PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

RRAS 13

Outubro/2012

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO..... 3

2.INTRODUÇÃO..... 6

3.METODOLOGIA..... 8

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL..... 9

4.1. Características regionais do DRS III-Araraquara..... 9

4.2. Características regionais do DRS V-Barretos..... 51

4.3. Características regionais do DRS VIII-Franca..... 89

4.4. Características regionais do DRS XIII Ribeirão-Preto..... 113

5. PROPOSTA DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA RRAS 13..... 137

5.1. Complexo Regulador Regional da RRAS 13..... 138

5.2. Atenção Básica..... 139

5.3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Centrais de Regulação..... 140

5.4. Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)..... 143

5.5. Sala de Estabilização (SE)..... 145

5.6. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)..... 146

5.7. Linhas de Cuidado..... 148

5.8. Componente Hospitalar..... 149

6. CONCLUSÃO..... 164

7. ANEXOS..... 165

1. APRESENTAÇÃO

Apesar dos muitos avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde- SUS nos últimos anos, como a estruturação e consolidação de um sistema público de saúde de extrema relevância para o país, ainda há muito que fazer para tentar garantir os princípios de universalidade e integralidade e serviços de qualidade.

Assim pensar a integralidade, como um princípio que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço é desafio recorrente que remonta à própria história do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que, durante as décadas de 1970 e 1980, abarcou diferentes movimentos de luta por melhores condições de vida, de trabalho na saúde e pela formulação de políticas específicas de atenção aos usuários.

Para garantir a integralidade, há que se adequar o seu financiamento, amadurecer o modelo de gestão tripartite, superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar suas práticas clínicas. Desafios que necessitam ser enfrentados na atualidade.

O cenário da saúde se caracteriza principalmente pela intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por lacunas assistenciais importantes, financiamento público insuficiente, baixa capacidade do sistema de prover integralidade da atenção a saúde, configuração inadequada de modelos de atenção, entre outras fragilidades.

Visando superar tais obstáculos, a proposta ora apresentada é o trabalho em rede como forma de produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

O Pacto pela Saúde/2006 trouxe à tona a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade.

Recentemente, a Organização Panamericana da Saúde - OPAS emitiu documento oficial em que propõe a implantação de redes de atenção à saúde como alternativa para superar a fragmentação dos sistemas de saúde em muitos países. Assim sendo, a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS orientadas a partir da atenção básica é uma importante estratégia para o aperfeiçoamento do funcionamento das Regiões de Saúde já implantadas neste Estado, pois tem o objetivo de organizar as ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo o acesso, integralidade e a qualidade da atenção ofertada num determinado território.

No Estado de São Paulo, o processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde iniciou-se em 2011 e efetivou-se com a constituição de 17 RRAS, dentre elas a RRAS 13. A RRAS 13 é composta por

90 municípios da área de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde – DRSs de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, totalizando uma população de 3.307.320 habitantes.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Mendes, 2011).

O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (Mendes, 2011).

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (Mendes, 2011).

Embora o conceito de Rede venha sendo largamente utilizado na organização dos sistemas de saúde, ainda se detecta um predomínio da utilização do conceito de Redes de Serviços de Saúde agrupados por níveis hierárquicos segundo a densidade tecnológica dos procedimentos neles desenvolvidos. É assim que se conformam os níveis primários, secundários e terciários de um sistema de saúde.

A organização de Redes Temáticas de Saúde definidas em função de um agravo, risco e fase do ciclo de vida (Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Urgência e Emergência, etc.) e integrando serviços e ações de diversos níveis hierárquicos é também comumente observada nos sistemas de saúde. A modelagem de sistemas de saúde em Redes de Serviços de Saúde ou em Redes Temáticas mostra-se insuficiente para propiciar a necessária integração de um sistema de saúde que se pretende universal, equânime e provedor de atenção integral. Entretanto, mostra-se como a forma mais viável e possível de se organizar.

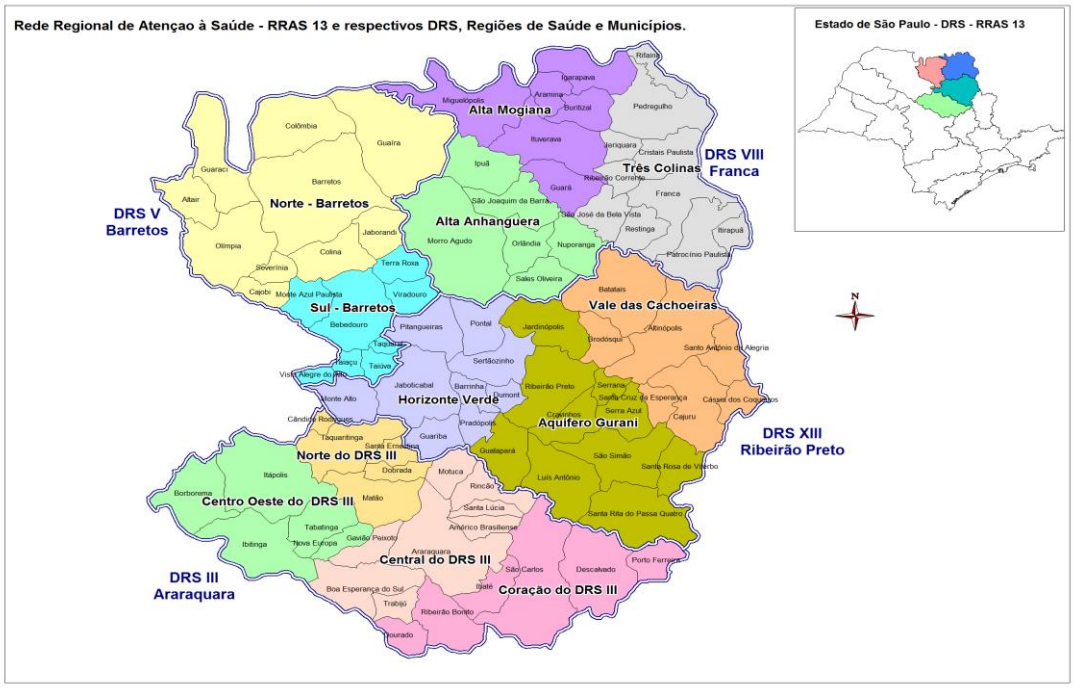
Diante disso, elaboramos o Plano Regional de Urgência e Emergência da RRAS 13, que contou com a participação dos técnicos regionais e dos municípios da área de abrangência que muito contribuíram para levantamento das necessidades e definição dos prestadores a serem incluídos na rede.

Vários movimentos foram disparados e se apresentam detalhados no corpo deste plano, tendo sido iniciado com o diagnóstico das regiões de saúde, descrevendo as condições socioeconômicas e de morbi-mortalidade bem como a disposição dos serviços de saúde existente (capacidade instalada), com ênfase aos componentes previstos na rede de urgência e emergência.

Em seguida, discorre sobre as justificativas e propostas para o Plano Regional da RRAS 13. A conclusão destaca a importância desta rede, não só pelo impacto que deverá provocar na população abrangida, mas também, pelo fato de dois municípios integrantes da RRAS 13 terem sido indicados como subsedes da Copa do Mundo de 2014, quando se espera um acentuado aumento do fluxo de pessoas, turistas e delegações de competidores, devendo-se garantir a todos os participantes o acesso rápido ao atendimento médico-hospitalar.

Finalmente, a efetivação da rede de urgência e emergência vem ao encontro da iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo de implantação do Projeto Piloto de um Complexo Regulador na RRAS 13. O conjunto dessas propostas permitirá maior eficiência na utilização dos recursos assistenciais, impactando não só nos indicadores de saúde, mas na utilização dos recursos financeiros disponíveis. Propiciará ainda, maior transparência à regulação, e atendimento às necessidades dos usuários do sistema de forma ágil e em tempo oportuno.

Mapa 1 – Configuração da RRAS 13



2. INTRODUÇÃO

De acordo com as Redes Regionais de Atenção à Saúde, as ações e os serviços são desenvolvidos e organizados por redes temáticas de saúde e trataremos neste documento da Rede de Urgência e Emergência, que inclui todos os serviços de diferentes níveis, possibilitando uma melhor avaliação da oferta em função das necessidades de saúde existentes.

A Reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, que tem seu respaldo na Portaria MS/GM nº 1.600 de 07 de julho de 2011 e que institui a Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Sistema Único de Saúde, propõe ações estratégicas para qualificar a gestão e o atendimento das urgências em todos os seus componentes.

Neste cenário, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) iniciaram, à partir dos municípios, o processo de organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) da RRAS 13. Ressaltamos que todas as regiões já tinham um conhecimento acumulado, tanto devido à regionalização do SAMU, como do processo de regulação de urgência/emergência, existente na região há mais de uma década.

O Plano de Ação aqui apresentado foi objeto de construção coletiva nos CGRs e nos Grupos condutores, tanto Regional como Municipais e, posteriormente, no Comitê Gestor de Rede (CG-Rede 13).

Salientamos que, as discussões na elaboração desta Rede não se limitaram à definição dos recursos previstos para investimentos e custeio estabelecidos nas respectivas portarias, mas envolveram a rede como um todo, partindo da Atenção Básica a estabelecimentos Hospitalares Públicos, Estaduais, Municipais, Filantrópicos de diferentes níveis de complexidade e os Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, considerando também a saúde suplementar.

Segundo Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do SUS, elaborado pela SES/SP e COSEMS/SP, aprovado pela Deliberação CIB – 7, de 08/02/2012, deverão ser priorizadas as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica na organização da Rede de Urgência e Emergência. Portanto necessitamos de discussão e reflexão da qualificação da gestão do cuidado, para a efetiva implantação dessas linhas. Outro ponto importante é a qualificação da atenção primária com a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e cuidado adequado com avaliação de risco e vulnerabilidade no primeiro atendimento às urgências até o encaminhamento a outros pontos de atenção. Vale destacar que, também é de suma importância favorecer o empoderamento dos trabalhadores da Atenção Básica através de criação de protocolos e espaços abertos de discussão sobre processo de trabalho.

O presente documento tem como objetivo principal, consolidar os Planos de Ação de cada região de Saúde, numa sistematização do resultado das discussões realizadas através de parâmetros assistenciais e capacidade instalada da RRAS 13.

Finalizando, salientamos que todas as habilitações e qualificações propostas no presente plano não impossibilitam projetos complementares, que poderão surgir no decorrer da organização da RUE.

3. METODOLOGIA

Foi realizado desenho da RUE da RRAS 13 à partir de discussões com Grupos Condutores Municipais e através de pactuações nos CGRs, sendo então elaborado diagnóstico situacional por DRS, respeitando as especificidades de cada um, o qual será apresentado adiante.

No DRS III - Araraquara, para a construção coletiva deste plano, foram realizadas três oficinas, com a participação dos técnicos dos Grupos Condutores Municipal e Regional. Tal processo foi acompanhado pelos CGRs, e o produto deste trabalho poderá ser revisto e enriquecido periodicamente, com a ampla participação de trabalhadores e gestores da saúde e usuários SUS, buscando-se a atualização e complementação.

Ressaltamos que foram considerados os parâmetros referenciais definidos pelas portarias e pelo Grupo Condutor Estadual Bipartite, onde foram discutidos:

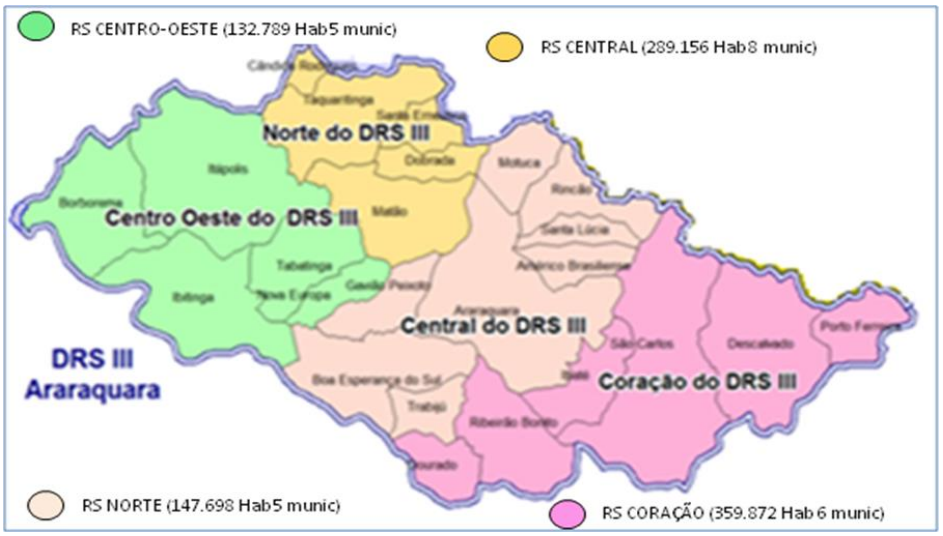
- Elaboração do desenho da Rede de Urgência e Emergência, considerando todos os seus componentes;
- Análise do diagnóstico situacional dos municípios e das regiões, considerando a condição de vida e saúde, os indicadores de Morbidade e Mortalidade, situação e capacidade instalada dos componentes da RUE, entre outros;
- Elaboração do Plano de Ação da RUE, por componente;
- Pactuação com os serviços de referência de gestão municipal e estadual;
- Apresentação e validação do Plano de Ação no CG-Rede da RRAS 13;
- Pactuação dos Planos de Ação nos respectivos CGRs;
- Encaminhamento do Plano de Ação ao Grupo Condutor Estadual de Urgência.

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

4.1 CARACTERÍSTICAS REGIONAIS DO DRS III – ARARAQUARA

O DRS III- Araraquara é composto por 24 municípios com uma população total de 929.515 habitantes (IBGE 2011) e formada pelas seguintes Regiões de Saúde: Região de Saúde Central com uma população total de 289.156 habitantes, Região de Saúde Centro-Oeste com uma população total de 132.789 habitantes, Região de Saúde Coração com uma população total de 359.872 habitantes, Região de Saúde Norte com uma população total de 147.698 habitantes.

Mapa 2 – DRS III - Araraquara e as 04 Regiões de Saúde.



4.1.1. Aspectos demográficos e socioeconômicos.

O DRS III-Araraquara é constituído por uma população de 929.215 habitantes (IBGE 2011), sendo a Região Coração a mais populosa representando 38,2% da população do DRSIII e com a maior densidade demográfica e maior taxa de urbanização. A menos populosa é a Região Centro-Oeste com 14,29%, menor densidade demográfica e menor taxa de urbanização.

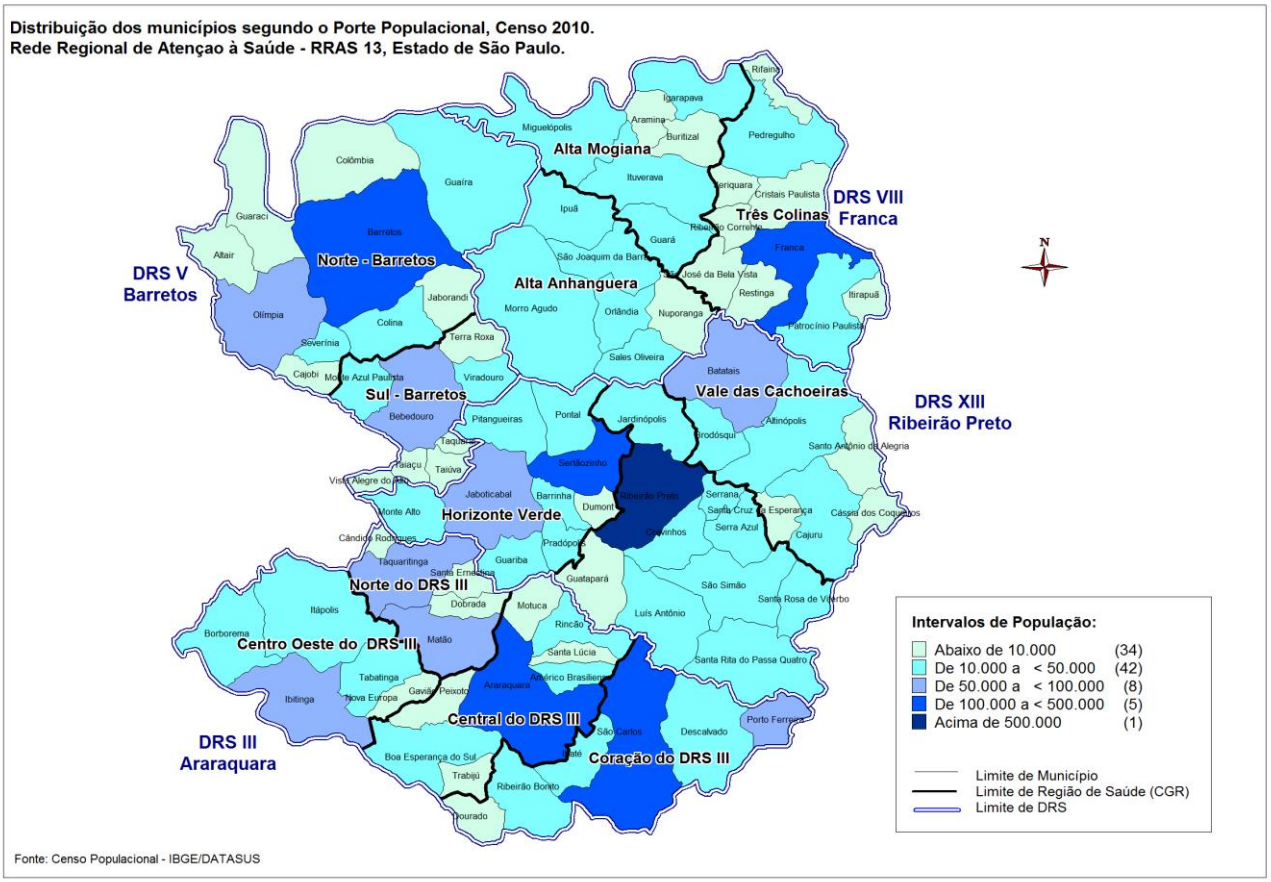
Tabela 1 – Características do território e contingentes populacionais dos municípios do DRS III.

M U N I C Í P I O	ÁREA (Km2) 2012	POPULAÇÃO IBGE		% POP RS 2011	Densidade Demográfica (hab/Km2) 2011	População Urbana (%) 2010
		2000	2011			
Américo Brasiliense	123,43	28.287	35.115	12,14	284,49	99,24
Araraquara	1.005,97	182.471	211.247	73,06	209,99	97,16
Boa Esperança do Sul	691,02	12.573	13.750	4,76	19,90	89,29
Gavião Peixoto	243,71	4.126	4.446	1,54	18,24	80,91
Motuca	229,43	3.871	4.330	1,50	18,87	95,00
Rincão	313,42	10.330	10.421	3,60	33,25	81,23
Santa Lúcia	152,31	7.853	8.287	2,87	54,41	94,01
Trabiju	63,38	1.380	1.560	0,54	24,61	91,83
RS CENTRAL	**2.822,67**	**250.891**	**289.156**	**31,11**	**102,44**	**91,08**
Borborema	552,60	13.193	14.632	11,02	26,48	90,13
Ibitinga	688,68	46.620	53.660	40,41	77,92	96,05
Itápolis	997,13	37.750	40.228	30,29	40,34	90,70
Nova Europa	160,88	7.307	9.453	7,12	58,76	92,74
Tabatinga	366,46	12.990	14.816	11,16	40,43	85,65
RS CENTRO-OESTE	**2.765,75**	**117.860**	**132.789**	**14,29**	**48,01**	**91,05**
Descalvado	755,23	28.921	31.262	8,69	41,39	89,23
Dourado	205,98	8.606	8.610	2,39	41,80	91,40
Ibaté	289,54	26.462	31.165	8,66	107,64	96,01
Porto Ferreira	243,91	47.437	51.787	14,39	212,32	98,21
Ribeirão Bonito	471,50	11.246	12.220	3,40	25,92	92,46
São Carlos	1.140,92	192.998	224.828	62,47	197,06	95,99
RS CORAÇÃO	**3.107,08**	**315.670**	**359.872**	**38,72**	**115,82**	**93,88**
Candido Rodrigues	69,52	2.613	2.674	1,81	38,46	80,70
Dobrada	150,09	7.007	8.030	5,44	53,50	97,77
Matão	527,01	71.753	77.270	52,32	146,62	98,17
Santa Ernestina	134,96	5.741	5.552	3,76	41,14	92,40
Taquaritinga	594,22	52.065	54.172	36,68	91,16	94,78
RS NORTE	**1.475,80**	**139.179**	**147.698**	**15,89**	**100,08**	**92,76**
DRS III	**10.171,30**	**823.600**	**929.515**	**100,00**	**91,39**	**92,20**

FONTE: SEADE/IBGE.

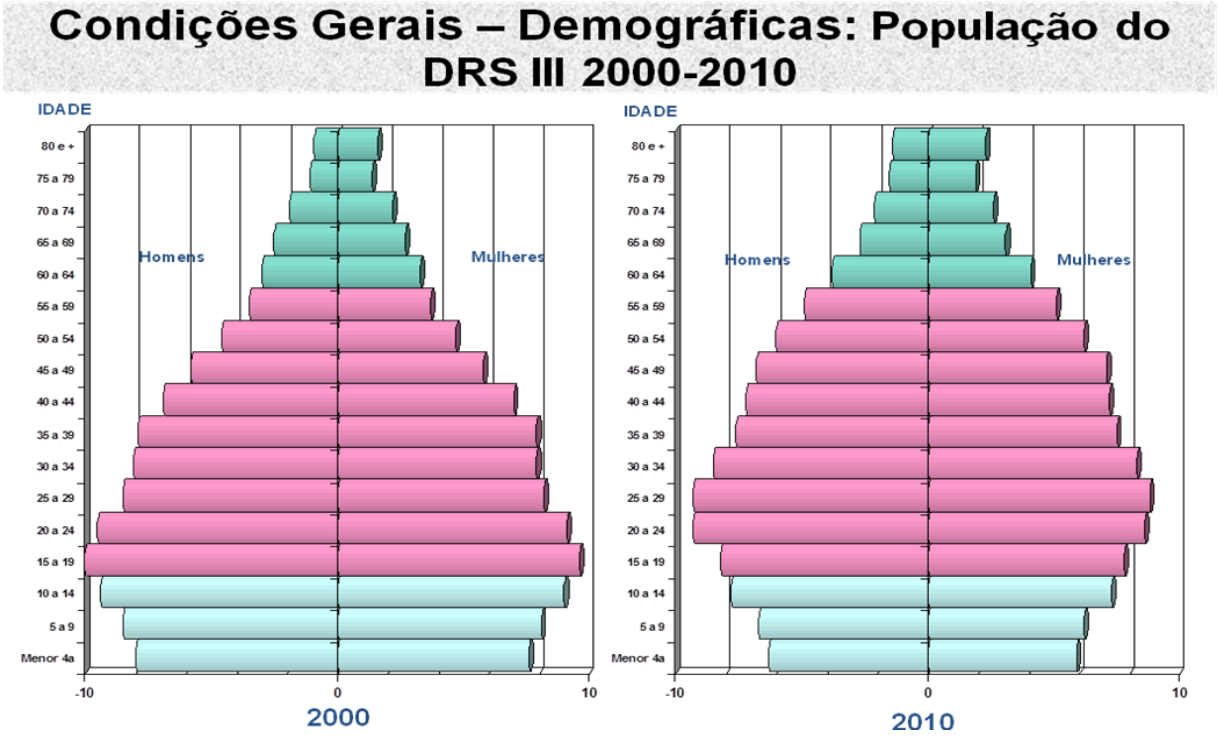
Mapa 3 – Distribuição dos municípios segundo o Porte Populacional.

O DRS III conta com 09 municípios abaixo de 10.000 habitantes, 09 até 50.000 habitantes e 04 de 50.001 a 100.000 habitantes e 02 acima de 100.000 habitantes.



Com relação ao comparativo das pirâmides dos anos de 2000 a 2010 (gráfico 1), observa-se o estreitamento da base e o alargamento de ápice o que aponta a tendência de envelhecimento da população, indicando a necessidade de revisão da organização dos serviços para atendimento dessa população, com destaque para o aumento da faixa etária economicamente ativa.

Gráfico 1- Pirâmide Populacional DRS III.



A Tabela abaixo indica que a Região de Saúde que apresentou o maior crescimento populacional nos anos de 2000 a 2010 foi a Centro-Oeste com 1,32%, seguido da Região Central (0,95%), da Região Coração (0,88%) e da Região Norte (0,45%). Sobre o índice de fecundidade a Região Central apresenta o maior índice (49,41%), seguido da Região Coração (48,49%), da Região Norte (47,15%) e da Região Centro-Oeste (45,32%), a mesma tendência é observada no índice de natalidade.

Para o índice de envelhecimento o destaque é para a Região Norte (64,46%), seguida pela Região Centro-Oeste (63,12%), pela Região Coração (62,37%) e Região Central (49,28%). O índice de envelhecimento é importante para pensar na reorganização da assistência prestada onde esse perfil exige do sistema e serviços de saúde ações específicas para intervenção nas doenças crônicas/ degenerativas, principalmente a hipertensão arterial e diabetes.

Tabela 2 – Indicadores demográficos dos municípios do DRS III Araraquara

M U N I C Í P I O	Crescimento Populacional 2000/2010 *	Natalidade** 2010	Fecundidade *** 2010	Envelhecimento **** 2011
Américo Brasiliense	2,01	16,33	55,74	33,45
Araraquara	1,35	12,16	42,79	76,08
Boa Esperança do Sul	0,83	14,52	53,10	43,06
Gavião Peixoto	0,69	14,04	50,49	46,12
Motuca	1,04	10,03	35,86	50,53
Rincão	0,08	13,16	49,25	50,87
Santa Lúcia	0,51	16,13	58,03	40,80
Trabiju	1,12	12,96	50,00	53,32
RS CENTRAL	**0,95**	**13,67**	**49,41**	**49,28**
Borborema	0,97	11,30	42,49	73,85
Ibitinga	1,33	13,35	46,88	63,98
Itápolis	0,60	11,34	41,93	78,01
Nova Europa	2,45	13,47	48,68	46,14
Tabatinga	1,24	12,27	46,60	53,64
RS CENTRO-OESTE	**1,32**	**12,35**	**45,32**	**63,12**
Descalvado	0,72	11,28	40,96	72,13
Dourado	0,01	10,34	40,02	84,80
Ibaté	1,53	15,83	56,14	37,07
Porto Ferreira	0,82	13,36	48,28	61,55
Ribeirão Bonito	0,77	16,24	60,23	52,10
São Carlos	1,41	12,72	45,28	66,56
RS CORAÇÃO	**0,88**	**13,30**	**48,49**	**62,37**
Cândido Rodrigues	0,22	9,00	33,99	117,26
Dobrada	1,25	16,52	60,48	36,22
Matão	0,69	12,37	43,01	59,18
Santa Ernestina	-0,30	12,93	45,37	43,50
Taquaritinga	0,37	11,97	44,13	66,15
RS NORTE	**0,45**	**12,56**	**45,40**	**64,46**
TOTAL DRS	**0,90**	**12,97**	**47,15**	**59,81**

Fonte: SEADE.

* Taxa geométrica de crescimento anual da população (Em % a.a.).

** Taxa de Natalidade (Por mil habitantes).

*** Taxa de Fecundidade (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos).

**** Índice de Envelhecimento (%).

Visando avaliar o grau de desenvolvimento das diversas regiões do Estado, o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) figura como um indicador paralelo ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Parte do pressuposto que a renda per capita não basta como indicador das condições de vida de populações e acrescenta outras dimensões. Dessa forma, o IPRS acrescenta a longevidade e a escolaridade, refletindo as condições de saúde e de educação das populações e proporcionando um panorama mais abrangente das condições de vida.

Dados da Fundação SEADE (2008), tendo como base o índice, apontam a heterogeneidade existente entre os municípios que compõem o DRS III, com destaque positivo para Araraquara e Gavião Peixoto que se mantiveram no Grupo 1 nas mensurações efetuadas em 2006 e 2008, indicando bons indicadores em todas as dimensões. No Grupo 2 situam-se os municípios com bons indicadores de riqueza, porém com alguma deficiência na área social, sendo em número de quatro. Já no Grupo 3, com baixo nível de riqueza e indicadores sociais satisfatórios, situam-se seis municípios da Regional. Por fim, doze deles foram classificados como possuindo baixos níveis de riqueza e deficiência em um dos outros dois indicadores, o que os insere no Grupo 4.

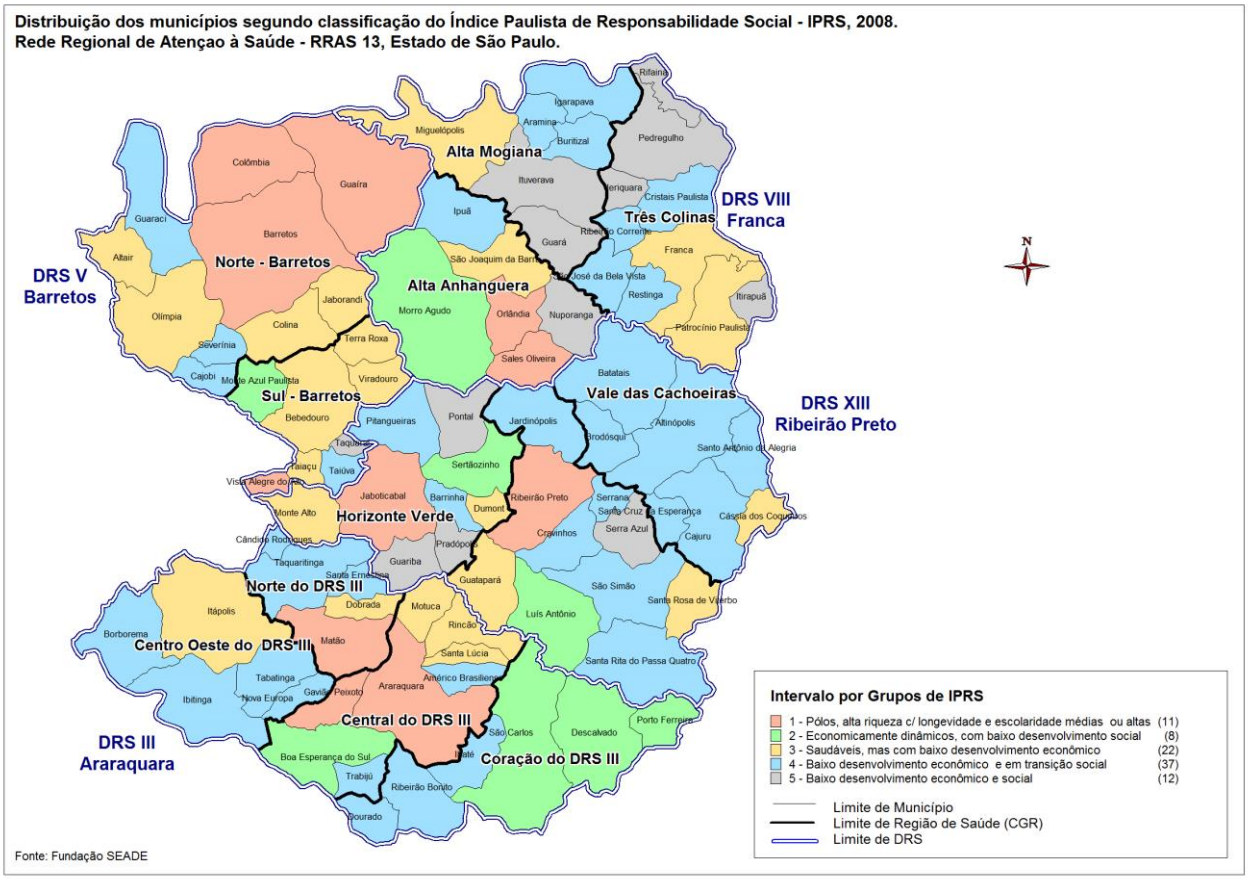
A comparação efetuada entre os anos de 2006 e 2008 revela que 50% dos municípios mantiveram seus indicadores, sendo que os demais foram reclassificados com índices melhores do que o anterior, o que indica o potencial e o progresso das políticas públicas desenvolvidas na região.

Tabela 3 – IPRS dos municípios do DRS III 2006 – 2008

MUNICÍPIO	Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS)							
	Dimensão Riqueza		Dimensão Longevidade		Dimensão Escolaridade		Grupo	
	2006	2008	2006	2008	2006	2008	2006	2008
Américo Brasiliense	40	40	76	68	65	68	3	4
Araraquara	48	51	75	73	78	78	1	1
Boa Esp. do Sul	43	49	69	70	58	60	5	2
Borborema	38	40	71	61	69	71	3	4
Candido Rodrigues	34	38	78	66	70	73	3	4
Descalvado	50	53	73	73	63	65	2	2
Dobrada	37	40	71	76	68	70	3	3
Dourado	37	39	86	80	65	67	3	4
Gavião Peixoto	60	56	75	74	67	72	1	1
Ibaté	38	42	77	73	55	59	4	4
Ibitinga	38	42	68	72	63	67	5	4
Itápolis	37	41	70	74	69	71	4	3
Matão	45	49	75	73	76	77	3	1
Motuca	40	40	70	75	72	75	4	3
Nova Europa	37	39	66	66	77	78	4	4
Porto Ferreira	48	50	69	75	62	66	2	2
Ribeirão Bonito	35	39	64	72	60	63	5	4
Rincão	41	44	72	76	80	84	3	3
Santa Ernestina	32	38	63	57	67	69	4	4
Santa Lúcia	37	38	71	81	71	74	3	3
São Carlos	49	51	77	77	65	67	1	2
Tabatinga	33	37	69	62	66	69	4	4
Taquaritinga	38	40	69	69	68	70	4	4
Trabiju	46	48	85	85	60	62	2	4
Estado SP	55	58	72	73	65	68	4	4

FONTE: SEADE/IBGE

Mapa 4 – Distribuição dos municípios segundo classificação do IPRS 2008.



Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2000), apenas 16,6% dos municípios possuem IDH acima de 0,8 sendo considerado como grau elevado e os demais com IDH grau médio, indicando ser uma região com diferenças sociais entre os municípios, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 - Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2000) por município do DRS III- Araraquara.

MUNICÍPIO	IDH 2000
Américo Brasiliense	0,788
Araraquara	0,830
Boa Esperança do Sul	0,755
Borborema	0,771
Cândido Rodrigues	0,776
Descalvado	0,820
Dobrada	0,745
Dourado	0,780
Gavião Peixoto	0,763
Ibaté	0,790
Ibitinga	0,789
Itápolis	0,785
Matão	0,806
Motuca	0,761
Nova Europa	0,791
Porto Ferreira	0,802
Ribeirão Bonito	0,781
Rincão	0,777
Santa Ernestina	0,770
Santa Lucia	0,782
São Carlos	0,841
Tabatinga	0,760
Taquaritinga	0,778
Trabiju	0,755
Estado de São Paulo	0,814

FONTE: SEADE

O grau de urbanização é de 95,3% no DRS III sendo de 95,7% na Região Central, 92,4% na Centro-Oeste, 95,5% na região Coração e 96,4% na região Norte, equivalente ao da RRAS 13 e do Estado de São Paulo.

MAPA 5 – Taxa de Urbanização segundo municípios de residência – RRAS 13 - 2010

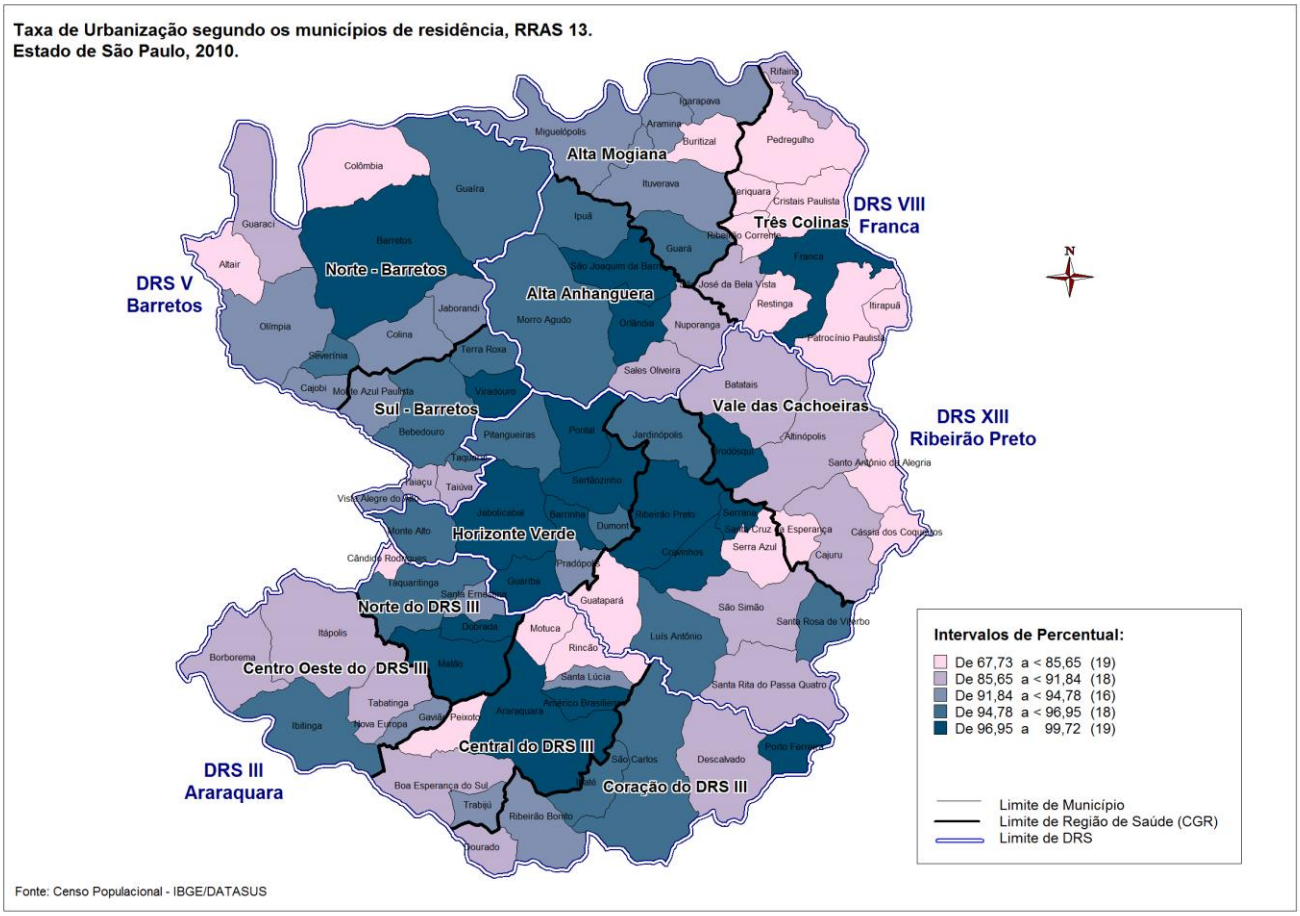


Tabela 5 - Percentual de urbanização dos municípios do DRS III Araraquara.

MUNICÍPIO	População Urbana Censo 2000	População Urbana Censo 2010	Total População Censo 2000	Total População Censo 2010	Taxa de Urbanização Censo 2000	Taxa de Urbanização Censo 2010
Américo Brasiliense	27.641	34.217	28.287	34.478	97,7	99,2
Araraquara	73.569	202.730	182.471	208.662	95,1	97,2
Boa Esperança do Sul	10.753	12.184	12.573	13.645	85,5	89,3
Gavião Peixoto	2.749	3.575	4.126	4.419	66,6	80,9
Motuca	2.446	3.108	3.871	4.290	63,2	72,5
Rincão	8.257	8.460	10.330	10.414	79,9	81,2
Santa Lúcia	7.045	7.754	7.853	8.248	89,7	94,0
Trabijú	1.230	1.418	1.380	1.544	89,1	91,8
TOTAL DA RS CENTRAL	**233.690**	**273.446**	**250.891**	**285.700**	**93,1**	**95,7**
Borborema	10.850	13.095	13.193	14.529	82,2	90,1
Ibitinga	43.860	51.057	46.620	53.158	94,1	96,1
Itápolis	32.140	36.325	37.750	40.051	85,1	90,7
Nova Europa	6.475	8.625	7.307	9.300	88,6	92,7
Tabatinga	10.183	12.578	12.990	14.686	78,4	85,7
TOTAL DA RS CENTRO OESTE	**103.508**	**121.680**	**117.860**	**131.724**	**87,8**	**92,4**
Descalvado	24.136	27.712	28.921	31.056	83,5	89,2
Dourado	7.839	7.869	8.606	8.609	91,1	91,4
Ibaté	25.112	29.508	26.462	30.734	94,9	96,0
Porto Ferreira	45.568	50.478	47.437	51.400	96,1	98,2
Ribeirão Bonito	9.959	11.220	11.246	12.135	88,6	92,5
São Carlos	183.433	213.061	192.998	221.950	95,0	96,0
TOTAL DA RS CORAÇÃO	**296.047**	**339.848**	**315.670**	**355.884**	**93,8**	**95,5**
Cândido Rodrigues	1.946	2.153	2.613	2.668	74,5	80,7
Dobrada	6.505	7.762	7.007	7.939	92,8	97,8
Matão	69.168	75.377	71.753	76.786	96,4	98,2
Santa Ernestina	4.392	5.145	5.741	5.568	76,5	92,4
Taquaritinga	47.592	51.168	52.065	53.988	91,4	94,8
TOTAL DA RS NORTE	**129.603**	**141.605**	**139.179**	**146.949**	**93,1**	**96,4**
TOTAL DRS III	**762.848**	**876.579**	**823.600**	**920.257**	**92,6**	**95,3**
TOTAL RRAS 13	**2.760.687**	**3.170.658**	**2.933.251**	**3.307.320**	**94,1**	**95,9**
TOTAL ESTADO SP	**34.592.851**	**39.585.251**	**37.032.403**	**41.262.199**	**93,4**	**95,9**

4.1.2 Aspectos de infraestrutura e economia.

O Departamento Regional de Saúde – DRS III – Araraquara reune 24 municípios da área central do Estado de São Paulo, que concentram quase um milhão de habitantes (929.515 hab.– IBGE 2011), sendo que as maiores cidades são Araraquara com 211.247 habitantes e São Carlos com 224.828 habitantes.

A distância rodoviária entre estas duas cidades é de 39 km, interligadas pela Rodovia Washington Luís – SP310, importante acesso aos demais municípios do estado de São Paulo.

A região conta também com outras rodovias intermunicipais, com grande fluxo de veículos devido às atividades econômicas e de lazer.

Nessa regional de saúde, os municípios de Araraquara e São Carlos são os centros dinâmicos das respectivas regiões de governo, apresentam estrutura econômica diversificada.

Em Araraquara há maior participação da agroindústria, enquanto São Carlos se sobressai pelas empresas de tecnologia.

Na agropecuária, Araraquara se destaca pela produção predominante de cana-de-açúcar, e também pela produção de suco de laranja, priorizando o mercado externo, sediando uma das maiores empresas de sucos cítricos do país. A região é importante produtora de carne de frango, carne bovina, manga e limão.

No ramo industrial, o município conta com empresas de utensílios de alumino, além de produção têxtil de meias e underware.

Seu distrito municipal, Bueno de Andrada é famoso no Estado de São Paulo pela produção de Coxinhas de frango, que demanda fluxo intenso de veículos.

O município de São Carlos constitui-se como centro de desenvolvimento de pesquisa, com transferência de tecnologia para a iniciativa privada. Há muitas empresas de cunho tecnológico, atuando nas mais diversas áreas – automação, informática e tecnologia da informação, instrumentação eletrônica, mecânica de precisão, química fina e óptica. Quanto ao ramo industrial, o município de São Carlos possui um complexo industrial diversificado, nos segmentos metalúrgico, alimentício, têxtil, papel e celulose, borracha e plástico e equipamentos de instrumentação, com parte significativa da produção voltada para a exportação.

O município de Ibitinga destaca-se pelos bordados, Capital dos Bordados, como é conhecido, e passou a ser importante também na atividade industrial. O município de Gavião Peixoto destaca-se por investimentos na indústria aeronáutica. Matão apresenta-se com importante produção de implementos

agrícolas (mercado interno) e produção de sucos cítricos, tendo o mercado externo como prioridade. Tabatinga é conhecida como a Capital dos Bichinhos de Pelúcia e Taquaritinga é reconhecida por sua produção de frios embutidos e doces de frutas.

Porto Ferreira tem destaque na área moveleira, cerâmica artística e olaria.

Descalvado possui um complexo de cachoeiras, atrativos para os praticantes de esportes radicais, além que possuir abatedouro e frigorífico avícola.

Destacam-se também na agropecuária e citricultura, Itápolis, com 15,2% do total deste setor na região, Matão, com 8%, e Descalvado, com 7,4%. Nos três municípios, o principal produto é a laranja. Itápolis tem importante contribuição não só para a agropecuária local, como também para o Estado, ocupando a primeiro lugar na agropecuária estadual. Na indústria, os maiores municípios são: Matão, com 35% da indústria local, em que se destaca também a indústria de suco cítricos; São Carlos, com 24,9%, e Araraquara, com 21,2%.

Quanto à prestação de serviços, a Região do DRS III, os serviços sociais e coletivos se sobressaem, com destaque para o setor educacional. No município de São Carlos é forte a presença de universidades e centros de pesquisa, com associação à indústria local. No âmbito educacional, São Carlos é considerado um dos mais importantes centros do Estado, abrigando duas reconhecidas instituições públicas – a Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) e a Universidade de São Paulo (USP) – além de duas instituições privadas de ensino superior. Há ainda dois centros de pesquisa da EMBRAPA e centros de pesquisa em informática. Em Araraquara, destacam-se os cursos de nível superior da Universidade Estadual (UNESP) além de outros centros universitários privados.

Assim sendo, os principais municípios com grande contribuição do setor educacional e prestação de serviços são Araraquara (23,1%) e São Carlos (22,9%).

4.1.3. Descrição e Análise Epidemiológica.

4.1.3.1. Mortalidade Geral.

Segundo dados do IBGE 2010, o perfil de mortalidade proporcional por Capítulo do CID 10 do DRS III - Araraquara segue o padrão verificado para o Estado de São Paulo. A primeira causa de mortalidade na região é por Doenças do Aparelho Circulatório, seguida pelas Neoplasias e em terceiro lugar aparecem Doenças do Aparelho Respiratório (ver tabela abaixo).

As duas primeiras causas estão relacionadas predominantemente à pessoas com idade acima de 40 anos, enquanto que a terceira está ligada à crianças e idosos acima de 60 anos. Apesar de tratar-se de perfil

de mortalidade esperado, aponta-se a necessidade de maior investimento dos serviços em prevenção, diagnóstico precoce e tratamento para esses problemas, já que se configuram como principais causas de morte na regional.

Tabela 6 - Distribuição dos Óbitos por CID 10 (Capítulo) - DRS III 2006 a 2010.

CID 10 (Capítulo)	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	(%)
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.853	1.754	1.714	1.768	1.846	8.935	29,6
II. Neoplasias (tumores)	927	1.021	1.036	1.062	1.051	5.097	16,9
X. Doenças do aparelho respiratório	625	704	719	838	896	3.782	12,5
XVIII.Sint ,sinais e achad anorm ex clín e laborat	545	534	563	515	541	2.698	9,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	471	515	485	509	514	2.494	8,3
XI. Doenças do aparelho digestivo	343	361	381	387	396	1.868	6,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	300	287	288	303	349	1.527	5,1
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	226	211	224	213	224	1.098	3,6
VI. Doenças do sistema nervoso	138	136	122	158	177	731	2,4
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	126	113	131	135	158	663	2,2
XVI. Algumas afecç originadas no período perinatal	90	79	100	75	83	427	1,4
V. Transtornos mentais e comportamentais	51	51	54	54	45	255	0,8
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	41	51	34	46	30	202	0,7
III. Doenças sangue órgãos hemat. e transt. Imunitár.	27	25	25	29	30	136	0,5
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	18	29	23	18	34	122	0,4
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10	15	13	16	21	75	0,2
XV. Gravidez parto e puerpério	3	2	4	9	6	24	0,1
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	2	-	-	1	3	0,0
Total	**5.794**	**5.890**	**5.916**	**6.135**	**6.402**	**30.137**	**100,0**

FONTE: MS/DATASUS

O perfil de mortalidade por sexo por Capítulo do CID 10 para o ano de 2010 no DRS III de Araraquara (tabela abaixo) para ambos os sexos as principais causas foram as doenças do aparelho circulatório, em percentual superior no sexo feminino.

O segundo maior coeficiente de mortalidade por causa, tanto para homens como para mulheres, são as Neoplasias, seguido das Doenças do Aparelho Respiratório.

Para o sexo masculino a causa de morte que aparece em seguida com maior freqüência são as causas externas.

As diferenças observadas no diagnóstico da situação de saúde através do perfil de mortalidade por sexo, devem orientar as intervenções necessárias, respeitando essas diferenças, para a mudança do perfil epidemiológico.

Tabela 7 - Distribuição dos Óbitos por CID 10 (Capítulo) segundo sexo do DRS III - 2010.

CID 10 (Capítulo)	Masc	(%)	Fem	(%)	Ignorado	(%)	Total	(%)
IX. Doenças do aparelho circulatório	949	26,7	897	31,5			1.846	28,8
II. Neoplasias (tumores)	569	16,0	482	16,9			1.051	16,4
X. Doenças do aparelho respiratório	485	13,6	411	14,4			896	14,0
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	294	8,3	246	8,6	1	100,0	541	8,5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	398	11,2	116	4,1			514	8,0
XI. Doenças do aparelho digestivo	270	7,6	126	4,4			396	6,2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	149	4,2	200	7,0			349	5,5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	134	3,8	90	3,2			224	3,5
VI. Doenças do sistema nervoso	86	2,4	91	3,2			177	2,8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	88	2,5	70	2,5			158	2,5
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	51	1,4	32	1,1			83	1,3
V. Transtornos mentais e comportamentais	33	0,9	12	0,4			45	0,7
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	10	0,3	24	0,8			34	0,5
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	0,4	15	0,5			30	0,5
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12	0,3	18	0,6			30	0,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	0,3	10	0,4			21	0,3
XV. Gravidez parto e puerpério			6	0,2			6	0,1
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	0,0					1	0,0
TOTAL	**3.555**	**100,0**	**2.846**	**100,0**	**1**	**100,0**	**6.402**	**100,0**

FONTE: MS/DATASUS

As tabelas e gráficos abaixo evidenciam uma oscilação na tendência da taxa de mortalidade por causas externas, no período de 2006 a 2010 no DRS de Araraquara. O indicador de Acidentes de Transporte é crescente e preocupante, e deve ser considerado na elaboração do Plano Regional de Urgência e Emergência.

Tabela 8 - Distribuição dos Óbitos / Causa Externa (CID 10) segundo a faixa etária do DRS III 2010.

Causa CID BR 10	> 1 ano	1a4 anos	5a9 anos	10a14 anos	15a19 anos	20a29 anos	30a39 anos	40a49 anos	50a59 anos	60a69 anos	70a79 anos	80 e +	Ign	Total	(%)
Acidentes de transporte	1	3	3	3	15	69	42	33	36	15	5	3		228	44,4
Agressões					3	27	20	10	6	3	2	1	1	73	14,2
Quedas				1		1	2	3	2	6	12	37		64	12,5
Lesões autoprovocadas voluntariamente					2	13	15	12	7	5	5	3		62	12,1
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada					1	7	3	4	4	5	7	12		43	8,4
Afogamento e submersões acidentais	1		1	2		5	3	5	2	1	1			21	4,1
Todas as outras causas externas	2		1	1			1	4	2	1	3	2	1	18	3,5
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas						1						1		2	0,4
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv							2							2	0,4
Intervenções legais e operações de guerra						1								1	0,2
TOTAL	4	3	5	7	21	124	88	71	59	36	35	59	2	514	100,0

FONTE: MS/DATASUS

Tabela 9 - Distribuição dos Óbitos por Causa Externa (CID 10) segundo sexo - DRS III 2010.

Causa CID BR 10	Masc	(%)	Fem	(%)	TOTAL	(%)
Acidentes de transporte	185	46,5	43	37,1	228	44,4
Agressões	68	17,1	5	4,3	73	14,2
Quedas	27	6,8	37	31,9	64	12,5
Lesões autoprovocadas voluntariamente	51	12,8	11	9,5	62	12,1
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	30	7,5	13	11,2	43	8,4
Afogamento e submersões acidentais	18	4,5	3	2,6	21	4,1
Todas as outras causas externas	14	3,5	4	3,4	18	3,5
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	2	0,5		0,0	2	0,4
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv	2	0,5		0,0	2	0,4
Intervenções legais e operações de guerra	1	0,3		0,0	1	0,2
TOTAL	**398**	**100,0**	**116**	**100,0**	**514**	**100,0**

FONTE: MS/DATASUS

Tabela 10 Distribuição dos Óbitos por Causa Externa (CID 10) - DRS III 2006 a 2010.

Causa CID BR 10	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	(%)
Acidentes de transporte	170	220	207	221	228	1.046	41,9
Agressões	91	73	73	85	73	395	15,8
Quedas	49	85	71	58	64	327	13,1
Lesões autoprovocadas voluntariamente	60	65	62	70	62	319	12,8
Eventos(fatos) cuja intenção é indeterminada	41	29	23	29	43	165	6,6
Todas as outras causas externas	33	24	23	28	18	126	5,1
Afogamento e submersões acidentais	18	13	16	16	21	84	3,4
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	9	5	6	2	2	24	1,0
Envenen, intoxic por ou expos a subst nociv			3		2	5	0,2
Intervenções legais e operações de guerra		1	1		1	3	0,1
TOTAL	**471**	**515**	**485**	**509**	**514**	**2.494**	**100,0**

FONTE: MS/DATASUS

Gráfico 2 Distribuição dos Óbitos por Causa Externa - DRS III 2006 a 2010.

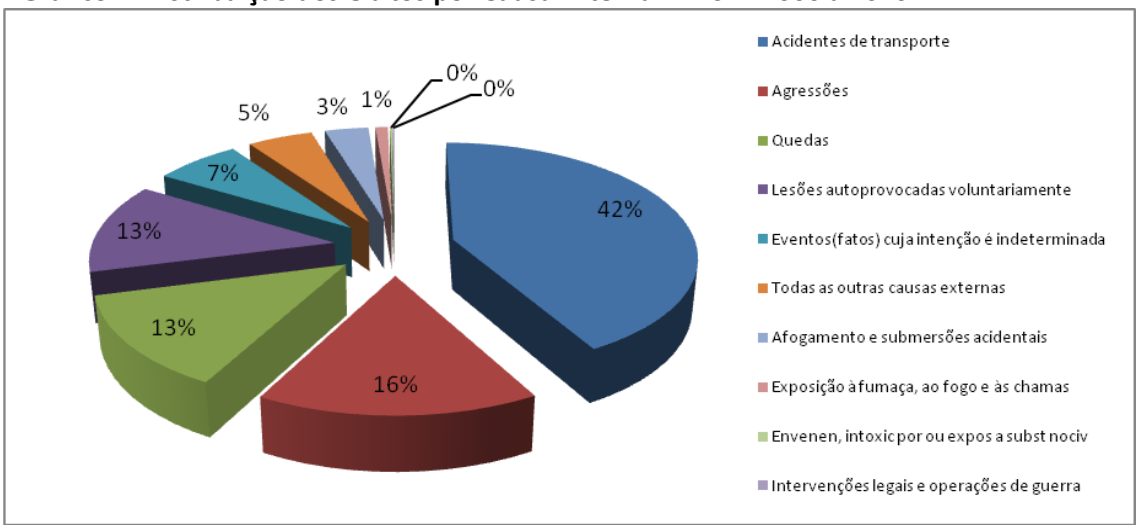
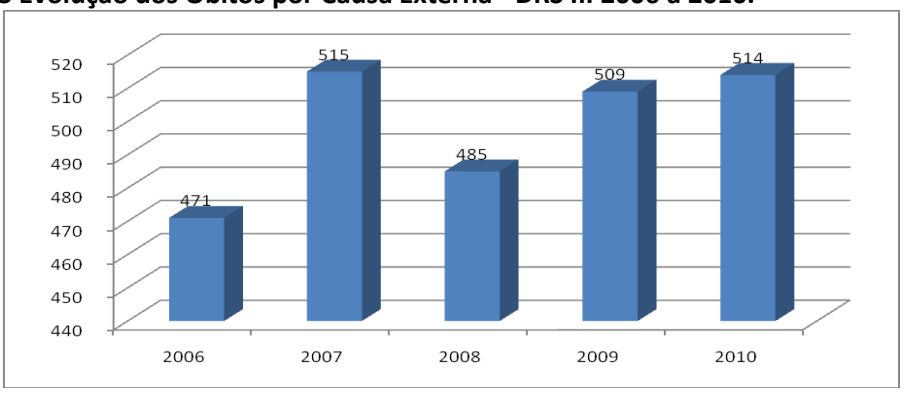


Gráfico 3 Evolução dos Óbitos por Causa Externa - DRS III 2006 a 2010.



4.1.3.2. Morbidade Hospitalar

Destaca-se que dentre as cinco primeiras causas de internações, pode se observar uma correspondência com as cinco principais causas de óbitos apresentadas anteriormente, excetuando-se as Neoplasias e Gravidez, Partos e Puerpério (relacionadas ao sexo feminino).

Tabela 11- Internações no DRS III segundo Capítulo (CID-10) e sexo – 2011.

Capítulo CID-10	Masc		Fem		Total	
	Qtd	(%)	Qtd	(%)	Qtd	(%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.610	7	1.080	4	2.690	5,3
II. Neoplasias (tumores)	1.097	5	1.336	5	2.433	4,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	128	1	171	1	299	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	565	3	671	2	1.236	2,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.540	7	710	3	2.250	4,5
VI. Doenças do sistema nervoso	508	2	592	2	1.100	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	108	1	97	0	205	0,4
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	68	0	66	0	134	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.239	15	3.079	11	6.318	12,6
X. Doenças do aparelho respiratório	3.104	14	2.697	10	5.801	11,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	3.069	14	2.693	10	5.762	11,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	357	2	390	1	747	1,5
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	759	3	754	3	1.513	3,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.352	6	2.295	8	3.647	7,2
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	8.409	30	8.409	16,7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	379	2	360	1	739	1,5
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	163	1	138	1	301	0,6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	463	2	501	2	964	1,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.340	15	1.636	6	4.976	9,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7	0	10	0	17	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	365	2	403	1	768	1,5
TOTAL	**22.221**	**100**	**28.088**	**100**	**50.309**	**100,0**

FONTE: MS/DATASUS

Tabela 11 A- Internações no DRS III segundo Capítulo (CID-10) e sexo feminino – 2011.

Capítulo CID-10	Fem	
	Qtd	(%)
XV. Gravidez parto e puerpério	8.409	30
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.079	11
X. Doenças do aparelho respiratório	2.697	10
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.693	10
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.295	8
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.636	6
II. Neoplasias (tumores)	1.336	5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.080	4
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	754	3
V. Transtornos mentais e comportamentais	710	3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	671	2
VI. Doenças do sistema nervoso	592	2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	501	2
XXI. Contatos com serviços de saúde	403	1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	390	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	360	1
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	171	1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	138	1
VII. Doenças do olho e anexos	97	0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	66	0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	10	0
	28.088	**100**

Tabela 11 B- Internações no DRS III segundo Capítulo (CID-10) e sexo masculino– 2011.

Capítulo CID-10	Masc	
	Qtd	(%)
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.340	6
IX. Doenças do aparelho circulatório	3.239	1
X. Doenças do aparelho respiratório	3.104	2
XI. Doenças do aparelho digestivo	3.069	2
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.610	0
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.540	2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1.352	5
II. Neoplasias (tumores)	1.097	0
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	759	3
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	565	1
VI. Doenças do sistema nervoso	508	2
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	463	14
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	379	7
XXI. Contatos com serviços de saúde	365	15
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	357	3
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	163	14
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	128	1
VII. Doenças do olho e anexos	108	0
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	68	2
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	7	15
XV. Gravidez parto e puerpério	0	7
TOTAL	**22221**	**100**

4.1.4. Rede de Urgência

- **Demandas Regionais**

A tabela abaixo aponta a prevalência de internações para gravidez, parto e puerpério na faixa entre 15 e 34 anos; as doenças do aparelho circulatório acometem principalmente a população idosa acima de 65 anos, sendo que estas apresentam aumento crescente com o avanço da idade.

Com relação às doenças do aparelho respiratório, encontramos prevalência da população infantil e idosa acima de 65 anos, considerando-se as características sócio-econômico da região em função da cultura canavieira e a indústria cerâmica artística.

Chama a atenção à faixa etária prevalente com relação às Causas Externas a partir de 15 anos, provavelmente decorrentes de acidentes de transito e violência, ressaltando-se o número elevado deste indicador na população idosa, uma vez que considera-se também dentre as causas externas quedas e agressões.

Cabe destacar o elevado custo das internações e o prejuízo na qualidade de vida, com sequelas e incapacidade, prejudicando a capacidade laboral do indivíduo.

Tabela 12: Internações no DRS III segundo Capítulo (CID-10) e Faixa Etária – 2011.

Capítulo CID-10	<1a	1-4a	5-14a	15-24a	25-34a	35-44a	45-54a	55-64a	65e+a	Total	(%)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	133	209	145	181	413	537	393	286	393	2.690	5,3
II. Neoplasias (tumores)	6	8	17	52	127	315	523	552	833	2.433	4,8
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	12	16	23	17	39	29	39	121	299	0,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	91	144	107	42	53	73	144	181	401	1.236	2,5
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	4	12	293	578	557	390	263	152	2.250	4,5
VI. Doenças do sistema nervoso	34	69	64	56	78	123	178	172	326	1.100	2,2
VII. Doenças do olho e anexos	0	9	21	11	18	18	32	32	64	205	0,4
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	12	43	16	14	19	10	9	8	134	0,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	10	8	32	85	221	516	1.027	1.522	2.897	6.318	12,6
X. Doenças do aparelho respiratório	620	763	503	279	292	296	448	515	2.085	5.801	11,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	67	146	317	470	675	861	1.057	943	1.226	5.762	11,5
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	21	40	51	110	96	88	96	85	160	747	1,5
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1	12	72	112	194	255	316	263	288	1.513	3,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	27	90	206	490	491	558	507	419	859	3.647	7,2
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	89	4.241	3.322	738	17	1	1	8.409	16,7
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	701	3	2	14	11	7	0	0	1	739	1,5
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	20	47	74	63	45	24	14	3	11	301	0,6
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	20	35	83	86	92	126	114	148	260	964	1,9
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	14	144	476	826	892	707	626	487	804	4.976	9,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	1	0	1	3	3	2	3	4	17	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	10	21	51	73	206	161	99	71	76	768	1,5
TOTAL	**1.782**	**1.777**	**2.381**	**7.524**	**7.838**	**6.021**	**6.022**	**5.994**	**10.970**	**50.309**	**100,0**

FONTE: MS/DATASUS

4.1.4.1. Atenção Básica

Considera-se a estrutura de serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento diurno superior aos parâmetros das necessidades estabelecidos pelo MS, conforme Portaria GM/MS nº 2488 de 21 de outubro de 2011, o que nos leva a questionar a ausência de qualificação das equipes para atendimento. Chama a atenção à reduzida oferta de leitos de observação em relação ao número de Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS.

A Rede de Atenção Básica ganha especial relevância, tendo em vista, ser responsável pela coordenação do cuidado e articulação com outros pontos de atenção, ampliando o acesso e resolubilidade através do primeiro cuidado e acolhimento com classificação de risco, para os casos de urgência.

Com relação à necessidade de readequação física e tecnológica, salienta-se que boa parte dessa demanda vem sendo atendida com recursos provenientes do Ministério da Saúde, através do Programa Requalifica UBS (ampliação, construção, reforma e equipamentos), do Estado através do QUALIS-UBS, e de emendas parlamentares federais e estaduais.

Cabe destacar que todos os serviços possuem Retaguarda Patologia Clínica e Imagem.

Tabela 13 – Serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento diurno no DRS III-Araraquara.

SERVIÇOS NÃO HOSPITALARES	DRS III-ARARAQUARA
Unidade (UBS/USF,etc ...)	75 UBS, 67 USF, 20 Centro de Especialidades, 3 CAPS I, 4 CAPS II, 2 CAPS AD, 1 CAPS i, 4 Ambulatórios de Saúde Mental, 01 CEREST, 02 NIS, 02 Centro de Reabilitação, 01 VE, 01 PA.
Não enquadrada (Portaria 2048/2002) -abaixo de 50 mil habitantes	160
Porte I (50 a 75 mil habitantes)	8
Porte II (75 a 150 mil habitantes)	0
Porte III (150 a 250 mil habitantes)	15
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	05 Só Equipamentos e 117 Reforma, Adequação e Equipamentos
Número de leitos de observação	33
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	SIM

Fonte: CNES

O número de serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento 24h diuturnamente reflete a insuficiência de serviços, impactando nos Pronto Socorros - P.S. hospitalares.

Cabe destacar que todos os serviços possuem Retaguarda de Patologia Clínica e Imagem.

Tabela 14 – Serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento 24h, diuturnamente no DRS III-Araraquara.

SERVIÇOS NÃO HOSPITALARES 24H	DRS III-ARARAQUARA
Unidade (UBS/USF,etc ...)	16 Pronto Socorros, 2 Pronto Atendimento, 1 Centro Médico Odontológico e 1 Unidade Básica de Saúde
Não enquadrada (Portaria 2048/2002) - abaixo de 50 mil habitantes	17
Porte I (50 a 75 mil habitantes)	2
Porte II (75 a 150 mil habitantes)	0
Porte III (150 a 250 mil habitantes)	1
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos).	1 só Equipamento e 18 Reformas, Adequação e Equipamentos
Número de leitos de observação	121
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	Sim

Fonte: CNES

4.1.4.2. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU

O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo a sua saúde que possa levar a sofrimento, a seqüelas ou mesmo a morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação Médica.

No componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, este DRS III conta com 02 serviços regionais: SAMU Regional Araraquara, habilitado e em funcionamento e com cobertura para os 18

municípios das Regiões de Saúde Central (8 municípios), Centro-Oeste (5 municípios), e Norte (5 municípios). Para tanto, foram implantadas Bases Descentralizadas nos municípios de: Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul, Ibitinga, Matão, Taquaritinga. O SAMU Regional São Carlos, planejado para cobrir os 5 municípios da Região de Saúde Coração, encontra-se em processo de implantação. Cabe destacar que na área de abrangência do DRS III- Araraquara, somente o município de Ibaté não aderiu a nenhum SAMU Regional até o momento, entretanto existe intenção de adesão futura ao componente.

Tabela 15 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU no DRS III-Araraquara.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU	DRS III-ARARAQUARA
Central Regulação SAMU 192-Habilitada	2
Central Regulação SAMU 192-Qualificada	0
Adesão ao SAMU 192	23
Nº de USB Solicitada	17
Nº de USB Habilitada	14
Nº de USB Qualificada	0
Nº de USA Solicitada	1
Nº de USA Habilitada	6
Nº de USA Qualificada	0

4.1.4.3. Unidade de Pronto Atendimento- UPA

UPA é o estabelecimento de Saúde de complexidade intermediaria entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de Atenção às Urgências. Devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da Rede de Urgência e Emergência, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco.

No momento, a Região do DRS III conta com 7 novas UPAs habilitadas, sendo uma de Porte II no Município de Araraquara e 6 de Porte I, nos municípios de Araraquara, Porto Ferreira, Matão, Taquaritinga e São Carlos, sendo este contemplado com 2.

Salienta-se que apenas o município de Ibitinga, que se enquadra no parâmetro do Ministério da Saúde, não solicitou esse componente anteriormente, entretanto, no momento de implantação da RUE, o município de Ibitinga manifestou interesse na adesão ao componente referido, o que trará benefício à Região Centro-Oeste, única do DRS III até o momento sem esse recurso.

Tabela 16 – Unidade Pronto Atendimento – UPA no DRS XIII-Araraquara

UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO - UPA	DRS III-ARARAQUARA	
UPA SOLICITADA	1	
UPA NOVA HABILITADA	7	
Porte I (50 a 100 mil habitantes)	6	
Porte II (100.001 a 200 mil habitantes)	1	
Porte III (200.001 a 300 mil habitantes)	0	
Número de leitos de observação	58	
CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO		
2012	4	
2013	1 º quadrimestre	
	2 º quadrimestre	
	3 º quadrimestre	4

4.1.4.4. Sala de Estabilização - SE

A Sala de Estabilização - SE é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde e deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, com a observação dos parâmetros constantes do Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.338 de 3 de outubro de 2011, que estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação deste componente na RUE.

Dos 24 municípios do DRSIII, 06 não se enquadram na adesão neste componente devido ao critério populacional, 01 por não aderir ao SAMU e outro (Trabiju) por possuir população menor que 1.500 habitantes, sendo avaliada pela coordenação do SAMU regional de Araraquara como não pertinente.

Tabela 17 - Sala de Estabilização no DRS III-Araraquara.

SALA DE ESTABILIZAÇÃO	DRS III-ARARAQUARA
Solicitada	12
Habilitada	0
Nº de leitos e estabilização	40

4.1.4.5. Componente Hospitalar

O Componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência – RUE, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva - UTI, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos na Portaria nº 2395 de 11 de outubro de 2011.

Estrutura-se de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011.

O DRS III possui uma rede hospitalar importante, com recurso estadual instalado em 2008 – Hospital Estadual de Américo Brasiliense - HEAB, que contribuiu consideravelmente para o atendimento referenciado de média complexidade.

Vale lembrar que a Santa Casa de Araraquara certificou-se como Hospital de Ensino, através da Portaria Interministerial n° 1.166 de 19 de maio de 2011, contribuindo para a qualificação dos serviços hospitalares.

A rede hospitalar da regional é constituída por 20 hospitais, dentre eles, 16 gerais e 4 especializados: Hospital Nestor Goulart Reis (da administração direta) para atendimento a portadores de Tuberculose e HIV-AIDS, em Américo Brasiliense; Hospital Psiquiátrico “Cairbar Schutel”, filantrópico, sob gestão municipal, em Araraquara, Hospital de Olhos de Taquaritinga , especializado em Oftalmologia, sob gestão municipal. Recentemente, o município de Araraquara reinaugurou a Fundação Municipal Irene Siqueira Alves Vovó Mocinha, para atendimento Materno-Infantil, anteriormente conhecida em toda a região como Maternidade Gota de Leite/ FUNGOTA.

A região conta com 04 serviços para atendimento de Alta Complexidade. Em Cardiologia, Neurologia, Oncologia e Traumato-Ortopedia nas Santas Casas de Araraquara e São Carlos e Nefrologia na unidade Dialítica de Araraquara. Em Traumato-Ortopedia, a Santa Casa de Ibitinga, que atende além da Região de Saúde Centro-Oeste, uma região de Saúde do DRS VIII – Franca, e Sociedade Matonense de Benemerência - Hospital Carlos Fernando Malzoni de Matão e um Serviço de Nefrologia no neste mesmo hospital.

Em relação ao número de leitos SUS, há 9 hospitais com menos de 24 leitos; 4 hospitais com até 60 leitos, 4 com até 150 leitos (sendo um Psiquiátrico com 120 leitos), 1 com 179 leitos (Santa Casa de São Carlos) e 25 leitos do Hospital Escola de São Carlos.

Cabe destacar que os hospitais de pequeno porte são serviços com pouca resolubilidade e dificuldade na fixação de recursos humanos, impactando no atendimento dos hospitais de maior porte.

Salienta-se que a proposta constante da Portaria é que o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências faça o acompanhamento e o monitoramento semestral dos leitos de UTI qualificados para o recebimento do custeio, conforme previsto na portaria.

Tabela 18 – Rede Hospitalar do DRS III-Araraquara.

REDE HOSPITALAR	DRS III-ARARAQUARA
Total de Unidade/Instituição	20 hospitais
Tipo I (hospital pequeno porte com atendimento 1º nível média complexidade)	11
Tipo II (hospital médio porte com atendimento 2º nível média complexidade)	5
Tipo III (hospital de referência atendimento urgência 3º nível de média complexidade e alta complexidade)	4
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	20 Unidades
Nº de leitos de Enfermaria clínica de retaguarda	5
Nº de Leitos Enfermaria longa Permanência	2
Nº Leitos Clínicos	561
Nº Leitos Cirúrgicos	207
Nº Leitos UTI Adulto Tipo II	40
Nº Leitos UTI Adulto Tipo III	7
Nº Leitos UTI Pediátrica Tipo II	9
Nº Leitos UTI Pediátrica Tipo III	2
Nº Leitos UTI Neonatal	16
Serviço Traumatologia	5
Serviço Cardiovascular	3
Serviço Cerebrovascular	2

4.1.4.6. Serviço de Atenção Domiciliar

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é entendido como o serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

A Atenção Domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Esse serviço conta com a figura do Cuidador, que é uma pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Assim, as EMADs deverão ser organizadas a partir de uma base territorial, sendo esta referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial a atenção básica.

Considerando as Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 que instituiu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e a Portaria nº 2527 de 27 de outubro de 2011, todos os municípios que se enquadraram nesse critério solicitaram o componente (02 naquele momento), entretanto, com a publicação de uma nova Portaria (Portaria nº 1533 de 16 de julho de 2012), que alterou as normas de adesão, definindo que municípios acima de 40 mil habitantes poderão solicitar o serviço, a expectativa é a adesão de um número maior de municípios.

Tabela 19 - Atenção Domiciliar no DRS III-Araraquara.

ATENÇÃO DOMICILIAR	DRS III - ARARAQUARA
Modalidade AD2	2
Modalidade AD3	2
Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar-EMAD	4
Equipe Multiprofissional de Apoio -EMAP	2

4.1.4.7. Complexo Regulador

O Complexo Regulador, conforme consta na Resolução SS-06 de 20/01/2012, dispõe sobre a organização do Sistema de Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde no Estado de São Paulo, estabelecendo três níveis de organização, através dos subsistemas local, regional e estadual e denomina Subsistema de Regulação nas Redes Regionais de Atenção à Saúde , os organizados nas RRAS e voltados para garantir a integralidade do cuidado num determinado território.

É importante lembrar que a Deliberação CIB 6 de 08/02/2012 destaca que “a regulação é função do Estado e parte integrante das funções de gestão dos sistemas de saúde em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal)”. Tal documento estabelece que “cada RRAS deverá implantar um Complexo Regulador integrado por Centrais de abrangência municipal ou regional” e que, “a regulação deve ser realizada por meio de co-gestão da central municipal (se existir) e do Complexo Regulador da RRAS correspondente, podendo existir diferentes modalidades de articulação conforme pactuação prévia entre os gestores envolvidos”.

O Complexo Regulador Regional – RRAS 13 terá como objetivo promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência, permitindo o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, através de ações dinâmicas, agindo sobre as estruturas do sistema, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional e as seguintes atribuições:

- Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central;

- Mapear todos os recursos de saúde sob gestão estadual e municipal das Redes Temáticas definidas;

- Pactuar fluxos e protocolos destas redes;

- Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais sob gestão estadual e municipal com abrangência regional, que deverão disponibilizar sua oferta ao Complexo Regional;

- Promover a inclusão da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação - Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com os demais sistemas de informação já existente (SISREG/SIGA e outros);

- Operacionalizar os recursos da região por intermédio de sistema de informação;

- Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções;

- Operar em co-gestão com os Complexos Reguladores Municipais

- Acionar o Complexo Regulador Estadual quando esgotada a capacidade de resolução das demandas no âmbito das RRAS.

A rede de serviços de saúde instalada na RRAS 13 permitirá constatar, que a Região possui praticamente a suficiência de serviços, em todos os níveis de complexidade (cerca de 95% de resolução).

Essa capacidade operacional está alocada em equipamentos próprios da Administração Direta (Hospitais Especializados em Psiquiatria e Tuberculose), os sob gestão de OSSs (Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto - MATER, Hospitais Estaduais Américo Brasiliense e Ribeirão Preto),

Universitário (HC de Ribeirão Preto), o Hospital de Ensino Fundação Pio XII, sob gestão estadual, os Hospitais filantrópicos, e a Rede de AMEs (Américo Brasiliense, Barretos, Ituverava e Franca).

Além destes os hospitais de ensino (Santa Casa de Ribeirão Preto e Santa Casa de Araraquara) e os hospitais filantrópicos (muitos deles referências regionais) sob gestão municipal têm relevância na rede de atenção. Ainda carecem de maior articulação com os demais pontos de atenção, desafio que cabe ao gestor estadual superar em parceria com os municípios, buscando instituir mecanismos de regulação assistencial por meio de co-gestão regional, de acordo com as atribuições do CG-Rede previstas no Termo de Referência para a estruturação, das Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de S. Paulo (2011).

Outro aspecto relevante a ser considerado é a necessidade de integração dos SAMUs Regionais (já implantados e em andamento) no sistema de regulação.

Vale lembrar que o acesso inter-hospitalar deve ser garantido toda vez que a complexidade do serviço prestador da assistência de urgência não for compatível com o quadro clínico do paciente, necessitando de recursos especializados (por exemplo, Unidades de Terapia Intensiva - UTI, neurocirurgia, tomografia, hemodiálise, etc.). Tal situação pode ocorrer envolvendo serviços de saúde de diferentes municípios ou regiões de saúde onde houver disponibilidade do recurso. O encaminhamento deve ser estabelecido mediante pactuações prévias, de acordo com a complexidade e hierarquização da rede.

Para o DRS III, o número total de casos regulados pela CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, corresponde praticamente a 100 casos/mês, o que revela que as pactuações das referências estabelecidas estão sendo respeitadas, não havendo necessidade de acionar a CROSS com maior frequência.

Consideramos importante ressaltar que o DRS III realiza um Fórum de Regulação que se reúne mensalmente para discussões das ocorrências demandadas à CROSS e outros aspectos referentes à regulação.

Outro aspecto que pode ter contribuído para o reduzido volume de solicitações é a implantação do SAMU Regional de Araraquara há aproximadamente 1 (um) ano.

Considerando o percentual de casos atendidos dentro do DRS III (47,62%) e das outras formas de resolução (34,81%), observa-se a alta resolubilidade do DRS III, valendo considerar também que o percentual de 17,57% atendidos fora do DRS refere-se a serviços não disponíveis na região local, porém mantendo-se dentro da RRAS13.

O DRS III conta com dois Serviços de Regulação Médica Municipal - Araraquara e São Carlos, sendo que os demais municípios utilizam um Sistema de Regulação pactuado entre eles, dentro dos respectivos

CGRs, através de protocolo informal, o qual vem apresentando resolubilidade satisfatória. No entanto, diante da magnitude do processo, faz-se necessária a implantação de Protocolos Formais, bem como a efetivação da Rede.

Deve-se salientar ainda a importância da transparência, através de informações online em tempo real, quanto à disponibilização de leitos, vagas e recursos para otimização da metodologia de trabalho, no sentido de favorecer a resolubilidade do processo regulatório.

Sendo assim, as referências hospitalares devem disponibilizar a totalidade dos leitos hospitalares, bem como as informações dos seus recursos especializados pactuados regionalmente e com atualização sistemática. Estas informações permitem, em situações críticas, a aplicação do recurso vaga-zero sob responsabilidade do médico regulador de plantão.

Tabela 20 - Casos regulados pela CROSS e solicitados pelo DRS III - Araraquara - período de julho a dezembro de 2011.

CASOS REGULADOS	CASOS ATENDIDOS NO DRS	ATENDIDOS FORA DOS DRS	OUTRAS FORMAS DE RESOLUÇÃO	TOTAL DE CASOS
DRS III - ARARAQUARA	290	107	212	609
PERCENTUAL	47,62%	17,57%	34,81%	100,00%

Fonte: CROSS/SP

Destaca-se que a referência para atendimento de alta complexidade em cirurgia vascular é em São José do Rio Preto, município não pertencente à RRAS 13.

Observa-se maior número de regulações para Ribeirão Preto, uma vez que os serviços especializados se concentram no Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto, dentro da RRAS 13. Outro aspecto é a regulação ao atendimento a queimados, tendo em vista a inexistência de serviços e referências no DRS III.

Tabela 21 - Casos regulados pela CROSS/Central de Regulação DRS III-Araraquara, solicitados pelo DRS III-Araraquara e executados em outros DRS por especialidade, no período de julho a dezembro de 2011.

DRS SOLICITANTE	DRS EXECUTANTE	RECURSOS SOLICITADO	Nº DE CASOS	(%)
DRS III -ARARAQUARA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO	CIRURGIA CARDÍACA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO	CIRURGIA PLÁSTICA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO	QUEIMADOS	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS II - ARAÇATUBA	NEUROCIRURGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS IX - MARÍLIA	QUEIMADOS	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	UTI QUEIMADOS	3	2,80%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	CIRURGIA PLÁSTICA – ATENDIMENTO AO QUEIMADO	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	CLÍNICA MÉDICA	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	QUEIMADOS	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	ENDOSCOPIA DIGESTIVA – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	HEMATOLOGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	NEUROCIRURGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VI - BAURU	NEUROLOGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VIII - FRANCA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VIII - FRANCA	NEUROCIRURGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS VIII - FRANCA	UTI ADULTO	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS X - PIRACICABA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS X - PIRACICABA	OBSTETRÍCIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS X - PIRACICABA	QUEIMADOS	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEUROCIRURGIA	7	6,54%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	OFTALMOLOGIA	5	4,67%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA PEDIÁTRICA	4	3,74%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UTI NEONATAL	4	3,74%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA VASCULAR	3	2,80%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEUROLOGIA	3	2,80%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UTI INFANTIL	3	2,80%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA GERAL	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CLÍNICA MÉDICA	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	PEDIATRIA	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UTI ADULTO	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CARDIOLOGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL	1	0,93%

DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA DE MÃO	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA PLÁSTICA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA TORÁCICA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	HEMATOLOGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	MOLÉSTIAS INFECCIOSAS	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEONATOLOGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEURO	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	OBSTETRÍCIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	QUEIMADOS	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UTI ADULTO COM HEMODIÁLISE	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIV - S JOÃO BOA VISTA	CLÍNICA MÉDICA	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIV - S JOÃO BOA VISTA	UTI ADULTO	2	1,87%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XIV - S JOÃO BOA VISTA	NEUROCIRURGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	CIRURGIA VASCULAR	16	14,95%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	QUEIMADOS	3	2,80%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	ENDOSCOPIA RESPIRATÓRIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	NEUROCIRURGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XV - S JOSÉ RIO PRETO	UTI QUEIMADOS	1	0,93%
DRS III -ARARAQUARA	DRS XVI - SOROCABA	QUEIMADOS	1	0,93%
TOTAL			**107**	**100,00%**

Fonte: CROSS/SP

4.1.4.8. Linhas de Cuidado

Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social.

Há que se diferenciar que Linha do cuidado é distinta dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois, não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita.

Dentro das linhas de cuidados estabelecidas como prioritárias pelo Estado (cardiovasculares, cerebrovasculares e traumato-ortopedia) serão estabelecidos os fluxos dentro das referências e serviços em um primeiro momento já existentes, otimizando os recursos e garantindo o atendimento adequado, levando-se em consideração o tempo resposta e a necessidade de complexidade do caso.

Com a implementação da RUE, a qualificação das portas, consideradas estratégicas, para os atendimentos de emergências e os casos mais complexos após avaliação e atendimento emergencial serão favorecidas, com fluxos de encaminhamento para as referências terciárias da região, estabelecidos através dos complexos regulatórios, dentro dos critérios estabelecidos pelas Portarias específicas das linhas de cuidado.

Vale ressaltar que o mais importante é o pacto entre os gestores das Unidades de Saúde e entre os gestores municipais de acordo com a regionalização da rede assistencial. Este pacto firmado sobre a compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrados no usuário, que vai garantir que os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica, tranquila, assegurando o acesso aos usuários.

As demandas regionais de urgências nas linhas de cuidado de cardiovascular, cerebrovascular e de traumato-ortopedia encontram-se especificadas na tabela abaixo:

Tabela 22 – Número de casos regulados nas linhas prioritárias com % de vaga zero, no período de julho a dezembro de 2011.

Nº TOTAL DE CASOS REGULADOS		
107		
LINHAS PRIORITÁRIAS	**Nº DE CASOS REGULADOS / VAGA ZERO**	**%**
CARDIOVASCULAR	4	3,73
CEREBROVASCULAR	26	24,29
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	2	1,86

Fonte: CROSS/SP

Observa-se que a ausência das Centrais de Regulação Médica Municipal, inclusive nos municípios de médio porte, dificulta a eficiência do processo regulatório.

Tabela 23 – Fluxo de Regulação no DRS III-Araraquara.

Fluxo de Regulação	DRS III-Araraquara
Central de Regulação Médica Regional - CROSS	24 municípios
Central de Regulação Médica Municipal	Município de Araraquara
Referências pactuadas para os municípios	
Araraquara	RS Central, RS Centro-Oeste e RS Norte
Matão	RS Centro-Oeste e RS Norte
São Carlos	RS Coração

A partir das tabelas abaixo, observa-se que as referências estão suficientemente estabelecidas, o que corrobora a análise apresentada em relação às regulações efetuadas pela CROSS. Entretanto cabe destacar a necessidade de implantação de protocolos de encaminhamento, contrarrefenciamento, bem como a avaliação da qualidade dos serviços prestados e cumprimento das contratualizações estabelecidas com os prestadores.

Tabela 24 – Referência na especialidade de Clínica Médica para o DRS III-Araraquara.

DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Média Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Américo Brasiliense	Própria
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central, RS Centro-Oeste e RS Norte)
Boa Esperança do Sul	Própria e referenciada (Trabiju)
RS CENTRO-OESTE	
Borborema	Própria
Ibitinga	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Itápolis	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Nova Europa	Própria
Tabatinga	Própria
RS NORTE	
Matão	Própria e referenciada (Dobrada)
Taquaritinga	Própria e referenciada (Cândido Rodrigues e Santa Ernestina)
RS CORAÇÃO	
Descalvado	Própria
Ibaté	Própria
Porto Ferreira	Própria
Ribeirão Bonito	Própria e referenciada (Dourado)
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)

Na especialidade Traumato-Ortopedia o DRS III tem suas referências estabelecidas na própria região além de ser referências para a RS Alta Anhanguera – DRS VIII de Franca na RS Centro-Oeste e RS Norte, embora não há acesso da cota estabelecida na PPI dessa especialidade com exceção a ações judiciais.

Tabela 25 – Referência na especialidade de Traumato-ortopedia para o DRS III-Araraquara.

DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Média Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Américo Brasiliense	Própria
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central)
Boa Esperança do Sul	Própria e referenciada (Trabiju)
RS CENTRO-OESTE	
Borborema	Própria
Ibitinga	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga).
Itápolis	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga).
Nova Europa	Própria
Tabatinga	Própria
RS NORTE	
Matão	Própria e referenciada (Dobrada)
Taquaritinga	Própria e referenciada (Cândido Rodrigues e Santa Ernestina)
RS CORAÇÃO	
Descalvado	Própria
Ibaté	Própria
Porto Ferreira	Própria
Ribeirão Bonito	Própria e referenciada (Dourado)
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)
Município Referência para Alta Complexidade	**População Coberta**
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central)
Ibitinga	Própria e referenciada (RS Centro-Oeste e RS Alta Anhanguera – Franca)
Matão	Própria e referenciada (RS Norte e RS Alta Anhanguera - Franca)
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)

Na especialidade Neurologia o DRS III tem suas referências estabelecidas na própria região e na RS Alta Anhanguera – DRS VIII de Franca, embora não faça uso da cota estabelecida na PPI dessa especialidade.

Tabela 26 – Referência na especialidade de Neurocirurgia para o DRS III-Araraquara.

DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Alta Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central, RS Centro-Oeste e RS Norte)
RS CORAÇÃO	
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)
FRANCA	
Franca	RS Norte e RS Centro-Oeste do DRS III Araraquara.

Tabela 27 – Referência na especialidade de Cirurgia Geral para o DRS III-Araraquara.

DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Média Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Américo Brasiliense	Própria
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central)
Boa Esperança do Sul	Própria e referenciada (Trabiju)
RS CENTRO-OESTE	
Borborema	Própria
Ibitinga	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Itápolis	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Nova Europa	Própria
Tabatinga	Própria
RS NORTE	
Matão	Própria e referenciada (Dobrada)
Taquaritinga	Própria e referenciada (Cândido Rodrigues e Santa Ernestina)
RS CORAÇÃO	
Descalvado	Própria
Ibaté	Própria
Porto Ferreira	Própria
Ribeirão Bonito	Própria e referenciada (Dourado)
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)

Tabela 28 – Referência na especialidade de Cirurgia Pediátrica para o DRS III-Araraquara.

DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Média Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central, RS Centro-Oeste e RS Norte)
RS CENTRO-OESTE	
Borborema	Própria
Ibitinga	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Itápolis	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
RS CORAÇÃO	
Porto Ferreira	Própria
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)

Tabela 29 – Referência nas especialidades de UTI Adulto, UTI Infantil, UTI Neonatal e Obstetrícia Alto Risco para o DRS III-Araraquara.

UTI ADULTO	
DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Alta Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Américo Brasiliense	DRS III
Araraquara	RS CENTRAL, RS CENTRO OESTE, RS NORTE
RS CENTRO-OESTE	
Ibitinga	RS CENTRO OESTE
Itápolis	RS CENTRO OESTE
RS NORTE	
Matão	RS NORTE
Taquaritinga	RS NORTE
RS CORAÇÃO	
São Carlos	RS CORAÇÃO
UTI NEO-NATAL	
RS CENTRAL	
Araraquara	RS CENTRAL
RS NORTE	
Matão	RS NORTE E RS CENTRO OESTE
RS CORAÇÃO	
São Carlos	RS CORAÇÃO
UTI NEO-INFANTIL	
RS CENTRAL	
Araraquara	RS CENTRAL
RS NORTE	
Matão	RS NORTE, RS CENTRO OESTE
RS CORAÇÃO	
São Carlos	RS CORAÇÃO
UTI OBSTETRICIA ALTO-RISCO	
RS CENTRAL	
Araraquara	RS CENTRAL
RS NORTE e RS CENTRO OESTE	
Matão	RS CENTRO OESTE e RS NORTE
RS CORAÇÃO	
São Carlos	RS CORAÇÃO

Tabela 30 – Referência na especialidade de Obstetrícia- Risco Habitual para o DRS III-Araraquara.

DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Média Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Américo Brasiliense	Própria
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central)
Boa Esperança do Sul	Própria e referenciada (Trabiju)
RS CENTRO-OESTE	
Borborema	Própria
Ibitinga	Própria
Itápolis	Própria
Nova Europa	Própria
Tabatinga	Própria
RS NORTE	
Matão	Própria e referenciada (Dobrada)
Taquaritinga	Própria e referenciada (Cândido Rodrigues e Santa Ernestina)
RS CORAÇÃO	
Descalvado	Própria
Ibaté	Própria
Porto Ferreira	Própria
Ribeirão Bonito	Própria e referenciada (Dourado)
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)

Tabela 31 – Referência nas especialidades de Cirurgia Vascular, Cirurgia Buco-maxilo-facial, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria para o DRS III-Araraquara.

VASCULAR	
DRS III-ARARAQUARA	
Município Referência para Média Complexidade	**População Coberta**
RS CENTRAL	
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central, RS Centro-Oeste e RS Norte)
RS CENTRO-OESTE	
Ibitinga	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Itápolis	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
RS NORTE	
Matão	Própria e referenciada (Dobrada)
Taquaritinga	Própria e referenciada (Cândido Rodrigues e Santa Ernestina)
RS CORAÇÃO	
Porto Ferreira	Própria
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)
BUCOMAXILO	
RS CENTRAL	
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central, RS Centro-Oeste e RS Norte)
RS CORAÇÃO	
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)
OFTALMOLOGIA	
RS CENTRAL	
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central)
RS CENTRO-OESTE	
Borborema	Própria
Ibitinga	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Itápolis	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
RS CORAÇÃO	
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)
RS NORTE	
Matão	Própria e referenciada (Dobrada)
Taquaritinga	Própria e referenciada (RS Norte e RS Centro Oeste)

OTORRINOLARINGOLOGIA	
RS CENTRAL	
Araraquara	Própria e referenciada (RS Central)
RS CENTRO-OESTE	
Ibitinga	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
Itápolis	Própria e referenciada (Borborema, Nova Europa e Tabatinga)
RS NORTE	
Matão	Própria e referenciada (Dobrada)
Taquaritinga	Própria e referenciada (RS Norte e RS Centro Oeste)
RS CORAÇÃO	
Porto Ferreira	Própria
São Carlos	Própria e referenciada (RS Coração)
PSIQUIATRIA	
RS CENTRAL	
Araraquara	Própria e referenciada (DRS III)

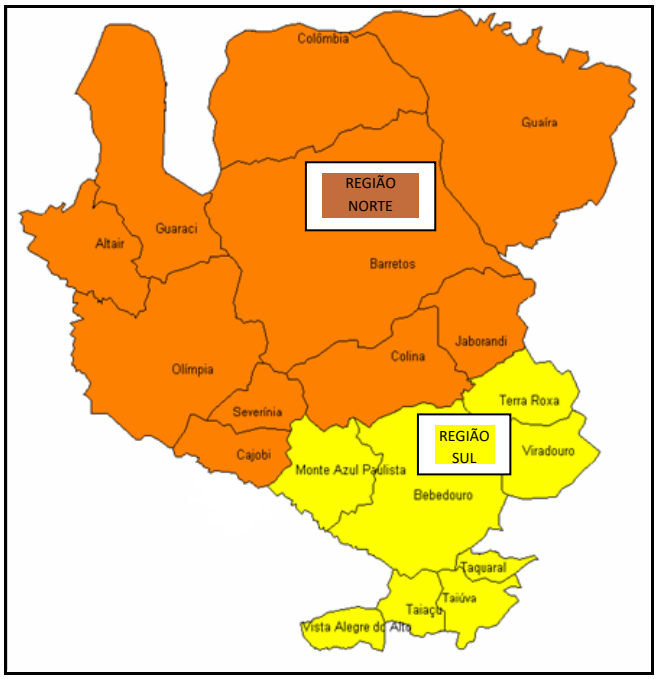
4.2. CARACTERÍSTICAS REGIONAIS DO DRS V - BARRETOS

4.2.1. Aspectos demográficos e socioeconômicos

O DRS-V Barretos é composto por duas Regiões de Saúde: Norte Barretos e Sul Barretos, conforme o Mapa 6.

A Região de Saúde Norte Barretos é composta por 10 municípios, totalizando uma população de 268.546 habitantes segundo dados do censo IBGE 2010 e a Região Sul Barretos por 08 municípios com população de 140.721 habitantes, totalizando 409.267 habitantes no âmbito do DRS-V Barretos. Os municípios encontram-se na faixa entre 2.726 habitantes e 112.101 habitantes, sendo, respectivamente, o menor município em população Taquaral e o maior Barretos.

MAPA 6. MAPA DAS REGIÕES DE SAÚDE DO DRS-V BARRETOS



Fonte: Deliberação CIB Nº153/2007 e Resolução SS - 80, de 20-07-2012

Essa região ocupa cerca de 3% do território paulista e apresenta a terceira menor taxa de crescimento populacional do Estado, tem como sede, o município de Barretos, seu maior pólo (26% da população) que, somado a Bebedouro, Olímpia, e Guaíra abriga mais de 70% da população. Os outros 14 municípios apresentam população variando entre 2 a 20 mil habitantes.

Conforme Tabela 32 o DRS-V Barretos tem uma população total de 409.267 habitantes de acordo com o censo 2010 IBGE/DATASUS e quando se observa a razão entre os sexos, constata-se certa prevalência da população feminina sobre a masculina. A densidade demográfica da Região do DRS-V Barretos, 50,46 habitantes/km^2, é inferior a do Estado de São Paulo (165,98 habitantes/km^2), sendo que a Região Sul Barretos possui maior densidade demográfica que a Região Norte Barretos. A densidade demográfica é necessária para propiciar avaliação das diferentes necessidades de acesso da população nas Regiões de Saúde e municípios.

TABELA 32. ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO RESIDENTE E DENSIDADE DEMOGRÁFICA POR REGIÕES DE SAÚDE – 2010 – DRS-V BARRETOS

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	MASCULINO	FEMININO	TOTAL	DENSIDADE DEMOGRÁFICA hab/km²
NORTE BARRETOS	Altair	2.051	1.764	3.815	11,29
	Barretos	54.169	57.932	112.101	71,4
	Cajobi	5.025	4.743	9.768	53,67
	Colina	8.626	8.745	17.371	43
	Colômbia	3.066	2.928	5.994	8,27
	Guaíra	18.520	18.884	37.404	30,14
	Guaraci	5.084	4.892	9.976	15,51
	Jaborandi	3.338	3.254	6.592	26,58
	Olímpia	24.685	25.339	50.024	61,61
	Severínia	8.045	7.456	15.501	117,43
	Sub total	**132.609**	**135.937**	**268.546**	**42,48**
SUL BARRETOS	Bebedouro	36.529	38.506	75.035	111,33
	Monte Azul Paulista	9.491	9.440	18.931	71,71
	Taiaçu	2.972	2.922	5.894	54,57
	Taiúva	2.696	2.751	5.447	41,9
	Taquaral	1.373	1.353	2.726	43,97
	Terra Roxa	4.306	4.199	8.505	37,47
	Viradouro	8.714	8.583	17.297	77,91
	Vista Alegre do Alto	3.544	3.342	6.886	73,26
	Sub total	**69.625**	**71.096**	**140.721**	**79,01**
TOTAL DRS-V		**202.234**	**207.033**	**409.267**	**50,46**

Fonte: IBGE/Datasus

Em relação ao **IPRS 2008** (Tabela 33)**,** a Região de Barretos ocupou a quinta posição na dimensão escolaridade; a sexta posição em riqueza e, em longevidade, a oitava colocação. Entre os 18 municípios que compõem essa região, apenas o município de Taquaral foi classificado no **Grupo 5**. No **Grupo 1** com bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade, encontram-se Barretos, Colômbia, Guaíra e Vista Alegre do Alto. Apenas Monte Azul Paulista faz parte do **Grupo 2** por ter bons indicadores de riqueza e longevidade, mas com baixo escore em escolaridade. Classificaram-se no **Grupo 3** nove municípios com

baixos níveis de riqueza e bons patamares de longevidade e escolaridade. O **Grupo 4** abarcou quatro municípios caracterizados por baixos níveis de riqueza e deficiência em um dos dois outros indicadores.

TABELA 33. IPRS DOS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS EM 2008

MUNICÍPIO	GRUPO
Altair	3
Barretos	1
Bebedouro	3
Cajobi	4
Colina	3
Colômbia	1
Embaúba	3
Guaíra	1
Guaraci	4
Jaborandi	3
Monte Azul Paulista	2
Olímpia	3
Severínia	4
Taiaçu	3
Taiúva	4
Taquaral	5
Terra Roxa	3
Viradouro	3
Vista Alegre do Alto	1

	CARACTERÍSTICAS
Grupo 1	Municípios com índice elevado de riqueza e níveis nos indicadores sociais (longevidade escolaridade médio/alto)
Grupo 2	Municípios com níveis de riqueza elevados, indicadores sociais insatisfatórios (longevi e/ou escolaridade baixo)
Grupo 3	Municípios com baixos níveis de riqueza, m bons indicadores sociais (longevidade e escolaridade médio/alto)
Grupo 4	Municípios com baixos níveis de riqueza e indicadores intermediários de longevidade escolaridade (níveis baixos)
Grupo 5	Municípios mais desfavorecidos do Estado, em riqueza como nos indicadores sociais

Fonte: Fundação SEADE - 2008

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (**IDH 2000**), apenas 22% dos municípios possuem IDH acima de 0,814 (estado de São Paulo) e os demais com IDH abaixo, indicando ser uma região com diferenças sociais entre os municípios, conforme mostra a Tabela 34.

TABELA 34. ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) POR MUNICÍPIO DA REGIÃO DO DRS-V BARRETOS, EM 2000

MUNICÍPIOS	IDH/2000
Altair	0,812
Barretos	0,802
Bebedouro	0,819
Cajobi	0,775
Colina	0,813
Colômbia	0,763
Guaíra	0,822
Guaraci	0,758
Jaborandi	0,760
Monte Azul Paulista	0,776
Olímpia	0,815
Severínia	0,750
Taiaçu	0,751
Taiúva	0,789
Taquaral	0,765
Terra Roxa	0,773
Viradouro	0,798
Vista Alegre do Alto	0,816

Fonte: Fundação SEADE

O grau de urbanização é de 94,73% no DRS-V Barretos, inferior ao do Estado de São Paulo – 95,94%, sendo 94,71% na Região Norte Barretos e 94,79% na Região Sul Barretos, conforme demonstrado na Tabela 35.

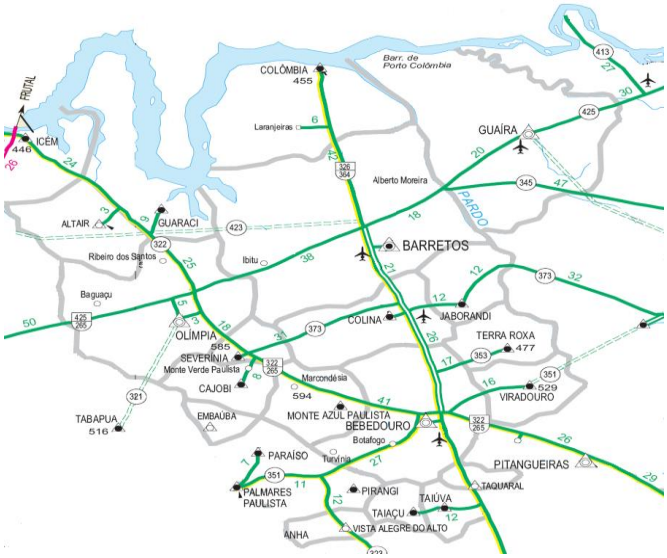
TABELA 35. GRAU DE URBANIZAÇÃO

	População Urbana Censo 2000	População Urbana Censo 2010	Total População Censo 2000	Total População Censo 2010	Taxa de Urbanização Censo 2000	Taxa de Urbanização Censo 2010
DRS-V Barretos	357.245	390.011	387.894	411.690	92,10	94,73
Norte Barretos	231.076	256.626	251.211	270.969	91,98	94,71
Sul Barretos	126.169	133.385	136.683	140.721	92,31	94,79
Estado São Paulo	34.592.851	39.585.251	37.032.403	41.262.199	93,41	95,94

Fonte: Matriz de Indicadores

Em relação à malha viária (figura abaixo), as rotas de comunicação com a região são formadas por algumas estradas vicinais e rodovias como a Assis Chateaubriand (SP 425) a Brigadeiro Faria Lima (SP 326) e a rodovia Armando Salles Oliveira (SP 322) sendo as duas últimas duplicadas em sua maioria, facilitando o acesso dos munícipes às secretarias municipais e ao complexo hospitalar que se encontra em Ribeirão Preto – Hospital das Clínicas e às Referências que se encontram nos Municípios de Barretos, Bebedouro e Olímpia. Apenas o segmento da rodovia Armando Salles de Oliveira entre Bebedouro e Olímpia e o segmento da rodovia Brigadeiro Faria Lima entre Colômbia e Barretos não são duplicados. Esta última vem sendo chamada de "rodovia da morte" e dá origem a um movimento regional que reivindica a duplicação do trecho, com cerca de 50 quilômetros. Esse trecho é parte da principal ligação da região metropolitana de São Paulo e do porto de Santos com Brasília e norte do país, razão do grande movimento de veículos pesados, agravado por caminhões canavieiros de usina de álcool instalada na zona rural do município de Colômbia.

MALHA VIÁRIA



4.2.2. Aspectos da Infraestrutura e Economia

A Região de Barretos está localizada ao norte do Estado de São Paulo e é uma das menores regiões e tem sua base econômica na agropecuária, com destaque para as culturas de cana-de-açúcar, laranja, milho e soja, e sua estrutura industrial é direcionada ao processamento de produtos agropecuários. As agroindústrias concentram-se, principalmente, nos municípios de Bebedouro, Guaíra, Olímpia e Barretos. O turismo tem sido importante na geração da atividade econômica do município de Barretos, em função da grande tradição de rodeios, exposições e festas rurais, herdada do período em que a criação de gado era sua principal atividade econômica. Os pequenos municípios da região encontram-se polarizados por municípios maiores e mais ricos, como Bebedouro, por exemplo, que é sede de grandes empresas de processamento de laranja e exportadoras de suco cítrico.

4.2.3. Descrição e Análise Epidemiológica

4.2.3.1. Mortalidade Geral

Em 2010 no DRS-V Barretos ocorreram 2.961 óbitos representando uma taxa de mortalidade geral de 7,23/1000 habitantes (SIM/GVE-XIV). Segundo informações do último caderno de saúde do DATASUS, no ano de 2008, a taxa de mortalidade no Estado de São Paulo representou 6,07/1000 habitantes, e no Brasil 6,35/1000 e, portanto, a taxa de mortalidade no DRS-V Barretos encontra-se acima da média do Estado, podendo ser decorrente da alta proporção de pessoas acima de 60 anos de idade (12,87% da população), enquanto a mesma faixa etária da população no Estado de São Paulo representa 9,85% e no Brasil 10,96% (DATASUS/Censo 2010).

Segundo dados da Tabela 36, no ano de 2010, segundo capítulos do CID 10, os óbitos por doenças no aparelho circulatório representam o maior percentual (26,81%) seguido das neoplasias (16,88%) e doenças de aparelho respiratório (12,25%) em ambos os sexos, que juntas respondem por 56% do total de óbitos na Regional de Barretos. Observa-se que os óbitos ocorrem em maior percentual no sexo masculino (55,49%) e ainda, do total de óbitos por causas externas, 74,18% ocorreram no sexo masculino.

TABELA 36. DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR SEXO SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS DO CAPÍTULO DO CID-10 – 2010

CID 10 CAPÍTULOS	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
TOTAL	**1.643**	**1.318**	**2.961**
IX. Doencas do aparelho circulatório	396	398	794
II. Neoplasias (tumores)	276	224	500
X. Doencas do aparelho respiratório	211	152	363
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	177	146	323
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	181	63	244
I. Algumas doencas infecciosas e parasitarias	103	78	181
XI. Doencas do aparelho digestivo	110	56	166
IV. Doencas endocrinas nutricionais e metabolicas	65	90	155
VI. Doencas do sistema nervoso	36	43	79
XIV. Doencas do aparelho geniturinário	39	28	67
XVI. Algumas afec originadas no periodo perinatal	17	7	24
V. Transtornos mentais e comportamentais	14	7	21
III. Doencas sangue Orgaos hemat e transt imunitar	7	8	15
XIII.Doencas sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	9	14
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	4	8
XII. Doencas da pele e do tecido subcutâneo	2	4	6
XV. Gravidez parto e puerpério	0	1	1

Fonte: Fundação SEADE/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Segundo os dados da Tabela 37, o maior número de óbitos de residentes dos municípios do DRS-V Barretos ocorreu na faixa etária de 80 anos e mais. Ainda, observa-se que a elevação do número de ocorrências a partir dos 60 anos é perceptível quando comparada às demais faixas etárias, demonstrando não só que a expectativa de vida aumentou, mas também que associado a ela a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, o que reflete simultaneamente avanços socioeconômicos (maior acesso aos serviços de saúde, desenvolvimento tecnológico, melhora das condições de habitação e saneamento, entre outros) e fenômenos demográficos, como o envelhecimento da população. Dessa forma, esta Região, assim como o Brasil e o Estado de São Paulo passam por um processo de envelhecimento que está diretamente ligado a causas de óbitos na terceira idade, o que de certa forma, justifica o número elevado de doenças do aparelho circulatório, neoplasias, além dos traumas por quedas, patologias estas que impactam diretamente em toda a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

TABELA 37. DISTRIBUIÇÃO DOS ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA – 2010

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	Menor de 1 ano	01-04 anos	05-09 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 anos e mais	TOTAL
NORTE BARRETOS	Altair	0	0	0	0	1	1	2	2	3	2	6	3	20
	Barretos	10	1	1	2	7	17	37	67	117	166	229	259	913
	Cajobi	3	0	0	0	0	1	3	9	5	9	22	15	67
	Colina	2	0	0	1	0	4	1	13	23	27	31	28	130
	Colômbia	1	1	0	0	1	2	4	7	7	4	9	9	45
	Guaíra	4	0	0	1	2	7	8	19	33	46	54	49	223
	Guaraci	0	2	0	0	1	1	0	10	8	8	17	12	59
	Jaborandi	3	1	1	0	0	0	0	2	5	5	9	16	42
	Olímpia	4	1	0	1	0	9	10	21	27	55	89	128	345
	Severínia	3	0	0	1	0	5	8	11	10	19	17	24	98
	Sub Total	**30**	**6**	**2**	**6**	**12**	**47**	**73**	**161**	**238**	**341**	**483**	**543**	**1.942**
SUL BARRETOS	Bebedouro	3	1	0	1	7	11	29	34	67	115	125	178	571
	Monte Azul Paulista	3	1	0	0	1	1	5	8	19	35	30	36	139
	Taiaçu	0	0	0	0	1	1	2	2	3	3	10	11	33
	Taiúva	1	0	0	0	0	1	2	3	6	7	15	9	44
	Taquaral	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	8	5	19
	Terra Roxa	1	0	0	0	1	1	5	8	10	6	15	29	76
	Viradouro	2	0	0	0	1	7	4	6	14	22	18	28	102
	Vista Alegre do Alto	1	0	0	0	0	0	4	6	5	4	4	11	35
	Sub Total	**11**	**2**	**0**	**1**	**11**	**22**	**51**	**69**	**126**	**194**	**225**	**307**	**1.019**
TOTAL DRS-V		**41**	**8**	**2**	**7**	**23**	**69**	**124**	**230**	**364**	**535**	**708**	**850**	**2.961**

Fonte: Fundação SEADE/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

De acordo com a Tabela 38 o DRS-V Barretos, assim como o Estado de São Paulo e o Brasil caminham velozmente rumo a um perfil demográfico com maior número da população acima dos 60 anos.

TABELA 38. ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO DAS REGIÕES DE SAÚDE DO DRS-V BARRETOS – 2010

Local	População > 60 anos	Índice de Envelhecimento
Região Norte Barretos	**35.827**	**65,49**
Região Sul Barretos	**19.395**	**67,51**
DRS-V Barretos	**55.222**	**66,18**

Fonte: Fundação IBGE/Datasus

Os acidentes e violências estão entre as principais causas de morte, mas também respondem por importante parcela da morbidade que sobrecarrega a rede de atenção especializada e hospitalar devido aos traumas e lesões físicas e emocionais. No DRS-V Barretos, os óbitos por causas externas representam a quinta causa de mortalidade com 8,24% do total de óbitos (Tabela 39), sendo o principal componente os acidentes de trânsito e transporte (23,14%) seguido pelos homicídios (15,70%) com prevalência dessas ocorrências na faixa etária dos 20-49 anos, conforme demonstrado abaixo na Tabela 8. Ainda, como terceiro componente dos óbitos por causas externas está a queda acidental (10,33%) que tem alta prevalência (68%) na faixa etária de 70 anos e mais.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de integração, em rede, de todos os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, com enfoque prioritário nas ações de promoção, proteção e prevenção.

TABELA 39. DOZE PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS SEGUNDO FAIXA ETÁRIA - 2010

CAUSAS EXTERNAS	<10 a 19 anos	20-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70 a e +	TOTAL
Demais acid trânsito e transporte	3	37	10	3	3	56
Homicídio	4	26	7	1	0	38
Queda acidental	0	3	4	1	17	25
Suicídio	0	12	7	4	2	25
Atropelamento de pedestre	4	5	2	2	8	21
Motocic traum em acid transporte	7	10	1	0	0	18
Acidente não especificado	0	3	1	2	12	18
Lesões de intenção indeterminada	0	7	2	0	3	12
Demais causas externas	0	4	3	2	3	12
Outros riscos acidentais à resp	2	0	1	0	5	8
Afogamento acidental	0	3	1	0	1	5
Ciclista traum em acid transporte	0	3	1	0	0	4
TOTAL	**20**	**113**	**40**	**15**	**54**	**242**

Fonte: Fundação IBGE/Datasus

Conforme demonstrado na Tabela 40 a principal causa de óbitos na faixa etária de 10 a 19 anos é por causas externas de morbidade e mortalidade, representando 60% do número total de ocorrências, demandando a definição de ações e estratégias que objetivem o fortalecimento da Atenção Básica para o desenvolvimento articulado e integrado de ações de prevenção, especialmente de acidentes de trânsito e transporte, atropelamento de pedestre e motociclista e trauma em acidente de transporte (Tabela 8).

TABELA 40. DOZE PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 19 ANOS–2010

CID 10 CAPÍTULOS	10-19 anos
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	18
I. Algumas doenças infecciosas e parasitarias	2
II. Neoplasias (tumores)	2
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	2
VI. Doenças do sistema nervoso	1
X. Doenças do aparelho respiratório	1
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	1
TOTAL	**30**

Fonte: Fundação SEADE/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

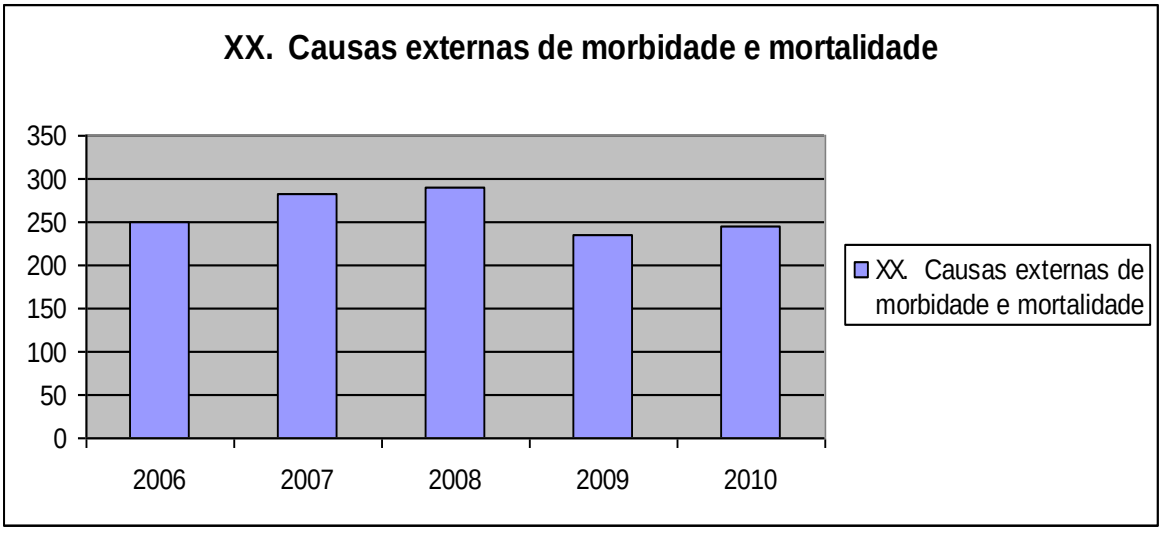
Observa-se na Tabela 41 e no Gráfico 4 que o número de óbitos por causas externas no período avaliado, 2006-2010, vem se mantendo numa constante dada principalmente a alta prevalência do componente acidente de trânsito e transporte e ainda, o número significativo de ocorrências em todas as faixas etárias destacando-se a faixa etária dos 20-49 anos e ainda acima dos 70 anos (Tabela 39), reafirmando a necessidade de intensificação na educação para o trânsito como medida preventiva dessas ocorrências.

TABELA 41. SÉRIE HISTÓRICA DE ÓBITOS DOS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS POR CAUSAS EXTERNAS, 2006 A 2010

CID 10 CAPÍTULOS	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	249	282	289	236	244	1.300
TOTAL	**249**	**282**	**289**	**236**	**244**	**1.300**

Fonte: Fundação SEADE/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

GRÁFICO 4. SÉRIE HISTÓRICA DE ÓBITOS POR RESIDÊNCIA DOS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS POR CAUSAS EXTERNAS, 2006 A 2010



Fonte: Fundação SEADE/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

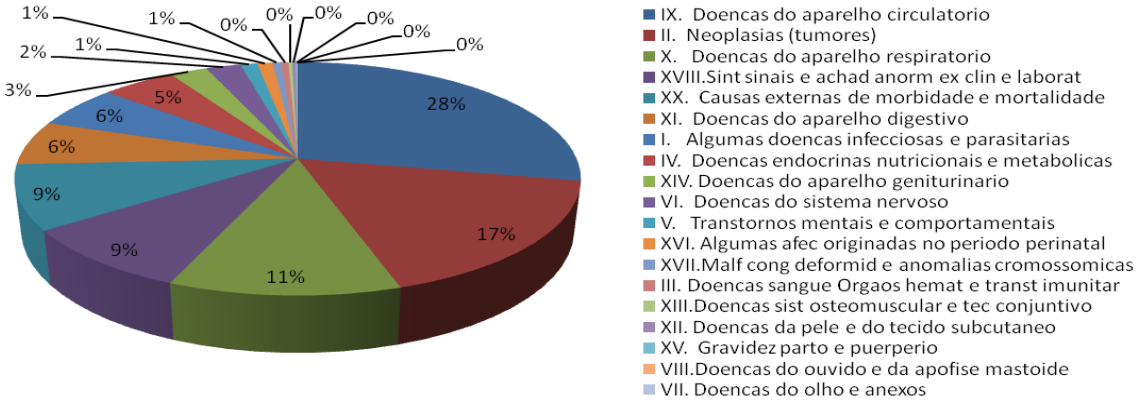
Na Tabela 42 e Gráfico 5 observa-se que os óbitos segundo capítulo do CID10 na série histórica analisada, 2006-2010, que as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbitos (28%), de acordo com o capítulo do CID10, seguidas pelas Neoplasias (2ª- 17%), pelas doenças do aparelho respiratório (3ª- 11%), sintomas sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial (4ª- 9%) e causas externas de morbidade e mortalidade (5ª- 9%), perfil que demonstra a necessidade de investimento na qualificação da atenção prestada em todos os pontos da Rede de Atenção, destacando-se a Atenção Básica, um dos principais componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

TABELA 42. ÓBITOS DRS-V BARRETOS SEGUNDO CAPÍTULO DO CID NO PERÍODO 2006 A 2010

CID 10 CAPÍTULOS	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
IX. Doencas do aparelho circulatório	819	835	791	840	794	4.079
II. Neoplasias (tumores)	453	523	494	496	500	2.466
X. Doencas do aparelho respiratório	280	342	319	334	363	1.638
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	191	256	279	258	323	1.307
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	249	282	289	236	244	1.300
XI. Doencas do aparelho digestivo	186	183	194	166	166	895
I. Algumas doencas infecciosas e parasitarias	168	176	182	156	181	863
IV. Doencas endocrinas nutricionais e metabolicas	123	155	128	161	155	722
XIV. Doencas do aparelho geniturinário	81	75	72	72	67	367
VI. Doencas do sistema nervoso	53	80	62	68	79	342
V. Transtornos mentais e comportamentais	38	43	37	27	21	166
XVI. Algumas afec originadas no periodo perinatal	38	30	28	32	24	152
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossomicas	17	21	20	16	8	82
III. Doencas sangue Orgaos hemat e transt imunitar	17	11	16	12	15	71
XIII.Doencas sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	6	5	8	14	38
XII. Doencas da pele e do tecido subcutaneo	8	8	6	6	6	34
XV. Gravidez parto e puerperio	4	2	5	3	1	15
VIII.Doencas do ouvido e da apofise mastoide	0	2	0	1	0	3
VII. Doencas do olho e anexos	0	1	0	0	0	1
TOTAL	**2.730**	**3.031**	**2.927**	**2.892**	**2.961**	**14.541**

Fonte: Fundação SEADE/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

GRÁFICO 5. ÓBITOS DRS-V BARRETOS SEGUNDO CAPÍTULO DE CID NO PERÍODO 2006 A 2010



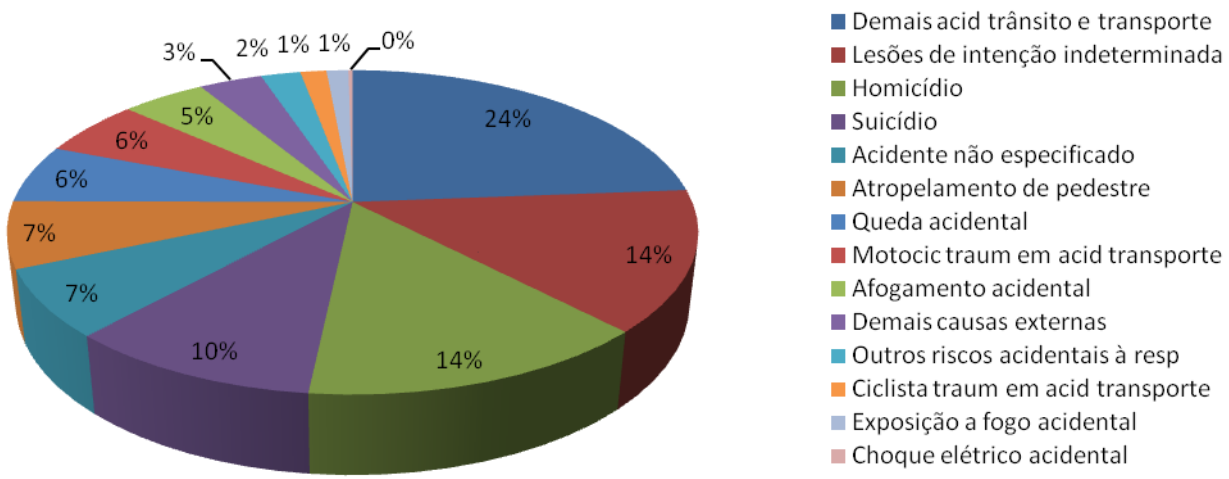
Segundo dados da Fundação SEADE, os óbitos por grupo de causas externas, que correspondem a 5ª causa de mortes na Região de Barretos e representam 9% do total de óbitos conforme série histórica de 2006 a 2010 (Tabela 42), sendo que 24% estão relacionados a acidentes de trânsito e transporte, conforme demonstra os dados da Tabela 43 e Gráfico 6, reforçando a necessidade de iniciativa das autoridades locais na definição de estratégias intersetoriais que objetivem a redução significativa desse tipo de ocorrência.

TABELA 43. ÓBITOS NO DRS-V BARRETOS POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, 2006 A 2010

CAUSAS EXTERNAS	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
Demais acid trânsito e transporte	49	72	79	53	56	309
Lesões de intenção indeterminada	55	47	45	23	12	182
Homicídio	35	35	38	35	38	181
Suicídio	24	36	23	23	25	131
Acidente não especificado	16	4	17	32	18	87
Atropelamento de pedestre	15	18	18	14	21	86
Queda acidental	14	12	16	9	25	76
Motocic traum em acid transporte	10	11	19	16	18	74
Afogamento acidental	14	20	11	11	5	61
Demais causas externas	9	8	8	9	12	46
Outros riscos acidentais à resp	3	10	5	3	8	29
Ciclista traum em acid transporte	2	3	7	3	4	19
Exposição a fogo acidental	3	6	1	4	2	16
Choque elétrico acidental	0	0	2	1	0	3
TOTAL	**249**	**282**	**289**	**236**	**244**	**1.300**

Fonte: Fundação SEADE/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

GRÁFICO 6. ÓBITOS NO DRS-V BARRETOS POR GRUPO DE CAUSAS EXTERNAS, 2006 A 2010



4.2.3.2. Morbidade Hospitalar

Quanto ao perfil de internações no DRS-V Barretos, no ano de 2010, observa-se na Tabela 44 que as patologias do aparelho respiratório correspondem à principal causa de internação respondendo por 13,87% do total de internações, seguida das internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério (2ª causa - 12,73%), doenças do aparelho digestivo (3ª causa - 11,51%), doenças do aparelho circulatório (4ª causa – 9,57%) e lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (5ª causa – 9,08%).

TABELA 44. INTERNAÇÕES NO DRS-V BARRETOS SEGUNDO CAPÍTULO DO CID10 EM 2010

DIAGNÓSTICO CID10 (CAPÍTULO)	FREQUÊNCIA
X. Doenças do aparelho respiratório	4.198
XV. Gravidez parto e puerpério	3.856
XI. Doenças do aparelho digestivo	3.485
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.896
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	2.749
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	2.510
II. Neoplasias (tumores)	2.150
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.800
VI. Doenças do sistema nervoso	1.379
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1.352
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.089
XXI. Contatos com serviços de saúde	703
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	468
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	412
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	368
VII. Doenças do olho e anexos	342
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	194
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	141
V. Transtornos mentais e comportamentais	134
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	46
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2
TOTAL	**30.274**

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar - SIH

No ano de 2010, quando agrupadas segundo capítulo do CID10, os diagnósticos mais freqüentes das internações estavam relacionados às doenças do aparelho respiratório que representaram a principal causa de internação, seguidas pelas internações relacionadas à gravidez, parto e puerpério ocupando a segunda posição, na terceira aparecem as doenças do aparelho digestivo, na quarta, as doenças do aparelho circulatório e na quinta, as lesões envenenamentos e algumas outras conseqüentes causas externas. Quando se analisa as internações segundo a faixa etária observa-se que a principal causa de internação em menor de um ano é a doença do aparelho respiratório seguidas pelas afecções originadas no período perinatal e como 3ª causa estão algumas doenças infecciosas e parasitárias; na faixa etária de 1-4 anos a primeira causa são as doenças do aparelho respiratório seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias e em 3º lugar estão as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; nas faixas etárias dos 5-

9, 10-14, 15-19 anos a principal causa de internação são as doenças do aparelho respiratório seguidas pelas lesões envenenamentos e algumas outras conseqüentes causas externas e depois vem as doenças do aparelho digestivo; dos 20-29 anos a principal causa de internação é a gravidez, parto e puerpério, seguidas pelas internações por doenças do aparelho geniturinário, e na seqüência por lesões envenenamentos e algumas outras conseqüentes a causas externas; dos 30-39 anos ainda permanece como principal causa de internação a gravidez, parto e puerpério, seguida pelas internações por doenças do aparelho digestivo e como terceira causa as lesões envenenamentos e algumas outras conseqüentes a causas externas; dos 40-49 anos a principal causa de internação são as doenças do aparelho digestivo, seguida pelas internações por doenças do aparelho geniturinário e como terceira causa aparecem as neoplasias; dos 50-59 anos a principal causa de internação são as doenças do aparelho circulatório seguidas pelas doenças do aparelho digestivo na 2ª posição e na 3ª posição estão as internações por neoplasias; dos 60-69 anos a primeira posição é ocupada pelas internações por doenças do aparelho circulatório, na seqüência estão as por doenças do aparelho digestivo seguidas pelas internações por neoplasias e doenças do aparelho respiratório que respondem por número igual de internações nessa faixa etária; dos 70-79 a principal causa de internação são as patologias do aparelho circulatório, na seqüência vem as por doenças do aparelho respiratório e na terceira posição estão as internações por doenças do aparelho digestivo; dos 80 anos e mais a principal causa de internação são as doenças do aparelho respiratório, depois vem as internações por doenças do aparelho circulatório seguidas pelas internações por doenças do aparelho digestivo. Ver Tabela 45 com apresentação detalhada dos capítulos por faixa etária.

TABELA 45. INTERNAÇÕES NO DRS-V BARRETOS, SEGUNDO CAPÍTULO DO

CID10 E FAIXA ETÁRIA EM 2010

CID10 CAPÍTULOS	Menor de 1 ano	01-04 anos	05-09 anos	10-14 anos	15-19 anos	20-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60-69 anos	70-79 anos	80 anos e mais	TOTAL
X. Doencas do aparelho respiratorio	475	756	368	157	110	231	177	233	259	427	515	490	4.198
XV. Gravidez parto e puerperio	0	0	0	67	860	2.204	661	63	1	0	0	0	3.856
XI. Doencas do aparelho digestivo	61	90	89	125	116	359	418	577	555	512	390	193	3.485
IX. Doencas do aparelho circulatorio	7	10	4	7	20	91	169	370	579	658	604	377	2.896
XIX. Lesoes enven e alg out conseq causas externas	14	126	175	178	188	453	371	329	271	256	223	165	2.749
XIV. Doencas do aparelho geniturinario	16	39	44	72	173	463	356	417	311	272	231	116	2.510
II. Neoplasias (tumores)	1	13	28	27	26	96	185	397	467	427	332	151	2.150
I. Algumas doencas infecciosas e parasitarias	91	211	126	75	89	166	191	217	190	176	145	123	1.800
VI. Doencas do sistema nervoso	41	46	30	31	57	189	262	191	198	150	109	75	1.379
XIII.Doencas sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	5	22	19	36	114	207	344	298	181	99	25	1.352
IV. Doencas endocrinas nutricionais e metabolicas	66	183	90	49	26	111	57	77	125	106	100	99	1.089
XXI. Contatos com servicos de saude	11	12	20	25	25	149	147	74	79	73	73	15	703
XII. Doencas da pele e do tecido subcutaneo	5	29	28	20	25	63	46	80	61	52	39	20	468
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	13	14	29	20	13	48	44	49	63	38	43	38	412
XVI. Algumas afec originadas no periodo perinatal	363	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	368
VII. Doencas do olho e anexos	1	14	6	5	6	9	14	26	47	72	101	41	342
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossomicas	40	27	22	29	19	22	11	8	5	5	3	3	194
III. Doencas sangue Orgaos hemat e transt imunitar	3	4	4	8	2	16	8	18	17	15	20	26	141
V. Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	1	2	8	40	28	5	27	11	12	134
VIII.Doencas do ouvido e da apofise mastoide	1	6	5	6	4	2	2	8	6	3	2	1	46
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
TOTAL	1.211	1.587	1.090	921	1.799	4.795	3.366	3.506	3.537	3.450	3.041	1.971	30.274

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar-SIH

]

4.2.4. Rede de Urgência e Emergência

4.2.4.1. Demandas Regionais

As demandas regionais de urgência e emergência são reguladas através da Central Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS/SES-SP) e encontram-se especificadas na Tabela 46.

A análise dos dados dos casos regulados pela CROSS no período de julho a dezembro de 2011 demonstra que a Regional de Barretos possui uma dependência significativa de serviços localizados em outros DRSs para resolução das demandas de urgência, sendo importante destacar que a referência para os municípios deste DRS-V Barretos na alta complexidade da Rede Cardiovascular é o Hospital de Base de São José do Rio Preto conforme PPI - Programação Pactuada e Integrada de assistência à saúde e também é pertinente observar que, historicamente, as demandas urgentes de atendimento de queimados são encaminhadas ao Hospital Padre Albino de Catanduva, ambos pertencentes ao DRS-XV São José do Rio Preto. Cabe esclarecer que as "outras formas de resolução" ocorrem tendo em vista que alguns casos são resolvidos com recursos locais por meio de orientação dos médicos reguladores da CROSS ou por se tratarem de casos considerados não pertinentes.

A regulação das urgências do DRS-V Barretos é realizada pela CROSS somente em casos de transferências inter-hospitalares. No DRS-V Barretos os municípios sem unidade hospitalar encaminham os casos de urgência para hospitais pactuados como referência e estes por sua vez fazem contato com a CROSS.

TABELA 46. CASOS REGULADOS PELA CROSS E SOLICITADOS PELO DRS-V BARRETOS

PERÍODO DE JULHO A DEZEMBRO DE 2011

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO	CASOS ATENDIDOS NO DRS-V	ATENDIDOS FORA DO DRS-V	OUTRAS FORMAS DE RESOLUÇÃO	Nº CASOS
DRS-V BARRETOS	108	121	97	326
PERCENTUAL	33,13%	37,12%	29,75%	100%

Fonte: CROSS-SES-SP

A Tabela 47 mostra que o universo de casos solicitados pelo DRS-V Barretos e executados em outros DRSs como “vaga zero” foram apenas dois, sendo demandas para atendimento na cirurgia torácica e outro na especialidade de “queimados”.

TABELA 47. CASOS REGULADOS PELA CROSS SOLICITADOS PELO DRS-V BARRETOS E EXECUTADOS EM OUTROS DRSs COMO “VAGA ZERO” NO PERÍODO DE JULHO A DEZEMBRO DE 2011

ESPECIALIDADE	DRS EXECUTANTE	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
CIRURGIA TORÁCICA	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	1	0,43%
QUEIMADOS	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	1	0,43%

Fonte: CROSS/SES-SP

A Tabela 48 referente aos casos regulados pela CROSS para outros DRSs demonstra que a maioria dos casos, 71,90% (87 casos) foi atendida em serviços da abrangência do DRS-XV de São José do Rio Preto, sendo 32,18% (28 casos), demandas específicas para a rede cardiovascular considerando-se que o Hospital de Base de São José do Rio Preto é referência formal para os municípios deste DRS-V Barretos e ainda, 10 casos (11,50%) tratavam-se de queimados que historicamente são encaminhados para a Fundação Padre Albino de Catanduva. Constata-se ainda que o DRS-XIII de Ribeirão Preto recebeu 21 pacientes, portanto 17,35% do total de pacientes oriundos do DRS-V Barretos que foram encaminhados para outros DRSs. Apenas 10,83% dos pacientes foram atendidos em DRSs que não o de São José do Rio Preto e Ribeirão Preto. O volume significativo de casos regulados pela CROSS solicitados por este DRS-V Barretos e atendidos em outros DRSs mostra a importante insuficiência de leitos de UTI e ainda a necessidade de ampliação da resolubilidade dos prestadores de referência, em especial da Santa Casa de Barretos, especialmente quando se observa o grande número de encaminhamentos de gestantes de alto risco e recém-nascidos para UTI neonatal de outros DRSs.

TABELA 48. CASOS REGULADOS PELA CROSS SOLICITADOS PELO DRS-V BARRETOS E EXECUTADOS EM OUTROS DRSs POR ESPECIALIDADE NO PERÍODO DE JULHO A DEZEMBRO DE 2011

DRS SOLICITANTE	DRS EXECUTANTE	RECURSOS SOLICITADOS	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
DRS-V BARRETOS	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI NEONATAL	12	9,92%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CIRURGIA VASCULAR	11	9,09%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	OBSTETRÍCIA	9	7,44%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	QUEIMADOS	9	7,44%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CIRURGIA CARDÍACA	7	5,79%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	UTI INFANTIL	5	4,13%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI ADULTO	5	4,13%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	UTI QUEIMADOS	4	3,31%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CARDIOLOGIA	4	3,31%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	CARDIOLOGIA	3	2,48%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	UTI NEONATAL	3	2,48%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	3	2,48%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	3	2,48%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	OFTALMOLOGIA	3	2,48%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI ADULTO COM HEMODIÁLISE	3	2,48%
	DRS -XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI INFANTIL	3	2,48%
	DRS -IX MARÍLIA	QUEIMADOS	2	1,65%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2	1,65%
	DRS-I GRANDE SÃO PAULO	UTI QUEIMADOS	1	0,83%
	DRS-II ARAÇATUBA	SEM ESPECIALIDADE ESPECÍFICA	1	0,83%
	DRS-II ARAÇATUBA	UNIDADE NEONATAL INTERMEDIÁRIA	1	0,83%
	DRS-III ARARAQUARA	UTI ADULTO	1	0,83%
	DRS-IX MARÍLIA	PEDIATRIA	1	0,83%
	DRS-IX - MARÍLIA	UTI QUEIMADOS	1	0,83%
	DRS-VI BAURU	NEONATOLOGIA	1	0,83%
	DRS-VI BAURU	QUEIMADOS	1	0,83%
	DRS-VIII FRANCA	CATETERISMO CARDÍACO (HEMODINÂMICA) / ARTERIOGRAFIA / ANGIOGRAFIA	1	0,83%
	DRS-VIII FRANCA	UTI INFANTIL	1	0,83%
	DRS-X PIRACICABA	QUEIMADOS	1	0,83%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (CARDIOPATIA CONGÊNITA)	1	0,83%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA GERAL	1	0,83%

	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA PEDIÁTRICA	1	0,83%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA VASCULAR	1	0,83%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	GINECOLOGIA	1	0,83%
	DRS-XIII RIBEIRÃO PRETO	NEUROCIRURGIA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA (CARDIOPATIA CONGÊNITA)	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CATETERISMO CARDÍACO (HEMODINÂMICA) / ARTERIOGRAFIA / ANGIOGRAFIA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CIRURGIA GERAL	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CIRURGIA PLÁSTICA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	CIRURGIA TORÁCICA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	NEFROLOGIA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	NEONATOLOGIA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	NEUROCIRURGIA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UNIDADE NEONATAL INTERMEDIÁRIA	1	0,83%
	DRS-XV SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI QUEIMADOS	1	0,83%
TOTAL			**121**	**100,00%**

Fonte: CROSS/SES

4.2.4.2. Dimensionamento da oferta de serviços na atenção às urgências

A Região do DRS-V Barretos apresenta perfil epidemiológico da população compatível com as mudanças que vem ocorrendo nas últimas décadas com aumento da longevidade principalmente graças a um avanço das tecnologias para diagnóstico e terapêutica que trazem como conseqüência um crescimento rápido das condições crônicas com predomínio das doenças cardiovasculares. Ainda, é preciso considerar o importante número de internações e óbitos por causas externas que demandam adequada organização de todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A Tabela 49 demonstra a cobertura das Equipes de Saúde da Família nos municípios do DRS-V Barretos e observa-se que 40% dos municípios possuem cobertura de 100% o que é muito importante dado o modelo de atenção proposto pela ESF que trabalha com a proposta de atenção à saúde dos usuários com enfoque na integralidade, na construção de vínculos e responsabilização pela população adscrita. O município de Barretos, o mais populoso desta Regional de Saúde, tem baixa cobertura da ESF; Monte Azul Paulista tem apenas uma equipe que cobre a população do Distrito de Marcondésia e o município de Colina conta com a EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde.

TABELA 49. COBERTURA DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS 2012

MUNICÍPIO	COBERTURA DE ESF
Altair	100,00
Barretos	17,00
Bebedouro	45,33
Cajobi	100,00
Colina	0,00
Colômbia	100,00
Guaíra	100,00
Guaraci	80,19
Jaborandi	100,00
Monte Azul Paulista	5,27
Olímpia	40,00
Severínia	100,00
Taiaçu	100,00
Taiúva	64,42
Taquaral	100,00
Terra Roxa	100,00
Viradouro	69,37
Vista Alegre do Alto	51,04

Fonte: SIAB/2012

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos componentes:

- ✓ Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;
- ✓ Atenção Básica em Saúde;
- ✓ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- ✓ Sala de Estabilização;
- ✓ Força Nacional de Saúde do SUS;
- ✓ Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24h;

- ✓ Rede Hospitalar e
- ✓ Atenção Domiciliar.

O componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis , além de ações interssetoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

De uma maneira geral, nos municípios do DRS-V Barretos, as ações e estratégias de atenção primária direcionadas à promoção, prevenção e vigilância em saúde precisam ser aprimoradas dado que o enfoque da assistência ainda está voltado para a cura de enfermidades já instaladas (curativa), em detrimento das demais ações o que repercute desfavoravelmente na condição de saúde de toda a população.

O componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Atualmente, no DRS-V Barretos embora exista uma rede de atenção básica nos municípios, organizada através das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde tradicionais, os dados epidemiológicos de morbidade, mortalidade e cobertura demonstram a necessidade de aprimoramento da atenção à saúde dos usuários a partir desse componente. Para que esse nível de atenção (Atenção Básica) possa ser porta de entrada para o primeiro cuidado às urgências em ambiente adequado até a transferência/encaminhamento, quando necessário, para outros pontos de atenção na rede, conforme prevê a Portaria GM/MS Nº 1.600 de 07/07/2011, demandará adequações na infra-estrutura hoje existente nas Unidades de Atenção Básica dos municípios deste DRS-V Barretos.

A Tabela 50 traz os serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento diurno nos municípios do DRS-V Barretos. Esses serviços não reúnem somente as Unidades de Atenção Básica, mas também os Ambulatórios de Especialidades e ainda as Unidades de Atenção Especializada, somando um total de 103 serviços que não se enquadram na Portaria GM/MS Nº 2.048 de 2002, sendo que 90,29% dos mesmos, portanto, 93 necessitam de readequação da estrutura física e tecnológica; todos contam com retaguarda para patologia clínica e imagem e nenhuma possui leitos de observação.

TABELA 50. SERVIÇOS NÃO HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS COM FUNCIONAMENTO DIURNO NO DRS-V BARRETOS AGOSTO/2012

DRS-V BARRETOS	
Unidade (UBS/USF,etc...)	24 UBS, 3 CENTRO DE SAÚDE, 53 ESF, 6 ARE, 3 UNIDADE MISTA, 3 AMBULATORIO SAÚDE MENTAL, 4 SAE, 1 CAPS, 1 CAPS i, 2 AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO, 3 AMBULATÓRIO NO HOSPITAL
Não enquadrada (Portaria 2048/2002) abaixo de 50 mil habitantes	103
Porte I (50 a 75 mil hab.)	0
Porte II (75 a 150 mil hab.)	0
Porte III (150 a 250 mil hab.)	0
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	93
Nº de leitos de observação	0
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	Sim

Fonte: DRS-V Barretos

A Tabela 51 traz os serviços não hospitalares de atendimento às urgências, com funcionamento 24 horas, existentes nos municípios do DRS-V Barretos, que somam um total de 22 (vinte e dois), dos quais 20 (90,91%) não se enquadram na Portaria GM/MS Nº 2.048 e apenas 02 (0,91%) se enquadram na citada Portaria no porte II (de 50 a 75 mil habitantes). Todos esses serviços (22) necessitam de readequação física e tecnológica e possuem, no total, 115 leitos de observação.

TABELA 51. SERVIÇOS NÃO HOSPITALARES DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS COM FUNCIONAMENTO 24 HORAS NO DRS-V BARRETOS AGOSTO/2012

DRS-V BARRETOS	
Unidade (UBDS, Pronto Atendimento, Pronto Socorro, etc ...)	(PA=9, PS=7, UM=4, CAPS III=2)
Não enquadrada (Portaria 2048/2002) abaixo de 50 mil habitantes	20
Porte I (50 a 75 mil hab.)	0
Porte II (75 a 150 mil hab.)	2
Porte III (150 a 250 mil hab.)	0
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	22
Nº de leitos de observação	115
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	Sim

Fonte: Municípios / DRS-V Barretos

De acordo com a Portaria GM/MS 1.600 de 07/07/2011 O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Na Tabela 52 verifica-se que 17 (dezessete) dos 18 (dezoito) municípios do DRS-V Barretos fizeram adesão SAMU 192, cabendo destacar que apenas o município de Taiúva, da Região Sul Barretos, não aderiu.

No momento está habilitada apenas a Central de Regulação SAMU 192 de Barretos que atualmente tem abrangência regional abarcando todos os 10 (dez) municípios da Região Norte Barretos. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU192 foi implantado no Município de Barretos no dia 16 de agosto de 2006 e neste período o SAMU atendia cinco Municípios: Barretos, Colina, Jaborandi, Guaíra e Colômbia. Barretos possuía uma Unidade de Suporte Básica (USB) tripulada por um Motorista Socorrista e uma Técnica de Enfermagem, uma Unidade de Suporte Avançado (USA) tripulada por Médico, Enfermeiro e Motorista Socorrista e uma Unidade de Reserva Técnica; Guaíra possuía uma Unidade de Suporte Básico. Ainda, o SAMU de Barretos possuía uma Incubadora de Transporte de Recém-Nascido. Em 03/03/2012 o SAMU passou a ser Regional, incluindo mais cinco Municípios: Olímpia, Altair, Guaraci, Cajobi e Severínia.

Quanto aos veículos de transporte, Barretos continuou com uma Unidade de Suporte Básico, uma Unidade de Suporte Avançado, uma Unidade de Reserva Técnica e Guaíra continuou com uma Unidade de Suporte Básico, Olímpia recebeu uma Ambulância de Suporte Básico e realiza também a cobertura do Município de Severínia e Cajobi, Guaraci recebeu uma ambulância de Suporte Básico e realiza a cobertura também do Município de Altair, Jaborandi recebeu uma Unidade de Suporte Básico e realiza também a cobertura do Município de Colina, e Colômbia recebeu uma Unidade de Suporte Básico. Após aprovação no CGR Norte Barretos foi encaminhado pedido de ambulâncias para o Ministério da Saúde, solicitando Unidade de Suporte Básico para Altair, Barretos, Cajobi, Colina e Severínia, sendo também solicitada uma Unidade de Suporte Avançado para o município de Olímpia. O SAMU de Barretos possui duas Incubadoras de Transporte de Recém-Nascido. O pleito do SAMU Regional de Bebedouro foi encaminhado ao Ministério da Saúde.

TABELA 52. SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

NO DRS-V BARRETOS AGOSTO/2012

DRS-V BARRETOS	
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA	
Central Regulação SAMU 192-Habilitada	1
Central Regulação SAMU 192-Qualificada	0
Adesão ao SAMU 192	17
Nº de USB Solicitada	9
Nº de USB Habilitada	2
Nº de USB Qualificada	0
Nº de USA Solicitada	1
Nº de USA Habilitada	1
Nº de USA Qualificada	0

Fonte: Municípios / DRS-V Barretos

O componente Sala de Estabilização, de acordo com a Portaria GM/MS 1.600 de 07/07/2011 deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. Dos quinze municípios do DRS-V Barretos com população inferior a 50 mil habitantes, 13 estão pleiteando junto ao Ministério da Saúde a Sala de Estabilização e todos já tiveram seus pleitos aprovados na Comissão Intergestores Bipartite em abril e maio de 2012. Apenas dois municípios da Região Sul

Barretos não solicitaram Sala de estabilização: Monte Azul Paulista e Taiúva. O número total de leitos de estabilização a serem instados nos 13 (treze) municípios é de 30 (trinta), conforme Tabela 53.

TABELA 53. SALA DE ESTABILIZAÇÃO – SE NO DRS-V BARRETOS AGOSTO/2012

DRS-V BARRETOS	
SALA DE ESTABILIZAÇÃO	
Solicitada	13
Habilitada	0
Nº de leitos de estabilização	30

Fonte: Municípios / DRS-V Barretos

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.600 de 07/07/2011 a UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. A Tabela 54 mostra dados das UPAs – Unidades de Pronto Atendimento Ambulatorial, que no DRS-V Barretos são em número de 3 novas, habilitadas e localizadas: uma em Barretos (Porte II), uma em Olímpia (Porte I), ambos municípios da Região Norte Barretos e ainda uma em Bebedouro (Porte II), município da Região Sul Barretos. A UPA de Barretos abrange os municípios de Barretos, Guaíra, Colômbia, Colina e Jaborandi, perfazendo um total de 177.583 habitantes; a construção teve início em 30/12/2010, o atestado de conclusão da mesma foi emitido em 08/05/2012 e a previsão de inauguração é para o segundo semestre de 2012. A UPA de Olímpia foi inaugurada em julho de 2012, quando iniciou seu funcionamento; na proposta encaminhada ao Ministério da Saúde, abrange a população de Olímpia, mas de acordo com fluxo definido pela gestão de Olímpia, está recebendo toda a demanda de urgência e emergência do próprio município e ainda, a encaminhada pelos municípios do seu entorno: Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia. A UPA de Bebedouro teve o início das obras em novembro de 2011 e sua abrangência é para a população de Bebedouro e todos os municípios do seu entorno: Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto. A previsão para inauguração e início do funcionamento é para 2013.

TABELA 54. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

NO DRS-V BARRETOS AGOSTO/2012

DRS-V BARRETOS	
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA	
UPA SOLICITADA	0
UPA NOVA HABILITADA	3
Porte I (50 a 100 mil habitantes)	1
Porte II (100.001 a 200 mil hab.)	2
Porte III (200.001 a 300 mil hab.)	0
Número de leitos de observação	32
CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	
2012	2
2013	1

Fonte: Municípios / DRS-V Barretos

A Tabela 55 demonstra que do total de leitos existentes na Rede Hospitalar dos serviços conveniados ao SUS, no âmbito do DRS-V Barretos, 75,76% estão disponíveis para usuários do SUS.

TABELA 55. REDE HOSPITALAR - TOTAL DE LEITOS NO DRS-V BARRETOS

MUNICÍPIO	EXISTENTES	SUS	NÃO SUS
Barretos	627	506	121
Bebedouro	154	100	54
Cajobi	32	26	6
Colina	47	40	7
Colômbia	30	20	10
Guaíra	70	43	27
Jaborandi	17	17	0
Monte Azul Paulista	67	47	20
Olímpia	94	76	18
Taiúva	11	10	1
Terra Roxa	34	30	4
Viradouro	54	20	34
Vista Alegre do Alto	9	9	0
TOTAL	**1.246**	**944**	**302**

Fonte: Datasus/CNES 2012

Segundo a Portaria GM/MS Nº 1.600 de 07/07/201, o componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. A Tabela 56 demonstra que os municípios do DRS-V Barretos não possuem Serviço de Atenção Domiciliar implantado e manifestaram o interesse em implantação os municípios de Barretos, Bebedouro e Olímpia.

TABELA 56. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD NO DRS-V BARRETOS AGOSTO/2012

DRS-V BARRETOS	
ATENÇÃO DOMICILIAR	
Modalidade AD2	0
Modalidade AD3	0
Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD	0
Equipe Multiprofissional de Apoio - EMAP	0
CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO	
2012	0
2013	3
2014	0

Fonte: Municípios / DRS-V Barretos

A Tabela 57 mostra, de forma detalhada, a distribuição dos tipos de leitos de UTI por prestador, no âmbito do DRS-V Barretos, sendo que 95,59% do total de leitos existentes estão disponíveis para o SUS.

TABELA 57. REDE HOSPITALAR - LEITOS DE UTI NO DRS-V BARRETOS

INTITUIÇÃO	TIPO UTI	EXISTENTES	SUS	NÃO SUS
Santa Casa Barretos	UTI Adulto II	10	10	0
	UTI Neonatal III	8	8	0
	UTI Pediátrica III	2	2	0
Santa Casa Olímpia	UTI Adulto I	7	5	2
TOTAL		**27**	**25**	**2**

Fonte: Datasus/CNES 2012

Na Tabela 58 verifica-se que todos os municípios do DRS-V Barretos utilizam-se da regulação de urgências feita pela Regulação Médica Estadual através da CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde. Nenhum município do DRS-V Barretos possui Central de Regulação Médica Municipal implantada, sendo que os contatos com a CROSS para solicitação de transferências de pacientes nas urgências são realizados pelos prestadores de referência: Santa Casa de Olímpia, Santa Casa de Barretos e Hospital Municipal de Bebedouro. Destaca-se que a Região Norte Barretos conta com dois municípios, Barretos e Olímpia, que têm prestadores de referência para os demais: a Santa Casa de Barretos que é referência para a população do município de Barretos e ainda para a população de todos os municípios do DRS-V Barretos e a Santa Casa de Olímpia que é referência para a população de Olímpia e ainda para a população dos municípios do seu entorno: Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia. A Região Sul conta com o Hospital Municipal de Bebedouro que é referência para a população do município de Bebedouro e também

para a população dos municípios do seu entorno, embora não conte com leitos de UTI e nem esteja credenciado para atendimento de alta complexidade. Quanto às referências pactuadas em outros municípios fora da área de abrangência do DRS-V Barretos, destacam-se os municípios de São José do Rio Preto (Hospital de Base), Ribeirão Preto (Hospital das Clínicas) e Catanduva (Fundação Padre Albino).

TABELA 58. FLUXO DE REGULAÇÃO NO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
Regulação Médica Estadual	18
Regulação Médica Municipal	0
É referência pactuada para outros municípios	Barretos (Todos os Municípios do DRS-V Barretos) Olímpia (Severínia, Cajobi, Guaraci, Altair) Bebedouro (Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto)
Possui referência pactuada em outros municípios	São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Catanduva

Fonte: DRS-V Barretos

A Central de Regulação Médica Estadual através da CROSS e os prestadores de referência do DRS-V Barretos exercem suas atividades através das grades de referências que estão demonstradas pelas Tabelas 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69 e 70.

TABELA 59. REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE CLÍNICA MÉDICA

PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
Colina	própria
Cajobi	própria
Colômbia	própria
Guaíra	própria
Jaborandi	própria
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
Monte Azul Paulista	própria
Terra Roxa	própria
Viradouro	própria
Vista Alegre do Alto	própria
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Barretos	

TABELA 60. REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE TRAUMATO-ORTOPEDIA PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
Colina	própria
Guaíra	própria
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Barretos, Catanduva e Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS (RP, SJRP)	

TABELA 61- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE NEUROCIRURGIA PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS V-BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Barretos e Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS (RP/SJRP)	

TABELA 62- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
Colina	própria
Cajobi	própria
Colômbia	própria
Guaíra	própria
Jaborandi	própria
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
Monte Azul Paulista	própria
Terra Roxa	própria
Viradouro	própria
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Barretos, Olímpia, Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS	

TABELA 63- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA PEDIÁTRICA PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
Guaíra	própria
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Barretos, Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS	

TABELA 64- REFERÊNCIA NAS ESPECIALIDADES DE UTI-ADULTO, UTI-NEONATAL, UTI-INFANTIL E GESTAÇÃO DE ALTO RISCO PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
UTI ADULTO	
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos , Olímpia e Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS (SJRP/RP)	
UTI NEONATAL	
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos e Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS (SJRP/RP)	
UTI INFANTIL	
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos e Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS (SJRP/RP)	
OBSTETRÍCIA ALTO RISCO	
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos e Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS (SJRP/RP)	

TABELA 65- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
Colina	própria
Cajobi	própria
Colômbia	própria
Guaíra	própria
Jaborandi	própria
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
Monte Azul Paulista	própria
Terra Roxa	própria
Viradouro	própria

TABELA 66- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA VASCULAR PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
Guaíra	própria
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
SJRP e Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS	

TABELA 67- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA BUCOMAXILO PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
Barretos	própria e referenciada do DRS-V
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS	

TABELA 68- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE OFTALMOLOGIA PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada de Colina, Colômbia, Jaborandi
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
Guaíra	própria
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE –DRS-V BARRETOS	
Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS	

TABELA 69- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
REGIÃO NORTE BARRETOS	
Barretos	própria e referenciada de Colina, Colombia, Guaíra, Jaborandi
Olímpia	própria e referenciada de Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia
REGIÃO SUL BARRETOS	
Bebedouro	própria e referenciada de Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA ALTA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Outros Municípios de acordo com a Regulação da CROSS	

TABELA 70- REFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE PSIQUIATRIA
PARA OS MUNICÍPIOS DO DRS-V BARRETOS

DRS-V BARRETOS	
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA MÉDIA COMPLEXIDADE	**POPULAÇÃO COBERTA**
TODAS AS REGIÕES DE SAÚDE – DRS-V BARRETOS	
Barretos (Hospital Geral com leitos psiquiátricos)	
Ribeirão Preto (Hospital especializado)	

4.3 CARACTERÍSTICAS REGIONAIS DO DRS VIII - FRANCA

O DRS VIII de Franca está dividido em três regiões de Saúde: Regiões de Saúde do Alta Anhanguera (146,942 habitantes), Alta Mogiana (116,616habitantes) e Três Colinas (386.704 habitantes) totalizando uma população de 649.607 habitantes (IBGE, 2010, conforme Tabela 1).

A Região de Saúde Alta Anhanguera é composta por 6 municípios: Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra.

A Região de Saúde Alta Mogiana é composta por 6 municípios: Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis.

A Região de Saúde Três Colinas é composta por 10 municípios: Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista.

Caracterização da Região do DRS VIII

Fonte: IBGE 2011. Elaboração própria

4.3.1. Aspectos demográfico e socioeconômico.

O Departamento Regional de Saúde de Franca – DRS VIII está localizado no Nordeste do Estado de São Paulo, com uma área de 9.474,53 km², e densidade demográfica de 68,59 hab/km², faz limite com o Estado de Minas Gerais e com os DRSs de Ribeirão Preto e Barretos. A densidade demográfica é necessária para a avaliação das regiões de saúde e seu papel dentro da RRAS 13, propiciando perfil epidemiológico e sanitário, principalmente as diferentes necessidades de acesso.

O DRS VIII conta com uma população de 649.807 habitantes (IBGE, 2010) distribuídos em 22 municípios, tendo ainda uma população flutuante, não considerada pelo Censo IBGE-2010, que são os trabalhadores rurais e de usinas alcooleiras, além da população das vizinhas cidades mineiras, que buscam o atendimento em saúde, principalmente no município de Franca.

O município de Franca abriga aproximadamente 52% da população regional, os demais são municípios de pequeno porte, sendo 50% com população entre 10 a 49 mil habitantes, 45,5% com população menor de 10 mil habitantes. Dentre esses municípios o maior de cada região de saúde, em termos populacionais, constitui-se em municípios polos para os demais da respectiva região, sendo Franca para os municípios do CGR Três Colinas, São Joaquim da Barra para os municípios do CGR Alta Anhanguera e Ituverava para os municípios do CGR Alto Mogiana.

Em relação à taxa de urbanização, constata-se que está muito próxima ao Estado, pois 95, 15% da população da área de abrangência do DRS VIII vivem em situação urbana, sendo 99,17% atendida por abastecimento de água tratada, 98,70% por esgoto sanitário, e 99,52% por coleta de lixo desde 2000. A Taxa de urbanização, no âmbito do DRS VIII de Franca, varia de 72%, em Cristais Paulista (a menor taxa de urbanização da região), a 98% em Franca.

No que diz respeito à capacitação científica e tecnológica, a região conta com instituições de ensino de nível médio e superior voltados para a capacidade produtiva da região, fator potencializador da qualificação de mão de obra, tanto na área da indústria como também da saúde.

Tabela 71. Estimativa população residente DRS VIII por CGR

MUNICIPIO	REGIÃO DE SAÚDE	Estimativa Populacional (IBGE 2010)	Hab/Km² (IBGE 2010)
Aramina	Alta Mogiana	5.152	25,6
Buritizal	Alta Mogiana	4.053	15,36
Guará	Alta Mogiana	19.858	55,01
Igarapava	Alta Mogiana	27.952	60,26
Ituverava	Alta Mogiana	38.695	55,79
Miguelópolis	Alta Mogiana	20.451	24,9
TOTAL		**116.161**	
Ipuã	Alta Anhanguera	14.148	30,88
Morro Agudo	Alta Anhanguera	29.116	21,27
Nuporanga	Alta Anhanguera	6.817	19,79
Orlândia	Alta Anhanguera	39.781	135,44
Sales Oliveira	Alta Anhanguera	10.568	35,2
São Joaquim da Barra	Alta Anhanguera	46.512	113,99
TOTAL		**146.942**	
Cristais Paulista	Três Colinas	7.588	19,95
Franca	Três Colinas	318.640	529,65
Itirapuã	Três Colinas	5.914	36,92
Jeriquara	Três Colinas	3.160	22,33
Patrocínio Paulista	Três Colinas	13.000	21,92
Pedregulho	Três Colinas	15.700	22,46
Restinga	Três Colinas	6.587	27,23
Ribeirão Corrente	Três Colinas	4.273	29,04
Rifaina	Três Colinas	3.436	20,09
São José da Bela Vista	Três Colinas	8.406	30,46
TOTAL		**386.704**	
DRS VIII – Franca		**649.807**	

Fonte: IBGE censo 2010, Fundação SEADE, 2011. Elaboração própria

O Índice Paulista de Responsabilidade Social calculado pela Fundação SEADE para o Estado de São Paulo apresenta a média dos indicadores sintéticos nas dimensões riqueza, longevidade e escolaridade, que são classificados por grupos de 5 a 1, quanto maior o valor do grupo, pior são os indicadores para cada uma das três dimensões. Verifica-se que predomina dentre os municípios de abrangência do DRS VIII (15 ou 68,15% dos municípios) o IPRS baixo de desenvolvimento econômico, conforme classificação do IPRS 2008. Isso foge do valor médio do Estado, que pelos indicadores sintéticos do IPRS é classificado em categorias altas.

Tabela 72 – Índice Paulista de Responsabilidade Social dos municípios do DRS VIII Franca.

MUNICÍPIO	IPRS Dimensão Riqueza 2008	IPRS Dimensão Longevidade 2008	IPRS Dimensão Escolaridade 2008	Grupo 2008
Aramina	265	334	508	4
Buritizal	160	61	416	4
Cristais Paulista	264	303	445	4
Franca	218	236	308	3
Guará	403	553	638	5
Igarapava	241	128	450	4
Ipuã	210	91	444	4
Itirapuã	489	509	516	5
Ituverava	222	558	402	5
Jeriquara	324	445	596	5
Miguelópolis	151	125	312	3
Morro Agudo	60	162	584	2
Nuporanga	161	566	509	5
Orlândia	96	239	168	1
Patrocínio Paulista	214	119	372	3
Pedregulho	299	615	586	5
Restinga	293	307	469	4
Ribeirão Corrente	461	192	508	4
Rifaina	238	419	505	5
Sales Oliveira	120	163	185	1
São Joaquim da Barra	154	378	371	3
São José da Bela Vista	409	347	617	4
Estado	**58**	**73**	**68**	

Fonte: Fundação SEADE, 2011. Elaboração própria

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano podemos notar que a região é formada por municípios com IDH alto, como por exemplo: Orlândia, com índice de 0,824 e outros com IDH baixo, como exemplo o município de Ribeirão Corrente, índice de 0,751, indicando ser uma região com diferenças sociais significativas entre os municípios conforme mostra a tabela 73.

Tabela 73 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2000), por município do DRS VIII Franca.

Município	IDH 2000
CGR – Alta Mogiana	
Aramina	0,794
Buritizal	0,777
Guará	0,759
Igarapava	0,790
Ituverava	0,789
Miguelópolis	0,791
CGR – Alta Anhanguera	
Ipuã	0,780
Morro Agudo	0,767
Nuporanga	0,784
Orlândia	0,824
Sales Oliveira	0,819
São Joaquim da Barra	0,810
CGR – Três Colinas	
Cristais Paulista	0,771
Franca	0,820
Itirapuã	0,760
Jeriquara	0,748
Patrocínio Paulista	0,809
Pedregulho	0,794
Restinga	0,757
Ribeirão Corrente	0,751
Rifaina	0,774
São José da Bela Vista	0,753
Estado de São Paulo	0,820

Fonte: Fundação SEADE, 2011.

O índice de urbanização é de 95,15%, aproximando-se ao do Estado de São Paulo de 95,94%, sendo de 94,77% na região da Alta Anhanguera, 92,41% na região da Alta Mogiana e 82,61% na região Três Colinas.

A região do DRS VIII – Franca é servida de uma boa e eficiente malha viária tendo viabilidade e acessibilidade em muitas direções, sendo a Rodovia Cândido Portinari a principal via de acesso para os municípios da região. A Rodovia Anhanguera é uma rota de acesso entre os municípios dos CGRs Alta Anhanguera e Alta Mogiana. Porém o acesso entre municípios de menor porte, na sua maioria é através de pistas simples pavimentas e todas com conexão. As principais Rodovias que fazem parte da malha viária da região do DRS VIII Franca (Anhanguera, Candido Portinari e Ronan Rocha) são duplicadas, com concessionárias que contam com atendimento de Unidade de Suporte Avançado. Destaca-se ainda as

proximidades dos municípios com o município polo da região, sendo Miguelópolis o mais distante com cerca de 108Km.

4.3.2. Aspectos de infraestrutura e economia

A região abrangida pelo Departamento Regional de Saúde de Franca tem sua economia baseada, principalmente na agricultura (café e cana) e indústria (calçados masculinos). No entanto os setores de serviços e comércio também são fortes, principalmente do setor calçadista. A agroindústria sucro-alcooleira tem avançado na região e em alguns municípios representam uma das principais atividades econômicas, atualmente temos implantadas 6 usinas na região, conforme demonstrado na tabela 74.

Tabela 74 – Relação das usinas de processamento de cana e açúcar na área de abrangência do DRS VIII Franca.

Usina	Município
Raízen Energia S.A. - Final Junqueira	Igarapava
Usina Alta Mogiana S/A Açucar e Alcool	São Joaquim da Barra
Pedra Agroindustrial S/A - Usina Buriti	Buritizal
LDC SEV Bioenergia S/A Unidade Vale do Rosario	Morro Agudo
LDC SEV Bioenergia S/A Unidade MB	Morro Agudo
Central Energética Vale do Sapucaí Ltda – CEVASA	Patrocínio Paulista

4.3.3. Descrição e Análise Epidemiológica

4.3.3.1. Mortalidade Geral

Segundo a tabela 75, em 2010, no DRS VIII, o número total de óbitos foi de 4.071, representando uma taxa de mortalidade geral de 6,26/1000 habitantes. De acordo com o caderno de saúde do DATASUS, no ano de 2008 a taxa de mortalidade no Estado de São Paulo foi de 6,1/1000 habitantes e no Brasil, 5,6/1000. Portanto notamos que a taxa de mortalidade no DRS VIII encontra-se acima da média do Estado e do Brasil, podendo ser decorrente da alta proporção de pessoas acima de 60 anos de idade (índice de envelhecimento de 38,86), enquanto na mesma faixa etária, o índice de envelhecimento no Estado de São Paulo foi de 36,5 (tabela 75).

Analisando os dados da taxa de mortalidade, utilizando os capítulos do CID 10 (tabela 5), observamos que as doenças do aparelho circulatório são as de maior frequência nessa regional, representando 17,99, seguidas das neoplasias 11,16, doenças do aparelho respiratório 7,33 e causas externas 5,54, correspondendo a 67,05% do total de óbitos.

Tabela 75 - Taxa de Mortalidade por 100.000 habitantes segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) dos residentes do DRS VIII Franca, 2010.

Causa Capítulo CID10	Nº de Óbitos	Taxa de Mortalidade
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	188	2,89
II. Neoplasias (tumores)	725	11,16
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	21	0,32
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	246	3,79
V. Transtornos mentais e comportamentais	35	0,54
VI. Doenças do sistema nervoso	107	1,65
VII. Doenças do olho e anexos	-	0,00
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.169	17,99
X. Doenças do aparelho respiratório	476	7,33
XI. Doenças do aparelho digestivo	259	3,99
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	10	0,15
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	14	0,22
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	134	2,06
XV. Gravidez parto e puerpério	4	0,06
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	65	1,00
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	29	0,45
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	229	3,52
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	-	0,00
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	360	5,54
XXI. Contatos com serviços de saúde	-	0,00
XXII.Códigos para propósitos especiais	-	0,00
TOTAL	**4.071**	**62,65**

Fonte: Base unificada de óbitos SESSP/FSEADE e População IBGE/DATASUS/Censo

Tabela 76 - Índice de Envelhecimento segundo DRS VIII Franca e Região de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2010.

Local		População > 65 anos	Índice de envelhecimento
	Franca	**51.154**	**38,86**
1	Alta Anhanguera	11.319	36,88
2	Alta Mogiana	10.263	42,92
3	Três Colinas	29.572	33,14
	Estado	**3.234.427**	**36,50**

Fonte: Base unificada de óbitos SESSP/FSEADE e População IBGE/DATASUS/Censo

4.3.3.2. Morbidade hospitalar

Em relação às internações, em 2011, na região do DRS VIII – Franca, podemos observar na tabela 77 que a principal causa de internação foi gravidez, parto e puerpério (10,81), seguida de doenças do parelho respiratório (16,81), doenças do aparelho circulatório (6,64) e doenças do aparelho digestivo (6,22).

Tabela 77 - Taxa de internações segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) dos residentes do DRS VIII Franca.

Causa Capítulo CID10	Nº internações	Taxa de Internação
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.471	2,26
II. Neoplasias (tumores)	2.174	3,35
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	228	0,35
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	908	1,40
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.272	1,96
VI. Doenças do sistema nervoso	1.326	2,04
VII. Doenças do olho e anexos	548	0,84
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	85	0,13
IX. Doenças do aparelho circulatório	4.314	6,64
X. Doenças do aparelho respiratório	4.428	6,81
XI. Doenças do aparelho digestivo	4.045	6,22
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	553	0,85
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	964	1,48
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.603	5,54
XV. Gravidez parto e puerpério	7.022	10,81
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	513	0,79
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	299	0,46
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	456	0,70
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	3.459	5,32
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	6	0,01
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.269	1,95
XXII.Códigos para propósitos especiais	-	0,00
Total	**19.954**	**30,71**

Fonte: SIHSUS e IBGE/DATASUS/Censo

Segundo a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados os óbitos por causas externas corresponderam a 3ª causa de mortes na região, conforme demonstrado na tabela 78 no decorrer dos anos de 2006 a 2010 (8,84% total de óbitos).

Tabela 78: Mortalidade segundo grupo de causas externas (Capítulo CID-10) dos residentes do DRS VIII – Franca.

Variável	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Óbitos por Causas Externas	364	379	342	370	360	1.815
Óbitos por Agressões	65	50	43	70	51	279
Óbitos por Suicídio	54	40	28	33	44	199
Óbitos por Acidentes de Transportes	109	138	137	124	172	680

Fonte: Seade, 2011.

4.3.4. Rede de Urgência E Emergência

4.3.4.1. Demandas Regionais

As demandas de urgência e emergência do DRS VIII encontram-se especificadas na tabela 9, onde observamos que 88,15% dos casos regulados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) são atendidos na sua área de abrangência, 1,31% em outros DRS e 10,42% tiveram outra forma de resolução: casos não pertinentes, resolvidos através de recursos locais por orientação da central de regulação, paciente melhorou, paciente evadiu-se, paciente foi a óbito ou outras formas de resolução.

Tabela 79 - Casos regulados pela CROSS – Franca no período de julho a dezembro de 2011.

	CASOS ATENDIDOS NO DRS	CASOS ATENDIDOS FORA DO DRS	OUTRAS FORMAS DE RESOLUÇÃO	Nº CASOS
DRS XIII – FRANCA	7.163	107	846	8.116
PERCENTUAL	88,15%	1,31%	10,42%	100,00%

Fonte: CROSS/SP

Segundo Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do SUS, elaborado pela SES/SP e COSEMS/SP, aprovado pela Deliberação CIB – 7, de 08/02/2012, deverão ser priorizadas as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica na organização da Rede de Atenção às Urgências.

A Portaria 2048/GM de 05/11/2002 em seu cap. II, diz que uma das atividades da regulação de urgência é decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento

para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível, em termos de serviços de atenção às urgências, ou seja, determinar a "vaga zero". Portanto demonstramos através da tabela 10, o número de casos regulados nas linhas prioritárias com 69,23% de vaga zero, demonstrando fragilidade no acesso ao atendimento de urgência.

Tabela 80: Número de casos regulados nas linhas prioritárias com 69,23% de vaga zero, no período de julho a dezembro de 2011.

	Nº DE CASOS REGULADOS	**Nº DE VAGA ZERO**	**%**
CARDIOVASCULAR	07	02	28,50
CEREBROVASCULAR	06	03	50
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	13	13	100

Fonte: CROSS/SP

A tabela 81 é referente ao número de casos regulados para outros DRSs, demonstrando fragilidade dos serviços no atendimento em urgência e emergência no DRS VIII, sendo que dentre os casos que foram atendidos em outros DRSs, podemos observar que 8,41% foram para a especialidade de Ortopedia e traumatologia e 6,54% para oftalmologia.

Destacamos ainda, na tabela 11 que, dos casos regulados para serviços localizados fora da área de abrangência do DRS VIII, 82,25% foram atendidos dentro da RRAS 13 e 17,75%, fora da RRAS 13.

Tabela 81: Casos regulados pela CROSS, solicitados pelo DRS VIII-Franca e executados em outros DRS por especialidade, no período de julho a dezembro de 2011.

DRS SOLICITANTE	DRS EXECUTANTE	RECURSOS SOLICITADO	Nº DE CASOS	%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9	8,41%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	OFTALMOLOGIA	7	6,54%
DRS VIII - FRANCA	DRS III - ARARAQUARA	UTI NEONATAL	6	5,61%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	QUEIMADOS	6	5,61%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UTI INFANTIL	6	5,61%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEUROCIRURGIA	5	4,67%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CARDIOLOGIA	4	3,74%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA GERAL	4	3,74%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CLÍNICA MÉDICA	4	3,74%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	PEDIATRIA	3	2,80%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UTI NEONATAL	3	2,80%
DRS VIII - FRANCA	DRS IX - MARÍLIA	CIRURGIA GERAL	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS V – BARRETOS	UTI NEONATAL	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA PEDIÁTRICA	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA TORÁCICA	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA VASCULAR	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	HEMATOLOGIA	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEUROLOGIA	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	OBSTETRÍCIA	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	OBSTETRÍCIA	2	1,87%
DRS VIII - FRANCA	DRS I - GRANDE SÃO PAULO	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS III - ARARAQUARA	UTI ADULTO	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VI - BAURU	CIRURGIA PLÁSTICA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VI - BAURU	CLÍNICA MÉDICA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VI - BAURU	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VI - BAURU	QUEIMADOS	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VI - BAURU	UTI ESPECIALIZADA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VI - BAURU	UTI QUEIMADOS	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VII - CAMPINAS	CIRURGIA GERAL	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VII - CAMPINAS	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS VII - CAMPINAS	PEDIATRIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS X - PIRACICABA	QUEIMADOS	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA CARDÍACA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA CARDIOVASCULAR	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	1	0,93%

DRS SOLICITANTE	DRS EXECUTANTE	RECURSOS SOLICITADO	Nº DE CASOS	%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	CIRURGIA PLÁSTICA – ATENDIMENTO AO QUEIMADO	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA – ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	GINECOLOGIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	MEDICINA INTENSIVA NEONATAL	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	MOLÉSTIAS INFECCIOSAS	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEFROLOGIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	NEURO	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	ONCOLOGIA CIRÚRGICA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UROLOGIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	UTI ESPECIALIZADA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	UTI ADULTO	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	UTI NEONATAL	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI ADULTO	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI INFANTIL	1	0,93%
DRS VIII - FRANCA	DRS XVI - SOROCABA	QUEIMADOS	1	0,93%
Total Geral			**107**	**100%**

4.3.4.2. Dimensionamento da oferta de serviços na atenção às urgências

Segundo Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos componentes:

- Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;
- Atenção Básica em Saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- Sala de Estabilização;
- Força Nacional de Saúde do SUS;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24h;
- Rede Hospitalar e
- Atenção Domiciliar

O componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde possui o objetivo de estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

No DRS VIII - Franca estas ações são desenvolvidas pelo Centro de Planejamento e Avaliação em Saúde, pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação e pelas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

A Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e a responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

A tabela 82 demonstra o número serviços não hospitalares de atendimento as urgências com funcionamento diurno e podemos observar que 94% das Unidades atendem uma população abaixo de 50 mil habitantes, na área de abrangência da regional não possui instituições classificadas como porte I e II e 6% estão classificados como porte III. Contam com um total de 40 leitos de observação, 84 unidades necessitam de readequação física e todas as 132 unidades possuem retaguarda de patologia clínica e imagem.

Tabela 82: Serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento diurno no DRS VIII-Franca.

	DRS VIII – Franca
Unidade (UBS/USF,etc...)	34 UBS, 59 USF, 1 Ambulatório TB, HAN e Renal, 4 Ambulatórios Saúde Mental, 01 Ambulatório de Saúde Mental Infantil e 4 CAPS, 13 Centro de Saúde, 1 CCI, 2 ambulatório de DST/AIDS, 3 NGA, 1 Casa do Diabético, 1 centro oftalmológico, 02 ambulatório de gestação de alto risco e 01 nascidos vivos de alto risco, 01 ARE, 4 CEO
Não enquadrada (Portaria 2048/2002)-abaixo de 50 mil habitantes	125
Porte I (50 a 75 mil hab.)	0
Porte II (75 a 150 mil hab.)	0
Porte III (150 a 250 mil hab.)	7
Necessidade de readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	84
Nº de leitos de observação	40
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	Sim

A tabela 83 demonstra os serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento 24h, diuturnamente, 84,2% das unidades atendem uma população abaixo de 50 mil habitantes, na área de abrangência da regional não possui instituições classificadas como porte I e II e 15,8% está classificado como porte III. Contam com um total de 102 leitos de observação, todas possuem retaguarda de patologia clínica e imagem e das 16 unidades 07 necessitam de readequação física.

Tabela 83: Serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento 24h, diuturnamente no DRS VIII - Franca.

	DRS VIII-FRANCA
Unidade (UBDS, Pronto Atendimento, Pronto Socorro, etc ...)	2 Pronto Socorro Municipal, 3 UBS, 12 P.A de Santa Casa, 2 PA Municipal.
Não enquadrada (Portaria 2048/2002)-abaixo de 50 mil habitantes	16
Porte I (50 a 75 mil hab.)	0
Porte II (75 a 150 mil hab.)	0
Porte III (150 a 250 mil hab.)	3
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	7
Nº de leitos de observação	102
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	Sim

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o conjunto de Serviços de Urgência 24h não hospitalares que devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Podemos observar através da tabela 84, que a região de abrangência do DRS VIII possui 5 UPAs solicitadas, com um total de 37 leitos de observação, sendo quatro de porte I e uma porte III, uma com implantação prevista em 2012 e quatro em 2013.

A Secretaria Municipal de Saúde de Franca irá solicitar uma UPA ampliada, com solicitação prevista para 2013.

Tabela 84: Unidade Pronto Atendimento – UPA no DRS VIII – Franca

UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO – UPA	DRS VIII-FRANCA
UPA SOLICITADA	5
UPA NOVA HABILITADA	0
Porte I (50 a 100 mil habitantes)	4
Porte II (100.001 a 200 mil hab.)	0
Porte III (200.001 a 300 mil hab.)	1
Número de leitos de observação	37
Cronograma de Implantação	
2012	1
2013	4

O componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Na tabela 85 verificamos que no âmbito do DRS VIII existem duas Centrais de Regulação SAMU 192 habilitadas e todos os 22 municípios aderiram ao SAMU.

Tabela 85: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU no DRS VIII - Franca

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU	DRS VIII-FRANCA
Central Regulação SAMU 192-Habilitada	2
Central Regulação SAMU 192-Qualificada	0
Adesão ao SAMU 192	22
Nº de USB Solicitada	10
Nº de USB Habilitada	4
Nº de USB Qualificada	0
Nº de USA Solicitada	0
Nº de USA Habilitada	1
Nº de USA Qualificada	0

A Sala de Estabilização deve ser um ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela Central de Regulação de Urgências.

O DRS VIII possui 14 salas de estabilização solicitadas, com um total de 28 leitos de estabilização (tabela 86).

Tabela 86: Sala de Estabilização no DRS VIII-Franca.

Sala de Estabilização	DRS VIII-FRANCA
Solicitada	14
Habilitada	0
Nº de leitos de estabilização	28

O componente Hospitalar é constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

A rede hospitalar do DRS VIII conta com doze instituições, sendo oito do tipo I, três do tipo II e uma do tipo III, sendo que as doze necessitam de readequação física e tecnológica. Apenas uma instituição possui serviços de alta complexidade em traumato-ortopedia, cardiovascular e cerebrovascular (tabela 87).

Tabela 87: Rede Hospitalar do DRS VIII – Franca.

Rede Hospitalar	DRS VIII-FRANCA
Total de Unidade/Instituição	**12**
Unidades com serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório	12
Tipo I (hospital pequeno porte com atendimento 1º nível média complexidade)	8
Tipo II (hospital médio porte com atendimento 2º nível média complexidade)	3
Tipo III (hospital de referência atendimento urgência 3º nível de média complexidade e alta complexidade)	1
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	12
Nº de leitos de Enfermaria clínica de retaguarda	0
Nº de Leitos Enfermaria longa Permanência	0
Nº Leitos Clínicos	431
Nº Leitos Cirúrgicos	198
Nº Leitos UTI Adulto Tipo II	21
Nº Leitos UTI Adulto Tipo III	11
Nº Leitos UTI Pediátrica Tipo II	3
Nº Leitos UTI Pediátrica Tipo III	0
Nº Leitos UTI Neonatal	6
Serviço Traumato-ortopedia	1
Serviço Cardiovascular	1
Serviço Cerebrovascular	1

O componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

A Tabela 88 demonstra o componente da Atenção Domiciliar do DRS VIII-Franca e a previsão de implantação, no município de Franca, será para o ano de 2013.

Tabela 88 - Atenção Domiciliar no DRS XIII-Franca.

Atenção Domiciliar	DRS VIII – Franca
Modalidade AD2	1
Modalidade AD3	1
Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar-EMAD	0
Equipe Multiprofissional de Apoio –EMAP	1
Cronograma de Implantação	
2012	
2013	2013
2014	

A portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, define a Regulação Médica das Urgências e Emergências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, como sendo o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e regulados. O fluxo de regulação é demonstrado pela tabela 89.

Tabela 89: Fluxo de Regulação no DRS VIII – Franca.

Fluxo de Regulação	DRS VIII-Franca
Central de Regulação Médica Estadual	22 municípios
É referência pactuada para os municípios:	
Franca	para o DRS 8
Franca	em psiquiatria para o DRS 8

A CROSS (Central e Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) exerce suas atividades através das grades de referências, demonstrada pelas tabelas 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96 e 97.

Há uma grande dificuldade em referenciar pacientes para outras DRSs, tanto dentro, como fora da RRAS 13, em razão referências pactuadas serem insuficientes para atender a demanda crescente do DRS VIII-Franca, principalmente na Alta Complexidade.

Tabela 90: Referência na especialidade de Clínica Médica para o DRS VIII-Franca

DRS VIII – Franca	
Município Referência para Média Complexidade;	**População Coberta**
CGR ALTA ANHANGUERA	
Ipuã	Própria
Morro Agudo	Própria
Orlândia	Própria
Sales Oliveira	Própria
São Joaquim da Barra	Própria e municípios do CGR Alta Anhanguera exceto Orlândia
CGR ALTA MOGIANA	
Guará	Própria
Igarapava	Própria
Ituverava	Própria e municípios do CGR Alta Mogiana.
Miguelópolis	Própria
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	Própria e referencia de todo DRS, exceto Aramina
Patrocínio Paulista	Própria e Itirapuã
Pedregulho	Própria, Jeriquara e Rifaina
Município Referência para Alta Complexidade	**População Coberta**
Barretos	Própria e referenciada do DRS
Franca	
Ribeirão Preto	

Tabela 91: Referência na especialidade de Traumato-ortopedia para o DRS VIII – Franca.

DRS VIII – Franca	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR ALTA ANHANGUERA	
Morro Agudo	Própria
Orlândia	Própria
São Joaquim da Barra	Própria e municípios do CGR Alta Anhanguera e Guará
CGR ALTA MOGIANA	
Igarapava	Própria
Ituverava	Própria e municípios do CGR Alta Mogiana
Miguelópolis	Própria
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	Própria e referenciada de todo DRS
Patrocínio Paulista	Própria e Itirapuã.
Pedregulho	Própria, Jeriquara e Rifaina.
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca	Própria e referenciada do DRS
Ibitinga	
Matão	
Ribeirão Preto	

Tabela 92: Referência na especialidade de Neurocirurgia para o DRS VIII-Franca

DRS VIII-Franca	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca	própria e referenciada do DRS

Tabela 93 – Referência na especialidade de Cirurgia Geral para o DRS VIII – Franca

DRS VIII-Franca	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR ALTA ANHANGUERA	
Ipuã	Própria
Morro Agudo	Própria
Sales Oliveira	Própria
São Joaquim da Barra	Própria e referencia do CGR Alta Anhanguera exceto Orlândia
CGR ALTA MOGIANA	
Guará	Própria
Igarapava	Própria
Ituverava	Própria e referencia do CGR Alta Mogiana
Miguelópolis	Própria
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	Própria e referencia do CGR Três Colinas
Patrocínio Paulista	Própria e Itirapuã
Pedregulho	Própria, Jeriquara e Rifaina
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca	Própria e referenciada do DRS
Ribeirão Preto	
São Paulo	

Tabela 94: Referência na especialidade de Cirurgia Pediátrica para o DRS VIII – Franca

DRS VIII-Franca	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR ALTA ANHANGUERA	
Morro Agudo	Própria
Sales Oliveira	Própria
São Joaquim da Barra	Própria e referencia do CGR Alta Anhanguera exceto Orlândia
CGR ALTA MOGIANA	
Guará	Própria
Igarapava	Própria
Ituverava	Própria e referencia do CGR Alta Mogiana
Miguelópolis	Própria
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	Própria e referenciada do DRS
Patrocínio Paulista	Própria e Itirapuã
Pedregulho	Própria, Jeriquara e Rifaina.
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca	Própria e referenciada do DRS
Ribeirão Preto	

Tabela 95 – Referência nas especialidades de UTI Adulto, UTI Infantil, UTI Neonatal e Obstetrícia Alto Risco para o DRS VIII – Franca.

DRS VIII – Franca (3 CGR/22 municípios)	
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
UTI ADULTO	
CGR ALTA ANHANGUERA	
São Joaquim da Barra	Própria e referenciada do DRS
CGR ALTA MIGIANA	
Ituverava	Própria e referenciada do DRS
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	Própria e referenciada do DRS
UTI NEONATAL/INFANTIL	
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	Própria e referenciada do DRS

Tabela 96: Referência na especialidade de Obstetrícia de Risco Habitual para o DRS VIII – Franca.

DRS VIII-Franca	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR ALTA ANHAGUERA	
Ipuã	Próprio
Orlândia	Própria
Morro Agudo	Própria e Nuporanga
Sales Oliveira	Própria
São Joaquim da Barra	Própria e Ipuã
CGR ALTA MOGIANA	
Guará	Própria
Igarapava	Própria
Ituverava	Própria, Aramina, Buritizal, Miguelópolis e Guará.
Miguelópolis	Própria
CGR TRÊS COLINAS	
Franca	Própria e referenciada do DRS
Patrocínio Paulista	Própria e Itirapuã
Pedregulho	Própria, Jeriquara e Rifaina

Tabela 97: Referência nas especialidades de Cirurgia Vascular, Cirurgia Bucomaxilo, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria para o DRS VIII-Franca.

DRS VIII – Franca	
CIRURGIA VASCULAR	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Franca/ Ribeirão Preto	Própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca/Ribeirão Preto	Própria e referenciada do DRS
CIRURGIA BUCOMAXILO	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Franca/Ribeirão Preto	Própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca/Ribeirão Preto/ CEDEFACE	Própria e referenciada do DRS
OFTALMOLOGIA	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Franca/Ribeirão Preto	Própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca/Ribeirão Preto	Própria e referenciada do DRS
OTORRINOLARINGOLOGIA	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Franca	Própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Franca/Ribeirão Preto/ Bauru	Própria e referenciada do DRS
PSIQUIATRIA	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Franca	Própria e referenciada do DRS *no âmbito no DRS VIII não há leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, região sem referência na especialidade *No hospital psiquiátrico, sob gestão municipal, os pacientes de Franca são regulados pelo PS Municipal e paciente da região regulados pela UAC de Franca da SMS Franca. O Pronto Socorro Municipal de Franca possui 07 leitos psiquiátricos, com internação de 72 horas para atender seus munícipes.
QUEIMADOS	
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto/Bauru	referenciada do DRS

- **Referências das Redes de Alta Complexidade dos prestadores**

O DRS VIII também é referência no atendimento em alta complexidade para outros DRSs da RRAS13 e até para outras RRAS, conforme demonstrado na tabela 28.

Tabela 98 – Referências das Redes de Alta Complexidade dos prestadores do DRS VIII-Franca.

DRS	CARDIOLOGIA	ORTOPEDIA	ONCOLOGIA	NEUROLOGIA
DRS III Araraquara				FSCM Franca
DRS VIII DE FRANCA	FSCM Franca	FSCM Franca	FSCM Franca	FSCM Franca
DRS XIII DE RIBEIRÃO PRETO				FSCM Franca
DRS XIV DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA				FSCM Franca

4.4. CARACTERÍSTICAS REGIONAIS DO DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO

O DRS XIII de Ribeirão Preto está dividido em três Regiões de Saúde: Regiões de Saúde do Horizonte Verde (393.431 habitantes), Aquifero Guarani (807.106 habitantes) e do Vale das Cachoeiras (127.452 habitantes) totalizando uma população de 1.327.989 habitantes (IBGE 2010), conforme mapa 7

Região de Saúde do Horizonte Verde composta por 9 municípios: Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis e Sertãozinho.

Região de Saúde do Aquífero Guarani composta por 10 municípios: Cravinhos, Guatapará, Jardinópolis, Luís Antonio, Ribeirão Preto, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul e Serrana, na qual está inserida o município pólo de Ribeirão Preto, sede da Central de Regional do SAMU 192 de Ribeirão Preto, o qual tem localização geográfica estratégica.

Região de Saúde do Vale das Cachoeiras composta por 7 municípios: Altinópolis, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santa Cruz da Esperança e Santo Antonio da Alegria.

MAPA 7 – Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto – DRS XIII

4.4.1. Aspectos Demográficos e Socioeconômicos

Conforme demonstrado na tabela 99, o Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto tem um contingente populacional de 1.327.989 (censo 2010 IBGE/DATASUS), destacando-se o município pólo de Ribeirão Preto que tem 45,53%, desta população. A taxa de densidade demográfica da região é inferior a do Estado de São Paulo (165,98).

Tabela 99. Estimativa população residente DRS XIII por CGR

MUNICIPIO	REGIÃO DE SAÚDE	Estimativa Populacional (IBGE 2010)	Hab/KM² (IBGE 2010)
Barrinha	Horizonte Verde	28.496	197,89
Dumont	Horizonte Verde	8.143	79,83
Guariba	Horizonte Verde	35.486	134,42
Jaboticabal	Horizonte Verde	71.662	101,79
Monte Alto	Horizonte Verde	46.642	134,03
Pitangueiras	Horizonte Verde	35.307	80,24
Pontal	Horizonte Verde	40.244	105,91
Pradópolis	Horizonte Verde	17.377	102,22
Sertãozinho	Horizonte Verde	110.074	271,79
TOTAL		**393.431**	
Cravinhos	Aquifero Guarani	31.691	104,94
Guatapará	Aquifero Guarani	6.966	17,16
Jardinópolis	Aquifero Guarani	37.661	74,72
Luís Antônio	Aquifero Guarani	11.286	18,47
Ribeirão Preto	Aquifero Guarani	604.682	941,87
Santa Rita do Passa Quatro	Aquifero Guarani	26.478	35,88
Santa Rosa de Viterbo	Aquifero Guarani	23.862	84,02
São Simão	Aquifero Guarani	14.346	22,81
Serra Azul	Aquifero Guarani	11.256	39,63
Serrana	Aquifero Guarani	38.878	303,73
TOTAL		**807.106**	
Altinópolis	Vale das Cachoeiras	15.607	16,67
Batatais	Vale das Cachoeiras	56.476	67,39
Brodósqui	Vale das Cachoeiras	21.107	71,79
Cajuru	Vale das Cachoeiras	23.371	34,88
Cássia dos Coqueiros	Vale das Cachoeiras	2.634	13,51
Santa Cruz da Esperança	Vale das Cachoeiras	1.953	13,56
Santo Antonio da Alegria	Vale das Cachoeiras	6.304	21,01
TOTAL		**127.452**	
DRS RIBEIRÃO PRETO		**1.327.989**	

Fonte: IBGE censo 2010, Fundação SEADE, 2011. Elaboração própria

Em relação ao Índice Paulista de Responsabilidade Social, que mede o desempenho dos municípios em relação a indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade, sendo um importante indicador de qualidade de vida dos munícipes, em 2008 temos que 65% dos municípios desta regional, apresentaram IPRS nos Grupos 4 e 5. O grupo 4 agrega os municípios com baixos níveis de riqueza e com deficiência em um dos indicadores sociais e o grupo 5, agrega aqueles com baixos níveis de riqueza e indicadores de longevidade e escolaridade insatisfatórios. A classificação dos municípios segundo o IPRS encontra-se na tabela 100.

Tabela 100 – Índice Paulista de Responsabilidade Social dos municípios do DRS XIII Ribeirão Preto

MUNICIPIO	IPRS Dimensão Riqueza 2008	IPRS Dimensão Longevidade 2008	IPRS Dimensão Escolaridade 2008	Grupo 2008
Altinópolis	43	78	66	4
Barrinha	37	75	60	4
Batatais	48	77	66	4
Brodósqui	41	69	71	4
Cajuru	38	75	54	4
Cássia dos Coqueiros	38	89	79	3
Cravinhos	47	77	62	4
Dumont	48	76	76	3
Guariba	43	70	63	5
Guatapará	42	76	68	3
Jaboticabal	51	77	70	1
Jardinópolis	48	77	61	4
Luís Antônio	58	81	55	2
Monte Alto	48	75	73	3
Pitangueiras	45	74	63	4
Pontal	48	70	51	5
Pradópolis	45	70	62	5
Ribeirão Preto	57	76	70	1
Santa Cruz da Esperança	34	76	60	4
Santa Rita do Passa Quatro	46	76	60	4
Santa Rosa de Viterbo	43	75	70	3
Santo Antônio da Alegria	32	74	54	4
São Simão	44	72	64	4
Serra Azul	35	66	57	5
Serrana	43	74	58	4
Sertãozinho	59	74	61	2
Estado	**58**	**73**	**68**	

Fonte: Fundação SEADE, 2011. Elaboração própria

Avaliando o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2000), 50% dos munícipes possuem IDH acima de 0,8 e os demais IDH abaixo, indicando ser uma reunião com diferenças sociais entre os municípios conforme mostra a tabela 101.

Tabela 101 – Índice de Desenvolvimento Humano (IDH 2000), por município do DRS XIII Ribeirão Preto.

Município	IDH 2000
CGR - Horizonte verde	
BARRINHA	0,766
DUMONT	0,802
GUARIBA	0,756
JABOTICABAL	0,815
MONTE ALTO	0,813
PITANGUEIRAS	0,764
PONTAL	0,792
PRADOPOLIS	0,798
SERTAOZINHO	0,833
CGR - Aquífero Guarani	
CRAVINHOS	0,815
GUATAPARA	0,776
JARDINOPOLIS	0,808
LUIS ANTONIO	0,795
RIBEIRAO PRETO	0,855
SANTA RITA DO PASSA QUATRO	0,832
SANTA ROSA DE VITERBO	0,804
SAO SIMAO	0,801
SERRA AZUL	0,742
SERRANA	0,775
CGR - Vale das Cachoeiras	
ALTINOPOLIS	0,823
BATATAIS	0,825
BRODOWSKI	0,805
CAJURU	0,783
CASSIA DOS COQUEIROS	0,796
SANTA CRUZ DA ESPERANCA	0,794
SANTO ANTONIO DA ALEGRIA	0,77
Estado de São Paulo	0,820

Fonte: Fundação SEADE, 2011

O grau de urbanização é de 96,97%, superior a do Estado de São Paulo de 95,94%, sendo de 97,39% na região do Horizonte Verde, 98,11% na região do Aquifero Guarani e 88,47% na região do Vale das Cachoeiras.

A Região é servida de boa malha viária tendo como principal a Anhanguera (SP 330); o acesso dos municípios de menor porte ao pólo da região de saúde é na grande maioria por pistas simples pavimentas e

todos com conexão, salientando que o acesso entre os municípios de maior porte da região de saúde do Horizonte Verde, Sertãozinho; e da região de saúde do Vale das Cachoeiras, Batatais; com o município pólo de Ribeirão Preto é feito por rodovias duplicadas, com concessionárias que contam com atendimento de Unidade de Suporte Avançado.

Destaca-se ainda proximidade dos municípios, sendo Santo Antonio da Alegria o mais distante de Ribeirão Preto 89 km.

4.4.2. Aspectos de Infraestrutura e Economia

A região abrangida pelo Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto tem sua economia baseada, principalmente, na agropecuária, agricultura e indústria. No entanto os setores de serviços e comércio também são fortes. É considerado um dos pólos econômicos do país, com uma agropecuária de alto nível e moderno setor industrial. Atualmente, a agroindústria sucro-alcooleira é seu principal destaque no desenvolvimento globalizado. As usinas representam uma das principais atividades econômicas da região. São 21 usinas que empregam, em torno de 8.000 trabalhadores, fator que estimula o desenvolvimento de outros setores, como por exemplo, o de máquinas agrícolas e equipamentos para usinas.

4.4.3. Descrição e Análise Epidemiológica

4.4.3.1. Mortalidade Geral

Segundo a tabela 102, em 2010 no DRS XIII o número total de óbitos foi de 8.628, representando uma taxa de mortalidade geral de 6,50/1000 habitantes. De acordo com o caderno de saúde do DATASUS, no ano de 2008 a taxa de mortalidade no Estado de São Paulo foi de 6,1/1000 habitantes e no Brasil, 5,6/1000. Portanto notamos que a taxa de mortalidade no DRS XIII encontra-se acima da média do Estado e do Brasil, podendo ser decorrente da alta proporção de pessoas acima de 60 anos de idade (índice de envelhecimento de 39,84), enquanto na mesma faixa etária, o índice de envelhecimento no Estado de São Paulo foi de 36,5 (tabela 104).

Analisando os dados de mortalidade, utilizando os capítulos do CID 10 (tabela 102), observamos que as doenças do aparelho circulatório são as de maior freqüência nesta regional, seguidas das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas, correspondendo a 67,84% do total de óbitos.

Observando a tabela 103, nota-se que a maior parte dos óbitos por causas externas está relacionada a acidentes, 68,9%, seguida de agressões, 17,3% e lesões autoprovocadas

intencionalmente, 8,1%; ainda, a tabela 103 demonstra que 78,6% ocorreram na população masculina.

Tabela 102 - Taxa de Mortalidade por 1000 habitantes segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) dos residentes do DRS XIII Ribeirão Preto, 2010.

Capítulo CID-10	Óbitos p/ Residência	Taxa de Mortalidade
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.506	1,89
II. Neoplasias (tumores)	1.574	1,19
X. Doenças do aparelho respiratório	937	0,71
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	836	0,63
XI. Doenças do aparelho digestivo	577	0,43
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	483	0,36
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	422	0,32
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	365	0,27
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	270	0,20
VI. Doenças do sistema nervoso	252	0,19
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	122	0,09
V. Transtornos mentais e comportamentais	111	0,08
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	70	0,05
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	42	0,03
XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	33	0,02
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	25	0,02
XV. Gravidez parto e puerpério	3	0,00
Total	**8.628**	**6,50**

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 103 – Óbitos por causas externas dos residentes do DRS XIII Ribeirão Preto, 2010.

Grupo CID10	Masc	Fem	Total
Acidentes	443	136	579
. Acidentes de transporte	278	58	336
... Pedestre traumatizado em um acidente de transp	33	19	52
... Ciclista traumatizado em um acidente de transp	11	1	12
... Motociclista traumat em um acidente de transpo	69	8	77
... Ocupante automóvel traumat acidente transporte	86	19	105
... Ocupante caminhonete traumat acidente transpor	4	-	4
... Ocupante veíc transp pesado traumat acid trans	12	-	12
... Outros acidentes de transporte terrestre	41	5	46
... Acidentes de transporte aéreo e espacial	1	-	1
... Outros acidentes de transporte e os não especi	21	6	27
. Outras causas externas de traumatismos acidentai	165	78	243
... Quedas	76	57	133
... Exposição a forças mecânicas inanimadas	10	-	10
... Exposição a forças mecânicas animadas	1	-	1
... Afogamento e submersão acidentais	26	4	30
... Outros riscos acidentais à respiração	20	14	34
... Expos corr elétr, radiação e temp press extrem	3	-	3
... Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	6	-	6
... Exposição às forças da natureza	1	-	1
... Envenenamento acidental e exposição subst noci	8	1	9
... Exposição acidental a outr fatores e aos não e	14	2	16
Lesões autoprovocadas intencionalmente	57	11	68
Agressões	123	22	145
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	25	8	33
Complicações de assistência médica e cirúrgica	3	1	4
. Ef advers drog, medic e subst biológ finalid ter	2	1	3
. Reaç anorm compl tard proc cirúrg méd s/menç aci	1	-	1
Sequelas causas externas de morbidade e mortalidad	6	1	7
Total	**657**	**179**	**836**

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tabela 104 - Índice de Envelhecimento segundo DRS e Região de Saúde de residência. Estado de São Paulo, 2010.

Local		População > 65 anos 2010	Indice de envelhecimento 2010
	DRS XIII-Ribeirão Preto	**109.878**	**39,84**
1	Horizonte Verde	28.758	33,28
2	Aqüífero Guarani	68.976	42,48
3	Vale das Cachoeiras	12.144	44,92
3599	**Estado**	**3.234.427**	**36,50**

Fonte: Base unificada de óbitos SESSP/FSEADE e População IBGE/DATASUS/Censo

4.4.3.2. Morbidade Hospitalar

Com relação às internações, em 2011 na região do DRS XIII-Ribeirão Preto, podemos observar na tabela 105 que doenças do aparelho circulatório foi a principal causa de internação (13,18%), seguida de lesões envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (12,02%), gravidez parto e puerpério (11,66%) e doenças do aparelho respiratório (11,08%), todas demandando atendimento na rede de urgência.

Tabela 105 - Taxa de internações segundo grupo de causas (Capítulo CID-10) dos residentes do DRS XIII Ribeirão Preto

Causa Capítulo CID10	Nº internações	Taxa de Internação
IX. Doenças do aparelho circulatório	10.906	82,12
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	9.948	74,91
XV. Gravidez parto e puerpério	9.644	72,62
X. Doenças do aparelho respiratório	9.166	69,02
XI. Doenças do aparelho digestivo	9.094	68,48
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	5.625	42,36
II. Neoplasias (tumores)	5.351	40,29
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.969	37,42
VI. Doenças do sistema nervoso	2.362	17,79
V. Transtornos mentais e comportamentais	2.273	17,12
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2.021	15,22
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1.903	14,33
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	1.831	13,79
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.766	13,30
XXI. Contatos com serviços de saúde	1.443	10,87
VII. Doenças do olho e anexos	1.409	10,61
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1.214	9,14
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	813	6,12
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	729	5,49
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	246	1,85
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	24	0,18
XXII.Códigos para propósitos especiais	0	0,00
Total	**82.737**	**623,02**

Fonte: SIHSUS e IBGE/DATASUS/Censo

4.4.4. Rede de Urgência e Emergência

4.4.4.1. Demandas Regionais

As demandas de urgência e emergência do DRS XIII encontram-se especificadas na tabela 106, onde observamos que 76,45% dos casos regulados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) e Central de Regulação do DRS XIII-Ribeirão Preto são atendidos na sua área de abrangência, 0,81% em outro DRS e 22,74% tiveram outra forma de resolução: casos não pertinentes, resolvidos através de recursos locais por orientação da central de regulação, paciente melhorou, paciente evadiu-se, paciente foi a óbito ou outras formas de resolução.

Tabela 106 - Casos regulados pela CROSS / Central de Regulação DRS XIII – Ribeirão Preto no período de julho a dezembro de 2011.

	CASOS ATENDIDOS NO DRS	CASOS ATENDIDOS FORA DO DRS	OUTRAS FORMAS DE RESOLUÇÃO	Nº CASOS
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	5961	63	1773	7.797
PERCENTUAL	76,45%	0,81%	22,74%	100,00%

Fonte: CROSS/SP

Conforme priorização das linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica na organização da Rede de Urgência e Emergência, já citada anteriormente e, segundo a Portaria 2048/GM de 05/11/2002 em seu cap. II, que diz que uma das atividades da regulação de urgência é decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível, em termos de serviços de atenção às urgências, ou seja, determinar a "vaga zero", demonstramos através da tabela 107, o número de casos regulados nas linhas prioritárias com % de vaga zero, demonstrando fragilidade no acesso ao atendimento de urgência, principalmente na linha cerebrovascular, 31,8%.

Tabela 107 – Número de casos regulados nas linhas prioritárias com % de vaga zero, no período de julho a dezembro de 2011, incluindo Central de Regulação do município de Ribeirão Preto.

	Nº DE CASOS REGULADOS	Nº DE VAGA ZERO	%
CARDIOVASCULAR	1508	166	11%
CEREBROVASCULAR	837	266	31,8%
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	7155	358	5%

Fonte: CROSS/SP

A tabela 108 é referente ao número de casos regulados para outros DRSs, demonstrando insuficiência de serviços no atendimento em urgência e emergência no DRS XIII, sendo que dentre os casos que foram atendidos em outros DRSs, podemos observar que 19% foram para a especialidade de Clínica Médica, 20,6% para UTI adulto, ressaltando que muitas solicitações para clínica médica possuem necessidade de UTI e que a transferência para serviços mais distantes, ou seja, em outros DRSs, contribui negativamente na qualidade da assistência ao paciente.

Destacamos ainda observando a tabela 108 que, dos casos regulados para serviços localizados fora da área de abrangência do DRS XIII, 54% foram atendidos dentro da RRAS 13 e 46%, fora da RRAS 13.

Tabela 108 - Casos regulados pela CROSS/Central de Regulação DRS XIII-Ribeirão Preto, solicitados pelo DRS XIII-Ribeirão Preto e executados em outros DRS por especialidade, no período de julho a dezembro de 2011.

DRS SOLICITANTE	DRS EXECUTANTE	RECURSOS SOLICITADO	Nº DE CASOS	PERCENTUAL
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	CLÍNICA MÉDICA	8	12,70%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	UTI ADULTO	5	7,94%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VIII - FRANCA	UTI ADULTO	5	7,94%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CIRURGIA GERAL	4	6,35%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VII - CAMPINAS	OBSTETRÍCIA	3	4,76%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	CARDIOLOGIA	2	3,17%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VIII - FRANCA	CLÍNICA MÉDICA	2	3,17%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VIII - FRANCA	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	2	3,17%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VIII - FRANCA	ORTOPEDIA E TRAUMATO	2	3,17%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	CARDIOLOGIA	2	3,17%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	QUEIMADOS	2	3,17%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	CLÍNICA MED/CIRURG	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	NEUROCIRURG	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	NEUROLOGIA	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	OBSTETRÍCIA	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	UTI INFANTIL	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS III - ARARAQUARA	UTI NEONATAL	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS IX - MARÍLIA	CIRURGIA GERAL	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS IX - MARÍLIA	CLÍNICA MÉDICA	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS IX - MARÍLIA	NEUROCIRURG	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS IX - MARÍLIA	NEUROLOGIA	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VII - CAMPINAS	CIRURGIA GERAL	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VII - CAMPINAS	CLÍNICA MÉDICA	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VII - CAMPINAS	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VII - CAMPINAS	NEUROLOGIA	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VII - CAMPINAS	ORTOPEDIA E TRAUMATO	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS VIII - FRANCA	CIRURGIA VASCULAR	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS X - PIRACICABA	CARDIOLOGIA	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	UTI ADULTO	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XIV - SÃO JOÃO DA BOA VISTA	UTI ADULTO/ HEMODIÁLISE	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XV - SÃO JOSÉ DO	CIRURGIA	1	1,59%

	RIO PRETO	PLÁSTICA – QUEIMADO		
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	GESTAÇÃO DE ALTO RISCO	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	NEUROCIRURG	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XV - SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	UTI ADULTO	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XVI - SOROCABA	QUEIMADOS	1	1,59%
DRS XIII - RIBEIRÃO PRETO	DRS XVII - TAUBATÉ	CIRURGIA PLÁSTICA – QUEIMADO	1	1,59%
Total Geral			**63**	**100%**

Fonte: CROSS/SP

4.4.4.2. Dimensionamento da Oferta de Serviços na Atenção às Urgências

Segundo Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, a Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos componentes:

- Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde;
- Atenção Básica em Saúde;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- Sala de Estabilização;
- Força Nacional de Saúde do SUS;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24h;
- Rede Hospitalar e
- Atenção Domiciliar

O componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde possui o objetivo de estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis , além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade, visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

No DRS XIII-Ribeirão Preto estas ações são desenvolvidas pelo Centro de Planejamento e Avaliação em Saúde, pelo Centro de Desenvolvimento e Qualificação e pelas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

A Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a

transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação do acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

A tabela 109 demonstra o número de serviços não hospitalares com funcionamento diurno e podemos observar que 68% das unidades atendem uma população abaixo de 50 mil habitantes, 6,5% são classificadas como porte II e 5,3% porte III. Contam com um total de 135 leitos de observação, todas (168) necessitam de readequação física e possuem retaguarda de patologia clínica e imagem.

Tabela 109 – Serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento diurno no DRS XIII-Ribeirão Preto.

	DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO
Unidade (UBS/USF,etc...)	1 UBDS, 93 UBS, 52 USF, 5 Ambulatório S.Mental, 15 Ambulatórios, 1 CAPS II, 1 CAPS AD III
Não enquadrada (Portaria 2048/2002)-abaixo de 50 mil habitantes	148
Porte I (50 a 75 mil hab.)	0
Porte II (75 a 150 mil hab.)	11
Porte III (150 a 250 mil hab.)	9
Necessidade de readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	168
Nº de leitos de observação	135
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	Sim

Segundo a tabela 110, que demonstra os serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento 24h, diuturnamente, 65,2% das unidades atendem uma população abaixo de 50 mil habitantes, 8,7% são classificadas como porte I, 21,7% como porte II e 4,3% porte III. Contam com um total de 132 leitos de observação, todas possuem retaguarda de patologia clínica e imagem e das 23 unidades, 21 necessitam de readequação física.

Tabela 110 – Serviços não hospitalares de atendimento às urgências com funcionamento 24h, diuturnamente no DRS XIII-Ribeirão Preto.

	DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO
Unidade (UBDS, Pronto Atendimento, Pronto Socorro, etc ...)	5 Pronto Socorros, 2 UBS, 4 Unidades Mistas, 6 UBDS, 1 CAPS III, 3 Pronto Atendimentos, 2 Centros Médicos
Não enquadrada (Portaria 2048/2002)-abaixo de 50 mil habitantes	15
Porte I (50 a 75 mil hab.)	2
Porte II (75 a 150 mil hab.)	5
Porte III (150 a 250 mil hab.)	1
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	21
Nº de leitos de observação	132
Retaguarda Patologia Clínica e Imagem	Sim

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) são o conjunto de Serviços de Urgência 24h não hospitalares que devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Podemos observar através da tabela 111, que o DRS XIII possui 1 UPA solicitada e 7 UPAs novas e habilitadas, com um total de 92 leitos de observação, sendo duas de porte I, cinco de porte II e uma porte III, cinco com implantação prevista em 2012 e duas em 2013.

Tabela 111 – Unidade Pronto Atendimento – UPA no DRS XIII-Ribeirão Preto

UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO - UPA	DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO
UPA SOLICITADA	1
UPA NOVA HABILITADA	7
Porte I (50 a 100 mil habitantes)	2
Porte II (100.001 a 200 mil hab.)	4
Porte III (200.001 a 300 mil hab.)	1
Número de leitos de observação	92

O componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um

agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Na tabela 112 verificamos que o DRS XIII possui uma Central de Regulação SAMU 192 habilitada e todos os 26 municípios aderiram ao SAMU.

Tabela 112 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU no DRS XIII-Ribeirão Preto

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU	DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO
Central Regulação SAMU 192-Habilitada	1
Central Regulação SAMU 192-Qualificada	0
Adesão ao SAMU 192	26
Nº de USB Solicitada	15
Nº de USB Habilitada	24
Nº de USB Qualificada	8
Nº de USA Solicitada	0
Nº de USA Habilitada	3
Nº de USA Qualificada	0

A Sala de Estabilização deve ser um ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela Central de Regulação de Urgências.

O DRS XIII possui 20 salas de estabilização solicitadas, com um total de 45 leitos de estabilização (tabela 113).

Tabela 113 – Sala de Estabilização no DRS XIII-Ribeirão Preto

Sala de Estabilização	DRS XIII-Ribeirão Preto
Solicitada	20
Habilitada	0
Nº de leitos de estabilização	45

O componente Hospitalar é constituído pelas portas hospitalares de urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

A rede hospitalar do DRS XIII conta com vinte e três instituições, sendo doze do tipo I, cinco do tipo II e seis do tipo III, sendo que 14 necessitam de readequação física e tecnológica. Cinco instituições possuem serviços de alta complexidade em traumato-ortopedia, três em cardiovascular e três em cerebrovascular (tabela 114).

Tabela 114 – Rede Hospitalar do DRS XIII-Ribeirão Preto

Rede Hospitalar	DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO
Total de Unidade/Instituição	**23**
Unidades com serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório	23
Tipo I (hospital pequeno porte com atendimento 1º nível média complexidade)	12
Tipo II (hospital médio porte com atendimento 2º nível média complexidade)	5
Tipo III (hospital de referência atendimento urgência 3º nível de média complexidade e alta complexidade)	6
Necessidade de Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	14
Nº de leitos de Enfermaria clínica de retaguarda	35
Nº de Leitos Enfermaria longa Permanência	23
Nº Leitos Clínicos	868
Nº Leitos Cirúrgicos	540
Nº Leitos UTI Adulto Tipo II	57
Nº Leitos UTI Adulto Tipo III	40
Nº Leitos UTI Pediátrica Tipo II	3
Nº Leitos UTI Pediátrica Tipo III	20
Nº Leitos UTI Neonatal	46
Serviço Traumato-ortopedia	5
Serviço Cardiovascular	3
Serviço Cerebrovascular	3

O componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

A tabela 115 demonstra o componente atenção domiciliar no DRS XIII e a previsão de implantação para os anos 2012, 2013 e 2014.

Tabela 115 - Atenção Domiciliar no DRS XIII-Ribeirão Preto

Atenção Domiciliar	DRS XIII-Ribeirão Preto
Modalidade AD2	02
Modalidade AD3	03
Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar-EMAD	03
Equipe Multiprofissional de Apoio -EMAP	03

A Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002, define a Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, como sendo o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

O fluxo de regulação é demonstrado pela tabela 116, bem como a cobertura pelas Centrais de Regulação Regional e Municipal.

Tabela 116 – Fluxo de Regulação no DRS XIII-Ribeirão Preto

Fluxo de Regulação	DRS XIII-Ribeirão Preto
Central de Regulação Médica Regional	25 municípios
Central de Regulação Médica Municipal	Município de Ribeirão Preto
É referência pactuada para os municípios:	
Batatais, Sertãozinho, Monte Alto e Guariba	para o DRS 13
Ribeirão Preto	para o DRS 13, outros DRSs e outros estados
Santa Rita do Passa Quatro	em psiquiatria para o DRS 13

A CROSS e a Central de Regulação do DRS XIII-Ribeirão Preto exercem suas atividades através da grade de referências, demonstrada pelas tabelas 117, 118,119, 120, 121, 122, 123 e 124.

Tabela 117 – Referência na especialidade de Clínica Médica para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS XIII-Ribeirão Preto	
Município Referência para Média Complexidade	**População Coberta**
CGR VALE DAS CACHOEIRAS	
Altinópolis	própria
Batatais	própria e referenciada do DRS
Cajuru	própria e referenciada de Sta Cruz da Esperança e Cássia dos Coqueiros
Sto Antônio da Alegria	própria
CGR HORIZONTE VERDE	
Guariba	própria
Jaboticabal	própria
Monte Alto	própria
Pitangueiras	própria
Pontal	própria
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Cravinhos	própria
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Santa Rita Passa Quatro	própria
Santa Rosa de Viterbo	própria
São Simão	própria
Serrana	própria e referenciada de Serra Azul
Município Referência para Alta Complexidade	**População Coberta**
Batatais	própria e referenciada do DRS
Monte Alto	
Sertãozinho	
Ribeirão Preto	

Tabela 118 – Referência na especialidade de Traumato-ortopedia para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS XIII-Ribeirão Preto	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR VALE DAS CACHOEIRAS	
Batatais	própria e referenciada do DRS
Cajuru	própria e referenciada deSta. Cruz da Esperança e Cássia dos Coqueiros
CGR HORIZONTE VERDE	
Guariba	própria e referenciada do DRS
Jaboticabal	própria
Monte Alto	própria
Pitangueiras	própria
Pontal	própria
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Serrana	própria e referenciada de Serra azul
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Batatais	própria e referenciada do DRS
Sertãozinho	
Ribeirão Preto	

Tabela 119 – Referência na especialidade de Neurocirurgia para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS XIII-Ribeirão Preto	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR HORIZONTE	
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
Ribeirão Preto	

Tabela 120 – Referência na especialidade de Cirurgia Geral para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS XIII-Ribeirão Preto	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR VALE DAS CACHOEIRAS	
Altinópolis	própria
Batatais	própria e referenciada do DRS
Cajuru	própria e referenciada de Sta Cruz Esperança e Cássia dos Coqueiros
Santo Antonio Alegria	própria
CGR HORIZONTE VERDE	
Guariba	própria
Jaboticabal	própria
Monte Alto	própria
Pitangueiras	própria
Pontal	própria
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Cravinhos	própria
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Santa Rita Passa Quatro	própria
Santa Rosa de Viterbo	própria
São Simão	própria
Serrana	própria e referenciada de Serra Azul
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS

Tabela 121 – Referência na especialidade de Cirurgia Pediátrica para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR VALE DAS CACHOEIRAS	
Altinópolis	própria
Batatais	própria e referenciada do DRS
Cajuru	própria e referenciada de Sta Cruz Esperança e Cássia dos Coqueiros
CGR HORIZONTE VERDE	
Guariba	própria
Jaboticabal	própria
Monte Alto	própria
Pitangueiras	própria
Pontal	própria
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Cravinhos	própria
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Santa Rita Passa Quatro	própria
Santa Rosa de Viterbo	própria
São Simão	própria
Serrana	própria e referenciada de Serra Azul
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS

Tabela 122 – Referência nas especialidades de UTI Adulto, UTI Infantil, UTI Neonatal e Obstetrícia Alto Risco para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS 13-RIBEIRÃO PRETO (3 CGR/26 municípios)	
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
UTI ADULTO	
CGR VALE DAS CACHOEIRAS	
Batatais	própria e referenciada do DRS
CGR HORIZONTE VERDE	
Monte Alto	própria e referenciada do DRS
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
UTI NEONATAL	
CGR HORIZONTE VERDE	
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
UTI INFANTIL	
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
OBSTETRÍCIA ALTO RISCO	
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS

Tabela 123 – Referência na especialidade de Obstetrícia Risco Habitual para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
CGR VALE DAS CACHOEIRAS	
Altinópolis	própria
Batatais	própria
Cajuru	própria
CGR HORIZONTE VERDE	
Guariba	própria
Jaboticabal	própria
Monte Alto	própria
Pitangueiras	própria
Pontal	própria
Sertãozinho	própria e referenciada do DRS
CGR AGUIFERO GUARANI	
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Santa Rita do Passa Quatro	própria
Santa Rosa de Viterbo	própria
São Simão	própria
Serrana	própria

Tabela 124 – Referência nas especialidades de Cirurgia Vascular, Cirurgia Bucomaxilo, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria para o DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS XIII-RIBEIRÃO PRETO	
CIRURGIA VASCULAR	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
CIRURGIA BUCOMAXILO	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
OFTALMOLOGIA	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
OTORRINOLARINGOLOGIA	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
Município de Referência Alta Complexidade	**População Coberta**
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS
PSIQUIATRIA	
Município de Referência Média Complexidade	**População Coberta**
Santa Rita Passa Quatro	própria e referenciada do DRS
Ribeirão Preto	própria e referenciada do DRS

- **Referências das Redes de Alta Complexidade**

O DRS XIII também é referência no atendimento em alta complexidade para outros DRSs da RRAS13 e até para outras RRAS, conforme demonstrado na tabela 125.

Tabela 125 – Referências das Redes de Alta Complexidade dos prestadores do DRS XIII-Ribeirão Preto

DRS	CARDIOLOGIA	ORTOPEDIA	ONCOLOGIA	NEUROLOGIA
DRS III DE ARARAQUARA	HC Rib.Preto	HC Rib.Preto	HC Rib.Preto/Sta.Casa R.P./Beneficência	
DRS VI DE BAURU	HC Rib.Preto			
DRS VIII DE FRANCA	HC Rib.Preto	HC Rib.Preto	HC Rib.Preto	
DRS IX DE MARÍLIA	HC Rib.Preto			
DRS XIII DE RIBEIRÃO PRETO	HC Rib.Preto/Sta.Casa /Beneficência	HC Rib.Preto/Sta.Casa/Beneficência	HC Rib.Preto/Sta.Casa /Beneficência	HC Rib.Preto/Sta. Casa R.Preto
DRS XIV DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA	HC Rib.Preto	HC Rib.Preto		

5. PROPOSTA DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA RRAS 13

A Rede de Atenção às Urgências e emergências (RUE), de acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.600 de 07/07/2011, é constituída por diferentes componentes que devem estar, todos, articulados e integrados objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergências nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

O número crescente de acidentes de trânsito nas rodovias, a violência urbana e as fragilidades da Rede de Atenção do Sistema de Saúde em relação à prevenção e promoção à saúde da população, conforme apontado anteriormente, confere relevância à área de Urgência e Emergência, onde o raciocínio rápido e a tomada de decisão acertada e imediata fazem a diferença na qualidade do atendimento e nos seus resultados.

Assim, torna-se indispensável envolver todos os níveis de atenção estruturados nos componentes da rede de urgência e emergência, onde os diferentes serviços possam se reconhecer como parte de um todo, recebendo o usuário em sua necessidade e encaminhando-o ao serviço mais apropriado.

As análises dos aspectos demográficos e socioeconômicos, aspectos de infraestrutura e economia, e do perfil de morbimortalidade embasaram a construção deste Plano Regional da Rede de Urgência e Emergência.

A RRAS 13 apresenta o Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências e Emergências com os objetivos de: ampliar o acesso com acolhimento e resolubilidade no atendimento dos casos de urgência/emergência e de organizar os fluxos com qualificação do processo de regulação e gestão articulada da atenção às urgências e emergências, com economia de escala, no âmbito das Regiões de Saúde dos DRSs de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto.

Vale salientar que, as propostas levaram em consideração as demandas regionais, com ênfase na realidade dos municípios no contexto da implementação da RRAS13, referências pactuadas e protocolos utilizados para a implantação e implementação em toda a rede de atendimento.

Os componentes da RUE encontram-se didaticamente separados, no entanto, eles deverão trabalhar de forma integrada, conforme a seguir:

5.3. Complexo Regulador Regional da RRAS 13 (CRR – RRAS 13)

Conforme Deliberação CIB nº 6 (2012), define-se como Complexo Regulador uma das estratégias de regulação do acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de urgências, centrais de internações, centrais de agendamento de consultas e serviços de apoio ao diagnóstico e à terapêutica, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos.

Tem por objetivo promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência, permitindo o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, através de ações dinâmicas, agindo sobre as estruturas do sistema, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

O Complexo Regulador da RRAS 13 será o primeiro a ser implantado no Estado de São Paulo, conforme projeto elaborado por gestores da RRAS 13 e CROSS/SP e prevê 3 fases:

1ª fase

- Adequação da Área Física;
- Implantação do Núcleo de Urgência e Emergência nos moldes da CROSS-SP;
- Disponibilização dos leitos de todas as referências hospitalares para o complexo regulador via web;
- Implantação do Núcleo de Consultas e Serviço de Apoio ao Diagnóstico e à Terapêutica em conformidade com o executado pela CROSS-SP;

2ª fase

- Integração e monitoramento das Centrais de Regulação existentes;
- Implantação do Sistema de Informação da SES/SP nos complexos reguladores Municipais;
- Integração dos Complexos Reguladores Municipais;
- Qualificação dos processos de referência e contrarreferência a partir da Atenção Básica.

3ª fase

- Implantação do Núcleo de Internação no Complexo Regulador Regional.

Com a implantação do CRR espera-se organizar a rede assistencial visando a melhoria do acesso aos serviços de saúde e assegurar a integralidade do cuidado através de uma relação horizontal organizada, sistematizada e regulada, a partir da atenção básica com os outros pontos de atenção do sistema.

5.4. Atenção Básica

Concebida como ordenadora do sistema loco regional, devendo integrar os diferentes pontos de atenção com necessidade de reorganização dos modelos de atenção já existentes que contemplem seus princípios ordenadores: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, coordenação e resolubilidade, a Atenção Básica de Saúde (ABS) deve prestar atendimento às urgências de pequena complexidade, intercorrências clínicas e queixas agudas, de forma que possa gerenciar o cuidado à saúde, garantindo a integralidade, por meio de processos regulatórios a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS).

As ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde, bem como ações para qualificação das informações e das notificações serão incentivadas para que possam subsidiar o planejamento e a melhoria dos indicadores de saúde da região.

Pode-se dizer que Rede de Atenção Básica desta RRAS apresenta uma capacidade instalada importante, necessitando ainda de melhor qualificação para atendimentos de urgência, com adequações físicas para implantação de leitos de observação clínica em sua grande maioria, além de discussões amplas sobre modelo assistencial e os processos de trabalho, em consonância com as Diretrizes Nacional e Estadual de Atenção Básica.

Requer uma remodelagem dos espaços físicos e dos fluxos, territorialização, vínculo, ações comunitárias, além da qualificação da equipe, educação permanente, matriciamento, intersetorialidade, sendo necessário instituir o acolhimento ao usuário, que deve ser realizado por toda equipe e ocorrer em todo o horário de funcionamento da unidade, respeitando as diretrizes da Política Nacional de Humanização, visando garantir um padrão de ambiência para as UBS, com estrutura física e equipamentos médico hospitalares adequados ao processo de trabalho das equipes de saúde e necessidades da população.

Considerando o perfil epidemiológico da Região, faz-se necessária a reorganização dos serviços nesse nível de Atenção, resgatando as ações individuais e coletivas de prevenção e promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, educação e orientação em saúde para a população. Tal reorganização objetiva a redução, principalmente, das morbimortalidades relacionadas ao Aparelho Circulatório, que se configura como a primeira causa de mortalidade nessa região, bem como as relacionadas às Causas Externas de Mortalidade.

Devido à especificidade Regional no tocante às pactuações ocorridas, apresentaremos à seguir o detalhamento dos componentes da RUE, por DRS.

5.5. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Centrais de Regulação-ANEXO I

DRS III-Araraquara

Ressalta-se que, DRS III aguarda a liberação, pelo MS, de 17 Veículos de Suporte Básico e de 1 Veículo de Suporte Avançado, já solicitados para os seguintes municípios: Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia, Borborema, Nova Europa, Tabatinga, Descalvado, Dourado, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Cândido Rodrigues, Dobrada e Santa Ernestina (1 V.S.B. para cada município) e São Carlos (3 V.S.B e 1 V.S.A).

Ressalta-se ainda que o SAMU Suporte Avançado instalado na base descentralizada de Itápolis será transferido para o município de Ibitinga, e que existe intenção de adesão ao componente SAMU pelo município de Ibaté.

DRS V-Barretos

Todos os dezoito municípios do DRS V Barretos fizeram adesão SAMU 192.

No momento esta habilitada apenas a Central de Regulação SAMU 192 de Barretos que atualmente tem abrangência regional abarcando todos (dez) os municípios da Região Norte Barretos. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU192 foi implantado no Município de Barretos no dia 16 de agosto de 2006 e neste período o SAMU atendia cinco Municípios: Barretos, Colina, Jaborandi, Guaíra e Colômbia. Barretos possuía uma Unidade de Suporte Básica (USB) tripulada por um Motorista Socorrista e uma Técnica de Enfermagem, uma Unidade de Suporte Avançado (USA) tripulada por Médico, Enfermeiro e Motorista Socorrista e uma Unidade de Reserva Técnica; Guaíra possuía uma Unidade de Suporte Básico. Ainda, o SAMU de Barretos possuía uma Incubadora de Transporte de Recém- Nascido. Em 03/03/2012 o SAMU passou a ser Regional, incluindo mais cinco Municípios: Olímpia, Altair, Guaraci, Cajobi e Severínia. Quanto aos veículos de transporte, Barretos continuou com uma Unidade de Suporte Básico, uma Unidade de Suporte Avançado, uma Unidade de Reserva Técnica e Guaíra continuou com uma Unidade de Suporte Básico, Olímpia recebeu uma Ambulância de Suporte Básico e realiza também a cobertura do Município de Severínia e Cajobi, Guaraci recebeu uma ambulância de Suporte Básico e realiza a cobertura também do Município de Altair, Jaborandi recebeu uma Unidade de Suporte Básico e realiza também a cobertura do Município de Colina e Colômbia recebeu uma Unidade de Suporte Básico. Após aprovação no CGR Norte Barretos, foi encaminhado pedido de ambulâncias para o Ministério da Saúde, solicitando Unidade de Suporte Básico para Altair, Barretos, Cajobi, Colina e Severínia, sendo também solicitada uma Unidade de Suporte Avançado para o município de Olímpia. O SAMU Regional de Barretos possui duas Incubadoras de Transporte de Recém-Nascido.

O município de Barretos apresentou, em reunião do CGR Norte, proposta de consórcio entre os municípios como definição de seu formato jurídico que propicie qualificar a assistência prestada e já houve inclusive reunião com participação de prefeitos da região.

Na Região Sul Barretos, o pleito do SAMU Regional de Bebedouro foi encaminhado ao Ministério da Saúde e Bebedouro, município sede, também apresentou aos gestores proposta de consórcio, mas houve mudança de gestores em Bebedouro e a questão precisa ser retomada junto ao Ministério da Saúde.

Cabe destacar que a efetiva implantação do SAMU nas regiões enfrenta algumas dificuldades, pois este serviço tem um custo bastante elevado e o financiamento para os municípios, especialmente os de pequeno porte, tem um peso importante no orçamento demandando avançar nas discussões sobre o financiamento desse serviço.

DRS VIII-Franca

A organização do componente móvel pré-hospitalar de Urgência/ Emergência nas Regiões de Saúde tem sido, até então, iniciativa exclusiva dos gestores e de suas equipes técnicas. As barreiras à operacionalização, em seus diversos aspectos, especialmente o financiamento e a definição de seu formato jurídico, colocam os municípios em situação vulnerável, somando-se a isso, a ausência de definição por parte do Estado de São Paulo de como será sua contrapartida no financiamento do componente móvel pré-hospitalar de Urgência.

A Regionalização do SAMU vem sendo amplamente debatida, desde 2009, em todas as Regiões de Saúde que compões a RRAS 13, entre os gestores e respectivas equipes técnicas, e já temos definido o desenho nas respectivas regiões, e propostas de consórcios entre os municípios como definição de seu formato jurídico que propicie qualificar a assistência prestada.

Entretanto, a efetiva implantação do SAMU nas regiões esbarrou em algumas dificuldades principalmente para os municípios de menor porte, pois é sabido que este serviço tem um custo bastante elevado e o financiamento para esses municípios tem um peso importante no orçamento, se considerarmos que os repasses do governo federal cobrem em torno de 25% do custo real do SAMU.

Na área de abrangência do DRS VIII-Franca os 22 municípios aderiram ao SAMU 192, a região conta com 02 Centrais de Regulação do SAMU-192- Habilitadas, a Central do município de Franca atenderá o Colegiado de Gestão Regional Três Colinas, composto pelo municípios de Cristais Paulista, Franca, Itirapuã, Jeriquara, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista, a do município de Ituverava, que irá atender os 12 municípios dos CGR's Alta Anhanguera, composto pelos municípios de Ipuã, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Sales Oliveira e São Joaquim da Barra e Alta

Mogiana composto pelos municípios de Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ituverava e Miguelópolis, está em fase de negociação com os gestores municipais, cuja proposta é a inserção dos mesmos junto a Central de Regulação do SAMU do CGR Três Colinas, em razão do custo elevado na implantação do serviço. As citadas Centrais de Regulação do SAMU do CGR Três Colinas, sediada em Franca e o dos CGR's Alta Anhanguera e Alta Mogiana, sediado em Ituverava.

DRS XIII-Ribeirão Preto

O SAMU Regional, que teve seu início em outubro/1995 no município de Ribeirão Preto, sendo que o processo de implantação Regional deu-se conforme abaixo:

Set/2000: início da Regulação Médica Municipal de Ribeirão Preto;

Set/2009: início do projeto do SAMU Regional junto ao Ministério da Saúde;

Nov/2009: início das discussões junto aos municípios do DRS XIII para elaboração do plano operacional do SAMU Regional;

2010: ajustes do plano do SAMU Regional sobre Central Regulação Médica Pré Hospitalar, USAs e USBs em bases descentralizadas;

jan/2011: definição do plano operacional do SAMU Regional;

set/2011: elaboração do protocolo de intenção do consórcio intermunicipal de saúde AVH;

out-nov/2011: treinamento e capacitação dos profissionais do SAMU Regional;

jan/12: início do SAMU Regional com a introdução do SAMU Sertãozinho;

mar/2012: introdução do SAMU de Cajuru;

mai/2012: introdução do SAMU Regional de Serra Azul, SAMU Batatais e SAMU Pitangueiras;

mai/2012: reunião e eleição dos responsáveis pelo consórcio intermunicipal de saúde AVH – SAMU Regional;

jun/2012: introdução do SAMU Jaboticabal e SAMU Dumont;

jul/2012: término das assinaturas do consórcio intermunicipal de saúde AVH - SAMU Regional;

ago/12: introdução do SAMU Serrana;

ago/2012: registro no cartório do consórcio intermunicipal de saúde AVH.

Atualmente os 26 municípios do DRS XIII-Ribeirão Preto aderiram ao SAMU, sendo que a Central de Regulação localiza-se no município de Ribeirão Preto, que conta com um total de 4 USAs, sendo 2 no município de Ribeirão Preto para a região de saúde do Aquífero Guarani, 1 no município de Sertãozinho para a região do Horizonte Verde e 1 em Batatais para a região do Vale das Cachoeiras. As USBs estão distribuídas conforme anexo I.

5.6. Unidade de Pronto Atendimento (UPA – 24 horas) – ANEXO II

DRS III-Araraquara

No âmbito do DRS III, foram habilitadas 7 UPAs novas, sendo 06 - Porte I nos municípios de Araraquara, Porto Ferreira, Matão, São Carlos e Taquaritinga e 01 Porte II no município de Araraquara, que se encontram em diferentes fases de construção.

Considerando que município de Ibitinga foi o único que não havia pleiteado o recurso, nesse momento, se propõe a aderir ao componente referido (UPA Porte I), o que trará beneficio a Região Centro-Oeste.

Vale constar que esse componente será monitorado por sistema próprio - Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB, o qual deverá ser alimentado mensalmente quanto ao andamento das fases de construção e reforma, para acompanhamento e liberação dos recursos de financiamento, conforme anexo II.

O Cronograma de implantação das UPAs está definido conforme a seguir:

- UPA I Vila Xavier – Araraquara - em funcionamento
- UPA II CENTRAL - Araraquara - em funcionamento
- UPA I PM Ibitinga – 3º quadrimestre de 2013
- UPA I PM Porto Ferreira – 3º quadrimestre de 2013
- UPA I Dr. Samuel V.Oliveira – São Carlos - em funcionamento
- UPA I Santa Felícia - São Carlos - em funcionamento
- UPA I Bairro Alto – Matão - 3º quadrimestre de 2013
- UPA I PM de Taquaritinga - 3º quadrimestre de 2013

DRS V-Barretos

De acordo com a Portaria GM/MS Nº 1.600 de 07/07/2011 a UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade. As UPAs – Unidades de Pronto Atendimento Ambulatorial, no DRS-V Barretos são em número de 3 novas, habilitadas e localizadas: uma em Barretos (Porte II), uma em Olímpia (Porte I), ambos municípios da Região Norte Barretos e ainda uma em Bebedouro (Porte II), município da Região Sul Barretos. A UPA de Barretos abrange os municípios de Barretos, Guaíra, Colômbia, Colina e Jaborandi, perfazendo um total de 177.583 habitantes; a construção teve início em 30/12/2010, o atestado de conclusão da mesma foi emitido em 08/05/2012 e a previsão de inauguração é para o segundo semestre de 2012. A UPA de Olímpia foi inaugurada em julho de 2012, quando iniciou seu funcionamento; na proposta encaminhada ao Ministério da Saúde, abrange a população de Olímpia, mas de acordo com fluxo definido pela gestão de Olímpia, esta recebendo toda a demanda de urgência e emergência do próprio município e ainda, a encaminhada pelos municípios do seu entorno. Há o entendimento que a UPA de Olímpia deve tornar-se regionalizada, porte II: Altair, Cajobi, Guaraci e Severínia. A UPA de Bebedouro teve o início das obras em novembro de 2011 e sua abrangência é para a população de Bebedouro e todos os municípios do seu entorno: Monte Azul Paulista, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro e Vista Alegre do Alto. A previsão para inauguração e início do funcionamento é para 2013.

DRS XIII-Ribeirão Preto

A definição das implantações das UPAs no DRS XII-Ribeirão Preto foram pactuadas nos CGRs, totalizando oito unidades sendo uma na Região do Vale das Cachoeiras, localizada no município de Batatais para atendimento de toda Região de Saúde; uma no município de Sertãozinho e uma no município de Jaboticabal, localizadas na Região do Horizonte Verde; uma no município de Serrana, para atendimento inclusive dos municípios de Serra Azul e São Simão e quatro no município de Ribeirão Preto, localizadas na Região do Aquífero Guarani.

A solicitação deste componente atendeu a Portaria nº 1601, de 07/07/2011, sendo que a homologação para os municípios, acima citados, deu-se através da deliberação CIB nº 38 de 23/07/2009. A habilitação da UPA de Batatais, porte II, foi pela portaria nº 1901 de 20/08/2009; as três unidades de Ribeirão Preto, uma porte III e duas porte II, pelas Portarias GM/MS nº 1.898, de 20/08/2009, nº 114, de

12/01/10 e nº 1.110, 12/05/11, respectivamente; a unidade de Serrana pela portaria nº 109, de 12/01/2012; Jaboticabal pela portaria GM/MS nº 1.897, de 19/08/2009 e Sertãozinho habilitada pela portaria nº 2.027, de 01/09/2009. A quarta UPA de Ribeirão Preto é porte II e está apenas solicitada.

5.7. Sala de Estabilização (SE)

DRS III-Araraquara

A Sala de Estabilização - SE é a estrutura que funciona como local de assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, para posterior encaminhamento a outros pontos da rede de atenção à saúde e deve ser localizada em unidades ou serviços da Rede de Atenção à Saúde, com a observação dos parâmetros constantes do Anexo II da Portaria GM/MS nº 2.338 de 3 de outubro de 2011, que estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação deste componente na RUE.

Apesar de haver apontamento anterior favorável pelo MS quanto ao componente SE na região, situação em que ocorreram visitas aos municípios da área de abrangência do DRSIII, que segundo orientações do próprio MS demandaram solicitação do componente, com publicação de Deliberação CIB, atualmente, segundo critérios e portarias, não foram identificados municípios desta região que se enquadrem na adesão deste componente.

Tabela 17 - Sala de Estabilização no DRS III-Araraquara.

SALA DE ESTABILIZAÇÃO	DRS III-ARARAQUARA
Solicitada	12
Habilitada	0
Nº de leitos de estabilização	40

DRS V-Barretos

O componente Sala de Estabilização, de acordo com a Portaria GM/MS 1.600 de 07/07/2011 deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências. Dos quinze municípios do DRS V Barretos com população inferior a 50 mil habitantes, 13 estão pleiteando junto ao Ministério da Saúde a Sala de Estabilização e todos já tiveram seus pleitos aprovados na Comissão

Intergestores Bipartite em abril e maio de 2012. Apenas dois municípios da Região Sul Barretos não solicitaram Sala de estabilização: Monte Azul Paulista e Taiúva. O número total de leitos de estabilização a serem instados nos 13 (treze) municípios é de 30 (trinta).

DRS VIII – Franca

O componente sala de estabilização foi solicitado para municípios de até 50.000 habitantes, atendendo a Portaria GM/MS nº 2.338, de 03/10/2011.

Foram homologadas pela Deliberação CIB nº 33, de 22/05/2012, as salas de estabilização dos municípios de Cristais Paulista, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Miguelópolis, Morro Agudo, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Rifaina, Restinga, Ribeirão Corrente, Sales Oliveira e São José da Bela Vista.

DRS XIII-Ribeirão Preto

O componente sala de estabilização foi solicitado para municípios de até 50.000 habitantes, atendendo a Portaria GM/MS nº 2.338, de 03/10/2011.

Foram homologadas pela Deliberação CIB nº 33, de 22/05/2012, as salas de estabilização dos municípios de Brodowski, Cássia dos Coqueiros, Santo Antonio da Alegria, Barrinha, Dumont, Guariba, Monte Alto, Pontal, Guatapará, Luis Antonio, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Serra Azul e pela Deliberação nº 22, de 20/04/2012 as salas de Altinópolis, Cajuru, Pitangueiras, Pradópolis, Jardinópolis, Cravinhos e Santa Rita do Passa Quatro.

5.8. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) – ANEXO III

DRS III-Araraquara

Ao se considerar as Portarias nº 2527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Portaria nº 1533 de 16 de julho de 2012, que altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, os municípios de Ibitinga, Itápolis, Porto Ferreira, Matão e Taquaritinga poderão solicitar a implantação de SAD, por se enquadrarem no novo parâmetro populacional.

DRS V-Barretos

Segundo a Portaria GM/MS Nº 1.600 de 07/07/201, o componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. Ainda, o objetivo da atenção domiciliar, de acordo com a Portaria GM/MS Nº 2.527 de 27/10/2011, é reduzir as demandas por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Os municípios do DRS-V Barretos não possuem Serviço de Atenção Domiciliar implantado e manifestaram o interesse em implantação de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) os municípios de Barretos, Bebedouro e Olímpia, conforme discriminado anexo IV.

DRS VIII-Franca

Para este componente, dos 22 municípios da área de abrangência do DRS VIII-Franca, apenas Franca e São Joaquim da Barra, tem população superior a 40 mil habitantes, que é um dos critérios estabelecidos pela Portaria nº 2527, GM/MS de 27/10/2011. Somente o município de Franca manifestou interesse na implantação deste componente, com serviços estruturados de forma articulada e integrada aos outros componentes da RUE e à rede de atenção à saúde, sendo o referido serviço discriminado no anexo IV.

DRS XIII-Ribeirão Preto

As Definições do componente Atenção Domiciliar atenderam os critérios estabelecidos pelas Portarias GM/MS nº 2.527, de 27/10/2011 e nº 1.533, de 16 de julho de 2012, sendo integrados aos outros componentes da RUE e à rede de atenção à saúde.

A Deliberação CIB nº 46/2012 homologou o serviço de Sertãozinho com 1 EMAD (modalidade AD2 e AD3) e 1 EMAP, e o serviço de Monte Alto, também com 1 EMAD (modalidade AD2 e AD3) e 1 EMAP . O serviço de Ribeirão Preto foi homologado pela portaria nº 2959 de 14/12/2009, com 6 EMAD e 2 EMAP.

5.9. Linhas de Cuidado

Dentro das linhas de cuidados estabelecidas como prioritárias para o MS (IAM, AVC e TRAUMA) serão estabelecidos os fluxos dentro das referências e serviços em um primeiro momento já existentes, otimizando os recursos e garantindo o atendimento adequado, levando-se em consideração o tempo resposta e a necessidade de complexidade do caso.

Com a implementação da RUE será viabilizada a garantia, como já citado anteriormente, de qualificação das portas consideradas estratégicas, para os atendimentos de emergências e os casos mais complexos após avaliação e atendimento emergencial, serão encaminhados para as referências terciárias da região, através dos complexos regulatórios, dentro dos critérios estabelecidos pelas Portarias específicas das linhas de cuidado :

IAM, PORTARIA Nº 2.994, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2011 - Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS-

AVC, PORTARIA MS/GM Nº 665, DE 12 DE ABRIL DE 2012- Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral-AVC, no âmbito do SUS, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a linha de cuidados em AVC.

De acordo com a referida portaria, para que se possam cadastrar 10 leitos especializados em AVC, é necessário que exista um fluxo anual em torno de 800 pacientes. Apesar da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP não atingir esse patamar, estamos solicitando seu cadastramento com base nos seguintes aspectos:

- Atualmente, a U.E. é o principal servidor para casos neurológicos complexos, incluindo AVC. Para atender esses objetivos, a U.E. tem investido em novos recursos diagnósticos e terapêuticos, estando provida hoje com angiografia digital para procedimentos de neuro-intervenção e atualização de seu parque diagnóstico com um novo tomógrafo de 64 canais.

- O maior problema enfrentado pela U.E. para ampliar o atendimento é a dificuldade de drenagem de pacientes que já foram atendidos e apresentam sequelas graves que impeçam a sua reinserção social. Infelizmente, é comum que os pacientes com AVC tenham essas complicações e fiquem internados por meses, prejudicando o atendimento de outros pacientes. O novo Hospital de Serrana, que atuará como retaguarda para a U.E. dedicará 20 leitos exclusivos para essa finalidade,

o que representa um acréscimo de 100% na capacidade oferecida hoje como leitos de retaguarda para neurologia.

- Um dos problemas do atendimento do AVC é a identificação precoce dos casos. Muitos pacientes não são encaminhados na fase aguda, mas são admitidos por complicações clínicas, como pneumonia, após uma semana do episódio agudo. Esses pacientes dão entrada pela Clínica Médica e não são computados pelo sistema como sendo AVC. A maior rotatividade dos leitos ampliará a capacidade de encaminhamento e diagnóstico precoce.

- A U.E. está investindo também na capacitação da equipe. Temos hoje neurologistas de plantão 24 horas por dia, que poderão, inclusive, oferecer consultoria por vídeo-conferência para hospitais menores. Já se esboça esse tipo de atendimento como projeto de pesquisa, o que tenderá a ampliação do encaminhamento desses pacientes.

TRAUMA, aguardando as devidas publicações com as garantias tecnológicas e de atendimento adequado. Este desenho será definido dentro da continuidade das discussões do projeto da RUE da RRAS 13.

O credenciamento/habilitação das instituições indicadas na tabela contida nos anexos, não excluem a possibilidade de outras instituições desta RRAS 13 solicitarem novas inclusões.

5.10. Componente Hospitalar – ANEXO IV

DRS III-Araraquara

As necessidades de leitos de retaguarda clínica e leitos de longa permanência foram identificadas, mediante consenso dos Grupos Condutores Municipal e Regional, considerando-se os critérios da Portaria nº 2.395 de 11 de outubro de 2011, o que incorreu na redução do número de prestadores aptos a absorverem tais demandas.

Ressalta-se, portanto, que os leitos dos hospitais de pequeno porte, sem equipe multidisciplinar durante as 24h por dia, nos sete dias da semana, não foram computados para o cálculo das necessidades.

Apresentamos a seguir as propostas de gestores municipais e prestadores de instituições públicas e filantrópicas, para definição das portas de entrada, enfermaria clínica de retaguarda, enfermaria de retaguarda de longa permanência e leitos de cuidados intensivos do componente hospitalar.

- **Portas de Entrada Hospitalares de Urgência**

Na região de saúde Central a porta de entrada estratégica hospitalar será a seguinte instituição:

Santa Casa de Misericórdia de Araraquara: classificada como hospital especializado tipo II, sendo referência para toda a população das regiões de saúde Central, Centro-Oeste, Coração e Norte. Possui habilitação em alta complexidade em traumato-ortopedia, neurologia, cardiologia e oncologia, sendo referência para todo o DRS III- Araraquara.

- **Enfermaria Clínica de Retaguarda**

De acordo com a portaria GM/MS nº 2395 de 11/10/2011 e portaria 1101/02, temos um déficit de 176 leitos e foram acordados os seguintes quantitativos:

Região Central

Santa Casa de Misericórdia de Araraquara: ampliação de 45 leitos e a qualificação de 45 leitos

Região Centro-Oeste

Santa Casa de Itápolis: ampliação de 19 leitos e qualificação de 19 leitos

Região Coração

Hospital Dona Balbina: ampliação de 11 leitos e qualificação de 11 leitos

Hospital Escola de São Carlos: ampliação de 80 leitos e qualificação de 18 leitos

Salientamos que o Hospital Escola de São Carlos no momento possui 18 leitos cadastrados no CNES. Entretanto o Hospital Escola está em fase de ampliação, com previsão de aumentar para 220 leitos clínicos e cirúrgicos, o que garantirá a alocação de 80 leitos de retaguarda clínica quando da implantação da RUE.

Região Norte

Sociedade Matonense de Benemerência Hospital Carlos Fernando Malzoni: ampliação de 10 leitos e qualificação de 10 leitos

Santa Casa de Taquaritinga: ampliação de 11 leitos e qualificação de 11 leitos

- **Enfermaria de Retaguarda de Longa Permanência**

Com relação à enfermaria de retaguarda de longa permanência a solicitação está de acordo com a portaria GM/MS nº 2395 de 11/10/2011 e portaria 1101/02, onde possuímos um déficit de 71 leitos e foram acordados os seguintes quantitativos:

Região Central

Santa Casa de Misericórdia de Araraquara: 23 leitos

Região Coração

Hospital Escola de São Carlos: 27 leitos

Região Norte

Sociedade Matonense de Benemerência Hospital Carlos Fernando Malzoni: 21 leitos

- **Leitos de Terapia Intensiva**

Ressaltamos que, neste momento, os leitos de UTI tipo II do HEAB estão em processo de credenciamento.

As solicitações de leitos de Terapia Intensiva seguiram a portaria GM/MS nº 2395 de 11/10/2011 e portaria 1101/02, onde o DRS III possui um déficit de 54 leitos, sendo que absorveu a necessidade do DRS VIII de Franca de mais 17 leitos para contemplar a necessidade da RRAS 13. Foram acordados os seguintes quantitativos nas seguintes instituições:

Região Central

Santa Casa de Misericórdia de Araraquara: ampliação de 18 leitos e qualificação de 7 leitos de UTI adulto.

Região Centro-Oeste

Santa Casa de Itápolis: ampliação de 4 leitos e qualificação de 3 leitos de UTI adulto.

Santa Casa de Ibitinga: ampliação de 4 leitos e qualificação de 3 leitos de UTI adulto.

Região Coração

Hospital Dona Balbina de Porto Ferreira : ampliação de 6 leitos de UTI adulto.

Hospital Escola de São Carlos: ampliação de 21 leitos de UTI adulto.

Santa Casa de Misericórdia de São Carlos: ampliação de 10 leitos e qualificação de 11 leitos de UTI adulto.

Região Norte

Sociedade Matonense de Benemerência Hospital Carlos Fernando Malzoni: ampliação de 8 leitos e qualificação de 5 leitos de UTI adulto.

Santa Casa de Misericórdia de Taquaritinga: qualificação de 04 leitos de UTI adulto.

Para melhor entendimento, apresentamos a análise do componente hospitalar da RRAS13, apontadas na tabela abaixo:

Tabela 33 – Proposta de pactuações de leitos para atendimento das necessidades do DRS III

TIPO DE LEITO	PARÂMETROS RECOMENDADOS PORT 1101/2002				PROPOSTA PARA NOVOS LEITOS		PROPOSTA PARA QUALIFICAÇÃO DE LEITOS EXISTENTES	
	% sobre Necessidade total de leitos	Portaria 1101/2002	Existentes	Déficit				
UTI	8,00	109	55	54	18 Sta Casa Araraquara 04 Sta Casa Ibitinga 04 Sta Casa Itápolis 06 Hosp D.Balbina Porto Ferreira 10 Sta Casa São Carlos 21 Hosp Escola São Carlos 08 Hosp Carlos F Malzoni Matão	71	07 Sta Casa Araraquara 03 Sta Casa Ibitinga 03 Sta Casa Itápolis 07 Hosp.Estadual Aco.Brasiliense 11 Sta Casa São Carlos 04 Sta Casa Taquaritinga 05 Hosp Carlos F Malzoni Matão	40
CLINICO (Retaguarda)	26,82	479	303	479 -303 = 176	45 Sta Casa Araraquara 19 Sta Casa Itápolis 11 Hosp D.Balbina Porto Ferreira 80 Hosp Escola São Carlos 11 Sta Casa Taquaritinga 10 Hosp Carlos F Malzoni Matão	176	45 Sta Casa Araraquara 19 Sta Casa Itápolis 11 Hosp D.Balbina Porto Ferreira 18 Hosp Escola São Carlos 11 Sta Casa Taquaritinga 10 Hosp Carlos F Malzoni Matão	114
LONGA PERMANÊNCIA	5,62	118 (60% HOSP=71)		71	23 Sta Casa Araraquara 21 Hosp Carlos F Malzoni Matão ou 27 Hosp Escola São Carlos	71		

DRS V - Barretos

O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratórios e pelas linhas de cuidado prioritárias.

A seguir seguem as propostas que foram discutidas e apresentadas em reunião com a presença de gestores e prestadores para a definição das portas de entrada, leitos de cuidados intensivos, e leitos de retaguarda (Enfermarias Clínicas de Retaguarda e Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência) que comporão o componente hospitalar no DRS-V Barretos:

- **Portas de Entrada Hospitalares de Urgência**

A definição dos hospitais/portas de entrada que comporão a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, atendeu os critérios definidos no capítulo II da Portaria GM/MS nº 2395 de 11 de outubro de 2011 e a tipologia dos hospitais definidas em seu anexo II.

Na Região de Saúde Norte Barretos comporá a porta de entrada hospitalar de urgência o seguinte prestador:

- ✓ Santa Casa de Barretos classificada na tipologia "hospital especializado tipo I". A mesma será responsável pelo atendimento como porta de entrada às urgências para dos municípios da abrangência da Regional de Barretos (população de 409.267 habitantes). A Santa Casa de Barretos esta habilitada na Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia e Neurologia/Neurocirurgia sendo referência para todos os municípios do DRS-V Barretos.

- **Leitos de Retaguarda**

Enfermarias Clínicas de Retaguarda

Todos os leitos clínicos deste DRS serão leitos de retaguarda clínica. A Santa Casa de Barretos implantará 5 leitos novos e qualificará 5 leitos existentes.

Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência

A Santa Casa de Barretos implantará 41 leitos de longa permanência distribuídos em 2 enfermarias.

- **Leitos de Terapia Intensiva**

As definições quanto aos leitos de UTI adulto seguiram as orientações da Portaria GM/MS Nº 2.395 de 11/10/2011 e os parâmetros ministeriais e a proposta de ampliação segue:

Atualmente conta-se com 15 leitos de UTI adulto, sendo 10 (dez) leitos SUS alocados na Santa Casa de Barretos e 05 (cinco) na Santa Casa de Olímpia. De acordo com os parâmetros a necessidade de leitos de UTI adulto para atender a população do âmbito do DRS-V Barretos é de 48 (quarenta e oito) leitos no total, portanto o déficit é de 33 (trinta e três) leitos de UTI adulto. Diante do exposto, segue a proposta de ampliação que se encontra detalhada no Anexo IV:

- ✓ Santa Casa de Barretos: Ampliação de 20 (vinte) leitos de UTI adulto no total dos quais 15 (quinze) para o SUS. Importante esclarecer que 2 (dois) desses leitos SUS serão destinados à Rede Materno-Infantil.

- ✓ Santa Casa de Olímpia: Ampliação de 3 (três) leitos de UTI adulto. Importante esclarecer que o total de leitos existentes nesse prestador é de 7 (sete) dos quais 2 (dois) são destinados à saúde suplementar e 5 (cinco) para o SUS.
- ✓ Hospital Municipal de Bebedouro: Implantação de 10 leitos de UTI adulto. Importante esclarecer que esse prestador não conta com UTI que terá que ser instalada.

Diante do exposto, conseguiremos ter um incremento total de 43 (quarenta e três) leitos novos de UTI-Adulto SUS dos quais 41 (quarenta e um) serão destinados a atender as necessidades da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e 02 (dois) as necessidades da Rede Materno-Infantil, permanecendo, portanto, na RUE um déficit de 7 (sete) leitos de UTI-Adulto de acordo com o parâmetro ministerial.

DRS VIII-Franca

Os usuários do Sistema Único de Saúde encontram nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) a principal porta de entrada no sistema de saúde. Os casos que necessitam de atendimento de urgência e emergência são acolhidos nas unidades e encaminhados aos Prontos Socorros municipais ou de referência, sendo o transporte disponibilizado pelo município de origem.

Os casos que necessitam de encaminhamento para serviços de média e alta complexidade são encaminhados pelas próprias UBS ou pela central de regulação estadual-CROSS para os serviços pactuados em outros locais.

No entanto, os Prontos Socorros também funcionam como porta de entrada ao sistema, sendo observada a procura direta pelo paciente sem respeitar o fluxo da rede de atenção municipal devido a facilidade de acesso, comodidade e atendimento imediatista.

Atualmente, os municípios da Região de Saúde do DRSVIII-Franca apresentam dificuldades em operacionalizar a referência e contra referência. A implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na região poderá garantir melhoria de acesso, qualificar a oferta de serviços, as informações e resolubilidade da assistência prestada à população, com a efetivação do protocolo de classificação de risco e de um sistema ágil de referência e contra referência possibilitando a continuidade do cuidado.

A seguir apresentaremos o estabelecimento das propostas e tabela dos hospitais que contemplam porta de entrada, leitos de retaguarda (longa permanência e enfermaria clínica) e leitos de terapia intensiva que servirão de apoio à Rede de Atenção às Urgências e Emergências do DRS VIII-Franca.

- **Leitos Hospitalares da Região de Saúde de Franca:**

A análise que segue apresenta a situação geral dos três Colegiados de Gestão Regional (CGR), que compõem a área de abrangência do Departamento Regional de Saúde (DRS) VIII – Franca, com o objetivo de apresentar a situação atual da estrutura de atenção à saúde desta região, de maneira a conhecer e indicar as necessidades e apontar possíveis medidas em direção a qualificar o acesso, bem como a qualidade da atenção hospitalar ofertada aos usuários de SUS.

O DRS–VIII é um dentre os 17 Departamentos do Estado de São Paulo, situado na região nordeste do Estado, onde reside uma população de 649.807 habitantes, que corresponde a aproximadamente 1,58% da população total.

O CGR Três Colinas concentra-se mais da metade (59,51%) da população da área de abrangência deste Departamento, especialmente devido a população do município de Franca, que é responsável pelo percentual de 49,04%.

Os demais são municípios pequenos, sendo 50% com população entre 10 e 49 mil habitantes e 45,5% com população menor que 10 mil habitantes.

Esta característica, apresentada pela distribuição da população, retrata um pouco a realidade da divisão político-territorial encontrada no Estado como um todo, em que a maioria da população concentra-se em poucos municípios, trazendo como conseqüência grandes desafios para estruturar um sistema público de saúde em adequadas redes de serviços, com vista no desenvolvimento de uma assistência integral a demanda da população, pautada pela qualidade e eficiência (SES/SUS, 2011).

Dentre estes municípios, o maior de cada região de saúde, em termos populacionais, constituem-se em municípios pólos para os demais da sua respectiva região, sendo Franca para os municípios do CGR Três Colinas, São Joaquim da Barra para os do CGR Alta Anhanguera e Ituverava para os do CGR Alta Mogiana.

Do total de hospitais credenciados ao SUS neste Departamento, com exceção do psiquiátrico, temos 12 hospitais gerais/especializados (Tabela 31), com cerca de 905 leitos, dos quais 629 são leitos SUS, desses 213 são leitos clínicos (Tabela 32).

Salientamos que todos os hospitais, citados, são filantrópicos e reservam parcela de seus leitos para atendimento privados, de planos e seguros de saúde, ou seja, ao Sistema de Saúde Suplementar, perfazendo um total de 276 leitos.

Tomando como base a rede hospitalar da região, o número de leitos SUS e a população usuária exclusivamente deste sistema, a proporção de leitos disponibilizados é de 1,28 leitos por mil habitantes. Constata-se que este número está abaixo do preconizado pela Portaria GM nº 1101/2002, que seria de 2,5 a 3 leitos para cada mil habitantes.

Ao analisar a distribuição dos leitos gerais/especializados SUS pela população das respectivas regiões de saúde que compõem este Departamento, encontra-se uma não uniformidade. No CGR Alta Anhanguera há 1,99 leitos por mil/habitantes, disponíveis para a população SUS dependente, variando de maneira decrescente para o CGR Alta Mogiana que é 1,81 e para o CGR Três Colinas que é 0,85.

Nesse sentido, explicita-se uma significativa diferença regional, uma vez que a população do CGR Três Colinas corresponde a 59,51% da população geral dependente SUS e conta apenas com 39,59% dos leitos SUS da região.

Os municípios do CGR Três Colinas: Franca, Cristais Paulista, Restinga, Ribeirão Corrente e São José da Bela Vista não possuem hospital de retaguarda, sendo a Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca o único prestador de referência para uma população SUS dependente de 260.848 habitantes, que corresponde a 53,17% dos usuários do Sistema Único de Saúde da Região do DRS VIII – Franca. Essa Fundação não consegue atender a demanda gerada por estes municípios, bem como pelos demais, para os quais ela é referencia, por ultrapassar sua capacidade instalada. Há interesse do prestador em ampliar a sua capacidade instalada, para atender as necessidades loco regionais, porém para que se concretize a ampliação, são necessários investimentos em diversos setores da Instituição, como por exemplo, ampliação/construção dos serviços de apoio (lavanderia, nutrição, central de materiais, entre outros), centro cirúrgico e habilitação em hospital dia.

Considerando os parâmetros da Portaria 1.101 de junho de 2002, constatamos que a Região do DRS VIII-Franca necessita de um total de 337 leitos clínicos. Se deste total excluirmos os 213 leitos existentes, a necessidade é 124 leitos.

Tal fato trás como implicações a necessidade dos respectivos gestores buscarem outros prestadores SUS, de gestão estadual em DRSs vizinhos, trazendo, muitas vezes, como consequência ampliação dos gastos em saúde com transportes e compra de procedimento privados, sem contar os transtornos e riscos gerados para os usuários oriundos dos necessários deslocamentos.

Certamente existem situações locais e regionais do SUS que justificam investimento em novas estruturas na rede hospitalar para atenderem as necessidades de maneira a garantir os princípios institucionalizados pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Orgânicas da Saúde: 8.080/90 e 8.142/90 como universalidade de acesso, integralidade da atenção e do sistema, equidade, dentre outros.

Diante tais informações sugerimos a criação de um hospital público e uma ampliação no número de leitos destinados ao SUS, que promoverá um maior impacto e suporte as redes regionais de saúde, uma adequada distribuição quanto à complexidade para que o sistema consiga garantir a atenção integral em saúde e o acesso para toda a população de forma viável e sustentável financeiramente.

Ressalta-se que é de extrema importância para o setor saúde da região do DRS VIII – Franca a criação do referido hospital, considerando que atuará como referência para garantir o acesso e a integralidade para usuários de 22 municípios de sua área de abrangência, além de outros 69 que compõem a Rede Regional de Atenção à Saúde 13, sendo 19 do DRS de Barretos, 26 do DRS de Ribeirão Preto e 24 do DRS de Araraquara.

Vale lembrar que de acordo com a Bittar, Mendes e Magalhães (2011) é mais apropriado concentrar recursos nos hospitais que, pela complexidade e dimensões, possam atender as necessidades clínicas e epidemiológicas da população, do que pulverizar recursos em pequenas unidades hospitalares que não podem atendê-la.

- **Leitos de Terapia Intensiva**

Os parâmetros determinados para o cálculo das necessidades, preconizados na Portaria GM 1101/02, através da análise da utilização dos mesmos em nossa região com vista ao atendimento das urgências e das redes de alta complexidade habilitadas, de modo a garantir a assistência, demostram que a região tem uma insuficiência de 46 leitos. O quantitativo de leitos nos respectivos hospitais ficou definido e aprovado, conforme anexo.

- **Portas de Entrada Hospitalares de Urgência**

Comporá a porta de entrada hospitalar de urgência o hospital classificado na tipologia III: CNES 2705982 – Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca, que atende o preconizado na Portaria GM/MS nº 2395/12. A mesma é referência para o atendimento como porta de entrada às urgências para os municípios do CGR Três Colinas, sendo que para Cristais Paulista, Franca, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista é o único hospital credenciado ao SUS para atender a população descrita na Média Complexidade. Na área de abrangência do DRS VIII – Franca, a referida Instituição, é o único prestador SUS habilitado junto ao Ministério da Saúde, como Unidade de Alta Complexidade Especializadas em Neurologia/Neurocirurgia, Oncologia, Nefrologia, Traumato-Ortopedia e Cardiovascular. Portanto é a única referência para os 22 municípios que compõem os três CGRs deste Departamento.

- **Leitos de Retaguarda de Longa Permanência**

Considerando que a Portaria GM/MS nº 2395 de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS e a Portaria GM/MS nº 1663, de 06 de agosto de 2012, que dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da RUE, de acordo com os parâmetros utilizados para os cálculos, que é de 5,62% da necessidade total de leitos gerais, a região do DRS VIII-Franca necessita de leitos. A Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca ofertou 20 leitos, ficando a região com um déficit de 9 leitos, e a referida Instituição constituída como referência para a população dos 03 CGRs do DRS VIII-Franca.

- **Leitos de Retaguarda (Enfermaria Clínica de Retaguarda)**

Tendo em vista o quantitativo de leitos definido por parâmetro ministerial e os ofertados pelos prestadores: Fundação Santa Casa de Misericórdia de Franca (10 leitos), Santa Casa de Misericórdia de São Joaquim da Barra (8) e Santa Casa de Misericórdia de Ituverava (8) prestadores que preenchem os requisitos da Portaria GM/MS 2395, de 11 de outubro de 2011, definidos e aprovados, ressaltamos que os mesmos são insuficientes para atender a demanda regional que é de 55 leitos, ficando um déficit de 29 leitos.

DRS XIII-Ribeirão Preto

A definição dos hospitais considerados "Porta de Entrada Hospitalar para a RUE", atendeu a Portaria GM/MS nº 2.395, de 11/10/2011.

Apresentamos a seguir as propostas que foram acordadas na CIR do DRS XIII-Ribeirão Preto, com a presença de gestores municipais e prestadores de instituições públicas e filantrópicas, para definição das portas de entrada, enfermaria clínica de retaguarda, enfermaria de retaguarda de longa permanência e leitos de cuidados intensivos do componente hospitalar.

- **Portas de Entrada Hospitalares de Urgência**

Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP: classificada como hospital especializado tipo II, sendo referência não só para a população do DRS XIII (1.342.815 hab), como para a RRAS 13 (3.307.320

hab) e outras RRASs do estado de São Paulo, em algumas especialidades. Possui habilitação em alta complexidade nas linhas prioritárias de ortopedia, neurocirurgia, cardiovascular, entre outras.

Santa Casa de Ribeirão Preto: propomos que a Sociedade Beneficente Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto seja incluída como instituição hospitalar de porta de entrada estratégica para Rede de Urgência e Emergência considerando que a região de saúde de Ribeirão Preto tem em seu território população de 1.327.989 habitantes (IBGE 2010) equivalente a 40,15% da população da RRAS 13 e que o enquadramento de apenas uma instituição hospitalar (Hospital das Clínicas da FMRP/USP/FAEPA), nessa região de saúde é insuficiente, pelas suas dimensões e pela complexidade da assistência prestada, a qual tem abrangência não somente da RRAS, recebendo pacientes referenciados de todo o Estado de São Paulo, da região do sul do Estado de Minas Gerais, dos Estados de Goiás e Mato Grosso do sul e, frequentemente, de todos os Estados brasileiros, impactando desta forma no acesso da população regional.

Salientamos que a instituição é integrada à rede locorregional de urgências, disponibilizando todos os seus serviços de alta complexidade (neurocirurgia, politraumatologia, cardiologia, ortopedia e oncologia) e em média complexidade hospitalar (clínica médica, cirurgia geral, urologia, ginecologia e obstetrícia e pediatria) além de ser hospital de ensino, com oferta de formação em diversas especialidades, com residência médica, atendendo os requisitos constantes do artigo 6º da Portaria GM 2.395, de 11/10/11, com produção anual, referente ao período de 07/2011 a 06/2012 de 1.440 atendimentos oriundos de outros municípios, equivalente a 15,07% das internações realizadas pela instituição, classificado desta forma como Hospital Especializado Tipo II.

Vale salientar ainda que o atendimento realizado pela instituição, nos recebimentos de 50% das urgências e emergências para o município de Ribeirão Preto com população de 604.682 habilitantes, contribui para melhor ordenamento no encaminhamento dos pacientes de toda a RRAS 13.

- **Enfermaria Clínica de Retaguarda**

De acordo com a portaria GM/MS nº 2395 de 11/10/2011 e portaria 1101/02, temos um déficit de 71 leitos e foram acordados os seguintes quantitativos de leitos:

Santa Casa de Cajuru: ampliação de 5 leitos e qualificação de 05 leitos

Santa Casa de Ribeirão Preto: ampliação de 15 leitos e qualificação de 15 leitos

Hospital Imaculada Conceição de Ribeirão Preto: ampliação de 10 leitos e qualificação de 10 leitos

Hospital Santa Lydia: ampliação de 21 leitos e qualificação de 12 leitos

Hospital Electro Bonini: ampliação de 20 leitos

Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP: qualificação de 81 leitos

Propomos a qualificação de 81 leitos já existentes na Unidade Emergência como retaguarda para as urgências. Embora a citada portaria , art 15, inciso I relate que só será qualificado 1 leito para cada dois novos que sejam disponibilizados, é importante contextualizar os motivos que levam ao pleito de qualificação dos leitos da U.E.

- Embora não esteja havendo aparentemente a abertura de "novos" leitos, é importante ressaltar que os leitos da U.E. não funcionavam como retaguarda exclusiva, mas estavam distribuídos setorialmente em diversas especialidades - cirurgia, cirurgia de cabeça e pescoço, neurocirurgia, ortopedia, etc. Nos últimos anos, temos reestruturado a disponibilidade de leitos da U.E. de modo que não haja setorização específica, mas apenas leitos destinados às rotas. Serão estruturadas as rotas - pediátrica, neuro-clínica, ortopédico-cirúrgica e psiquiátrica. Essas rotas predispõem o fluxo que o paciente percorre ao longo da sua estada na instituição e visa agilizar o processo, evitando represamento por distribuição inadequada de leitos. Dessa forma, os leitos serão integralmente disponibilizados para as emergências, o que caracteriza, em nossa opinião, que esses leitos possam ser caracterizados como novos. Os leitos estão deixando de servirem às especialidades para serem destinados ao paciente e suas necessidades distintas.

- Um outro ponto importante que ilustra essa disponibilidade é a retirada de 5 leitos da ginecologia e obstetrícia da U.E. que serão transferidos para a MATER. Os leitos serão disponibilizados para ampliação da rota ortopédico-cirúrgica. Espera-se que o movimento cirúrgico de casos especializados quaternários, como cirurgias microvasculares ortopédicas, que requerem alta complexidade, mas baixa estadia sejam otimizados.

- Outro exemplo da proposta diz respeito à ampliação de leitos de psiquiatria. Atualmente estamos iniciando reforma no setor psiquiátrico que irá amplia de 6 para 8 o número disponível de leitos para essa rota.

- Deve ser ressaltado que o esforço para ampliar a capacidade de leitos para o SUS é constante na U.E. Desde 2009 a U.E. ampliou 10 leitos de internação comum e 7 leitos de unidade coronariana.

- Deve-se ter presente que apesar da U.E. não disponibilizar de mais espaço para oferecer como leitos de retaguarda, está em curso a habilitação do Hospital de Serrana como hospital de retaguarda para a U.E. que ampliará em 90 leitos a capacidade oferecida.

- Finalmente, deve-se ter presente que a ampliação proposta pela U.E. para leitos de UTI envolve 30 novos leitos. O não-cadastramento dos leitos de retaguarda pode ocasionar problemas de custeio

para a manutenção dos leitos de enfermaria existentes e comprometer a correta utilização dos leitos de UTI.

- **Enfermaria de Retaguarda de Longa Permanência**

Com relação à enfermaria de retaguarda de longa permanência a solicitação está de acordo com a portaria GM/MS nº 2395 de 11/10/2011 e portaria 1101/02, onde possuímos um déficit de 85 leitos, sendo solicitado 20 leitos na Santa Casa de Batatais, para atender a população da Região do Vale das Cachoeiras, 20 leitos na Santa Casa de Guariba, para a população da Região do Horizonte Verde, 25 leitos na Santa Casa de Serrana, 20 leitos na Santa Casa de Santa Rita do Passa Quatro e 20 leitos na Santa Casa de São Simão, para atendimento da Região do Aquífero Guarani.

- **Leitos de Terapia Intensiva**

As solicitações de leitos de Terapia Intensiva seguiram a portaria GM/MS nº 2395 de 11/10/2011 e portaria 1101/02, onde o DRS XIII possui um déficit de 56 leitos, sendo feitas solicitações nas seguintes instituições:

Região do Vale das Cachoeiras

Santa Casa de Batatais: ampliação de 2 leitos e qualificação de 5 leitos II

Região do Horizonte Verde

Santa Casa de Sertãozinho: ampliação de 1 leito e qualificação de 4 leitos II

Santa Casa de Monte Alto: ampliação de 3 leitos e qualificação de 4 leitos II

Santa Casa de Jaboticabal: ampliação de 3 leitos

Região do Aquífero Guarani

Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da FMRP-USP: ampliação de 30 leitos e qualificação de 6 leitos II e 32 leitos III

Santa Casa de Ribeirão Preto: ampliação de 10 leitos e qualificação de 13 leitos II

Hospital Imaculada Conceição de Ribeirão Preto: ampliação de 10 leitos e qualificação de 6 leitos II

Hospital Santa Lydia: ampliação de 3 leitos e qualificação de 4 leitos II

Hospital Electro Bonini: ampliação de 5 leitos

6. CONCLUSÃO

O Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da RRAS 13 foi construído frente à necessidade de implementação de ações e serviços organizados de forma articulada e regulada, abrangendo desde a promoção e prevenção até a ocorrência de quadros agudos de urgência e reabilitação.

Para tanto, urge a necessidade de efetivação da garantia de investimentos e recursos necessários a esta evolução na assistência, com consequente garantia dos princípios do SUS; regionalização do atendimento às situações de urgência e emergência; ampliação do acesso e acolhimento; humanização da atenção; interdisciplinaridade e qualificação das equipes de saúde, visando a integralidade da assistência e, ainda; gestão focada na atenção, avaliação e monitoramento dos serviços e compartilhamento com a participação social.

Cabe destacar a importância da Rede de Urgência e Emergência na RRAS 13 visto que dois municípios integrantes da região foram indicados como subsedes da Copa do Mundo de 2014, quando se espera um acentuado aumento do fluxo de pessoas, turistas e delegações de competidores, devendo-se garantir a todos os participantes o acesso rápido ao atendimento médico-hospitalar.

É de extrema relevância enfatizar que, a efetivação da rede de urgência e emergência e a implantação do Projeto Piloto de um Complexo Regulador na RRAS 13 permitirão maior eficiência na utilização dos recursos assistenciais e financeiros disponíveis, impactando de forma positiva nos indicadores de saúde da população. Propiciará ainda, maior transparência à regulação, e atendimento às necessidades dos usuários do sistema de forma ágil e em tempo oportuno.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - CENTRAIS DE REGULAÇÃO - ANEXO I

Município	Unidade	Central de Regulação habilitada						CRONOGRAMA		
		População	Valor custeio	Vr.mat.mobiliário	Vr. Eq. De tec. Inf. E rede	Valor ampliação	Valor construção	2012	2013	2014
Américo Brasiliense	Central de Araraquara	34.953								
Araraquara		210.672	R$ 588.000,00			R$ 150.000,00		X		
Boa Esp. Do Sul		13.727								
Gavião Peixoto		4.441								
Motuca		4.322								
Rincão		10.420								
Santa Lúcia		8.278								
Trabiju		1.557								
RS CENTRAL		**288.370**								
Borborema		14.632								
Ibitinga		53.660								
Itápolis		40.228								
Nova Europa		9.453								
Tabatinga		14.816								
RS CENTRO-OESTE		**132.789**								
Candido Rodrigues		2.672								
Dobrada		8.011								
Matão		77.172								
Santa Ernestina		5.555								
Taquaritinga		54.136								
RS NORTE		**147.546**								
Descalvado	Central de São Carlos	31.220								
Dourado		8.609								
Porto Ferreira		51.704								
Ribeirão Bonito		12.203								
São Carlos		224.172	R$ 360.000,00			R$ 150.000,00		X		
RS CORAÇÃO		**327.908**								
SUBTOTAL DRS 3			**R$ 948.000,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 300.000,00**				
Altair	Central de Barretos	3.815								
Barretos		112.101	R$ 360.000,00				R$ 100.000,00	X		
Cajobi		9.768								
Colina		17.371								
Colômbia		5.994								

Município	Unidade	Central de Regulação habilitada						CRONOGRAMA		
		População	Valor custeio	Vr.mat.mobiliário	Vr. Eq. De tec. Inf. E rede	Valor ampliação	Valor construção	2012	2013	2014
Guaíra	Central de Barretos	37.404								
Guaraci		9.976								
Jaborandi		6.592								
Olímpia		50.024								
Severínia		15.501								
RS NORTE-Barretos		**268.546**								
Bebedouro	Central de Bebedouro	75.035	R$ 360.000,00				R$ 100.000,00		X	
Monte Azul Paulista		18.931								
Taiaçu		5.894								
Taiúva		5.447								
Taquaral		2.726								
Terra Roxa		8.505								
Viradouro		17.297								
Vista Alegre do Alto		6.886								
RS SUL-Barretos		**140.721**								
SUBTOTAL DRS 5			**R$ 720.000,00**				**R$ 200.000,00**			
Cristais Paulista	Central de Franca	7.588								
Franca		318.640	R$ 588.000,00			R$ 150.000,00		X		
Itirapuã		5.914								
Jeriquara		3.160								
Patrocínio Paulista		13.000								
Pedregulho		15.700								
Restinga		6.587								
Ribeirão Corrente		4.273								
Rifaina		3.436								
São José da Bela Vista		8.406								
RS TRÊS COLINAS		**386.704**								
Ipuã	Central de Ituverava	14.148								
Morro Agudo		29.116								
Nuporanga		6.817								
Orlândia		39.781								
Sales Oliveira		10.568								
São Joaquim da Barra		46.512								
RS ALTA ANHANGUERA		**146.942**								
Aramina		5.152								

Município	Unidade	Central de Regulação habilitada						CRONOGRAMA		
		População	Valor custeio	Vr.mat.mobiliário	Vr. Eq. De tec. Inf. E rede	Valor ampliação	Valor construção	2012	2013	2014
Buritizal	Central de Ituverava	4.053								
Guará		19.858								
Igarapava		27.952								
Ituverava		38.695	R$ 360.000,00				R$ 100.000,00		X	
Miguelópolis		20.451								
RS ALTA MOGIANA		**116.161**								
SUBTOTAL DRS 8			**R$ 948.000,00**	**R$ 0,00**	**R$ 0,00**	**R$ 150.000,00**	**R$ 100.000,00**			
Barrinha	SAMU REGIONAL CENTRAL DE RIBEIRÃO PRETO	28.496								
Dumont		8.143								
Guariba		35.486								
Jaboticabal		71.662								
Monte Alto		46.642								
Pitangueiras		35.307								
Pontal		40.244								
Pradópolis		17.377								
Sertãozinho		110.074								
RS HORIZONTE VERDE		**393.431**								
Cravinhos		31.691								
Guatapará		6.966								
Jardinópolis		37.661								
Luís Antônio		11.286								
Ribeirão Preto		604.682	R$ 768.000,00	R$ 349.536,00	R$ 1.331.186,52		R$ 150.000,00	X		
Santa Rita do Passa Quatro		26.478								
Santa Rosa de Viterbo		23.862								
São Simão		14.346								
Serra Azul		11.256								
Serrana		38.878								
RS AQUIFERO GUARANI		**807.106**								
Altinópolis		15.607								
Batatais		56.476								
Brodósqui		21.107								
Cajuru		23.371								
Cássia dos Coqueiros		2.634								
Santa Cruz da Esperança		1.953								
Santo Antônio da Alegria		6.304								

Município	Unidade	Central de Regulação habilitada						CRONOGRAMA		
		População	Valor custeio	Vr.mat.mobiliário	Vr. Eq. De tec. Inf. E rede	Valor ampliação	Valor construção	2012	2013	2014
RS VALE CACHOEIRAS		127.452								
SUBTOTAL DRS 13			R$ 768.000,00	R$ 349.536,00	R$ 1.331.186,52	R$ 0,00	R$ 150.000,00			
RRAS 13			R$ 3.384.000,00	R$ 349.536,00	R$ 1.331.186,52	R$ 450.000,00	R$ 450.000,00			

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – UNIDADES MÓVEIS - ANEXO I

Município	Unidade	População	Unidades Móveis solicitadas				Unidades Móveis habilitadas				CRONOGRAMA		
			USB	valor custeio	USA	valor custeio	USB	valor custeio	USA	valor custeio	2012	2013	2014
Américo Brasiliense	Central de Araraquara	34.953					1	R$ 150.000,00			x		
Araraquara		210.672					5	R$ 750.000,00	2	R$ 660.000,00	x		
Boa Esp. Do Sul		13.727					1	R$ 150.000,00	1	R$ 330.000,00	x		
Gavião Peixoto		4.441	1	R$ 150.000,00								x	
Motuca		4.322	1	R$ 150.000,00								x	
Rincão		10.420	1	R$ 150.000,00								x	
Santa Lúcia		8.278	1	R$ 150.000,00								x	
Trabiju		1.557											
RS CENTRAL		**288.370**											
Borborema		14.632	1	R$ 150.000,00								x	
Ibitinga		53.660					1	R$ 150.000,00	1	R$ 330.000,00	x		
Itápolis		40.228					1	R$ 150.000,00			x		
Nova Europa		9.453	1	R$ 150.000,00								x	
Tabatinga		14.816	1	R$ 150.000,00								x	
RS CENTRO-OESTE		**132.789**											
Candido Rodrigues		2.672	1	R$ 150.000,00								x	
Dobrada		8.011	1	R$ 150.000,00								x	
Matão		77.172					2	R$ 300.000,00	1	R$ 330.000,00	x		
Santa Ernestina		5.555	1	R$ 150.000,00								x	
Taquaritinga		54.136					1	R$ 150.000,00			x		
RS NORTE		**147.546**											
Descalvado	Central de São Carlos	31.220	1	R$ 150.000,00								x	
Dourado		8.609	1	R$ 150.000,00								x	
Porto Ferreira		51.704	1	R$ 150.000,00								x	
Ribeirão Bonito		12.203	1	R$ 150.000,00								x	
São Carlos		224.172	3	R$ 450.000,00	1	R$ 330.000,00	2	R$ 300.000,00	1	R$ 330.000,00	x		
RS CORAÇÃO		**327.908**											
SUBTOTAL DRS 3			**17**	**R$ 2.550.000,00**	**1**	**R$ 330.000,00**	**14**	**R$ 2.100.000,00**	**6**	**R$ 1.980.000,00**			
Altair	Central de Barretos	3.815	1	R$ 150.000,00							X		
Barretos		112.101	1	R$ 150.000,00			2	R$ 300.000,00	1	R$ 330.000,00	X		
Cajobi		9.768	1	R$ 150.000,00							X		

Município	Unidade	População	Unidades Móveis solicitadas				Unidades Móveis habilitadas				CRONOGRAMA		
			USB	valor custeio	USA	valor custeio	USB	valor custeio	USA	valor custeio	2012	2013	2014
Colina	Central de Barretos	17.371	1	R$ 150.000,00							X		
Colômbia		5.994					1	R$ 150.000,00			X		
Guaíra		37.404					1	R$ 150.000,00			X		
Guaraci		9.976					1	R$ 150.000,00			X		
Jaborandi		6.592					1	R$ 150.000,00			X		
Olímpia		50.024			1	R$ 330.000,00	1	R$ 150.000,00			X		
Severínia		15.501	1	R$ 150.000,00								X	
RS NORTE-Barretos		**268.546**											
Bebedouro	Central de Bebedouro	75.035	1	R$ 150.000,00	1	R$ 330.000,00						X	
Monte Azul Paulista		18.931	1	R$ 150.000,00								X	
Taiaçu		5.894	1	R$ 150.000,00								X	
Taiúva		5.447	1	R$ 150.000,00								X	
Taquaral		2.726	1	R$ 150.000,00								X	
Terra Roxa		8.505	1	R$ 150.000,00								X	
Viradouro		17.297	1	R$ 150.000,00								X	
Vista Alegre do Alto		6.886	1	R$ 150.000,00								X	
RS SUL-Barretos		**140.721**											
SUBTOTAL DRS 5			**13**	**R$ 1.950.000,00**	**2**	**R$ 660.000,00**	**7**	**R$ 1.050.000,00**	**1**	**R$ 330.000,00**			
Cristais Paulista	Central de Franca	7.588											
Franca		318.640					2	R$ 300.000,00	1	R$ 330.000,00	X		
Itirapuã		5.914											
Jeriquara		3.160											
Patrocínio Paulista		13.000	1	R$ 150.000,00							X		
Pedregulho		15.700	1	R$ 150.000,00							X		
Restinga		6.587											
Ribeirão Corrente		4.273											
Rifaina		3.436											
São José da Bela Vista		8.406											
RS TRÊS COLINAS		**386.704**											
Ipuã	Central de Ituverava	14.148	1	R$ 150.000,00								X	
Morro Agudo		29.116	1	R$ 150.000,00								X	
Nuporanga		6.817											
Orlândia		39.781	1	R$ 150.000,00								X	
Sales Oliveira		10.568											

Município	Unidade	População	Unidades Móveis solicitadas				Unidades Móveis habilitadas				CRONOGRAMA		
			USB	valor custeio	USA	valor custeio	USB	valor custeio	USA	valor custeio	2012	2013	2014
São Joaquim da Barra	Central de Ituverava	46.512	1	R$ 150.000,00								X	
RS ALTA ANHANGUERA		**146.942**											
Aramina		5.152	1	R$ 150.000,00								X	
Buritizal		4.053	1	R$ 150.000,00								X	
Guará		19.858	1	R$ 150.000,00								X	
Igarapava		27.952	1	R$ 150.000,00								X	
Ituverava		38.695	1	R$ 150.000,00								X	
Miguelópolis		20.451	1	R$ 150.000,00								X	
RS ALTA MOGIANA		**116.161**											
SUBTOTAL DRS 8			**14**	**R$ 2.100.000,00**	**1**	**R$ 330.000,00**	**2**	**R$ 300.000,00**	**1**	**R$ 330.000,00**			
Barrinha	CENTRAL DE RIBEIRÃO PRETO	28.496	1	R$ 150.000,00									x
Dumont		8.143					1	R$ 150.000,00			x		
Guariba		35.486	1	R$ 150.000,00								x	
Jaboticabal		71.662					1	R$ 150.000,00			x		
Monte Alto		46.642	1	R$ 150.000,00								x	
Pitangueiras		35.307					1	R$ 150.000,00			x		
Pontal		40.244	1	R$ 150.000,00									x
Pradópolis		17.377	1	R$ 150.000,00									x
Sertãozinho		110.074	1	R$ 150.000,00			2	R$ 300.000,00	1	R$ 330.000,00	x		
RS HORIZONTE VERDE		**393.431**											
Cravinhos		31.691	1	R$ 150.000,00								x	
Guatapará		6.966	1	R$ 150.000,00								x	
Jardinópolis		37.661	1	R$ 150.000,00								x	
Luís Antônio		11.286	1	R$ 150.000,00									x
Ribeirão Preto		604.682					12	R$ 1.800.000,00	2	R$ 660.000,00	x		
Santa Rita do Passa Quatro		26.478	1	R$ 150.000,00								x	
Santa Rosa de Viterbo		23.862	1	R$ 150.000,00									x
São Simão		14.346	1	R$ 150.000,00									x
Serra Azul		11.256					1	R$ 150.000,00			x		
Serrana		38.878					1	R$ 150.000,00			x		
RS AQUIFERO GUARANI		**807.106**											
Altinópolis		15.607	1	R$ 150.000,00									x
Batatais		56.476					1	R$ 150.000,00	1	R$ 330.000,00	x		
Brodósqui		21.107	1	R$ 150.000,00								x	
Cajuru		23.371					1	R$ 150.000,00			x		
Cássia dos Coqueiros		2.634	1	R$ 150.000,00									x

Município	Unidade	População	Unidades Móveis solicitadas				Unidades Móveis habilitadas				CRONOGRAMA		
			USB	valor custeio	USA	valor custeio	USB	valor custeio	USA	valor custeio	2012	2013	2014
Santa Cruz da Esperança	CENTRAL DE RIBEIRÃO PRETO	1.953	1	R$ 150.000,00								x	
Santo Antônio da Alegria		6.304	1	R$ 150.000,00								x	
RS VALE CACHOEIRAS		**127.452**											
SUBTOTAL DRS 13			**18**	**R$ 2.700.000,00**	**0**	**R$ 0,00**	**21**	**R$ 3.150.000,00**	**4**	**R$ 1.320.000,00**			
RRAS 13			**62**	**R$ 9.300.000,00**	**4**	**R$ 1.320.000,00**	**44**	**R$ 6.600.000,00**	**12**	**R$ 3.960.000,00**			

UNIDADE DE PRONTO ATENIDMENTO (UPA – 24 HORAS) – ANEXO II

funcionando
habilitada
solicitada

Município	População	Situação	Unidade/Instituição	UPA NOVA SOLICITADA						UPA NOVA HABILITADA						cronograma			
				Porte I		Porte II		Porte III		Porte I		Porte II		Porte III					
				Valor custeio	Valor investimento	Valor custeio	Valor investimento	Valor custeio	Valor investimento	Valor custeio	Valor investimento	Valor custeio	Valor investimento	Valor custeio	Valor investimento	2010	2012	2013	2014
RS CENTRAL																			
Araraquara	68.000	NOVA	UPA I Vila Xavier							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00						Jan		
Araraquara	110.000	NOVA	UPA II CENTRAL									R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00				**set**		
RS CENTRO OESTE																			
Ibitinga	53.158	NOVA	UPA I PM Ibitinga	R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00													3º quad	
RS CORAÇÃO																			
Porto Ferreira	51.400	NOVA	UPA I PM Porto FerreiraL							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							3º quad	
São Carlos	100.000	NOVA	UPA I Dr. Samuel V.Oliveira							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00					jan			
São Carlos	100.000	NOVA	UPA I Santa Felícia							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							3º quad	
RS NORTE																			
Matão	76.786	NOVA	UPA I Bairro Alto							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							3º quad	
Taquaritinga	53.988	NOVA	UPA I PM de Taquaritinga							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							3º quad	
SUBTOTAL DRS 3				R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00					R$ 7.200.000,00	R$ 8.400.000,00	R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00						
RS NORTE BARRETOS																			
Barretos	112.101	NOVA	UPA II Barretos para os municípios de Colina, Colômbia, jaborandi, Guaíra e Barretos									R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00					2º quad	
Colina	17.371																		
Colômbia	5.994																		
Jaborandi	6.592																		
Guaíra	37.404																		
Olímpia	50.024	NOVA	UPA I Olimpia para os municípios de Altair, Cajobi, Severinia, Guaraci e Olímpia							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00						ago		
Altair	3.815																		
Cajobi	9.768																		
Severinia	15.501																		
Guaraci	9.976																		

Município	População		Unidade/Instituição	UPA NOVA SOLICITADA						UPA NOVA HABILITADA						cronograma			
				Porte I		Porte II		Porte III		Porte I		Porte II		Porte III		2010	2012	2013	2014
RS SUL BARRETOS																			
Bebedouro	75.035	NOVA	UPA II Bebedouro para os municípios Monte Azul Paulista Taiaçu, taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre do Alto e Bebedouro									R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00					3º quad	
Monte Azul Paulista	18.931																		
Taiaçu	5.894																		
Taiúva	5.447																		
Taquaral	2.726																		
Terra Roxa	8.505																		
Viradouro	17.297																		
Vista Alegre do Alto	6.886																		
SUBTOTAL DRS 5										R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00	R$ 4.200.000,00	R$ 4.000.000,00						
RS TRÊS COLINAS																			
Franca	318.640	NOVA	UPA III Franca											R$ 3.600.000,00	R$ 2.600.000,00			mar	
Franca	318.640	AMPLIADA	UPA II Franca			R$ 2.100.000,00											dez		
Franca	318.640	NOVA	UPA I Franca							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							2º qua	
RS ALTA MOGIANA																			
Ituverava	38.695	NOVA	UPA I Ituverava							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							dez	
RSS ALTA ANHANGUERA																			
Orlândia	39.781	NOVA	UPA I Orlandia-							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							dez	
São Joaquim da Barra	46.512	NOVA	UPA I São Joaquim Barra							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00							dez	
SUBTOTAL DRS 8						R$ 2.100.000,00				R$ 4.800.000,00	R$ 5.600.000,00			R$ 3.600.000,00	R$ 2.600.000,00				
RS HORIZONTE VERDE																			
Jaboticabal	71.662	NOVA	UPA I Jaboticabal							R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00						dez		
Sertãozinho	110.074	NOVA	UPA II Sertãozinho									R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00					mar	
RS AQUIFERO GUARANI																			
Ribeirão Preto	604.682	NOVA	UPA III Dr. Luis Atílio Losi Viana											R$ 3.600.000,00	R$ 2.600.000,00		mar		
Ribeirão Preto		NOVA	UPA II UBDS Norte									R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00					dez	
Ribeirão Preto		NOVA	UPA II Vila Viriginia									R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00					dez	
Ribeirão Preto		AMPLIADA	UPA II - CSE Cuiabá			R$ 2.100.000,00	R$ 1.000.000,00											dez	

Município	População		Unidade/Instituição	UPA NOVA SOLICITADA						UPA NOVA HABILITADA						cronograma			
				Porte I		Porte II		Porte III		Porte I		Porte II		Porte III		2010	2012	2013	2014
São Simão	14.346	NOVA	UPA I de SERRANA para S.Simão, S.Azul e Serrana																
Serra Azul	11.256																		
Serrana	38.878									R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00						set		
RS VALE CACHOEIRAS																			
Altinópolis	15.607	NOVA	UPA II de BATATAIS para o CGR do Vale das Cachoeiras																
Batatais	56.476											R$ 2.100.000,00	R$ 2.000.000,00				mar		
Brodósqui	21.107																		
Cajuru	23.371																		
Cássia dos Coqueiros	2.634																		
Santa Cruz da Esperança	1.953																		
Santo Antônio da Alegria	6.304																		
SUBTOTAL DRS 13						R$ 2.100.000,00	R$ 1.000.000,00			R$ 2.400.000,00	R$ 2.800.000,00	R$ 8.400.000,00	R$ 8.000.000,00	R$ 3.600.000,00	R$ 2.600.000,00				
RRAS 13 SÃO PAULO				R$ 1.200.000,00	R$ 1.400.000,00	R$ 4.200.000,00	R$ 1.000.000,00			R$ 15.600.000,00	R$ 18.200.000,00	R$ 14.700.000,00	R$ 14.000.000,00	R$ 7.200.000,00	R$ 5.200.000,00				

ATENÇÃO DOMICILIAR (AD) – ANEXO III

ATENÇÃO DOMICILIAR									
Município	População	Unidade	AD 2 e AD 3				CRONOGRAMA		
			N.º EQUIPES /EMAD	Valor custeio	N.º EQUIPES /EMAP	Valor custeio	2012	2013	2014
RS CENTRAL									
Araraquara	106.000	SE Vale do Sol	1	R$ 414.720,00	1	R$ 72.000,00	x		
Araraquara	106.000	SE Selmi dei - IV	1	R$ 414.720,00					
RS CORAÇÃO									
São Carlos	110.000	CEME	1	R$ 414.720,00	1	R$ 72.000,00	x		
São Carlos	110.000	UPA	1	R$ 414.720,00					
Porto Ferreira	51.787	AD Porto Ferreira	1	R$ 414.720,00				x	
RS CENTRO OESTE									
Ibitinga	53.660	AD Ibitinga	1	R$ 414.720,00				x	
Itápolis	40.228	AD Itápolis	1	R$ 414.720,00				x	
RS NORTE									
Matão	77.270	AD Matão	1	R$ 414.720,00				x	
Taquaritinga	54.172	AD Taquaritinga	1	R$ 414.720,00				x	
SUBTOTAL DRS 3			**9**	**R$ 3.732.480,00**	**2**	**R$ 144.000,00**			
RS NORTE-Barretos									
Barretos	112.101	AD Barretos	1	R$ 414.720,00				x	
Olimpia	50.024	AD Olimpia	1	R$ 414.720,00				x	
RS SUL-Barretos									
Bebedouro	75.035	AD Bebedouro	1	R$ 414.720,00				x	
SUBTOTAL DRS 5			**3**	**R$ 1.244.160,00**					
RS TRÊS COLINAS									

ATENÇÃO DOMICILIAR									
Município	População	Unidade	AD 2 e AD 3				CRONOGRAMA		
			N.º EQUIPES /EMAD	Valor custeio	N.º EQUIPES /EMAP	Valor custeio	2012	2013	2014
Franca	318.640	AD Franca	2	R$ 829.440,00	1	R$ 72.000,00		x	
SUBTOTAL DRS 8			**2**	**R$ 829.440,00**	**1**	**R$ 72.000,00**			
RS HORIZONTE VERDE									
Monte Alto	46.642	AD Monte Alto	1	R$ 414.720,00	1	R$ 72.000,00	x		
Sertãozinho	110.074	AD Sertãozinho	1	R$ 414.720,00	1	R$ 72.000,00	x		
RS AQUIFERO GUARANI									
Ribeirão Preto	604.682	AD Rbieirão Preto	6	R$ 414.720,00	2	R$ 72.000,00	x		
SUBTOTAL DRS 13			**8**	**R$ 3.317.760,00**	**4**	**R$ 288.000,00**			
RRAS 13 São Paulo			**22**	**R$ 9.123.840,00**	**7**	**R$ 504.000,00**			

COMPONENTE HOSPITALAR – ANEXO IV

HOSPITAIS ESTRATÉGICOS					
MUNICÍPIO	**INSTITUIÇÃO**	**Hosp Geral - R$ 100.000,00 mensal**	**Espec tipo I - R$ 200.000,00 mensal**	**Espec tipo II - R$ 300.000,00 mensal**	**Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)**
		Valor custeio	**Valor custeio**	**Valor custeio**	**Valor (Até R$ 3.000.000,00)**
Araraquara	SANTA CASA DE ARARAQUARA			R$ 3.600.000,00	R$ 3.000.000,00
SUBTOTAL	**DRS 3 de Araraquara**				
Barretos	SANTA CASA DE BARRETOS		R$ 2.400.000,00		R$ 3.000.000,00
SUBTOTAL	**DRS 5 de Barretos**				
Franca	FUNDAÇÃO STA CASA MIS DE FRANCA			R$ 3.600.000,00	R$ 3.000.000,00
SUBTOTAL	**DRS 8 de Franca**				
Ribeirão Preto	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO			R$ 3.600.000,00	R$ 3.000.000,00
Ribeirão Preto	SANTA CASA DE RIBEIRAO PRETO			R$ 3.600.000,00	R$ 3.000.000,00
SUBTOTAL	**DRS 13 - Ribeirão Preto**				
TOTAL RRAS 13 - SÃO PAULO		**R$ 0,00**	**R$ 2.400.000,00**	**R$ 14.400.000,00**	**R$ 15.000.000,00**

ENFERMARIA CLÍNICA DE RETAGUARDA

Município	Instituição	Enfermarias clínicas de retaguarda			
		leito novo Custeio - Diária R$ 300,00		leito existente - Diária R$ 200,00	
Araraquara	SANTA CASA DE ARARAQUARA	45	R$ 4.188.375,00	45	R$ 2.792.250,00
	RS CENTRAL				
Itápolis	SANTA CASA DE ITÁPOLIS	19	R$ 1.768.425,00	19	R$ 1.178.950,00
	RS CENTRO-OESTE				
Taquaritinga	SANTA CASA DE TAQUARITINGA	11	R$ 1.023.825,00	11	R$ 682.550,00
Matão	HOSPITAL CARLOS F. MALZONI	10	R$ 930.750,00	10	R$ 620.500,00
	RS NORTE				
Porto Ferreira	HOSPITAL DONA BALBINA	11	R$ 1.023.825,00	11	R$ 682.550,00
São Carlos	HOSPITAL ESCOLA DE SÃO CARLOS	80	R$ 7.445.000,00	18	R$ 1.116.900,00
	RS CORAÇÃO				
SUBTOTAL	**DRS 3 de Araraquara**	**176**	**R$ 16.381.200,00**	**114**	**R$ 7.073.700,00**
Barretos	SANTA CASA DE BARRETOS	5	R$ 465.375,00	5	R$ 310.250,00
SUBTOTAL	**DRS 5 de Barretos**	**5**	**R$ 465.375,00**	**5**	**R$ 310.250,00**
Franca	FUNDAÇÃO STA CASA MIS DE FRANCA	10	R$ 930.750,00	10	R$ 620.500,00
	RS TRÊS COLINAS				
Ituverava	SANTA CASA DE ITUVERAVA	8	R$ 744.600,00	8	R$ 496.400,00
	RS ALTA MOGIANA				
São Joaquim da Barra	STA CASA DE MIS DE SÃO JOAQUIM DA BARRA	8	R$ 744.600,00	8	R$ 496.400,00
	RS ALTA ANHANGUERA				
SUBTOTAL	**DRS 8 de Franca**	**26**	**R$ 2.419.950,00**	**114**	**R$ 1.613.300,00**

Município	Instituição	Enfermarias clínicas de retaguarda			
		leito novo Custeio - Diária R$ 300,00		leito existente - Diária R$ 200,00	
Ribeirão Preto	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO RIBEIRAO PRETO	10	R$ 930.750,00	10	R$ 620.500,00
Ribeirão Preto	HOSPITAL SANTA LYDIA RIBEIRAO PRETO	21	R$ 1.954.575,00	12	R$ 744.600,00
Ribeirão Preto	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO			81	R$ 5.026.050,00
Ribeirão Preto	SANTA CASA DE RIBEIRAO PRETO	15	R$ 1.396.125,00	15	R$ 930.750,00
Ribeirão Preto	HOSPITAL ELECTRO BONINI	20	R$ 1.861.500,00		
	RS AQUIFERO GUARANI				
Cajuru	SANTA CASA DE CAJURU	5	R$ 465.375,00	5	R$ 310.250,00
	RS VALE CACHOEIRAS				
SUBTOTAL	**DRS 13 - Ribeirão Preto**	**71**	**R$ 6.608.325,00**	**123**	**R$ 7.632.150,00**
TOTAL RRAS 13 - SÃO PAULO		**278**	**R$ 25.874.850,00**	**268**	**R$ 16.629.400,00**

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

Município	Instituição	UTI					
		leito novo investimento	leito novo	leito novo custeio R$ 800,00 diária	leito II existente	leito III existente	leito existente custeio
Américo Brasiliense	HOSPITAL ESTADUAL DE AMÉRICO BRASILIENSE				7		R$ 738.783,36
Araraquara	SANTA CASA DE ARARAQUARA	R$ 1.800.000,00	18	R$ 4.730.400,00	7		R$ 738.783,36
	RS CENTRAL						
Ibitinga	SANTA CASA DE IBITINGA	R$ 400.000,00	4	R$ 1.051.200,00	3		R$ 316.621,44
Itápolis	SANTA CASA DE ITÁPOLIS	R$ 400.000,00	4	R$ 1.051.200,00	3		R$ 316.621,44
	RS CENTRO-OESTE						
Taquaritinga	SANTA CASA DE TAQUARITINGA				4		R$ 422.161,92
Matão	HOSPITAL CARLOS F. MALZONI	R$ 800.000,00	8	R$ 2.102.400,00		5	R$ 478.575,32
	RS NORTE						
Porto Ferreira	HOSPITAL DONA BALBINA	R$ 600.000,00	6	R$ 1.576.800,00			
São Carlos	SANTA CASA DE SÃO CARLOS	R$ 1.100.000,00	10	R$ 2.628.000,00	11		R$ 1.160.945,28
São Carlos	HOSPITAL ESCOLA DE SÃO CARLOS	R$ 2.000.000,00	21	R$ 5.518.800,00			
	RS CORAÇÃO						
SUBTOTAL	**DRS 3 de Araraquara**	**R$ 7.100.000,00**	**71**	**R$ 18.658.800,00**	**35**	**5**	**R$ 4.172.492,03**
Barretos	SANTA CASA DE BARRETOS	R$ 1.500.000,00	15	R$ 3.942.000,00	8		R$ 844.323,84
Olímpia	SANTA CASA DE OLÍMPIA	R$ 300.000,00	3	R$ 788.400,00	4		R$ 422.161,92
	RS NORTE BARRETOS						
BEBEDOURO	HOSPITAL MUNICIPAL DE BEBEDOURO	R$ 1.000.000,00	10	R$ 2.628.000,00			
	RS SUL BARRETOS						
SUBTOTAL	**DRS 5 de Barretos**	**R$ 2.800.000,00**	**28**	**R$ 7.358.400,00**	**12**	**0**	**R$ 1.266.485,76**

Município	Instituição	UTI					
		leito novo investimento	leito novo	leito novo custeio R$ 800,00 diária	leito II existente	leito III existente	leito existente custeio
Franca	FUNDAÇÃO STA CASA MIS DE FRANCA	R$ 900.000,00	9	R$ 2.365.200,00	14		R$ 1.477.566,72
	RS TRÊS COLINAS						
Ituverava	SANTA CASA DE ITUVERAVA	R$ 200.000,00	2	R$ 525.600,00	5		R$ 527.702,40
	RS ALTA MOGIANA						
São Joaquim da Barra	STA CASA DE MIS DE SÃO JOAQUIM DA BARRA	R$ 1.200.000,00	12	R$ 3.153.600,00	4		R$ 422.161,92
	RS ALTA ANHANGUERA						
SUBTOTAL	**DRS 8 de Franca**	**R$ 2.300.000,00**	**23**	**R$ 6.044.400,00**	**23**	**0**	**R$ 2.427.431,04**
Sertãozinho	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE SERTAOZINHO	R$ 100.000,00	1	R$ 262.800,00	4		R$ 422.161,92
Monte Alto	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE ALTO	R$ 300.000,00	3	R$ 788.400,00	4		R$ 422.161,92
Jaboticabal	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA ISABEL DE JABOTICABAL	R$ 300.000,00	3	R$ 788.400,00			
	RS HORIZONTE VERDE						
Ribeirão Preto	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO RIBEIRAO PRETO	R$ 1.000.000,00	10	R$ 2.628.000,00	6		R$ 633.242,88
Ribeirão Preto	HOSPITAL SANTA LYDIA RIBEIRAO PRETO	R$ 300.000,00	3	R$ 788.400,00	4		R$ 422.161,92
Ribeirão Preto	HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO	R$ 3.000.000,00	30	R$ 7.884.000,00	6	32	R$ 3.696.124,32
Ribeirão Preto	SANTA CASA DE RIBEIRAO PRETO	R$ 1.000.000,00	10	R$ 2.628.000,00	13		R$ 1.372.026,24
Ribeirão Preto	HOSPITAL ELECTRO BONINI	R$ 500.000,00	5	R$ 1.314.000,00			
	RS AQUIFERO GUARANI						
Batatais	HOSPITAL MAJOR ANTONIO CANDIDO BATATAIS	R$ 200.000,00	2	R$ 525.600,00	5		R$ 527.702,40
	RS VALE CACHOEIRAS						
SUBTOTAL	**DRS 13 - Ribeirão Preto**	**R$ 6.700.000,00**	**67**	**R$ 17.607.600,00**	**42**	**32**	**R$ 7.495.581,60**
TOTAL RRAS 13 - SÃO PAULO		**R$ 18.900.000,00**	**189**	**R$ 49.669.200,00**	**112**	**37**	**R$ 15.361.990,43**

ENFERMARIA DE LONGA PERMANÊNCIA

Município	Instituição	LONGA PERMANÊNCIA	
		Nº leitos Novos	Valor Custeio
Araraquara	SANTA CASA DE ARARAQUARA	23	R$ 1.284.435,00
	RS CENTRAL		
Matão	HOSPITAL CARLOS F. MALZONI	21	R$ 279.225,00
	RS NORTE		
São Carlos	HOSPITAL ESCOLA DE SÃO CARLOS	27	R$ 1.172.745,00
	RS CORAÇÃO		
SUBTOTAL	**DRS 3 de Araraquara**	**71**	**R$ 3.964.995,00**
Barretos	SANTA CASA DE BARRETOS	41	R$ 781.830,00
SUBTOTAL	**DRS 5 de Barretos**	**41**	**R$ 1.731.195,00**
Franca	FUNDAÇÃO STA CASA MIS DE FRANCA	20	R$ 558.450,00
	RS TRÊS COLINAS		
SUBTOTAL	**DRS 8 de Franca**	**20**	**R$ 558.450,00**
Guariba	SANTA CASA DE GUARIBA	20	R$ 1.116.900,00
	RS HORIZONTE VERDE		
São Simão	SANTA CASA DE SÃO SIMÃO	20	R$ 1.116.900,00
Santa Rita do Passa Quatro	SANTA CASA DE STA RITA DO PASSA QUATRO	20	R$ 1.116.900,00
Serrana	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SERRANA	25	R$ 1.116.900,00
	RS AQUIFERO GUARANI		
Batatais	HOSPITAL MAJOR ANTONIO CANDIDO BATATAIS	20	R$ 1.116.900,00
	RS VALE CACHOEIRAS		
SUBTOTAL	**DRS 13 - Ribeirão Preto**	**105**	**R$ 6.980.625,00**
TOTAL RRAS 13 - SÃO PAULO		**237**	**R$ 13.235.265,00**

CENTRO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AOS PACIENTES COM AVC - Portarias SAS 664 e 665/12

Município	Unidade/instituição	U-AVC INTEGRAL	
		n.º leitos	custeio
Ribeirão Preto	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP/FAEPA	10	R$ 1.085.875,00
TOTAL DA RRAS 13		10	R$ 1.085.875,00

RUE / RRAS 13 – CUSTEIO

SERVIÇO		VALOR CUSTEIO				
		DRS 3-Araraquara	DRS 5-Barretos	DRS 8-Franca	DRS 13-Rib.Preto	TOTAL
AD	Atenção domiciliar - EMAD	3.732.480,00	1.244.160,00	8.290.440,00	3.317.760,00	16.584.840,00
	Atenção domiciliar - EMAP	144.000,00		72.000,00	288.000,00	504.000,00
UPA	UPA - solicitada	1.200.000,00		2.100.000,00	2.100.000,00	5.400.000,00
	UPA NOVA HABILITADA - Porte I	7.200.000,00	1.200.000,00	4.800.000,00	2.400.000,00	15.600.000,00
	UPA NOVA HABILITADA - Porte II	2.100.000,00	4.200.000,00		8.400.000,00	14.700.000,00
	UPA NOVA HABILITADA - Porte III			3.600.000,00	3.600.000,00	7.200.000,00
SAMU	Central de Regulação/SAMU habilitada	948.000,00	720.000,00	948.000,00	768.000,00	3.384.000,00
	Unidades Móveis solicitadas	2.880.000,00	2.610.000,00	2.430.000,00	2.700.000,00	10.620.000,00
	Unidades Móveis habilitadas	4.080.000,00	1.380.000,00	630.000,00	4.470.000,00	10.560.000,00
COMPONENTE HOSPITALAR	Porta de Entrada Tipo I					
	Porta de Entrada Tipo II		2.400.000,00			2.400.000,00
	Porta de Entrada Tipo III	3.600.000,00		3.600.000,00	7.200.000,00	14.400.000,00
	Enfermarias clínicas de retaguarda - Leito Novo	16.381.200,00	465.375,00	2.419.950,00	6.608.325,00	25.874.850,00
	Enfermarias clínicas de retaguarda - Leito Existente	7.073.700,00	310.250,00	1.613.300,00	7.632.150,00	16.629.400,00
	UTI - leito novo	18.658.800,00	7.358.400,00	6.044.400,00	17.607.600,00	49.669.200,00
	UTI - leito existente	4.172.492,03	1.266.485,76	2.427.431,04	7.495.581,60	15.361.990,43
	Enfermarias de longa permanência	3.964.995,00	2.289.645,00	1.116.900,00	5.863.725,00	13.235.265,00
AVC	Leitos U-AVC Integral			1.085.875,00	1.085.875,00	2.171.750,00
TOTAL		**76.135.667,03**	**25.444.315,76**	**41.178.296,04**	**81.537.016,60**	**224.295.295,43**

RUE / RRAS 13 – INVESTIMENTO

SERVIÇO		VALOR INVESTIMENTO				
		DRS 3-Araraquara	DRS 5-Barretos	DRS 8-Franca	DRS 13-Rib.Preto	TOTAL DA RRAS 13
UPA	UPA - solicitada	1.400.000,00			1.000.000,00	2.400.000,00
	UPA NOVA HABILITADA - Porte I	8.400.000,00	1.400.000,00	5.600.000,00	2.800.000,00	18.200.000,00
	UPA NOVA HABILITADA - Porte II	2.000.000,00	4.000.000,00		8.000.000,00	14.000.000,00
	UPA NOVA HABILITADA - Porte III			2.600.000,00	2.600.000,00	5.200.000,00
SAMU	Central de Regulação/SAMU habilitada	300.000,00	200.000,00	250.000,00	150.000,00	900.000,00
COMPONENTE HOSPITALAR	Porta de Entrada - Readequação física (reforma ou ampliação) e tecnológica (equipamentos)	3.000.000,00	3.000.000,00	3.000.000,00	6.000.000,00	15.000.000,00
	UTI - leito novo	7.100.000,00	2.800.000,00	2.300.000,00	6.700.000,00	18.900.000,00
TOTAL		**22.200.000,00**	**11.400.000,00**	**13.750.000,00**	**27.250.000,00**	**74.600.000,00**

GRUPO CONDUTOR REGIONAL – RRAS 13

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Claudia Maria Wolf

Sonia Maria Pirani Felix da Silva

Patrícia Maria Rezende Berzoini Penteado

Valdir Ferreira

Márcia Regina Garbuglio Neves

Maria Francisca Moreira Pires

Vera Lúcia Vilela Pires Bueno

Lara Marina Almeida Fonseca

Marcus Vinicius Franzin Bizarro

Emerson Carlos

Thalles Olivi de Almeida

Denise Maria Americano de Freitas

Marcelo Marcos Dinardi

Renata Frateschi de Andrade

Rosane M. Alonso

Agradecemos a todos os gestores e técnicos que participaram da viabilização deste processo.