa média de ocupação de leitos hospitalares.

A taxa média de ocupação dos leitos hospitalares aumentou de 2011 para 2012 em todas as regiões onde o programa está presente, principalmente nas regiões Centro e Norte, com 27% e 35%, respectivamente.

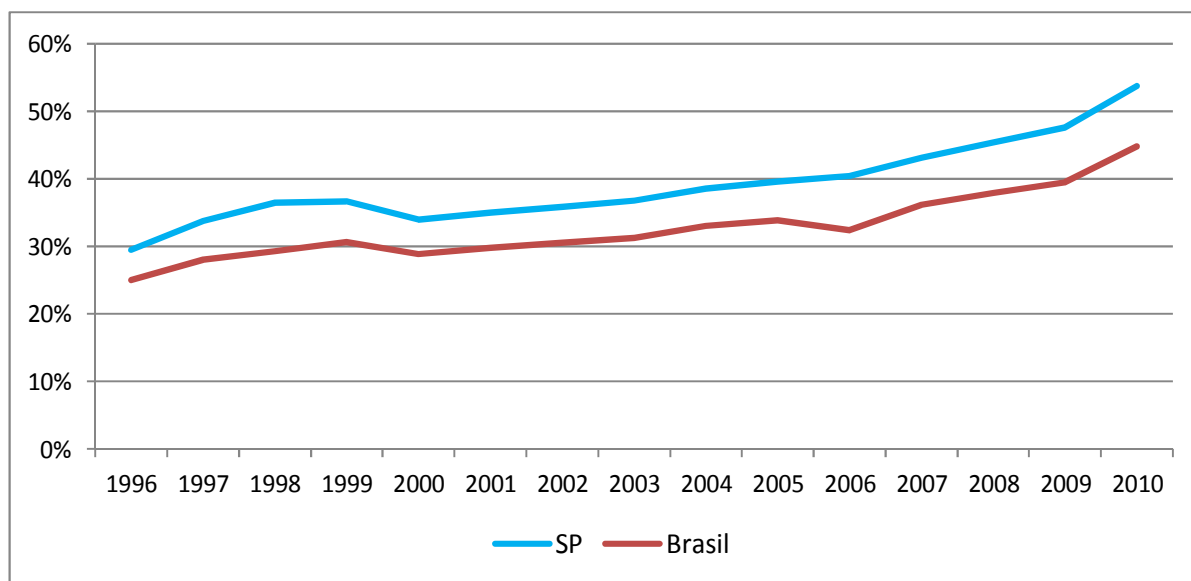
1.5. O ESTADO DE SÃO PAULO E OS DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE

Com uma área de aproximadamente 248 mil quilômetros quadrados, maior que o Reino Unido, e uma população de 41.262.199, equivalente a toda a Argentina (IBGE 2010), o Estado de São Paulo concentra boa parte da população do País. De acordo com o censo de 2010 do IBGE, 27,3% dessa população (11.253.503) vive na capital São Paulo.

Economicamente falando, São Paulo é a unidade da federação com maior desenvolvimento socioeconômico, responsável por 34% do PIB (Bittar, Mendes e Magalhães, 2011).

A participação dos idosos na população vem tendo seu peso relativo aumentado, com parte deste fenômeno associada ao aumento da longevidade dos brasileiros, cujo processo de envelhecimento pode reforçar desigualdades perante a qualidade de vida e bem-estar dos diversos segmentos populacionais (Berquó & Baeninger, s/d).

O índice de envelhecimento da população do Estado de São Paulo é de 53%, mais elevado que o brasileiro, de 44%. Sua evolução evidencia dois fenômenos populacionais simultâneos: menor taxa de fecundidade e de natalidade e maior sobrevivência da população. Nasce menos gente e morre-se com idade cada vez mais avançada.

Gráfico 2– Índice de Envelhecimento² no Estado de São Paulo e no Brasil, 1996 a 2010

Fonte: IBGE, 2010.

O Estado possui uma ampla rede de serviços de saúde, públicos e privados, muitos de excelente e reconhecida qualidade. Contando com 881 hospitais gerais e especiais, algumas unidades se destacam pela alta complexidade e são de grande importância como referência para o setor, que atende pacientes de outros Estados e da América Latina, com intensa participação na pesquisa e no ensino (Bittar, Mendes e Magalhães, 2011).

Consoante dados do DATASUS de 2012, dos cerca de 6.000 estabelecimentos de saúde brasileiros onde se realizam internações, 11,1% estão em São Paulo. Há uma importante participação relativa também na proporção de leitos e de internações, com cerca de 65.000 leitos hospitalares para o uso do Sistema Único de Saúde, distribuídos em aproximadamente 628 unidades de internação em mais de 400 municípios diferentes, que geraram uma produção de mais de 2.500.000 internações no período.

Apesar de a rede hospitalar paulista possuir grandes dimensões, ela já em 2005 demonstrava uma baixa taxa de ocupação (em torno de 40%) e alguma desigualdade na oferta entre os Departamentos Regionais de Saúde (Magalhães, 2005).

² O índice de envelhecimento é o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Essas divisões administrativas se fizeram através dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006.

Por meio deste decreto o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde, responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

O Mapa 1, apresentado a seguir, mostra a divisão do Estado nos Departamentos Regionais de Saúde, formada a partir do decreto acima citado.

Esse modelo de divisão, adotado oficialmente desde o ano de 2007, vem contemplar e fortalecer um dos princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com o artigo 7 da Lei 8.080 de 1990, a saber:

“IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;*
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;”*

Mapa 1– Divisão dos Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

Em 2011, com o intuito de fortalecer as Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS), cujo objetivo principal é integrar os serviços fortalecendo o processo de regulação do acesso e cogestão das redes de atenção, organizando as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado num determinado território (Bittar, Mendes e Magalhães, 2011).

Em outras palavras, os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas).

O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica (Ibanez et al., 2001).

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade (Ibanez et al., 2001).

Nesse sentido, um dimensionamento da rede hospitalar, conjuntamente com uma análise das necessidades de saúde e condições socioeconômica, demográfica e epidemiológica da população, são indicadores para apoiar a decisão na implantação de uma política regional de Cuidados Continuados.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Caracterizar o Estado de São Paulo nos pontos de vista socioeconômico, demográfico e epidemiológico, com o intuito de subsidiar a implantação de uma política regional de Cuidados Continuados.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características de vulnerabilidade socioeconômica e demográfica dos municípios do Estado de São Paulo, de acordo com a divisão regional utilizada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- Descrever as necessidades de saúde dos dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS), de acordo com divisão regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- Dimensionar a estrutura da rede da hospitalar do SUS e conveniada no Estado de São Paulo.

3. METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter descritivo-exploratório e é baseado na utilização de dados secundários, ou seja, informações disponíveis em bancos de dados já existentes.

Os dados foram coletados levando em conta a divisão utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde no Estado de São Paulo, e a divisão municipal utilizada na realização do censo populacional de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

As fontes de dados utilizadas foram o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o Sistema de Internações Hospitalares – SIH/DATASUS e o IBGE/SIDRA.

O estudo possui três dimensões de análise: vulnerabilidade, no âmbito municipal; necessidade de saúde e redes de atendimento hospitalar, ambas em caráter regional (DRS).

3.1. VULNERABILIDADE

O termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde. Os descritores utilizados pela Bireme apresentam vulnerabilidade como o grau de suscetibilidade ou de risco a que está exposta uma população em sofrer danos por desastres naturais. Inclui, ainda, a relação existente entre a intensidade do dano e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente (Marandola Jr. e Hogan, 2006).

Para analisar a vulnerabilidade dos municípios das regiões de saúde do Estado de São Paulo, com vistas à política de cuidados continuados, foram coletados e analisados três indicadores socioeconômicos: tamanho da população, idosos morando sozinhos e nível de pobreza, relacionados no Quadro 2.

Quadro 2 – Indicadores demográficos e socioeconômicos

Indicador	Definição	Unidade	Fonte	Período
Número total de habitantes	Número total de pessoas que habitam determinado município.	Valor Absoluto	Censo Demográfico IBGE	2010
Proporção de idosos morando sozinhos	Relação percentual entre o número total de pessoas com 60 anos ou mais que moram sozinhas, dividido pelo número total de pessoas que moram sozinhas em um determinado município.	Valor Percentual	Censo Demográfico IBGE	2010
População com renda < 1/2 salário mínimo	Proporção (%) da população residente com renda domiciliar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	Valor Percentual	Censo Demográfico IBGE	2010

Fonte: IBGE e RIPSAs, 2012.

Os municípios foram estratificados levando-se em conta esses três indicadores acima citados, cada um com os seguintes critérios para parametrizar a divisão dos grupos:

Quadro 3 – Estratificação dos indicadores demográficos e socioeconômicos

Tamanho da População	Muito Pequeno	até 20.000 habitantes
	Pequeno	de 20.001 a 50.000 habitantes
	Médio	de 50.001 a 100.000 habitantes
	Grande	de 100.001 a 500.000 habitantes
	Muito Grande	de 500.001 a 10.000.000 habitantes
	Mega	mais de 10.000.001 habitantes
Renda da População	Pobre	até 15% da população com renda domiciliar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo
	Médio	até 15,01 a 30% da população com renda domiciliar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo
	Rico	mais de 30,01% da população com renda domiciliar mensal <i>per capita</i> de até meio salário mínimo
Idosos Residindo Sozinhos	Pouco	até 45% das pessoas que moram sozinhas possuindo 60 anos ou mais
	Muito	mais de 45% das pessoas que moram sozinhas possuindo 60 anos ou mais

Fonte: IBGE e RIPSAs, 2012.

Para se chegar e analisar a vulnerabilidade de forma regional utilizou-se uma ponderação dos municípios, através da atribuição de pontos nas três diferentes variáveis, onde quanto maior a quantidade de pontos, maior a vulnerabilidade, a saber:

Quadro 4- Ponderação dos Municípios

Tamanho da População	Muito Pequeno	3 pontos
	Pequeno	
	Médio	2 pontos
	Grande	
	Muito Grande	1 ponto
	Mega	
Renda da População	Pobre	3 pontos
	Médio	2 pontos
	Rico	1 ponto
Idosos Residindo Sozinhos	Pouco	2 pontos
	Muito	1 ponto

Fonte: Trabalho do autor.

Desta maneira, os municípios encontram-se classificados numa escala de vulnerabilidade de 3 a 8 pontos, da menor para a maior vulnerabilidade.

Para se chegar à vulnerabilidade das regiões do Estado de São Paulo, foi utilizada a soma da média ponderada da pontuação dos municípios e suas respectivas populações, ou seja, multiplicou-se a pontuação obtida por município pelo percentual da população desse município em relação ao total da DRS.

3.2. NECESSIDADE DE SAÚDE

As necessidades em saúde não são apenas necessidades médicas, nem problemas de saúde como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito também a carências ou vulnerabilidades que indicam modos de vida e identidades, expressos no que é necessário para se ter saúde e envolvendo condições necessárias para o gozo da vida, o que implica, por parte das equipes de saúde, esforço de tradução e atendimento às necessidades trazidas pela população (Cecílio, 2001; Paim, 2006).

Para analisar as necessidades de saúde das dezessete regiões de saúde do Estado de São Paulo, visando à implantação da política de cuidados continuados, foram utilizados dois conjuntos de problemas de saúde: Patologias traçadoras e Incapacidade física.

3.2.1. Patologias traçadoras

Foram consideradas as patologias e agravos que possuem características clínicas e terapêuticas compatíveis com serviços de cuidados continuados, definidas com base no tempo de internação e na frequência da ocorrência dessa internação. Como referência, a classificação das patologias utilizadas foram aquelas encontradas na CID-10, conforme define a OMS.

Utilizou-se como base a taxa de internação da população de cada DRS, no ano de 2011, para aquelas patologias traçadoras cujo tempo de internação foi maior do que sete dias, considerando o local de sua residência.

Dessa maneira, chegou-se a um grupo de 24 patologias, pertencentes a cinco grupos distintos de doenças, de acordo com a CID-10 (Quadro 5).

Quadro 5 – Lista das maiores causas de internação, por capítulo da CID-10, Estado de São Paulo, 2011

Capítulo da CID-10	Código	Nome
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A17	Tuberculose do sistema nervoso
	A18.0	Tuberculose óssea e das articulações
Capítulo VI - Doenças do Sistema Nervoso Central	G00	Meningite bacteriana não classificada em outra parte
	G01	Meningite em doenças bacterianas classificadas em outra parte
	G02	Meningite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte
	G03	Meningite devida a outras causas e a causas não especificadas
	G09	Outras doenças inflamatórias do sistema nervoso central
	G35	Esclerose múltipla
	G45	Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas
Capítulo IX - Doenças do Sistema Circulatório	G54	Transtornos dos nervos, raízes e plexos nervosos
	I61	Hemorragia intracraniana
	I63	Infarto cerebral
	I64	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
	I67	Outras doenças cerebrovasculares
Capítulo XIII - Doenças do Sistema Osteomolecular e do Tecido Conjuntivo	I73	Outras doenças vasculares periféricas
	M15	Artrose
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade	S02	Fratura do crânio e dos ossos da face
	S12 e S32	Fratura do pescoço, tórax ou pelve
	S72	Fratura do fêmur
	T02	Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo
	S06	Traumatismo intracraniano
	S27	Traumatismo de outros órgãos internos
	S28 e S38	Lesão por esmagamento e amputação traumática do tórax e abdômen
	T75	Sequelas e outras consequências de causas externas

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

3.2.2. Incapacidade física/funcional

A incapacidade física/funcional tem sido definida como a restrição na capacidade para realizar as atividades normais da vida cotidiana. É um conceito particularmente útil para avaliar as condições de saúde dos idosos, já que muitos desenvolvem doenças crônicas que variam em impacto sobre a vida cotidiana (OMS).

O número de pessoas com algum tipo de deficiência motora, as quais declararam sua presença durante a realização do último censo demográfico do IBGE³, responderam à seguinte questão:

“6.16 Tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus?”

Foram consideradas, para este estudo, as respostas: “sim, não consegue de modo algum”, “sim, grande dificuldade” e “sim, alguma dificuldade”.

3.3. REDES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR

O conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes, que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos (OMS).

Para dimensionar as redes de atendimento hospitalar do Estado de São Paulo (um dos objetivos deste estudo) foram considerados os seguintes dados, conforme o Quadro 6:

³ O censo demográfico do IBGE classifica as deficiências auditiva, visual e motora em três critérios diferentes: alguma dificuldade, grande dificuldade, e não consegue de modo algum.

Quadro 6 – Indicadores de qualidade da rede hospitalar

Indicador	Definição	Unidade	Fonte	Período
Quantidade de hospitais para uso do SUS disponíveis na rede	Número total de unidades de internação à disposição para uso da população que usa o Sistema Único de Saúde, de determinado município.	Valor Absoluto	DATASUS/MS	2011
Quantidade de leitos hospitalares para uso do SUS disponíveis na rede	Número total de leitos ou camas hospitalares à disposição para uso da população que usa o Sistema Único de Saúde, de determinado município.	Valor Absoluto	DATASUS/MS	2011
Taxa de ocupação dos leitos	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período, porém considerando-se para o cálculo dos leitos-dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.	Valor Percentual	DATASUS/MS	2011
Tempo médio de permanência hospitalar	Média do período de tempo de uma internação hospitalar, expressa em dias.	Valor Absoluto	DATASUS/MS	2011
Leitos SUS por 1.000 habitantes	Relação percentual entre o número de leitos disponíveis para uso do SUS em determinado município e a população do mesmo município.	Valor Percentual	DATASUS/MS e IBGE	2011 e 2010

Fonte: DATASUS, IBGE e RIPSA, 2012.

3.3.1. Necessidade de leitos para uso dos Cuidados Continuados

Para os três tipos de unidade de internação em Portugal, existe um parâmetro internacional de cálculo de dimensão dos leitos necessários para o funcionamento da política portuguesa, com base na população com mais de 65 anos, conforme mostra a tabela a seguir:

Tabela 5 – Parâmetro português de dimensionamento de leitos para unidades de Cuidados Continuados

Tipos de Unidade	Nº de leitos por 1.000 habitantes >65 anos
Unidade de Convalescença	1,80
Unidades de Média Permanência	2,00
Unidades de Longa Permanência	5,00

Fonte: Relatório de monitorização da implementação das experiências-piloto da RNCCI, Lisboa, 2007.

Esse mesmo parâmetro foi utilizado para dimensionar o número de leitos necessários para a implantação das unidades de Cuidados Continuados no Estado de São Paulo.

4. RESULTADOS

4.1. INDICADORES DE VULNERABILIDADE

4.1.1 Vulnerabilidade por municípios

O agrupamento dos três indicadores de vulnerabilidade, escolhidos para realizar a análise dos 645 municípios do Estado de São Paulo, resultou na formação de 24 grupos diferentes, conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 6 – Grupos de vulnerabilidade de municípios, Estado de São Paulo, 2010

Grupo	Nº de Municípios	População	Renda da População	Idosos Residindo Só
1	18	Muito pequeno	Rico	Pouco
2	67	Muito pequeno	Rico	Muito
3	74	Muito pequeno	Médio	Pouco
4	168	Muito pequeno	Médio	Muito
5	43	Muito pequeno	Pobre	Pouco
6	31	Muito pequeno	Pobre	Muito
7	12	Pequeno	Rico	Pouco
8	27	Pequeno	Rico	Muito
9	37	Pequeno	Médio	Pouco
10	33	Pequeno	Médio	Muito
11	7	Pequeno	Pobre	Pouco
12	4	Pequeno	Pobre	Muito
13	6	Médio	Rico	Pouco
14	12	Médio	Rico	Muito
15	20	Médio	Médio	Pouco
16	9	Médio	Médio	Muito
17	2	Médio	Pobre	Pouco
18	24	Grande	Rico	Pouco
19	4	Grande	Rico	Muito
20	35	Grande	Médio	Pouco
21	3	Grande	Pobre	Pouco
22	5	Muito grande	Rico	Pouco
23	3	Muito grande	Médio	Pouco
24	1	Mega	Médio	Pouco

Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010.

A Tabela 6 mostra que 401 municípios (62%) possuem menos de vinte mil habitantes, 120 municípios (19%) possuem entre 20 e 50 mil habitantes, 49 (8%) municípios possuem entre 50 e 100 mil habitantes, 66 (10%) possuem entre 100 e 500 mil habitantes e 8 (1%) possuem de 500 mil a 10 milhões de habitantes. O município de São Paulo aparece como único, com mais de 10 milhões de habitantes.

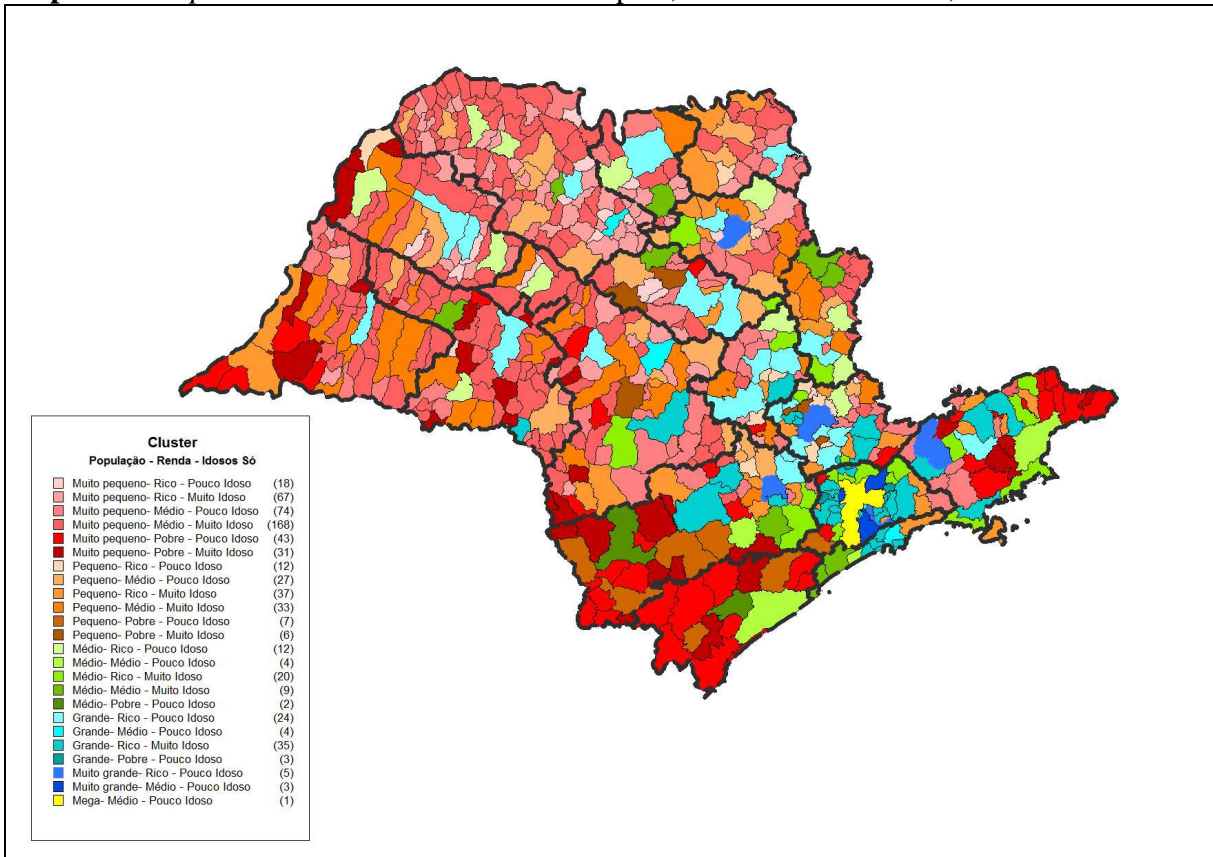
Quanto à renda da população, têm-se 90 municípios (14%) com até 15% da população com renda domiciliar mensal *per capita* de até meio salário mínimo, 380 municípios (59%) onde 15,01 a 30% da população possui renda domiciliar mensal *per capita* de até meio salário mínimo, e 175 municípios (27%) onde mais de 30,01% da população possui renda domiciliar mensal *per capita* de até meio salário mínimo.

Em relação aos idosos morando sozinhos, 290 municípios (45%) possuem até 45% das pessoas que moram sozinhas com 60 anos ou mais, e 355 municípios (55%) possuem mais de 45,01% das pessoas que moram sozinhas com 60 anos ou mais.

Do ponto de vista da vulnerabilidade, o grupo 6, com 31 municípios, obteve o pior desempenho, com municípios muito pequenos, de pouca renda *per capita* e um considerável número proporcional de idosos morando sozinhos. No outro extremo encontram-se os grupos 18 (24 municípios) e 22 (5 municípios), com municípios populosos, alta renda *per capita* e poucos idosos morando sozinhos.

O Mapa 2, a seguir, mostra a distribuição dos municípios do Estado de São Paulo de acordo com os grupos de vulnerabilidade:

Mapa 2 – Grupos de vulnerabilidade de municípios, Estado de São Paulo, 2010



Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010.

As diferentes cores no mapa se referem ao tamanho do município e dentre elas, quanto mais escura, pior é o resultado da junção das três variáveis (população, renda e idosos morando sós), ou seja, mais vulnerável é o município. Nota-se no mapa que as regiões com as cores avermelhadas são as mais vulneráveis, seguidas das alaranjadas, das verdes e azuis. Nas regiões Norte, Noroeste e Sul do Estado predominam os municípios com maior vulnerabilidade. Ao redor da cidade de São Paulo (amarelo), predominam os menos vulneráveis.

4.1.2 Vulnerabilidade por Departamento Regional de Saúde

Utilizando a média ponderada da vulnerabilidade de acordo com a população de cada município, e somando essa média dos municípios de cada DRS, chegou-se a um escore para cada uma das 17 regiões de saúde:

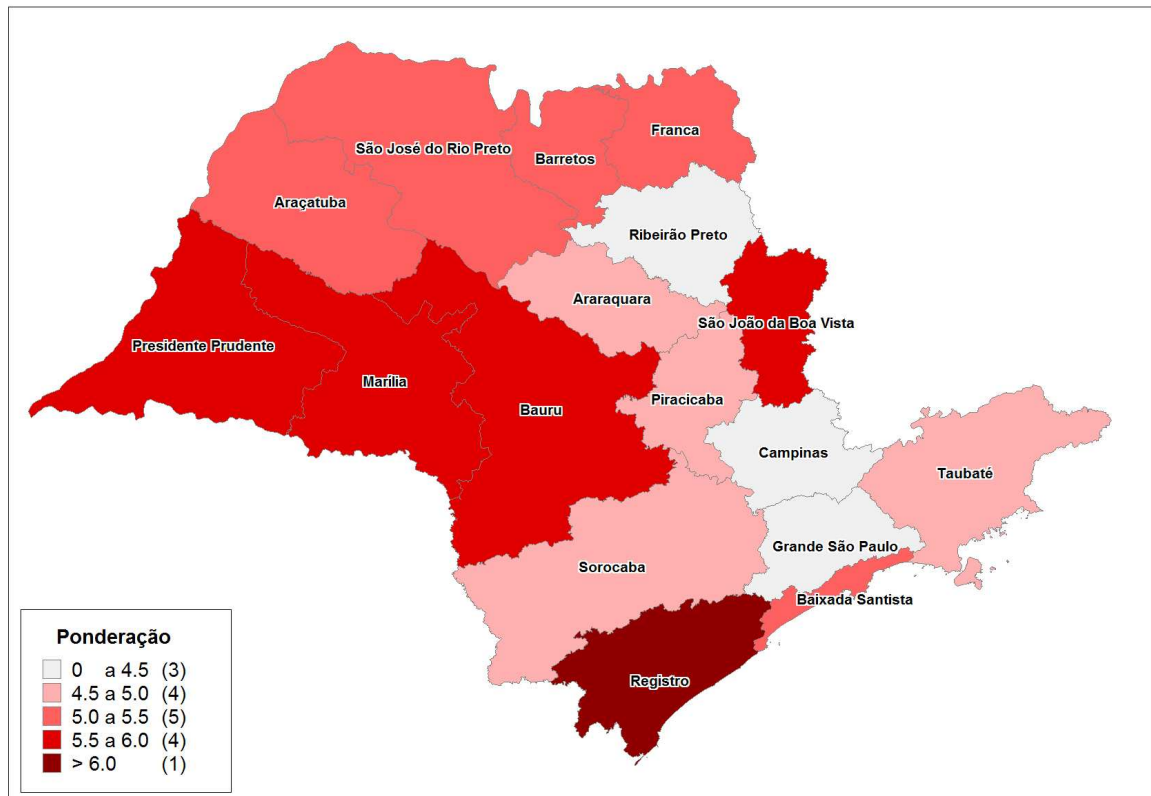
Tabela 7 – Média ponderada da vulnerabilidade (escore) dos municípios por DRS, Estado de São Paulo, 2010

DRS	Média Ponderada
Registro	7,04
Presidente Prudente	5,96
Marília	5,88
São João da Boa Vista	5,55
Bauru	5,53
Barretos	5,48
São José do Rio Preto	5,41
Araçatuba	5,24
Baixada Santista	5,20
Franca	5,06
Sorocaba	4,95
Piracicaba	4,78
Araraquara	4,74
Taubaté	4,57
Ribeirão Preto	4,42
Grande São Paulo	4,27
Campinas	4,23

Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010.

O resultado desse agrupamento de municípios pela correspondente DRS pode ser observado no mapa a seguir:

Mapa 3 – Escore de vulnerabilidade por DRS, Estado de São Paulo



Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010.

O Mapa 3 mostra que as regiões mais vulneráveis, ou que mais se encaixam no perfil da política de cuidados continuados, são as de Marília, Presidente Prudente e Registro. São as regiões onde predominam municípios muito pequenos, com população de baixa renda e proporcionalmente com muitos idosos morando sozinhos.

Além desses três componentes, alguns outros indicadores podem ajudar a analisar a vulnerabilidade de cada região, como IDH, saneamento inadequado, taxa de analfabetismo e taxa de urbanização.

O DRS de Registro, o mais vulnerável, é uma região com apenas 15 municípios, sendo que três deles estão entre os dez menores Índices de Desenvolvimento Humano do Estado. O DRS de Presidente Prudente apresenta cinco entre os dez primeiros municípios com maior índice de saneamento inadequado. O DRS de Marília apresenta a maior taxa de analfabetismo do Estado.

As regiões da Grande São Paulo e de Campinas, conhecidamente as mais desenvolvidas do Estado, aparecem como as regiões menos vulneráveis sociodemograficamente, além de possuírem os melhores índices de desenvolvimento humano, de alfabetismo, de saneamento básico, e as maiores taxas de urbanização.

4.2. NECESSIDADES DE SAÚDE

As internações hospitalares no ano de 2011 totalizaram mais de 1.900.000 em todo o Estado de São Paulo, desconsiderando as internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Dentre os principais grupos de causas dessas internações, destacam-se as doenças dos aparelhos: circulatório, respiratório, digestivo, e causas externas e doenças do aparelho geniturinário, respectivamente, as cinco primeiras em quantidade, responsáveis por 60% do total de internações no período (Tabela 8).

Tabela 8 – Quantidade de internações hospitalares pelos cinco primeiros grupos de causa, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011

Escore de Vulner.	DRS	Doenças Aparelho Circulatório		Doenças Aparelho Respiratório		Doenças Aparelho Digestivo		Causas Externas		Doenças Aparelho Geniturinário	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
7,04	Registro	1.351	12,8%	1.415	13,4%	1.316	12,5%	1.176	11,1%	1.446	13,7%
5,96	Presidente Prudente	8.518	14,6%	8.337	14,3%	7.445	12,7%	4.955	8,5%	5.558	9,5%
5,88	Marília	11.046	14,8%	10.972	14,7%	8.318	11,2%	7.243	9,7%	6.729	9,0%
5,55	São João da Boa Vista	8.271	15,9%	7.051	13,6%	6.999	13,5%	5.553	10,7%	4.575	8,8%
5,53	Bauru	13.302	13,4%	15.528	15,6%	11.363	11,4%	10.993	11,1%	9.812	9,9%
5,48	Barretos	2.699	10,9%	4.273	17,3%	3.398	13,7%	2.446	9,9%	2.787	11,3%
5,41	São José do Rio Preto	18.178	16,0%	16.289	14,4%	14.786	13,0%	10.957	9,7%	11.835	10,4%
5,24	Araçatuba	5.412	13,0%	6.549	15,7%	5.435	13,0%	4.186	10,0%	3.923	9,4%
5,20	Baixada Santista	7.970	13,9%	7.145	12,5%	7.737	13,5%	7.527	13,2%	4.390	7,7%
5,06	Franca	4.316	13,5%	4.432	13,9%	4.047	12,7%	3.474	10,9%	3.606	11,3%
4,95	Sorocaba	13.040	13,7%	14.987	15,7%	11.911	12,5%	11.418	12,0%	9.752	10,2%
4,78	Piracicaba	6.996	12,9%	7.050	13,0%	6.386	11,7%	6.902	12,7%	4.934	9,1%
4,74	Araraquara	6.620	15,0%	5.942	13,5%	5.992	13,6%	5.223	11,8%	3.911	8,9%
4,57	Taubaté	14.352	14,8%	12.539	12,9%	13.242	13,7%	10.951	11,3%	9.873	10,2%
4,42	Ribeirão Preto	10.911	14,9%	9.172	12,5%	9.096	12,4%	9.976	13,6%	5.632	7,7%
4,27	Grande São Paulo	110.177	13,6%	101.538	12,5%	96.239	11,8%	108.417	13,3%	65.528	8,1%
4,23	Campinas	20.566	12,9%	20.336	12,7%	19.537	12,2%	18.980	11,9%	14.018	8,8%
Total		263.725	13,9%	253.555	13,3%	233.247	12,3%	230.377	12,1%	168.309	8,9%

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

Verifica-se, em termos de internação, uma heterogeneidade entre as regiões, parecendo não ter alguma relação com o escore de vulnerabilidade alcançado por elas.

Os mapas 4 a 8 ilustram a tabela acima, mostrando as internações em cada um dos cinco principais grupos de causa, separadamente, em 2011.

Mapa 4 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

Mapa 5 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho respiratório, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

Mapa 6 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho digestivo, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011



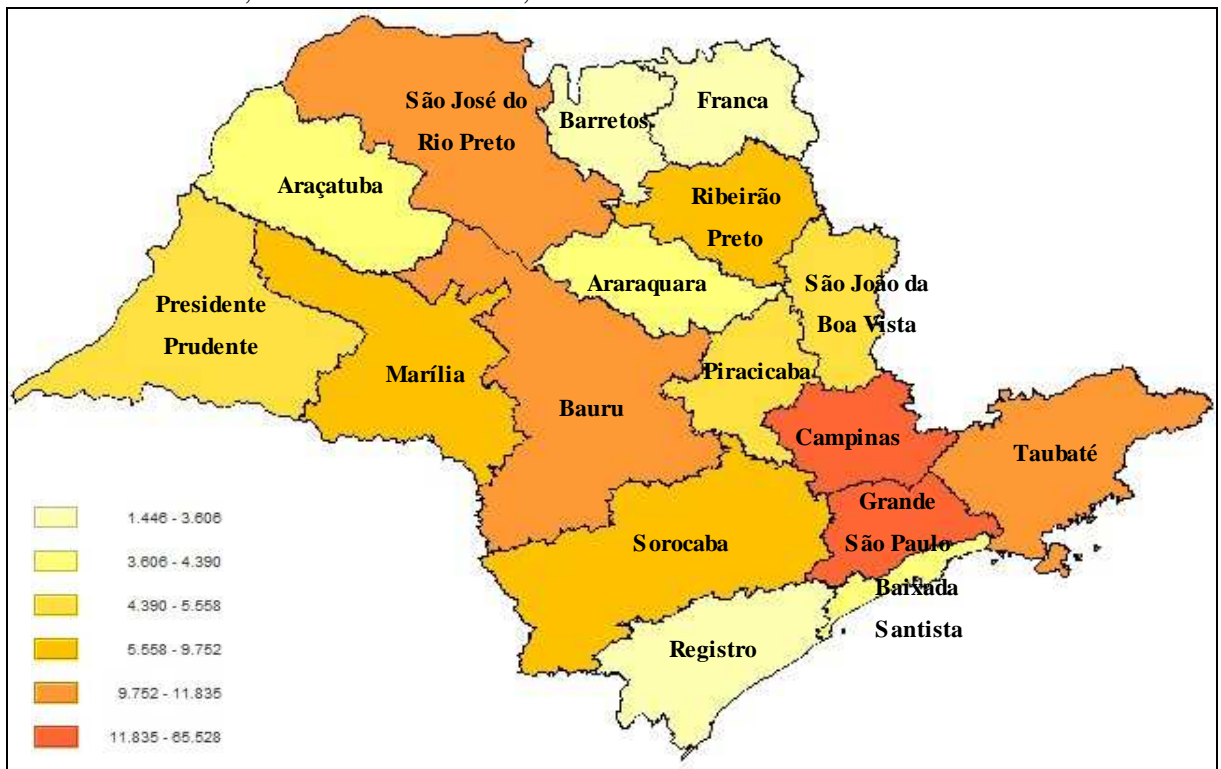
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

Mapa 7 – Quantidade de internações hospitalares por causas externas, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

Mapa 8 – Quantidade de internações hospitalares por doenças do aparelho geniturinário, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

As internações, quando analisadas de forma separada por grupos de doenças, mostram a Grande São Paulo e Campinas como as principais regiões com internações por causas dos aparelhos: circulatório, respiratório, digestivo e geniturinário, além das causas externas. As regiões de Registro, Barretos e Franca apresentaram o menor número de internações pelas mesmas causas. As outras regiões oscilaram nas posições intermediárias de número de internações no período.

Tabela 9 – Taxa de internação hospitalar por 10 mil habitantes dos cinco primeiros grupos de causa, por DRS de residência, Estado de São Paulo, 2011

Escore de Vulner.	DRS	Doenças Aparelho Circulatório	Doenças Aparelho Respiratório	Doenças Aparelho Digestivo	Causas Externas	Doenças Aparelho Geniturinário
5,24	Araçatuba	58,8	71,2	59,1	45,5	42,6
4,74	Araraquara	92,0	82,6	83,3	72,6	54,4
5,20	Baixada Santista	47,9	42,9	46,5	45,2	26,4
5,48	Barretos	65,9	104,4	83,0	59,8	68,1
5,53	Bauru	81,9	95,6	69,9	67,7	60,4
4,23	Campinas	51,0	50,4	48,5	47,1	34,8
5,06	Franca	66,4	68,2	62,3	53,5	55,5
4,27	Grande São Paulo	56,0	51,6	48,9	55,1	33,3
5,88	Marília	103,4	102,7	77,9	67,8	63,0
4,78	Piracicaba	49,5	49,9	45,2	48,9	34,9
5,96	Presidente Prudente	117,9	115,4	103,1	68,6	77,0
7,04	Registro	49,4	51,7	48,1	43,0	52,9
4,42	Ribeirão Preto	82,2	69,1	68,5	75,1	42,4
5,55	São João da Boa Vista	56,2	47,9	47,5	37,7	31,1
5,41	São José do Rio Preto	234,9	210,5	191,1	141,6	153,0
4,95	Sorocaba	58,1	66,8	53,1	50,9	43,5
4,57	Taubaté	63,4	55,4	58,5	48,4	43,6
	Total	63,9	61,4	56,5	55,8	40,8

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

As taxas de internação por 10 mil habitantes dos cinco primeiros grupos de causas apresentaram valores semelhantes no total do estado para as doenças do aparelho circulatório e respiratório, com São José do Rio Preto, Presidente Prudente e Marília chamando atenção pelas altas taxas nesses dois grupos e a Baixada Santista e Piracicaba com os menores valores.

Para as doenças do aparelho digestivo e causas externas, as taxas estaduais ficaram em torno das 56 internações, com novamente São José do Rio Preto e Presidente Prudente apresentando altos valores, longes da média. Nas doenças do aparelho geniturinário verificou-se a existência de pouco mais de 40 internações para cada 10.000 habitantes do Estado e São José do Rio Preto com 153 internações para o mesmo período.

Já as 24 patologias relacionadas aos cuidados continuados, denominadas traçadoras, foram responsáveis por quase 140.000 internações, aproximadamente 7,3% das internações ocorridas no ano de 2011, levando-se em conta o local de residência, no Estado de São Paulo, de pacientes do SUS.

Nesse período, perto de 50% dessas internações (45,8%) por patologias traçadoras dos Cuidados Continuados foram no DRS da Grande São Paulo, seguidas por Campinas (8%). Por outro lado, o DRS de Registro mencionou apenas 926 internações por essas mesmas causas (Tabela 10).

A taxa de internação dessas patologias por 10.000 habitantes varia entre 27,6% no DRS de Campinas, chegando a pouco mais de 49,9% em São José do Rio Preto e 48,1% em São João da Boa Vista.

Tabela 10 – Internações e taxa de internação por 10 mil habitantes, das patologias traçadoras, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

Escore de Vulnerabilidade	DRS	Internações	Índice de Internação/ 10.000 hab.
5,41	São José do Rio Preto	3.868	49,99
5,55	São João da Boa Vista	7.081	48,08
5,88	Marília	4.701	44,00
5,96	Presidente Prudente	3.015	41,75
4,42	Ribeirão Preto	5.425	40,85
5,53	Bauru	6.441	39,65
5,48	Barretos	1.622	39,63
5,24	Araçatuba	2.747	38,19
5,06	Franca	2.381	36,64
7,04	Registro	926	33,85
4,74	Araraquara	3.077	33,44
4,27	Grande São Paulo	63.884	32,45
4,95	Sorocaba	7.101	31,66
5,20	Baixada Santista	5.225	31,40
4,78	Piracicaba	4.374	30,96
4,57	Taubaté	6.393	28,23
4,23	Campinas	11.129	27,60
	Total	139.390	33,78

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

Analisando as internações separadamente por grupo de causas da CID-10, observa-se que 56,4% pertencem ao grupo de causas externas, a saber, 78.583 internações em 2011.

Também para esse grupo separadamente, o DRS da Grande São Paulo teve a maior quantidade de internações (48%), seguido por Campinas (8,2%) e Sorocaba (5,1%). Os DRS de Registro, Barretos e Araçatuba foram, respectivamente, os que menos internaram por causas externas (Tabela 11).

As taxas de internação por esse mesmo grupo de causas pontuaram as regiões de Bauru, Ribeirão Preto, São João da Boa Vista, São José do Rio Preto e Presidente Prudente com os maiores valores, pouco superiores a 23 internações/10.000 habitantes.

Tabela 11 – Internações e taxa de internação por 10 mil habitantes, das patologias traçadoras de causas externas, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

Escore de Vulnerabilidade	DRS	Internações	Índice de Internação / 10.000 hab.
5,41	São José do Rio Preto	1.893	24,46
5,55	São João da Boa Vista	3.400	23,09
5,88	Marília	2.416	22,61
5,53	Bauru	3.654	22,49
4,42	Ribeirão Preto	2.974	22,39
5,96	Presidente Prudente	1.542	21,35
5,06	Franca	1.386	21,33
5,48	Barretos	821	20,06
4,27	Grande São Paulo	37.745	19,18
5,20	Baixada Santista	3.143	18,89
5,24	Araçatuba	1.327	18,45
4,78	Piracicaba	2.575	18,23
4,95	Sorocaba	4.000	17,83
7,04	Registro	443	16,19
4,74	Araraquara	1.474	16,02
4,23	Campinas	6.413	15,91
4,57	Taubaté	3.377	14,91
Total		78.683	19,04

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

O segundo maior grupo de causas de patologias traçadoras foi o de doenças do aparelho circulatório, com 31,9%, ou 44.419 das internações em 2011 no Estado, não existindo correlação com o escore de vulnerabilidade.

Separadamente para esse grupo, o DRS da Grande São Paulo também teve a maior quantidade de internações (43,6%), seguido por Campinas (7,7%) e São João da Boa Vista (5,5%). Os DRS de Registro, Barretos e Franca foram, respectivamente, os que menos internaram por causas relacionadas ao aparelho circulatório (Tabela 12).

As taxas de internação por 10.000 habitantes, por esse mesmo grupo de causas, sinalizaram São José do Rio Preto, Presidente Prudente e São João da Boa Vista com os maiores valores.

Tabela 12 – Internações e taxa de internação por 10 mil habitantes, das patologias traçadoras do aparelho circulatório, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

Escore de Vulnerabilidade	DRS	Internações	Índice de Internação / 10.000 hab.
5,41	São José do Rio Preto	1.371	17,72
5,96	Presidente Prudente	1.206	16,70
5,55	São João da Boa Vista	2.442	16,58
5,88	Marília	1.590	14,88
5,24	Araçatuba	1.006	13,99
5,48	Barretos	538	13,15
7,04	Registro	349	12,76
4,42	Ribeirão Preto	1.614	12,15
5,53	Bauru	1.965	12,10
5,20	Baixada Santista	1.814	10,90
4,57	Taubaté	2.450	10,82
4,95	Sorocaba	2.397	10,69
4,74	Araraquara	982	10,67
5,06	Franca	667	10,26
4,27	Grande São Paulo	19.388	9,85
4,78	Piracicaba	1.229	8,70
4,23	Campinas	3.411	8,46
	Total	44.419	10,77

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2011.

4.2.2. Incapacidade física

No Estado de São Paulo, o número de pessoas com algum tipo de deficiência motora, em declaração das próprias pessoas no último censo demográfico (2010), mostrou um total de 2.561.861 deficientes, aproximadamente 6,2% da população estadual (Tabela 12).

Quase todos os Departamentos Regionais de Saúde estão próximos do percentual do Estado, com exceção de Franca e Registro, com menor e maior taxa, respectivamente.

Tabela 13 – Prevalência de deficientes motores declarados no censo demográfico, por DRS, Estado de São Paulo, 2010

DRS	Nº Deficientes Motores	%
Registro	15.764	7,70
Araçatuba	87.026	6,85
Araraquara	50.760	6,81
São José do Rio Preto	346.707	6,55
Presidente Prudente	90.613	6,53
São João da Boa Vista	30.675	6,52
Ribeirão Preto	68.305	6,51
Barretos	37.710	6,40
Campinas	96.225	6,27
Grande São Paulo	91.342	6,23
Taubaté	78.358	6,23
Bauru	228.390	6,19
Marília	178.544	6,09
Baixada Santista	48.720	6,05
Piracicaba	97.417	6,04
Sorocaba	895.500	6,02
Franca	119.805	5,81
Total geral	2.561.861	6,21

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Analisando conjuntamente a vulnerabilidade e os dois indicadores de necessidades de saúde, nota-se que as regiões consideradas mais vulneráveis, com exceção do DRS de Registro, apresentaram também um dos maiores índices de internação por patologias traçadoras, além de um percentual de deficientes motores acima da média do Estado de São Paulo, conforme mostra a Tabela 14.

Tabela 14 – Escore de Vulnerabilidade, Índice de internação por patologias traçadoras e percentual de deficientes motores, por DRS, Estado de São Paulo, 2010/2011

DRS	Escore de Vulnerabilidade	Índice de Internação / 10.000 hab.	% Deficientes Motores
Registro	7,04	33,85	6,52
Presidente Prudente	5,96	41,75	6,51
Marília	5,88	44,00	6,27
São João da Boa Vista	5,55	48,08	6,55
Bauru	5,53	39,65	6,09
Barretos	5,48	39,63	6,05
São José do Rio Preto	5,41	49,99	6,81
Araçatuba	5,24	18,45	5,81
Baixada Santista	5,20	31,40	6,04
Franca	5,06	36,64	6,23
Sorocaba	4,95	31,66	6,85
Piracicaba	4,78	30,96	6,40
Araraquara	4,74	33,44	6,02
Taubaté	4,57	28,23	7,70
Ribeirão Preto	4,42	40,85	6,53
Grande São Paulo	4,27	32,45	6,23
Campinas	4,23	27,60	6,19

Fonte: Ministério da Saúde, SIH/SUS, 2011 e IBGE, Censo Demográfico 2010.

4.3. REDES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR E A DISPONIBILIDADE DE LEITOS PARA CCI

De acordo com os dados do ano 2011, coletados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), a rede de atendimento hospitalar do Estado de São Paulo, que gerou algum tipo de internação nesse período, apresentou os seguintes dados, mostrados nas tabelas abaixo:

Tabela 15 – Quantidade de unidades de internação, número de leitos totais e para uso do SUS, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Nº de Unidades	%	Nº de Leitos Existentes	%	Nº de Leitos SUS	%
Grande São Paulo	178	28,3%	31.048	38,8%	26.287	40,6%
Campinas	52	8,3%	5.586	7,0%	4.572	7,1%
Bauru	48	7,6%	4.699	5,9%	4.046	6,2%
São José do Rio Preto	45	7,2%	4.202	5,3%	2.564	4,0%
Taubaté	44	7,0%	3.993	5,0%	3.248	5,0%
Marília	40	6,4%	4.167	5,2%	3.422	5,3%
Sorocaba	40	6,4%	6.041	7,5%	5.297	8,2%
Ribeirão Preto	25	4,0%	3.122	3,9%	2.457	3,8%
Araçatuba	24	3,8%	1.894	2,4%	1.484	2,3%
São João da Boa Vista	23	3,7%	3.585	4,5%	2.667	4,1%
Presidente Prudente	22	3,5%	2.401	3,0%	1.938	3,0%
Araraquara	20	3,2%	1.737	2,2%	1.264	2,0%
Baixada Santista	17	2,7%	2.434	3,0%	1.740	2,7%
Piracicaba	16	2,5%	2.392	3,0%	1.660	2,6%
Barretos	15	2,4%	1.168	1,5%	961	1,5%
Franca	13	2,1%	1.271	1,6%	928	1,4%
Registro	6	1,0%	295	0,4%	274	0,4%
Total geral	628	100,0%	80.035	100,0%	64.809	100,0%

Fonte: SIH/SUS e CNES/SUS, 2011.

Observa-se a presença de 628 unidades de internação hospitalar espalhadas por todas as regiões do Estado, com a maior concentração na Grande São Paulo e o restante diluído pelas demais regiões. Dentre elas, Bauru e Campinas com mais unidades, e Franca e Registro com menos unidades.

Em relação à quantidade de leitos existentes e leitos SUS, essa concentração aumenta ainda mais na Grande São Paulo. Porém, nas demais regiões de saúde, ela não acompanha a mesma proporção do número de unidades; por exemplo, Sorocaba, que possui 6,4% das unidades e 8,2% dos leitos disponíveis para uso do Sistema Único de Saúde.

Outro dado a ser considerado é a natureza dessas unidades. Assim como em Portugal, os hospitais, em sua maioria, são filantrópicos, representando 60,5% das unidades (quase todas elas, Santas Casas de Misericórdia). Há ainda cerca de 22% de unidades municipais,

14% estaduais e 3,5 lucrativas. Quando considerados só os hospitais gerais, o número de filantrópicos sobe para 68,5% das unidades.

Tabela 16 – Quantidade de hospitais gerais, número de leitos totais e para uso do SUS, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Nº de Hospitais Gerais	%	Nº de Leitos Existentes	%	Nº de Leitos SUS	%
Grande São Paulo	105	23,0%	23.525	39,8%	19.749	42,8%
São José do Rio Preto	40	8,8%	3.760	6,4%	2.214	4,8%
Bauru	39	8,5%	3.164	5,4%	2.601	5,6%
Campinas	39	8,5%	4.500	7,6%	3.616	7,8%
Marília	31	6,8%	2.621	4,4%	1.939	4,2%
Taubaté	30	6,6%	3.485	5,9%	2.818	6,1%
Sorocaba	27	5,9%	2.841	4,8%	2.198	4,8%
Ribeirão Preto	22	4,8%	2.575	4,4%	1.910	4,1%
Araçatuba	18	3,9%	1.428	2,4%	1.036	2,2%
Araraquara	17	3,7%	1.543	2,6%	1.086	2,4%
Presidente Prudente	17	3,7%	1.703	2,9%	1.315	2,8%
São João da Boa Vista	17	3,7%	1.613	2,7%	1.178	2,6%
Baixada Santista	14	3,1%	2.314	3,9%	1.638	3,5%
Piracicaba	14	3,1%	1.872	3,2%	1.265	2,7%
Franca	12	2,6%	992	1,7%	698	1,5%
Barretos	10	2,2%	856	1,4%	649	1,4%
Registro	5	1,1%	282	0,5%	261	0,6%
Total geral	457	100,0%	59.074	100,0%	46.171	100,0%

Fonte: SIH/SUS e CNES/SUS, 2011.

Para os mesmos dados, quando considerados apenas os hospitais gerais, observa-se a presença de 457 unidades hospitalares, com a proporção caindo para 23% na Grande São Paulo e aumentando em todas as demais regiões. São José do Rio Preto passa a ser a segunda região com o maior número de unidades gerais. Franca Barretos e Registro permanecem como as regiões com menos unidades.

Em relação à quantidade de leitos existentes e leitos SUS em hospitais gerais, a Grande São Paulo também prevalece sobre as demais, com quase metade de todos os leitos.

Tabela 17 – Razão de Leitos SUS em relação ao total de leitos, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Razão Leitos SUS/Existentes
Registro	92,9%
Sorocaba	87,7%
Bauru	86,1%
Grande São Paulo	84,7%
Barretos	82,3%
Marília	82,1%
Campinas	81,8%
Taubaté	81,3%
Presidente Prudente	80,7%
Ribeirão Preto	78,7%
Araçatuba	78,4%
São João da Boa Vista	74,4%
Franca	73,0%
Araraquara	72,8%
Baixada Santista	71,5%
Piracicaba	69,4%
São José do Rio Preto	61,0%
Total geral	81,0%

Fonte: SIH/SUS e CNES/SUS, 2011.

De acordo com a Tabela 17, a maioria das regiões teve internações do SUS em unidades de internação onde pelo menos 61% dos leitos são para o uso do Sistema Único de Saúde. Esse número ultrapassa 80% em mais da metade das regiões, chegando a 92,9% no DRS de Registro.

Tabela 18 – Quantidade por mil habitantes, taxa de ocupação e média de permanência de leitos para uso do SUS, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Nº de Leitos SUS/ 1.000 hab.	Taxa Ocupação	Média Permanência (dias)
São João da Boa Vista	3,45	63,89	10,55
Marília	3,20	47,20	8,23
Presidente Prudente	2,68	52,02	7,27
Bauru	2,49	36,51	6,44
Sorocaba	2,36	48,14	9,10
Barretos	2,35	29,84	4,88
Araçatuba	2,06	37,81	5,96
Ribeirão Preto	1,85	41,05	5,23
São José do Rio Preto	1,74	51,42	5,10
Franca	1,43	33,46	4,75
Taubaté	1,43	76,12	7,79
Araraquara	1,37	48,24	5,60
Grande São Paulo	1,34	56,75	7,42
Piracicaba	1,18	50,15	6,11
Campinas	1,13	44,30	5,30
Baixada Santista	1,05	55,70	5,08
Registro	1,00	34,87	4,08
Total geral	1,57	50,94	6,85

Fonte: CNES/SUS, 2011 e IBGE 2010.

A quantidade de leitos de internação do SUS disponíveis no DRS, quando comparada com a população residente no mesmo DRS, apresenta uma discrepância, variando de 1,00 leito por mil habitantes em Registro até 3,45 no DRS de São João da Boa Vista, mais que o dobro da média do Estado.

Para esses mesmos leitos, o total geral do Estado apresentou uma taxa de ocupação dos leitos estimada em 51%, ou seja, quase a metade dos leitos hospitalares utilizados pelo SUS está vazia ou ociosa. Esse número chega a estar abaixo dos 35% nas regiões de Barretos, Franca e Registro, nesta ordem, com as menores taxas de ocupação dos leitos. As regiões de São João da Boa Vista e Taubaté diferenciam-se da média, chegando a 63,89% e 76,12%, respectivamente.

A média de permanência também apresentou grande variação, indo de 4,08 dias (Registro) até 10,55 dias (São João da Boa Vista), com média de 6,85 para o total do Estado de São Paulo.

Tabela 19 – Média de permanência (em dias) e taxa de ocupação dos leitos SUS em hospitais gerais, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Nº de Leitos SUS	
	Média Permanência	Taxa Ocupação
Grande São Paulo	6,32	62,99
Baixada Santista	5,09	57,81
São João da Boa Vista	4,71	53,04
Taubaté	5,95	52,90
São José do Rio Preto	3,74	49,82
Araraquara	5,04	48,62
Sorocaba	3,60	43,78
Piracicaba	3,43	43,05
Campinas	3,93	43,00
Ribeirão Preto	3,45	39,91
Presidente Prudente	3,41	39,25
Registro	3,60	37,97
Marília	3,77	36,11
Bauru	3,67	33,51
Araçatuba	3,22	28,22
Franca	3,09	27,91
Barretos	3,01	27,07
Total geral	4,52	46,97

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS, 2011.

Para os hospitais, o Estado apresentou uma taxa de ocupação dos leitos ainda menor, em torno de 47%, comprovando que a ociosidade é maior nesses tipos de unidade. Esse número chega a menos de 28% nos hospitais das regiões de Barretos e Franca, as menores taxas dentre as 17 regiões. As regiões da Grande São Paulo e Baixada Santista possuem as melhores taxas.

A média de permanência dos hospitais gerais também apresentou queda quando comparada com todas as unidades de internação; variou de 3,01 dias até 6,32 dias no Estado de São Paulo.

Tabela 20 – Quantidade e percentual de leitos SUS em hospitais gerais, pelas quatro grandes clínicas, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Leitos Cirúrgicos SUS		Leitos Clínicos SUS		Leitos Obstétricos SUS		Leitos Pediátricos SUS		Total
		%		%		%		%	
Araçatuba	264	26,1%	429	42,3%	151	14,9%	169	16,7%	1.013
Araraquara	207	22,7%	438	48,1%	148	16,2%	118	13,0%	911
Baixada Santista	469	33,0%	476	33,5%	254	17,9%	222	15,6%	1.421
Barretos	207	26,4%	410	52,4%	70	8,9%	96	12,3%	783
Bauru	832	29,9%	1.197	43,1%	317	11,4%	434	15,6%	2.780
Campinas	1.025	31,4%	1.163	35,6%	543	16,6%	535	16,4%	3.266
Franca	164	26,2%	229	36,5%	111	17,7%	123	19,6%	627
Grande São Paulo	6.463	36,8%	6.184	35,2%	2.443	13,9%	2.475	14,1%	17.565
Marília	583	33,2%	680	38,7%	248	14,1%	247	14,1%	1.758
Piracicaba	290	28,9%	359	35,7%	180	17,9%	176	17,5%	1.005
Presidente Prudente	348	28,0%	568	45,6%	120	9,6%	209	16,8%	1.245
Registro	89	36,9%	78	32,4%	37	15,4%	37	15,4%	241
Ribeirão Preto	495	31,8%	681	43,7%	171	11,0%	212	13,6%	1.559
São João da Boa Vista	222	24,3%	440	48,1%	128	14,0%	125	13,7%	915
São José do Rio Preto	602	33,6%	814	45,4%	160	8,9%	217	12,1%	1.793
Sorocaba	625	30,7%	703	34,5%	365	17,9%	343	16,8%	2.036
Taubaté	667	29,1%	945	41,3%	356	15,6%	321	14,0%	2.289
Total geral	13.552	32,9%	15.794	38,3%	5.802	14,1%	6.059	14,7%	41.207

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS, 2011.

Quando são separados pelas quatro grandes clínicas – Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica – os leitos em hospitais gerais somam 41.207 em todo o Estado, com os percentuais, nessa mesma ordem, de 32,9%, 38,3%, 14,1% e 14,7%. Dentre as regiões, esta distribuição mantém basicamente as mesmas proporções e com poucas variações.

Tabela 21 – Taxa de ocupação e média de permanência de leitos SUS em hospitais gerais, pelas quatro grandes clínicas, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Leitos Cirúrgicos SUS		Leitos Clínicos SUS		Leitos Obstétricos SUS		Leitos Pediátricos SUS	
	Taxa Ocup.	Média Perman.	Taxa Ocup.	Média Perman.	Taxa Ocup.	Média Perman.	Taxa Ocup.	Média Perman.
	Araçatuba	21,9	2,0	40,7	3,7	18,4	1,5	16,1
Araraquara	36,5	2,0	56,4	4,5	33,8	1,6	36,4	3,8
Baixada Santista	37,4	2,8	96,3	7,1	37,7	2,1	59,3	5,5
Barretos	28,3	2,1	36,0	3,7	16,5	1,5	14,8	2,3
Bauru	25,5	2,0	51,9	5,3	18,2	1,5	24,8	3,2
Campinas	41,3	2,3	62,4	4,6	23,2	1,6	57,9	4,4
Franca	21,5	1,6	50,3	3,8	21,7	1,7	18,3	3,3
Grande São Paulo	43,8	3,1	80,0	6,5	31,7	1,7	52,9	4,8
Marília	25,0	2,4	56,3	4,3	19,6	2,0	23,7	3,1
Piracicaba	52,9	2,6	79,8	4,4	35,4	2,2	46,3	4,3
Presidente Prudente	36,0	3,0	54,0	3,9	39,2	2,0	27,2	3,4
Registro	24,2	1,3	61,6	4,8	21,9	0,8	24,7	3,2
Ribeirão Preto	26,1	1,5	56,0	4,2	17,0	1,2	26,8	3,0
São João da Boa Vista	47,7	2,6	66,7	4,5	26,0	1,8	32,9	3,7
São José do Rio Preto	30,3	2,0	66,1	3,8	20,1	1,4	29,1	2,6
Sorocaba	30,5	2,1	70,1	6,0	30,9	1,9	41,9	3,8
Taubaté	36,2	2,2	64,2	5,7	21,8	1,4	37,3	4,0
Total geral	35,7	2,4	66,1	5,2	26,2	1,7	39,3	3,9

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS, 2011.

As taxas de ocupação dos leitos das quatro grandes clínicas, analisadas individualmente, apresentam uma situação ainda mais complicada, principalmente quanto aos leitos de clínica obstétrica, cirúrgica e de pediatria, com 26,2%, 35,7% e 39,3% respectivamente, bem inferiores quando se considera o total, onde a clínica médica puxa a média para cima.

O mesmo acontece em relação às médias de permanência, inferiores aos 4,52 dias de internação no total do Estado, para essas três clínicas. Isto denota uma ociosidade ainda maior dos leitos hospitalares utilizados pelo Sistema Único de Saúde em São Paulo.

Tabela 22 – Número de hospitais, média de permanência e taxa de ocupação de leitos SUS, por porte (tamanho), por DRS, Estado de São Paulo, 2011

Porte	Hospitais	Média de Permanência	Taxa Ocupação	Total Leitos SUS	% Estab.	% Leitos
Menos de 50	229	3,2	34,08	4.948	36,5%	7,6%
De 51 a 100	127	4,4	50,64	6.938	20,2%	10,7%
De 101 a 200	144	5,6	64,60	16.323	22,9%	25,2%
Mais de 200	128	7,7	74,90	36.600	20,4%	56,5%
Total	628	6,4	66,59	64.809	100,0%	100,0%

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS, 2011.

Outra análise pode ser feita quando se fragmentam todas as unidades de internação pelo seu porte ou tamanho. Mais de um terço das unidades possui menos de 50 leitos, que correspondem a apenas 7,6% do total de leitos. Possuem taxa de ocupação de pouco mais de 34% e uma média de permanência de 3,2 dias de internação.

No outro extremo, 128 unidades (ou 20,4%) possuem mais de 200 leitos de internação, correspondendo a mais da metade do número de todo o Estado. Tais unidades apresentaram, em 2011, uma taxa de ocupação de quase 75% e uma média de permanência de mais de sete dias.

Tabela 23 – Número de hospitais, média de permanência e taxa de ocupação de leitos SUS em hospitais gerais, por porte (tamanho), por DRS, Estado de São Paulo, 2011

Porte	Hospitais	Média de Permanência	Taxa Ocupação	Total Leitos SUS	% Estab.	% Leitos
Menos de 50	156	3,2	34,77	3.805	34,1%	8,2%
De 51 a 100	102	3,7	44,18	5.350	22,3%	11,6%
De 101 a 200	111	4,6	58,91	12.116	24,3%	26,2%
Mais de 200	88	5,8	71,02	24.900	19,3%	53,9%
Total	457	5,0	61,67	46.171	100,0%	100,0%

Fonte: SIH/SUS – Datasus/MS, 2011.

Olhando novamente apenas para os hospitais gerais, a história se repete: uma grande quantidade de pequenos hospitais, com baixas taxas de ocupação e média de permanência, e menor número de grandes hospitais, mais ocupados e com pacientes internados por mais dias.

Tabela 24 – Quantidade de leitos necessários para CCI, leitos ociosos e a diferença entre eles, por DRS, Estado de São Paulo, 2011

DRS	Leitos Necessários*	Leitos Ociosos**	Diferença
Araçatuba	380	923	543
Araraquara	446	654	208
Baixada Santista	829	771	-58
Barretos	210	674	464
Bauru	801	2.569	1.768
Campinas	1.746	2.547	800
Franca	290	617	328
Grande São Paulo	7.971	11.368	3.397
Marília	583	1.807	1.223
Piracicaba	653	827	175
Presidente Prudente	387	930	543
Registro	131	178	48
Ribeirão Preto	591	1.448	858
São João da Boa Vista	393	963	570
São José do Rio Preto	841	1.246	404
Sorocaba	944	2.747	1.802
Taubaté	935	776	-160
Total	18.131	31.045	12.913

Fonte: SIH/SUS – DATASUS/MS, 2011.

* Leitos de convalescença e média de permanência, necessários pelo padrão internacional/português.

** Leitos ociosos: significam a quantidade de leitos vazios, calculada pela multiplicação da quantidade de leitos pela diferença da taxa de ocupação, subtraída de 100%.

De acordo com o parâmetro português de dimensionamento de leitos por 1000 habitantes com mais de 65 anos (Unidade de Convalescença 1,80, Unidades de Média Permanência 2,00 e Unidades de Longa Permanência 5,00) e com uma ociosidade de mais de 31 mil leitos em todo o Estado, quase todas as regiões de saúde conseguem suprir a necessidade de 18.131 leitos de internação para a implantação da política de cuidados continuados, concernente aos tipos de leitos de convalescença e média permanência. As exceções são as regiões de saúde da Baixada Santista e Taubaté, onde faltariam poucos leitos para suprir as necessidades dessas populações.

5. DISCUSSÃO

Primeiramente, analisando as características de vulnerabilidade socioeconômica e demográfica dos municípios do Estado de São Paulo, para a aplicação do modelo de cuidados continuados e delimitando a análise pelo tamanho da população, proporção de idosos morando sozinhos e pela renda da população de cada município, pôde-se verificar que esses três aspectos foram suficientes para diferenciar os municípios em relação à vulnerabilidade. De forma geral, os municípios apresentaram uma heterogeneidade de tipos, espalhados por todo o território do Estado.

Nessa perspectiva, de acordo com Bertolozzi, a exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte, e simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para seu enfrentamento.

Dessa forma, os Departamentos Regionais de Saúde de Barretos, Registro e Franca – regiões com maior quantidade de municípios com pouca população, pouca renda e considerável quantidade de indivíduos com mais de 60 anos morando sozinhos – mostraram-se mais vulneráveis na perspectiva de implantação da política de cuidados continuados.

As regiões com menor vulnerabilidade apresentaram melhores resultados nos três aspectos, sempre “puxados” por um (ou mais) grande município, o que deixa claro o papel regional que cada um representa. São os casos de São José do Rio Preto, Campinas e da Grande São Paulo. Já as regiões de Sorocaba, Bauru e Taubaté mostraram menor vulnerabilidade graças à presença de alguns médios municípios.

O segundo objetivo deste projeto foi descrever as necessidades de saúde da população, de acordo com a divisão regional da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Acredita-se que os serviços de saúde, quando se organizam com foco nas necessidades da população, podem ou tendem a ser mais eficientes, no sentido de apresentarem maior capacidade de escutar e atender às necessidades em saúde (Egry, 2008).

Para chegar ao resultado desta etapa, levaram-se em conta os 24 principais agravos com características clínicas e terapêuticas compatíveis com serviços de cuidados continuados, cujo tempo de internação foi superior a sete dias.

As informações e dados coletados registraram que as maiores demandas para esses tipos de patologias estão nas regiões da Grande São Paulo, Campinas, São José do Rio Preto e Sorocaba, consecutivamente. Fator repetido quando a análise é feita somente com internações relacionadas ao aparelho circulatório e por causas externas.

Os Departamentos Regionais de Saúde que apresentaram menor quantidade de internações em 2011 foram, coincidentemente, as regiões mais vulneráveis apresentadas anteriormente: Registro, Barretos e Franca. Em relação às internações por doenças cardíacas e causas externas, as três regiões também obtiveram a menor quantidade dentre as 17 regiões do Estado.

Considerando o índice de internação para cada dez mil habitantes, nas mesmas patologias e período, Campinas e Taubaté apresentaram menos de 30 internações, enquanto São João da Boa Vista e São José do Rio Preto ultrapassaram 48 internações para cada 10 mil habitantes.

A incapacidade física, também relacionada neste estudo como necessidade de saúde, implica a possibilidade de reconstrução, pelo sujeito, do sentido de sua vida, e esta ressignificação teria peso efetivo no seu modo de viver, incluindo-se aí a luta pela satisfação de suas necessidades de forma mais ampla possível (Moraes, Bertolozzi e Hino, 2011).

Em 2010, cerca de 45,6 milhões de pessoas se declararam portadoras de alguma deficiência mental, visual, auditiva e motora. Este número corresponde a 23,9% da população brasileira (IBGE, 2010).

Já no Estado de São Paulo, este estudo mostrou que pouco mais de 6% da população declarou, no Censo Demográfico de 2010, ter pelo menos algum tipo de deficiência motora.

Todos os Departamentos Regionais de Saúde apresentaram uma pequena variação percentual de incapacidade física em suas populações: Franca e Sorocaba, com as menores taxas, e Araraquara, Araçatuba e Registro, com as maiores taxas do Estado.

Se as políticas sociais e de saúde conseguirem promover a capacidade funcional da população idosa e construir um sistema adequado de suporte, aumentará enormemente a chance de uma velhice saudável. Ao mesmo tempo, na fase em que as perdas funcionais estão presentes, mas o indivíduo se mantém independente, as políticas voltadas ao tratamento desses idosos podem favorecer as melhoras na capacidade funcional e prevenir a dependência, por meio, por exemplo, da facilitação de desempenho das atividades cotidianas (Paschoal, 2002).

Em relação à estrutura da rede hospitalar do SUS, o Ministério da Saúde, no volume Atenção Hospitalar dos Cadernos Humaniza SUS de 2011, comenta sobre a necessidade de implementar políticas específicas no setor hospitalar brasileiro, que induzam a uma reestruturação capaz de responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada às redes de serviços de saúde locais e regionais.

No Estado de São Paulo, verificou-se a presença de 628 unidades de internação diversas, espalhadas por 346 municípios diferentes. Os outros 299 municípios do Estado não possuem hospitais ou, pelo menos, não tiveram internações hospitalares geradas pelo Sistema Único de Saúde no ano de 2011.

Dessas unidades, 124 (19,9%) estão presentes em municípios com menos de 20 mil habitantes, 183 (28,9%) em municípios de 20 a 100 mil habitantes, e 230 (36,9%) estão localizadas em municípios com mais de 100 mil habitantes. A cidade de São Paulo possuía, no período, 89 unidades de internação para uso do SUS (14,3%).

Mais de 40% dos leitos para uso do SUS no período estavam na região da Grande São Paulo, onde foram realizadas 43,4% das internações de todo o Estado, no mesmo período. Registro, Franca e Barretos são as regiões onde existem menos leitos disponíveis para o uso do SUS, com 0,5%, 1,4% e 1,4%, respectivamente.

Quando calculada a quantidade de leitos por mil habitantes em cada uma das regiões de Saúde, Registro e a Baixada Santista mostraram-se como as regiões com os menores números: 1,00 e 1,05 leitos/1.000 habitantes. As regiões com maior número de leitos por mil habitantes foram São João da Boa Vista com 3,45, e Marília com 3,20 leitos/1.000 habitantes.

Se considerarmos a necessidades de leitos estimadas na Portaria 1.101 de Junho de 2002 do Ministério da Saúde, que era de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, a maioria dos Departamentos Regionais de Saúde apresentam defasagem na quantidade.

Já em relação à taxa de ocupação dessas unidades de internação, o Estado apresentou uma ocupação média de 50,94%, vale dizer, metade dos leitos de internação está desocupada. Barretos, Franca e Registro estiveram novamente entre as piores posições (29,84%, 33,46% e 34,87%, respectivamente). A Grande São Paulo apresentou a taxa média de ocupação de 56,75% dos leitos de internação em 2011.

O cenário vai piorando ao priorizar os tipos de leitos. Quando considerados só os hospitais gerais, a taxa de ocupação no geral do Estado não chega a 47%. Dentro desses hospitais, a taxa de ocupação dos leitos pediátricos não chega a 40% (menos de 20% em algumas regiões), e para os leitos obstétricos, em média, a ocupação não ultrapassa 27% (cinco regiões com menos de 20%).

Ao mesmo tempo, os grandes hospitais, muitas vezes referências para suas regiões e até mesmo para outras, mostraram-se bem mais ocupados, alguns ultrapassando os 95% da taxa de ocupação no período estudado.

A proposta de Cuidados Continuados, além de objetivar a superação/redução da carência de leitos para internações de maior permanência, vislumbra a possibilidade de ocupar áreas ociosas nos hospitais, além de, conseqüentemente, desafogar portas de entrada estratégicas para o sistema.

Os parâmetros internacionais para a implantação da política de cuidados continuados, quando aplicados às populações de cada Departamento Regional de Saúde, e confrontados com a quantidade de leitos ociosos aí existentes, apresentaram uma “sobra” de quase 13.000 leitos. Em 15 das 17 regiões há leitos disponíveis para a implantação da política. Apenas nas

regiões da Baixada Santista e Taubaté, os leitos necessários para convalescença e média permanência são em maior número do que os leitos disponíveis na rede de atendimento do SUS.

Talvez seja necessário alguns hospitais reverem seu perfil ou sua vocação principal para sobreviver; o panorama atual tende para hospitais cada vez mais vazios, e conseqüentemente sem condições de se manterem abertos.

5.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das dificuldades encontradas na realização deste projeto foi a utilização de bancos de dados alterados e atualizados periodicamente, mesmo após o encerramento do ano da consulta. Dependendo da data consultada, os dados referentes ao mesmo período podem apresentar algumas diferenças.

Também não foram encontrados estudos disponíveis que descrevessem detalhadamente os resultados de programas de cuidados continuados ao redor do mundo. A literatura relacionada ao assunto mostrou-se restrita quando procurada pelos organismos de busca acadêmica e científica.

Outra limitação foi a utilização de dados secundários, onde a confiabilidade, a precisão e o período de apuração dos dados podem atrapalhar o resultado das análises, além de limitar a escolha dos indicadores a serem trabalhados.

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O envelhecimento demográfico progressivo e a prevalência de doenças crônicas incapacitantes, aliados à inexistência de uma política integrada de saúde e de seguridade social, fazem surgir novas necessidades de modelos de serviços capazes de criar respostas sustentáveis e ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência, e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução da sociedade e, conseqüentemente, das doenças.

Como efeito esperado, além da obtenção de ganho de qualidade de saúde, (transformado muitas vezes em anos de vida), estão ainda a manutenção das pessoas com dependência no domicílio, a redução da procura de serviços hospitalares e a melhoria das condições de vida e de bem-estar dessas pessoas em situação de dependência e seus familiares.

É necessário, então, o surgimento de um novo modelo de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente e integrada às pessoas que enfrentam essa realidade (Nogueira, 2009).

O Pacto Pela Saúde e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, ambos de 2006, e o Ministério da Assistência Social em 2009, colocaram o idoso como uma de suas prioridades, bem como trouxeram a oportunidade de se apresentar e discutir, junto aos gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica que se impõe através da mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira.

Na verdade, o processo de envelhecimento saudável, o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidade, além do fortalecimento dos vínculos familiares são algumas das questões que precisam ser continuamente discutidas e tratadas pelo Sistema Único de Saúde.

Uma política de cuidados continuados surge não só como resposta, mas também como alternativa para auxiliar o SUS a lidar com essas questões.

O Estado de São Paulo, não diferente do resto do País, está passando por todas essas transformações.

A conclusão deste estudo mostra uma visão de que existe a possibilidade, no Estado, de uma implantação desse tipo de política, em todos os seus Departamentos Regionais de Saúde, uns com mais necessidades e condições do que outros.

Os dois principais fatores para a implantação dos cuidados continuados, ou melhor, pacientes com o perfil das necessidades de saúde e espaço para internação, estão presentes em todas as regiões do Estado.

De qualquer forma, se considerarmos o conjunto de indicadores levantados nesse estudo, algumas regiões podem ser consideradas a frente das outras na questão de prioridade de implantação dos cuidados continuados.

São os casos de Registro, Presidente Prudente, Marília e São João da Boa Vista. Esses Departamentos Regionais de Saúde apresentaram alta vulnerabilidade socioeconômica em suas populações, considerável quantidade de internações pelas patologias traçadoras e presença de deficientes motores, além de possuírem alguma ociosidade de leitos hospitalares capaz de suprir a necessidade para a implantação da política

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKERMAN, M.A. Construção de indicadores compostos para projetos de cidades saudáveis: um convite ao pacto transetorial, in: Mendes, E.V. (org.). *A Organização da Saúde no Nível Local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Revista Panam. Salud. Publica*, v. 17, n. 5-6, pp. 333-41, maio/jun. 2005.

ANDRADE, G.; GRILO, A. M. A relação de ajuda na prestação de cuidados. *Nursing*, n.194, pp.16-21, 2004.

ASCENÇÃO, M.T. Uma Sociedade para Todas as Idades – Intervenção Pessoal e Comunitária. *Medicina Universal*, nº1, pp. 33-36, Lisboa: Prismédica, 2004.

BARBOSA, PEDRO R. et al. *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BERTOLOZZI, M.R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, n.43, pp.1326-30, 2009.

BITTAR, Olímpio J. et al. (coords.). *Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular*. São Paulo: SES/SP, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. *Redes regionalizadas de atenção à saúde: diretrizes para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Série A., Normas e Manuais Técnicos, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção hospitalar*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos Humaniza SUS, v. 3, Brasília, 2011.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Caderno de Saúde Pública*, pp.773-781, Rio de Janeiro, 2009.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

COMAS-HERRERA, A. et al. *European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs*. Editado por Adelina Comas-Herrera e Raphael Wittenberg. PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics, 2003.

DINIS, Carla M. R. *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro* [s.n.]. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina, Coimbra, 1997.

DRIEST, P. F. Long Term Care in Europe. An introduction. In: Hassink, Jan and Van Dijk, Majken (eds.). *Farming for Health*, Springer. Netherlands, 2006.

EGRY, E.Y. *Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Dedone, 2008.

FEDER, J.; KOMISAR, H. L.; NIEFELD, M. Long-term care in the United States: an overview. *Health Affairs*, n.19, pp. 40-56, 2000.

GUIMARÃES, Paula. Os direitos dos idosos. In: *Envelhecer, um direito em construção*. Lisboa, 1999.

HAIR, J.F. et al. *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

IBAÑEZ, N. et al. Organizações Sociais de Saúde: O Modelo do Estado. de S. Paulo. In: A Política de Saúde no Brasil nos Anos 90. ABRASCO, *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 6, nº 2, pp. 391-404, 2001.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI). *Manual do Prestador*. Lisboa, 2011.

MARANDOLA JR.; HOGAN, D.J. As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, Fundação Seade, v. 20, n. 1, pp. 33-43, jan./mar. 2006.

MENDES, M. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M. *A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração*. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2005.

MINGOTI, S. A. *Análise de dados através de métodos de estatística multivariada*. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.101, de 12 de Junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.45, São Paulo, 2011.

NOGUEIRA, J. M. A. *Cuidados Continuados – Desafios da Unidade de missão*. Lisboa, 2009.

Organização Mundial de Saúde. *Saúde 21– Saúde para todos no século XXI, uma introdução*. Loures, 2002.

Organização Pan-Americana de Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. *Indicadores básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília, 2002.

PAES, J. E. *Fundações e Entidades de Interesse Social: aspectos jurídicos, administrativos, contábeis e tributários*. 3ª ed., Brasília, 2001.

PAIM, J. S. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: UFBA, 2006.

PASCHOAL S.M.P. Autonomia e independência. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Pp. 311–23. São Paulo, 2002.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. *Humanização e cuidados paliativos*. 3ª ed. São Paulo, 2006.

PORTUGAL, Direcção Geral de Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa, 2004.

RELATÓRIO de monitorização da implementação das experiências-piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Lisboa, 2007.

REVISTA DA REDE NACIONAL de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa, RNCCI, vol. 2, novembro de 2011.

SAKELLARIDES, C. et al. *O futuro do Sistema de Saúde Português*. “Saúde 2015”. Observatório do QCA III. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

SANTOS S. M.; BARCELLOS, C. *Abordagens espaciais na saúde pública*, v.I. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. *Rede interfederativa de saúde em Redes de Atenção à saúde no SUS: pacto pela saúde e redes de regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Organizador: Sílvio Fernandes da Silva. Campinas, SP; IDISA: CONASEMS, 2008.

SANTOS, L. D. F. C. *A depressão no idoso: factores pessoais e situacionais nos idosos internados em lares, utentes de centros de dia e residentes no domicílio*. Coimbra: [s.n.]. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade da Extremadura, 1995.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE e o terceiro setor: caracterização de entidades, não hospitalares, que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23(1), pp. 115-126, jan. 2007.

STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área*

de planejamento em saúde. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

VIVENTE, A. *Manual de boas práticas* – um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Barcelos: Instituto da Segurança Social, 2005.

WEBER, B.T. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense – 1889-1928*. Edusc – Editoraufms, 1999.

Sites

<[http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) >.

<<http://www.ibge.gov.br>>.

<[http:// www.rncci.min-saude.pt/](http://www.rncci.min-saude.pt/)>

<<http://www.saude.gov.br>>.

8. ANEXO

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
COMISSÃO CIENTÍFICA

Parecer No.: 08/2012

Responsável: Prof. José Cassio de Moraes

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: Caracterização socioeconômica, demográfica e epidemiológica do Departamento Regional de Saúde de Campinas: um estudo para implantação de uma política de cuidados Continuados.

Pesquisador responsável pelo projeto: André Minervino Ruggiero

Orientador (mestrado profissional): Manoel Carlos Sampaio de Almeida Ribeiro

Data de recebimento: 23/05/2012

Data do parecer 08/2012: 06/06/2012

2. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS

- a. Projeto de pesquisa

3. AVALIAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA SOBRE O PARECER

- a. **Título:** adequado.
- b. **Introdução e justificativa:** apresenta o tema fazendo uso de revisão da literatura e justificando adequadamente sua pertinência.
- c. **Objetivos:** são apresentados de forma clara.
- d. **Métodos:** trata-se de pesquisa quantitativa de caráter descritivo e exploratório utilizando dados secundários disponíveis. Os dados serão analisados por análise de cluster.
- e. **Bibliografia:** a bibliografia é condizente com o projeto.
- f. **Cronograma:** não apresentado.
- g. **Financiamento:** não foi apresentado.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de uma pesquisa baseada em dados secundários e disponíveis à qualquer usuário e sem identificação de qualquer pessoa e portanto não se caracteriza como pesquisa em seres humanos. Assim não necessita de ser avaliado pelo CEP Da Irmandade da Santa Casa de São Paulo.

5. PARECER FINAL

O projeto foi considerado suficiente para aprovação por esta comissão.

Atenciosamente,



Prof. José Cassio de Moraes
Departamento de Medicina Social