

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SILVIA DANIELA PINTO MACEDO

Regionalização da saúde:

estudo comparativo das internações hospitalares dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre de 2008 a 2013.

Porto Alegre

2015

SILVIA DANIELA PINTO MACEDO

Regionalização da saúde:

estudo comparativo das internações hospitalares dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre de 2008 a 2013.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Roesse

Porto Alegre

2015

CIP - Catalogação na Publicação

Macedo, Silvia Daniela Pinto

Regionalização da saúde: estudo comparativo das internações hospitalares dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre de 2008 a 2013. / Silvia Daniela Pinto Macedo. -- 2015.

90 f.

Orientadora: Adriana Roese.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Regionalização. 2. Tomada de Decisão em Saúde. 3. Fluxos de Internação Hospitalar. 4. Informação em Saúde. 5. Regulação. I. Roese, Adriana, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SILVIA DANIELA PINTO MACEDO

Regionalização da saúde:

estudo comparativo das internações hospitalares dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre de 2008 a 2013.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovado em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Adriana Roesse – UFRGS

Prof. Dr. Alcides Miranda – UFRGS

Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro – UFRGS

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa – UFRGS

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi possível graças a grande colaboração de vários profissionais que disponibilizaram um pouco de seu precioso tempo para ajudar na compreensão de uma parte da Regionalização da Saúde no Brasil, mais especificamente no Estado do Rio Grande do Sul.

Assim agradeço.

A José Rizzotto – Grupo Hospitalar Conceição
José Américo Serafim – DATASUS – Brasília
Ma. Veralice Maria Gonçalves – DATASUS – Porto Alegre - RS
Prof. Dr. Alcides Miranda – UFRGS
Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa – UFRGS
Profa. Dra. Janice Dornelles de Castro - UFRGS
Prof. Dr. Mario Wagner – Estatístico - UFRGS
Enf^a Miriam Beatriz Bellinaso – Secretaria Estadual da Saúde – Central de Regulação
Enf^a. Fernanda dos Santos Fernandes - Prefeitura Municipal de Saúde – Central de
Regulação
Rafael Ebel Iguini – Grupo Hospitalar Conceição
Katia Ajala – Assessora Política
Aline Zeller Branchi – Grupo Hospitalar Conceição – Revisão Português
Janice Goris Garcia – Tradução Inglês
Gloria Bolivar – Tradução Espanhol
Jaqueline de Carvalho Rocha – Tradutora Juramentada de Francês – Aliança
Francesa
Verônica Sônia Kuhle – Tradutora Juramentada de Alemão – Instituto Goethe
Dr. Christian Cramer – Tradução Alemão
Vinicius da Rosa da Silva - ABNT
Me. Edenilson Bomfim – Grupo Hospitalar Conceição
A Profa. Dra. Adriana Roesse pela orientação no decorrer desta dissertação

Aos familiares, especialmente, Humberto Luis Pinto Macedo, Sued José Tormann Macedo Filho e Igor Duarte, aos queridos amigos com destaque para Nátia Chagas Oliz que muito colaborou na parte técnica com sugestões e várias leituras, Margarida Fernanda Griebeler, Leandra Zanini, Patricia Rampenini, Cátia Rost e ao meu amor, Gama, que souberam compreender os frequentes momentos de ausência e cuidaram de mim com um carinho que me emocionou e revigorou durante estes dois anos.

Cada pessoa deve trabalhar para o seu aperfeiçoamento e, ao mesmo tempo,
participar da responsabilidade coletiva por toda a humanidade.

Marie Curie

RESUMO

O presente estudo buscou compreender uma parte da regionalização da saúde no Brasil, por meio das internações encaminhadas por municípios da Região de Saúde Capital Vale do Gravataí – Região de Saúde 10, do Estado do Rio Grande do Sul, para hospitais de Porto Alegre, através dos fluxos da internação no município, de 2008 a 2013. Para tanto, foram comparados dois grupos principais (1) *municípios da Região 10* e (2) *os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre*; e dois grupos complementares internações de residentes de (3) Porto Alegre na Capital e (4) *outros municípios* (demais municípios que não fizeram parte dos grupos já citados) para os dez procedimentos mais frequentes em internação em Porto Alegre para a média complexidade, que tiveram como principal função explicar os resultados dos principais. O estudo se desenvolveu em quatro etapas: *download* e processamento da base de internação hospitalar do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD do DATASUS; leitura das resoluções da Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul – CIB/RS; leitura das bases virtuais de saúde de artigos que contribuíssem na compreensão da informação disponibilizada; e por fim, visitas realizadas às Centrais de Regulação do Estado do Rio Grande do Sul e do Município de Porto Alegre. Os resultados se mostraram em três fases, os residentes da Região de saúde 10 – Internações locais na Região de Saúde 10, os fluxos de internação para Porto Alegre - Média Complexidade e o comparativo dos grupos. Para o grupo principal do estudo o procedimento parto normal apareceu como mais frequente, seguido por parto cesariano e procedimentos relacionados à oncologia. A principal contribuição do trabalho foi confirmar a hipótese de que o maior número de internações em Porto Alegre para a média complexidade é oriunda de seus residentes e de sua própria Região de Saúde. Conclui-se que a regionalização tenta se estabelecer através de um esforço das centrais de regulações para se estruturarem e utilizarem a informação para o planejamento em saúde e otimização dos processos.

Palavras-chave: Regionalização. Tomada de Decisão em Saúde. Fluxos de Internação Hospitalar. Informação em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand part of the health regionalization in Brazil, through the referral of admissions from Capital/ Gravataí Valley health region (10), Rio Grande do Sul State, to Porto Alegre hospitals, and through admission flows, from 2008 to 2013. For this purpose, comparisons between two main groups – (1) municipalities in Region 10 and (2) the ten most frequent municipalities in Porto Alegre admissions (10) - and two complementary groups : admissions of Porto Alegre residents (3) and (4) other municipalities (those which were not part of the groups already mentioned) - for the ten most frequent procedures in Porto Alegre admissions for medium complexity were made, in order to explain the results of the main groups. The study was conducted in four stages: hospitalization database download and processing from Hospital Information System Decentralization (SIHD) - DATASUS; Rio Grande do Sul Bipartite Inter-managerial Commissions (CIBs) - CIB / RS resolutions reading; health virtual database and publication reading for a better comprehension of the information provided; and visits to Regulatory Centers of Rio Grande do Sul state and Porto Alegre city. The results were presented in three phases: Health Region 10 residents - local admissions, Porto Alegre admission flows - medium complexity, and group comparison. For the main study group, normal delivery procedure appeared as the most frequent, followed by cesarean and oncology related procedures. The main outcome of this work was to confirm the hypothesis that the largest number of admissions in Porto Alegre for medium complexity comes from its residents and its own Health Region. To conclude, regionalization tries to establish itself through regulatory centers effort to structure themselves and use the information for health planning and process optimization.

Keywords: Regionalization. Health Decision-making. Hospitalization flows. Health Information.

RESUMEN

Este estudio tuvo la finalidad de comprender una parte de la regionalización de la salud en Brasil, a través de las hospitalizaciones canalizadas por municipios de la Región de Salud 10 del Estado de Rio Grande do Sul, utilizando los datos de número de ingresos hospitalarios por municipio entre los años 2008 y 2013. Para ello fueron comparados dos grupos principales: (1) municipios de la Región 10, (2) los diez municipios con mayor números de hospitalizaciones en Porto Alegre; así como dos grupos complementarios: (3) hospitalizaciones de residentes de la capital Porto Alegre, (4) demás municipios que no están incluidos en los grupos antes mencionados. En este caso, fueron considerados los diez procedimientos más frecuentes de mediana complejidad que son motivo de hospitalización en Porto Alegre. Este trabajo se desarrollo en cuatro etapas: procesamiento de la base de datos de ingresos hospitalarios del Sistema de Información Hospitalaria Descentralizado, lectura de las resoluciones de la Comisión Intergestores Bipartita de Rio Grande do Sul, lectura de las bases de datos digitales cuyos artículos del área de la salud contribuyeran en la comprensión de la información disponible, y finalmente, visitas realizadas a las Centrales de Regulación del Estado Rio Grande do Sul y del municipio de Porto Alegre. Los resultados se presentaron en 3 etapas de acuerdo a: los residentes de la Región de Salud 10 - hospitalizaciones locales, el número de ingresos hospitalarios en Porto Alegre - mediana complejidad y la comparación entre grupos principales y complementarios. Para el grupo principal, objeto de esta investigación, el procedimiento de mediana complejidad más frecuente fue el parto normal, seguido por parto por cesárea y procedimientos oncológicos. La contribución más importante de este trabajo fue confirmar la hipótesis sobre que el mayor número de ingresos hospitalarios por casos de mediana complejidad en Porto Alegre, corresponde a los oriundos de esta ciudad y de la propia Región de Salud. Se concluye que la regionalización busca establecerse a través de los esfuerzos de las centrales de regulaciones, para estructurar y utilizar la información en la planificación de salud y optimización de los procesos.

Palabras Clave : Regionalización. Toma de Decisiones en Salud. Ingresos Hospitalarios. Información en Salud.

RÉSUMÉ

Cette étude a cherché à comprendre une partie de la régionalisation de la santé au Brésil, par le biais des hospitalisations envoyées par les communes de la « *Região de Saúde Capital Vale do Gravataí – Região de Saúde 10* » (Région de Santé Capitale Vale do Gravataí – Région de Santé 10), de l'État de Rio Grande do Sul, vers les hôpitaux de Porto Alegre, par l'intermédiaire du flux d'hospitalisations de cette commune, de 2008 à 2013. Pour ce faire, ont été comparés deux groupes principaux (1) *les communes de la « Região 10 »* et les (2) *dix communes plus fréquents en hospitalisation à Porto Alegre* et aussi deux groupes complémentaires d'hospitalisation d'habitants de : (3) Porto Alegre dans la capitale et (4) *d'autres communes* (les autres communes qui n'appartiennent pas aux groupes mentionnés ci-dessus) pour les dix procédures les plus fréquentes d'hospitalisation à Porto Alegre en complexité moyenne, qui ont eu comme fonction principale d'expliquer les résultats des principaux. L'étude a été élaborée en quatre étapes : le téléchargement et le traitement de la base d'hospitalisations du Système d'Information Hospitalaire Décentralisé – SIHD de DATASUS – Départ d'Informatique du Système Unique de Santé; la lecture des résolutions de la « *Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul* » (Commission Intergestionnaires Bipartite de l'État de Rio Grande do Sul) – CIB/RS; la lecture des données virtuelles de santé sur les articles qui pourraient contribuer à la compréhension de l'information disponible; et enfin, des visites réalisées aux Centrales de Régulation de l'État de Rio Grande do Sul et de la commune de Porto Alegre. Les résultats ont été démontrés en trois phases, les habitants de la « *Região Saúde 1* » – les hospitalisations locales dans la « *Região de Saúde 10* », les flux d'hospitalisation à Porto Alegre – de Moyenne Complexité et le comparatif des groupes. En ce qui concerne le groupe principal de l'étude, la procédure d'accouchement naturel a été la plus fréquente, dans la tranche de complexité moyenne qui est l'axe de la recherche, suivies par l'accouchement par césarienne et les procédures concernant l'oncologie. L'apport principal de ce travail a été celui de confirmer l'hypothèse que le plus grand nombre d'hospitalisations à Porto Alegre concernant la complexité moyenne est issue de leurs habitants et de leur Région de Santé. Nous avons pu conclure que la régionalisation tente de s'établir à travers l'effort des centrales de régulation afin de

se structurer et d'utiliser l'information pour la planification dans le domaine de la santé et l'optimisation des procédures.

Mots-clés: Régionalisation. Prise de décision en matière de Santé. Flux d'Internements Hospitaliers. Information dans le Domaine de la Santé.

ZUSAMMENFASSUNG

Diese Studie versucht, einen Teil der Regionalisierung der Krankenversorgung in Brasilien zu verstehen. Dafür wurden die Internierungen untersucht, die von Gemeinden der Gesundheitsregion 10 (Hauptstadt/Vale do Gravataí) im Bundesstaat Rio Grande do Sul an Krankenhäuser in Porto Alegre weitergeleitet wurden. Dazu wurden die Internierungsstatistiken der Stadt von 2008 bis 2013 ausgewertet. Hierfür wurden zwei Hauptgruppen miteinander verglichen (1) Gemeinden der Region 10 und (2) die zehn Gemeinden mit den meisten Internierungen in Porto Alegre und zwei weitere Gruppen (3) Internierungen von Einwohnern Porto Alegres in der Hauptstadt selbst und (4) andere Gemeinden (weitere Gemeinden die nicht Teil der genannten Gruppen sind). Ausgewertet wurden die zehn häufigsten Internierungsgründe mittlerer Komplexität deren Hauptfunktion war, die Ergebnisse der Hauptgruppen zu erklären. Die Studie wurde in vier Etappen durchgeführt : Download und Verarbeitung der krankenhäuslichen Internierungsdatenbank des Dezentralisierten Krankenhausinformationssystems (SIHD) des DATASUS ; das Lesen der Resolutionen der Bipartitenkommission von Rio Grande do Sul (CIB/RS) ; das Lesen virtueller Datenbanken mit Artikeln aus dem Gesundheitswesen, die zum Verständnis der zur Verfügung gestellten Information beitragen ; und, zum Schluß, Besuche der Koordinierungsstellen des Bundesstaates Rio Grande do Sul und der Stadt Porto Alegre. Die Ergebnisse gliedern sich in drei Phasen : Bewohner der Gesundheitsregion 10 – lokale Internierungen in der Gesundheitsregion 10, die Verlegungen nach Porto Alegre (mittlere Komplexität) und der Vergleich der Gruppen. Für die Hauptgruppe der Studie war eine normale Entbindung der häufigste Internierungsgrund in der mittleren Komplexität, dem Fokus dieser Studie, gefolgt von Geburten mit Kaiserschnitt und onkologischen Eingriffen. Der größte Beitrag dieser Arbeit ist die Bestätigung der Hypothese, dass die größte Zahl der Internierungen mit mittlerer Komplexität in Porto Alegre auf Einwohner der Stadt und ihrer eigenen Gesundheitsregion zurück geht. Daraus wird geschlossen, dass die Regionalisierung versucht, sich zu etablieren, über die Bemühungen der Koordinierungsstellen sich zu strukturieren und die Informationen für die Organisation des Gesundheitswesens und die Optimierung der Prozesse zu nutzen.

Schlüsselwörter: Regionalisierung. Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen.
Verlegungen krankenhäuslicher Internierungen. Information im Gesundheitswesen.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Região de Saúde 10 – Capital Vale do Gravataí.....	66
Figura 2	– Região de Saúde 07 – Região de Saúde Vale dos Sinos.	68
Figura 3	– Região de Saúde 08 – Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana	68
Figura 4	– Região de Saúde 09 – Região 09 – Região de Saúde Carbonífera Costa Doce.....	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Internação Hospitalar de Alta, Média Complexidade e Não se Aplica 2008 a 2013.	54
Gráfico 2	– Internação Hospitalares, por Densidade Tecnológica (Alta, Média Complexidade e Não se aplica) em Porto Alegre - Rio Grande do Sul - 2008 a 2013.	55
Gráfico 3	– Internações Hospitalares por Densidade Tecnológica (Alta e Média Complexidade) em Porto Alegre do Estado do Rio Grande do Sul - 2008-2013.	56
Gráfico 4	– Internações Hospitalares de Alta e Média Complexidade de Residentes de Porto Alegre e do Interior do Estado do RS em Porto Alegre - 2008 a 2013.	57
Gráfico 5	– Internação da Região 10 em Porto Alegre – excluído Porto Alegre - Média Complexidade 2008 a 2013.	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Internação no próprio município por Densidade Tecnológica do procedimento mais frequente, 2008 a 2013.	48
Tabela 2	– Internações Região de Saúde 10 (Alta, Média Complexidade e Não se Aplica), 2008 a 2013.....	Erro! Indicador não definido.
Tabela 3	– Internação em Porto Alegre por Parto Normal – Região 10.....	51
Tabela 4	– Internação em Porto Alegre Parto Normal e Parto Cesariano, 2008 – 2013	52
Tabela 5	– Internação em Porto Alegre Parto Normal, Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico, Tratamento Clínico de Paciente Oncológico, 2008 a 2013.	52
Tabela 6	– Região de Saúde 10 – Internações em Porto Alegre – Média Complexidade, 2008 a 2013	53
Tabela 7	– Internações Residentes de Porto Alegre x Residentes do Interior em Porto Alegre por Complexidade do Procedimento (Média e Alta Complexidade) 2008 a 2013	57
Tabela 8	– Internação Hospitalar de Residentes em Porto Alegre na Capital – Média Complexidade –2008 a 2013.....	59
Tabela 9	– Internação em Porto Alegre de média complexidade – 10 mais frequentes	60
Tabela 10	– Dez municípios mais frequentes em Internação em Porto Alegre Relacionada à oncologia	61
Tabela 11	– Internação de Outros Procedimentos e Oncologia – Média Complexidade, 2008 a 2013	62
Tabela 12	– Internação de Outros Procedimentos, excluído, Oncologia – Média Complexidade	63
Tabela 13	– Os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, excluída, à Região de Saúde 10 – Média Complexidade, 2008 a 2013.	64
Tabela 14	– Comparação entre os grupos relativos as Internação de Média Complexidade em Porto Alegre, 2008 a 2013.....	73
Tabela 15	– Região de Saúde 10 – Internações em Porto Alegre – Média Complexidade, 2008 a 2013	74

Tabela 16	– Internação Hospitalar dos dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, 2008 a 2013.....	74
-----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	– Autorização de Internação Hospitalar
BVS	– Biblioteca Virtual em Saúde
CIB	– Comissão Intergestores Bipartite
CIR	– Comissão Intergestores Regional
CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
CGR	– Colegiados de Gestão Regional
CRS	– Coordenadoria Regional de Saúde
COAP	– Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde
CONASS	– Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASENS	– Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
GESC	– Grupo de Estudo de Saúde Coletiva
GMS	– Gabinete do Ministro da Saúde
GM	– Gabinete do Ministro
MS	– Ministério da Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
NOAS	– Norma Operacional de Assistência a Saúde
LILACS	– Literatura Latino Americana
SES	– Secretaria Estadual da Saúde
SCIELO	– Scientific Eletronic Library Online
SIH	– Sistema de Informações Hospitalares
SIHD	– Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SUS	– Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	22
2.1	DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO – DA DUREZA DA NORMA À REALIDADE DO COTIDIANO	22
2.2	FLUXOS: RELAÇÃO DA GEOGRAFIA E DA SAÚDE NA REGIÃO.....	30
2.3	GESTÃO E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE	33
2.4	PROBLEMATIZANDO A TEMÁTICA EM ESTUDO	35
3	OBJETIVOS	38
3.1	OBJETIVO GERAL.....	38
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
4	METODOLOGIA.....	39
4.1	PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	39
4.2	ÁREA DE ESTUDO	40
4.3	POPULAÇÃO EM ESTUDO	40
4.4	COLETA DE DADOS.....	41
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	42
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44
5	ANÁLISE DE DADOS	45
5.1	A INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS DEZESSEIS MUNICÍPIOS EM ANÁLISE	47
5.1.1	Internação em Porto Alegre de residentes dos municípios da Região 10 – Vale do Gravataí.....	47
5.1.2	Internação em Porto Alegre de residentes de Porto Alegre	54
5.1.3	Os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre excluída a Região 10 – média complexidade	59
5.1.4	Internação em Porto Alegre de outros municípios do Rio Grande do Sul – Média Complexidade	65

5.2	DESENHO TERRITORIAL DOS 16 MUNICÍPIOS EM ESTUDO E AS RESOLUÇÕES DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO RIO GRANDE DO SUL – 2008 A 2013.....	65
5.3	COMPARAÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO VALE DO GRAVATAÍ E OS DEZ MUNICÍPIOS MAIS FREQUENTES.....	72
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICE A – Termo de compromisso para uso de dados	90

1 INTRODUÇÃO

A regionalização da Saúde mostra-se como um tema que ocupa, substancialmente, a pauta de discussões da área da saúde, no presente momento, no Brasil, inclusive na área científica em que um dos grandes estudos encontra-se em andamento, região e redes, envolvendo vários pesquisadores de Universidades Brasileiras e Estrangeiras. Tais pesquisadores unem esforços para estudar diversos assuntos relacionados a esse tema, entre os quais, é possível identificar mudanças significativas na implantação do SUS resultantes do processo de regionalização, aspectos que tangem regiões, redes, planejamento regional e experiências exitosas.

A pesquisa *Doenças crônicas não transmissíveis e o planejamento em saúde: desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS* (ROESE et al., 2014), do Grupo de Estudos de Saúde Coletiva – GESC/Escola de Enfermagem/UFRGS, analisou o planejamento regional da Região de Saúde 10, Capital Vale do Gravataí, do Rio Grande do Sul, quanto às potencialidades e fragilidades em atender as demandas impostas pelas doenças crônicas não transmissíveis, a partir das especificidades da Região Metropolitana de Porto Alegre. Esse estudo motivou o interesse em estudar a regionalização da saúde, justificado pelo fato de acreditar-se que a regionalização da saúde pode ser relevante para o processo de avanço do SUS.

Entre os vários tópicos citados acima, chamou a atenção o entendimento que alguns componentes da população e alguns profissionais de saúde possuem de que as internações hospitalares, em sua maior parte, possam ser oriundas do interior do Estado do Rio Grande do Sul.

Logo, esse tipo de pensamento remete a pensar nos fluxos desenhados por usuários do sistema de saúde em busca de atendimento. Considerando a pluralidade desse atendimento, o estudo escolheu tratar do atendimento relacionado a internação hospitalar, no Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, nos municípios que compõem a Região de Saúde 10 – Vale do Gravataí, com a finalidade de compreender como ocorrem tais fluxos de internação dos municípios da Região de Saúde 10 - Capital Vale do Gravataí, em direção a Porto Alegre.

Para tanto, optou-se por analisar uma base de dados pública, disponibilizada pelo DATASUS, que armazena dados, desde o ano de 1994, fazendo uso do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD.

Por fim, para entender melhor o que representaram essas internações da Região de Saúde Capital Vale do Gravataí – Região de Saúde 10, foram observados os procedimentos realizados e, ainda, recortados os dez mais frequentes em internação para foco do estudo. Com isso, identificando-se, também, os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre, independente da região, e seus dez procedimentos mais frequentes, comparando com a Região 10 e identificando a representatividade da região em relação ao Estado do Rio Grande do Sul.

Assim, foi observada uma parte da regionalização de saúde que ocorreu no Rio Grande do Sul, através da região que possui, em sua base territorial e geográfica, a Capital do Estado.

Apenas observando os fluxos em relação a alguns hospitais de Porto Alegre, sem o uso de nenhuma metodologia científica, pode-se pensar, como hipótese verificável, que o maior número de internações na Capital pode ser oriunda de sua própria Região de Saúde, ou do próprio município de Porto Alegre, uma vez que, a Região de Saúde Capital Vale do Gravataí – Região de Saúde 10, deve internar pacientes, prioritariamente, de seu município ou de sua região.

Ao se considerar o número de ambulâncias e ônibus que podem ser observados na frente dos hospitais da Capital, em um primeiro momento, pode-se pensar que os pacientes oriundos do interior do Estado representam o maior número de internações hospitalares na Capital, ocupando a maior parte dos serviços e dos leitos, contudo, fez-se necessário um estudo para verificar qual a realidade sobre esse tema.

Este estudo se propôs a compreender tais fluxos e como a regionalização se estabeleceu, dentro destes, para os anos de 2008 a 2013, no que tange às internações hospitalares, em Porto Alegre, observando-se, em um primeiro momento, na Região 10, a complexidade geral (Alta Complexidade, Média Complexidade e Cirurgias Múltiplas e Politraumatizados, chamados, no estudo, de Não se Aplica) em seu procedimento mais frequente, e, em um segundo momento,

focou-se na média complexidade, identificada como mais frequente em número de internações, tanto na Região 10 quanto nos dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre.

Pode-se dizer, por fim, que o estudo pode auxiliar no processo decisório de planejamento, por ter identificado tanto os procedimentos mais frequentes que são realizados na Capital quanto os fluxos desenhados para esse atendimento.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A gestão da saúde não é uma tarefa fácil, são muitas as dificuldades que se apresentam no caminho dos gestores, sejam eles do segmento privado ou do público. Cada vez mais, são necessários estudos que auxiliem a tomada de decisão, permitindo que esses gestores possuam um ferramental que auxilie nesse processo.

No que tange à internação hospitalar, muitas questões se mostram presentes, a gestão da rede, a regulação, o planejamento, o monitoramento e a avaliação dos processos. Para tanto, os serviços foram estruturados, no Brasil, na ótica da descentralização e da regionalização, estabelecendo um caminho crescente de avanços e conquistas. Tais processos foram norteados pela Reforma Sanitária, que concretizou o Sistema Único de Saúde SUS, a partir da Constituição da República Federativa do Brasil, no ano de 1988, começando a ser regulamentado em 1990, por meio das Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8080/90 (BRASIL, 1990a) e Lei nº 8142/90 (BRASIL, 1990b).

2.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO – DA DUREZA DA NORMA À REALIDADE DO COTIDIANO

A descentralização é apresentada por Arretche (1996) como um consenso discursivo quase absoluto acerca de ser a melhor alternativa para a eficiência e eficácia da gestão pública. No decorrer de suas reflexões, explana que, por variadas razões, as diferentes correntes políticas entenderam positivamente esse conceito e articularam propostas para essa descentralização, com expectativas de “superação dos problemas identificados no Estado e nos sistemas políticos nacionais” (ARRETCHÉ, 1996, p.1).

Nos anos 80, as reformas que adotaram a descentralização ocorreram em um número expressivo de países, explicando a autora que estas foram realizadas de formas distintas, e as mais conhecidas foram “a desconcentração, a delegação, a

transferência de atribuições e a privatização ou desregulação” (ARRETICHE, 1996, p.1).

Para este estudo, a ênfase se deu em relação à compreensão da descentralização e regionalização, abordando-se, conceitualmente, a desconcentração com o fim específico de explicar sua diferença em relação a descentralização, excluindo a abordagem conceitual relativa à privatização ou desregulação.

Para ajudar conceitualmente a compreender essa diferença, Meirelles, Aleixo e Burle (2013) contribuem, através do Direito Administrativo, na medida em que expressam seu entendimento relativo aos conceitos de descentralização e desconcentração como princípios que orientam a Administração Pública Federal do Brasil, acompanhados do planejamento, da coordenação, da delegação de competências e do controle. A **descentralização** administrativa pressupõe a existência de uma pessoa, que não seja o Estado, investida dos necessários poderes da administração, que exercerá a atividade pública ou de utilidade pública. A **desconcentração**, por sua vez, é entendida, pelos autores, como repartição de funções entre os vários órgãos (despersonalizados) de uma mesma Administração, não ocorrendo quebra de hierarquia, operando pela distinção entre os níveis de direção e execução.

Arretche (1996) destaca que existe uma convergência de opiniões, na qual, as correntes existentes, tanto a direita quanto a esquerda, deram destaque a esse tipo de reforma nos processos de reforma do Estado.

A autora analisa a descentralização em três ângulos. O primeiro: a **descentralização como condição necessária à democratização do processo decisório**, entendendo que permanecerão existindo questões que serão processadas pelos respectivos níveis de governo, “o caráter democrático do processo decisório depende menos do âmbito no qual se tomam decisões e mais da natureza das instituições delas encarregadas” (ARRETICHE, 1996, p. 23). O segundo: a **descentralização implicaria um esvaziamento das funções do governo central**, sendo que, no Brasil, é compreendida em direção oposta, ou seja, que o sucesso de reformas do Estado do tipo descentralizador pressupõe a ideia de expansão seletiva de funções do governo central, focando no fortalecimento de suas

capacidades administrativas e institucionais, na condução e regulação de políticas setoriais implantadas pelos governos subnacionais, e do próprio processo de descentralização. O terceiro: apresenta a **descentralização como uma forma de controle sobre a ação dos governos dada a proximidade entre eleitos e eleitores**, implicando na redução de uso de recursos públicos para fins clientelistas. A autora refere que não existiria relação necessária entre descentralização e clientelismo, uma vez que este poderia ocorrer em qualquer escala de operações. Finaliza com a visão de que a redução do clientelismo “supõe a construção de instituições que garantam a capacidade de *enforcement* do governo e a capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações deste último” (ARRETCHE, 1996, p. 23).

A descentralização, no Brasil, começou a ser tratada, de forma mais direta, por meio das NOBs, como a Resolução nº 273 do INAMPS, reedição da Norma Operacional Básica 01/91 (BRASIL, 1991), que deu início ao processo de descentralização e definiu o repasse direto de recurso negociado por produção, de maneira automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Esta foi seguida pela NOB 01/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, que fortaleceu o CONASS e o CONASEMS como instâncias colegiadas gestoras do SUS, enfatizou a necessidade de descentralização e normalizou o Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1992). A NOB 01/93 tratou de critérios e categorias diferenciadas para gestão e habilitação dos municípios, classificando-as em incipiente, parcial e semiplena, levando em consideração o tipo de gestão para receber os diferentes repasses (BRASIL, 1993). Já a NOB 01/96 (BRASIL, 1996) consolidou a municipalização, revogando modelos anteriores de NOBs, instituindo dois novos modelos, Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, alterando a forma de repasse do Governo Federal para as esferas subnacionais, passando a ocorrer de forma *per capita*, iniciando a discussão do processo de regionalização. A Norma de Assistência a Saúde – NOAS, em suas edições 2001 e 2002, abordou e regulamentou a regionalização (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

A regionalização, no Brasil, aparece no texto da NOAS 01/01, já em sua apresentação, como uma macroestratégia que procurou garantir o acesso às ações de saúde de qualidade aos cidadãos brasileiros em todos os seus níveis de atenção. É o produto de um amplo processo de debates e negociações, que teve seu início

no ano de 2000, por solicitação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, de uma proposta de regionalização da saúde, com fim de provocar a discussão em outros atores sociais (BRASIL, 2001).

Explicita-se, em seu texto, a identificação, no Brasil, da existência de milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema de saúde completo, ou seja, com capacidade de oferecer ações de saúde em todos os seus níveis de complexidade. Dessa forma, já chamando a atenção, naquele momento, para a questão do acesso da população a serviços não disponíveis em seu município de origem (BRASIL, 2001).

A NOAS 01/02 trouxe um destaque para as funções de controle, regulação e avaliação relacionadas aos processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, contemplando, ainda, a existência da necessidade de se dar atenção às etapas que são anteriores a esse processo e para instrumentos que são considerados norteadores das ações do gestor de saúde (BRASIL, 2002).

Esses instrumentos são entendidos como base para o acompanhamento e a fiscalização da implementação das políticas no setor. Nesse sentido, fazia-se necessário conhecer as Agendas Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, os Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização e de Investimento, a Programação Pactuada e Integrada, os Pactos da Atenção Básica e os Termos de Garantia de Acesso e de Compromisso entre os Entes Públicos (BRASIL, 2002).

Após a NOAS, foi apresentado o Pacto pela Saúde, o qual trabalhou com três componentes: o **Pacto pela Vida**, que expressou compromissos sanitários por meio de objetivos e resultados relativos à situação de saúde do País e de prioridades definidas pela esfera nacional e subnacionais; o **Pacto em Defesa do SUS**, que trouxe ações concretas e articuladas entre União, estados e municípios, no sentido de reforçar o SUS como política de estado; e o **Pacto de Gestão do SUS**, que definiu as responsabilidades de cada esfera de gestão, buscando diminuir competências concorrentes estabelecendo o que cada ente deve fazer, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006).

Nessa normatização, a regionalização aparecia como uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo que estruturava o Pacto de Gestão, orientando a descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006).

Entretanto, Lima e Queiroz (2012) chamam a atenção para o fato de que a adesão dos governos subnacionais ao pacto poderia ocorrer sem que a regionalização fosse, de fato, fortalecida e sem que representasse qualquer avanço para a descentralização em âmbito estadual.

Na continuidade de suas análises, entenderam que faltou avançar no sentido da configuração de estratégias e instrumentos de planejamento, regulação e financiamento de apoio à conformação de sistemas públicos de saúde regionais em diferentes recortes territoriais, entendendo-os como espaços definidos pelos Colegiados de Gestão Regional – CGR, nas regiões de fronteira, áreas metropolitanas, reservas indígenas e áreas de proteção ambiental, podendo existir outras.

As autoras ainda destacaram a falta de desenvolvimento de mecanismos que favorecessem a participação de variados atores e relações coordenadas e cooperativas entre governos, organizações e cidadãos nos espaços regionais.

O Colegiado de Gestão Regional – CGR apresentou-se como um espaço permanente de pactuação, cogestão e decisão, por meio da identificação e definição de prioridades, buscando a pactuação de soluções para a organização da rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutiva. Devendo, para tanto, ativar a articulação permanente e contínua, entre todos os municípios e o estado, na Região de Saúde da qual faz parte (BRASIL, 2009).

Roese (2012) constatou a dificuldade dos municípios em aceitar responsabilidades além da atenção básica e o receio do aumento dessa responsabilidade devido à assinatura do Pacto de Gestão. Dessa forma, fortalecendo a afirmação de que os governos locais se voltaram apenas para a atenção básica.

O Pacto não deu conta da regionalização, de acordo com Lima et al. (2012), pela baixa adesão de alguns estados e seus municípios, entre os quais se encontra o Rio Grande do Sul. Outro fator identificado se refere aos processos de constituição dos Colegiados e o debate a ser realizado por essas instâncias não serem suficientes para nortear a adesão articulada entre os governos ao Pacto. Entenderam as autoras que, por vezes, as dificuldades apresentadas por esses espaços, para se constituírem como fóruns permanentes de negociação intergovernamental, ocorriam devido à falta de sua correspondência com regiões reconhecidas e acordadas pelo conjunto de gestores do SUS nos estados. Complementam esse pensamento referindo que tal situação dificulta a consolidação de uma cultura de debate e negociação, além de fragilizar a governança regional na saúde.

As autoras identificaram, também, que as dificuldades referentes à constituição de espaços de representação regional nos estados explicam-se pelo fato de, muitas vezes, a integração dos serviços obedecerem a lógicas territoriais que extrapolam suas fronteiras (municípios em que suas fronteiras se relacionam com outros estados). Observam, ainda, ingerência do poder político eleitoral com pesada centralização em alguns estados da federação. Outro fator significativo, é a concentração de tecnologia em algumas regiões (áreas metropolitanas e capitais), o fato de alguns territórios apresentarem dinâmicas próprias (estados da região norte) e desigualdades socioeconômicas das regiões.

Analisando de forma mais ampla, Lima e Viana (2011) ressaltam que foi acentuada a tensão entre regionalização e descentralização da política de saúde, no caso do Brasil, apresentando, como motivo, dois fatores. O primeiro seria a ausência de articulação entre descentralização e regionalização, logo no início de implantação do SUS, ocorrendo, dessa forma, diferente de outros países. O segundo fator seria o entendimento de que as propostas de regionalização teriam ocorrido com início tardio, conformando-se com sucessivos ciclos de descentralização que focalizaram os municípios existentes.

De acordo com Bankauskaite, Dubois e Saltman (2007), a experiência internacional ocorreu de forma diferente, sugerindo que, em um grande número de países, como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá, a descentralização da política

de saúde se articulou à regionalização por meio da organização de uma rede de serviços, associada à criação e ao fortalecimento de autoridades sanitárias regionais.

Viana e Lima (2011) depreendem que o encaminhamento se deu dessa forma com o objetivo de alcançar maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, com uma maior democratização e transparência dos processos decisórios.

Segundo essas autoras, as dificuldades encontradas para o adequado estabelecimento da regionalização dizem respeito à complexidade trazida por um país federativo com as características do Brasil. Essa complexidade abrangeria questões como: inadequada distribuição de modalidades e tipos de serviços que compõem o sistema público de saúde; diferenças entre os entes federados; administração pelos governos locais apenas de estabelecimentos de atenção básica, com a oferta de serviços especializados e de alta complexidade concentrada em poucas cidades; realidade permeada por imensas desigualdades regionais; diversidade de ações e prestadores de serviços no SUS, entendendo-se que ocorreu um efeito fragmentador no processo de descentralização (e que este teria ocorrido na década de 90). A partir dessa lógica, os municípios sem a face da regionalização teriam privilégio e não se consideraria o papel das secretarias estaduais de saúde, pouco contribuindo para a formação de redes regionalizadas de atenção à saúde. Por fim, tais características fizeram com que outras variáveis pudessem influenciar no processo de regionalização, como variáveis estruturais, recursos disponíveis para o gasto público, arrecadação e transferências federais.

Considerando o exposto e a constatação de que o Pacto não deu conta da regionalização, no ano de 2011, a presidente Dilma Rousseff sancionou o Decreto nº 7.508, de 2011, que definiu e aprofundou os conceitos de regionalização, hierarquização, região de saúde e contratos entre os entes públicos, oficializando a atenção básica como porta de entrada e ordenadora de acesso ao Sistema Único de Saúde. Também, criou os **Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde – COAP**, como um instrumento para estabelecer a relação entre as esferas de gestão do governo, sendo este um acordo de colaboração estabelecido entre os entes federativos. Esse instrumento tem por finalidade a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, definindo,

assim, responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação, desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O Decreto, ainda, definiu o planejamento integrado, apresentando o **Mapa de Saúde** como ferramenta de apoio à descrição das necessidades de saúde e das ações e dos serviços oferecidos pelo SUS. Essa ferramenta também deve descrever, geograficamente, a distribuição de recursos humanos e das ações e dos serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, levando em conta a capacidade existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011).

Os Mapas da Saúde tornam possível realizar a identificação das necessidades de saúde de cada região e, a partir desses mapas, serão elaborados os planos de saúde específicos para os municípios, os estados e as regiões de saúde.

O Decreto criou, também, a **Comissão Intergestores Regional – CIR**, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde, no que tange ao aspecto administrativo e operacional, sendo uma instância com o objetivo de pactuação consensual entre os entes federativos para a definição de regras de gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a Resolução CIB 555/12 (RIO GRANDE DO SUL, 2012), alterada pela Resolução CIB 499/2014 (RIO GRANDE DO SUL, 2014), estabelece a CIR e altera a configuração e a quantidade de regiões de saúde no Estado, que passa a contar com 30 regiões de saúde. O documento refere que cada região de saúde deve contar com uma CIR.

O Decreto nº 7.508/2011 estabeleceu, ainda, a centralidade da região de saúde, a qual deve funcionar como base para a alocação de recursos, criou a RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, com todas as ações e os serviços de responsabilidade do SUS; e, por fim, determinou o aperfeiçoamento da RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, para funcionar de

forma mais eficiente, através dos protocolos e das diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, o Decreto nº 7.508/2011 pode se concretizar em um avanço para o SUS, despertando uma expectativa de estabelecimento, de fato, da regionalização no Brasil. Incentivando, dessa forma, as relações com a rede, para os adequados encaminhamentos, em busca de resolutividade para os problemas de saúde, em um país com uma organização federalista de dimensões continentais (ELIAS, 2011).

Essas dimensões continentais levam a refletir a questão de gestão da saúde brasileira, em uma estrutura geográfica ampla, para as devidas relações de rede que precisam se estabelecer para a resolução dos problemas de saúde. Para entender melhor a descentralização e a regionalização dentro desse contexto, faz-se necessário explicar sua relação com a geografia.

2.2 FLUXOS: RELAÇÃO DA GEOGRAFIA E DA SAÚDE NA REGIÃO

A geografia tem dado o formato da ocupação dos espaços no globo e, também, na área da saúde, uma vez que todo o desenho de gestão está materializado dentro da organização geográfica, por meio das relações dentro do espaço, do território e da região.

Fleury e Ouverney (2007) explicam que a territorialização da saúde está na delimitação de unidades, através das quais são estruturadas funções, ao conjunto da atenção à saúde, envolvendo aspectos como: organização, gestão do sistema, alocação de recursos e articulação das bases de provisão de serviços por meio dos fluxos de referência intermunicipais.

Nesse sentido, conceitos importantes foram inseridos pela NOAS: **módulo assistencial** – município(s) direcionado(s) à determinada especialidade; **microrregião e região de saúde** – bases territoriais mínimas de planejamento regionalizado; **macrorregião** – possível unidade territorial adicional de planejamento regionalizado. Essas subdivisões são as áreas em que os atores e as organizações

terão suas interações e suas relações de intercâmbio concretizadas e “intensificadas” mediante a ação das instâncias decisórias de produção das políticas de saúde nos níveis do SUS (FLEURY; OUVENEY, 2007).

Com o foco na modelagem de redes regionais de atenção à saúde no SUS, Lavras (2011) afirma que uma rede articulada pode ser entendida como um desafio em direção à consolidação de um sistema integrado que garanta o acesso e a qualidade da atenção ofertada que, por sua vez, exigiria cooperação solidária entre estados e municípios e entre os municípios de uma determinada região sanitária, constituindo-se em uma das estratégias para a regionalização do sistema de saúde.

A autora infere que as redes de saúde, no sentido da regionalização, devem ser entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, também, como pontos de atenção, apoio diagnóstico e terapêutico, local onde seriam desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, que, quando integradas em sistemas logísticos e de gestão, tentariam garantir a integralidade (LAVRAS, 2011).

Todas essas relações em rede vão se estabelecer dentro de uma região e entre as regiões, desenhando fluxos – caminhos percorridos pelos usuários – alternativas terapêuticas (ROESE, 2012), que, neste estudo, serão entendidos como hospitais – internações hospitalares, em Porto Alegre, oriundas dos municípios da Região de Saúde 10 e dos dez municípios que mais internaram em Porto Alegre, independente de região, de 2008 a 2013.

A região, para Santos (1985, p. 66), “é na verdade, o *locus* de determinadas funções da sociedade total em um momento dado”. Já Britto (1986) entende que o espaço regional está relacionado com as decisões, sugerindo a divisão do tema em três partes: **representação e espaço regional**, **composição regional** e os **órgãos de decisão e as decisões governamentais** propriamente ditas.

A **representação regional e o espaço regional** são apresentados trabalhando-se com a ideia de elementos regionais ligados ao fenômeno do poder e à representação política. O autor usa como exemplo a cidade grega, mostrando-a com um desempenho desde a origem, exercendo um papel de centro de polarização regional (BRITTO, 1986).

Ao tratar da **composição regional e os órgãos de decisão**, salienta ser o espaço regional condicionante às forças políticas, em que seu aporte repercute necessariamente nos órgãos governamentais (BRITTO, 1986).

Ele considera que as **decisões governamentais** propriamente ditas são tomadas pelas administrações que utilizam decisões regionais, entendendo que a própria existência das regiões encoraja as singularidades que impedem o estabelecimento de regras gerais (BRITTO, 1986).

A região, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011, é compreendida, de maneira mais ampla, sendo vista como,

Espaço Geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 1).

Pensa-se que a região se concretiza como a arena onde os fluxos estabelecerão seus desenhos.

Roese (2005) conceitua os fluxos de utilização dos serviços de saúde pelos usuários como a busca por uma ação terapêutica e/ou uma determinada trajetória, percorrida por estes, procurando um atendimento. A autora entende que esse fluxo estaria vinculado a todos os esforços realizados para alcançar a resolutividade pelo indivíduo.

Essa busca de ação terapêutica traz a necessidade de se pensar o acesso, entretanto, no presente estudo, este já está consolidado, uma vez que a internação já ocorreu, despertando a necessidade de mostrar, então, os desenhos representados por esse acesso. Dessa forma, faz-se de grande importância entender o desenho descrito pela regionalização por meio dos **fluxos** (caminho percorrido pelo usuário).

Considerando a importância da região enquanto espaço de relação concretizado pelas redes, o desenho de fluxos Roese (2005) que neste estudo refere-se à internação hospitalar, bem como, a abordagem de Britto (1986) que

entende o espaço regional relacionado às decisões, torna-se necessário explicar a gestão e a tomada de decisão em saúde.

2.3 GESTÃO E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM SAÚDE

A Gestão e o processo de tomada de decisão em saúde tomam, como ponto de partida, os textos da Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica de 1990, em que a descentralização e a regionalização são princípios norteadores da organização político-territorial do Sistema Único de Saúde - SUS. Efetivando, assim, uma proposta de um sistema público de saúde que deve ser, ao mesmo tempo, nacional e universal, descentralizado, integrado e hierarquizado, no território, atendendo à diversidade regional do país (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Deve, ainda, entender a descentralização como uma transferência de autoridade e do poder decisório do âmbito nacional para outras esferas de governo, com definição de responsabilidades dessa gestão (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

Deve-se, também, levar em consideração que o SUS possui uma composição que conta com gestores e instâncias coletivas de negociação e decisões referentes à política de saúde.

O processo de tomada de decisão na saúde, após Decreto nº 7.508/2011, dá-se por meio da discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores, como a Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Regional – CIR. Considera, também, os planos de saúde de cada ente federado e a programação anual, aprovados nos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2011).

Os três níveis de organização do espaço ocupado pela gestão interfederativa, a União e a Comissão Intergestores Tripartite; o estado e a Comissão Intergestores Bipartite e as Redes de Atenção à Saúde, de acordo com Fleury e Ouverney (2007), mostravam-se concorrentes tratando-se de saúde e envolviam: normalização, financiamento, gestão do sistema e prestação dos serviços. Assim, as esferas

nacional e subnacionais, acompanhadas das Comissões Intergestores, desenhavam um quadro em que o processo decisório se efetivaria.

No presente estudo, o foco se estabeleceu na gestão da regionalização no que tange a internação hospitalar na Região de Saúde, Capital Vale do Gravataí – Região de Saúde 10. Buscou-se analisar como ocorreram os fluxos da internação e o que se mostra dentro e fora da região de saúde, com o fim de produzir uma informação que possa auxiliar a gestão no processo de tomada de decisão para o planejamento em saúde.

O processo de decisão no SUS leva em consideração os **níveis de governo**: federal, estadual e municipal; a **autoridade sanitária**: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado e Secretaria Municipal; os **mecanismos de controle social**: Conselho Nacional, Conselho Estadual e Conselho Municipal de Saúde e os **mecanismos de formulação de política**: Conferência Nacional de Saúde, Conferência Estadual de Saúde e Conferência Municipal de Saúde (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Considerando o trabalho de acordo com o conceito de Regiões de Saúde proposto pelo Decreto nº 7.508/2011, a abordagem levou em conta a produção de uma informação para planejamento regional integrado, que poderá ser útil, também, para o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP, ferramenta que resulta da integração dos planos de saúde dos entes federados (BRASIL, 2011).

Ao se trabalhar, no estudo, com uma abordagem que tem como foco a internação hospitalar, o processo de decisão se relaciona diretamente como uma responsabilidade do gestor, que teria a regulação como o fluxo preferencial dessa internação.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS foi instituída através da Portaria MS/GMS/GM 1.559/08, que compreende três tipos de regulação: a regulação de sistemas de saúde, a regulação da atenção à saúde e a regulação do acesso à assistência. Esses três tipos de regulação, na Portaria MS/GMS/MG 1.559/08, são conceituados da seguinte forma:

Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação à Assistência e controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada de acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. (BRASIL, 2008, p. 1).

Este estudo prioriza a regulação do acesso à assistência, uma vez que se preocupa com os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, os quais, de acordo com a Portaria MS/GMS/GM 1.559/08, em seu Art. 5º, efetivaria o acesso à assistência pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade apresentada por meio de atendimentos, que, nesta pesquisa, traduz-se em leitos. Os sujeitos seriam os gestores públicos das esferas estadual e municipal.

Nessa ótica, o processo decisório se estabeleceria dentro da rede, a qual desenharia um fluxo que ligaria a necessidade de internação do paciente no município de Porto Alegre à Secretaria Estadual da Saúde ou à Secretaria Municipal de Porto Alegre.

2.4 PROBLEMATIZANDO A TEMÁTICA EM ESTUDO

A participação na pesquisa, Doenças crônicas não transmissíveis e o planejamento em saúde: desafios da região metropolitana de Porto Alegre/RS

despertou o interesse em entender os fluxos da Região Capital Vale do Gravataí - Região de Saúde 10, composta por seis municípios: Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão para os hospitais em Porto Alegre. Buscou-se, a partir disso, compreender os fluxos da internação hospitalar do ano de 2008 a 2013, observando a complexidade do procedimento e dos fluxos, procurando responder a algumas perguntas. Quem é mais frequente em internação em Porto Alegre? Para tratar o quê? Os pacientes são oriundos de onde?

Como uma medida para compreender os fluxos dessa região, foram escolhidos, também, os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre e não fazem parte da Região de Saúde 10. Em um primeiro momento, eles foram observados sob a ótica da internação, e identificado, já na análise da Região 10, maior incidência da média complexidade, assim, comparou-se a Região 10 e os dez municípios relacionados aos dez procedimentos mais frequentes em internação em Porto Alegre.

Pensa-se que o estudo poderá contribuir para a identificação da situação dos fluxos da média complexidade, já constatados como um “nó crítico” na gestão dos Serviços de Saúde (ROESE, 2012, p.59).

Esse fato, agregado à dificuldade de internação por obstáculos na obtenção de leitos hospitalares, desenha um quadro que motiva investigar em que nível os fluxos estão influenciando nessa situação.

Ainda que apenas o ano de 2013 entre na ótica de região de saúde, segundo o Decreto nº 7.508/2011, o trabalho observou o fluxo de usuários em região de saúde, nos anos de 2008 a 2013, na ótica da reconfiguração das regiões pela CIB 555, que foi publicada em 2012, e o Plano Estadual de Saúde, de 2013, suscitando o interesse de analisar, sob esse norte, o que já se estabeleceu na Região de Saúde 10. Considerando que essa compreensão da realidade poderá auxiliar em um futuro planejamento.

O estudo se deparou com o problema de entender como a regionalização ocorreu dentro da Região 10, no que tange às internações hospitalares dos municípios que compõem a região e o fluxo para Porto Alegre. Observou os procedimentos realizados e sua relação com a complexidade do procedimento, bem

como o desenho dos fluxos, com a finalidade de avaliar como a internação hospitalar se mostra dentro da ótica da regionalização.

Nesse sentido, foram propostas algumas questões básicas de pesquisa que buscaram responder ao problema levantado e que permitiram identificar os fluxos de encaminhamentos, desenhando o cenário atual da internação hospitalar na Região 10 – Porto Alegre, do Estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, foi necessário responder às seguintes questões. Qual a procedência deste usuário? Qual o nível de complexidade? Quais municípios têm encaminhado mais pacientes e para quais procedimentos? Qual é o cenário de gestão referente à regionalização no que tange às internações hospitalares em Porto Alegre?

Este estudo pode identificar como se deu a internação hospitalar na Região 10 dessa para Porto Alegre, sob a ótica da regionalização, testando a hipótese empírica de que o maior fluxo de internação nos hospitais de Porto Alegre é oriundo de sua própria região ou composto de residentes de seu próprio município.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as internações encaminhadas por municípios da Região de Saúde 10 para hospitais de Porto Alegre, por meio da identificação dos fluxos de utilização da internação no município, no período de 2008 a 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) descrever os itinerários e fluxos de internações hospitalares realizadas em Porto Alegre no período de 2008 a 2013;
- b) tipificar as internações por procedimentos e nível de complexidade;
- c) analisar pactuações das resoluções CIB no período de 2008 a 2013.

4 METODOLOGIA

4.1 PRESSUPOSTOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo proposto tem abordagem quantitativa descritiva e exploratória de acordo com a classificação de Marconi e Lakatos (2008), colocando o estudo como descritivo, por se tratar da tentativa de isolar variáveis-chave caracterizadas pela precisão e controle estatístico, com a finalidade de fornecer dados para descrição de características quantitativas de populações, como um todo, organizações ou outras coletividades específicas.

Marconi e Lakatos (2008) explicam que exploratória no sentido de pesquisa empírica tem o objetivo de formulação de questões ou de um problema, em três possibilidades: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

No presente estudo, buscou-se aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, a regionalização da saúde, através de uma pesquisa envolvendo o fluxo das internações da Região Capital Vale do Gravataí - Região de Saúde 10, no município de Porto Alegre, sendo este momento um sinalizador quantitativo, com vistas a um estudo mais aprofundado em um segundo momento.

Para trabalhar com gestão, torna-se necessário fazer uso de indicadores, que, segundo Lima, Pordeus e Rouquayrol (2013), seriam índices ajuizados pela sociedade, especialmente selecionados por um observador, para a função de auxiliar a tomada de decisão, por tratarem, do momento, da hora, do tempo e do lugar para que se desencadeie uma ação. Entendem o indicador como índice crítico capaz de orientar a tomada de decisão em prol das evidências e providências, relativas a um estudo.

4.2 ÁREA DE ESTUDO

A área de estudo compreende quatro grupos de informação que trabalharam com a internação hospitalar: o primeiro é a *Região de Saúde Capital Vale do Gravataí - Região de Saúde 10*, do Estado do Rio Grande do Sul, os 6 (seis) municípios que a compõem (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão), considerando-se a internação nos próprios municípios e enviada para hospitais de Porto Alegre; o segundo grupo é composto pelos *dez municípios com maior frequência de internação na Capital*, excluídos os municípios da Região 10; o terceiro é a *internação em Porto Alegre*, proveniente de residentes de Porto Alegre; por fim, o quarto grupo é formado dos residentes do *resto do Estado que enviaram pacientes para internação nos hospitais do município de Porto Alegre*, referente ao período 2008 a 2013.

A escolha do formato região se dá pelo fato do sexto ano em análise, 2013, já estar dentro do escopo de região de saúde, preconizado pelo Decreto nº 7.508/2011, e por existir um interesse do estudo em visualizar os fluxos dentro dessa ótica, por entender-se que se pode ter uma informação que retrataria os fluxos atuais, trazendo uma parcela de realidade que poderia auxiliar a tomada de decisão.

Os hospitais que receberam as internações podem ser verificados através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e pertencerem à base de dados, disponibilizada pelo DATASUS, para utilização neste estudo (BRASIL, 2014).

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população estudada foi composta pelos usuários que internaram nos hospitais do município de Porto Alegre, oriundos do próprio município, da Região 10 e dos dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, independentemente de região e de outros municípios (entende-se por outros municípios os que não compõem nenhum dos outros grupos), no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2013.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados envolveu quatro etapas, a primeira de acesso à internação hospitalar através dos dados do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD, a segunda envolvendo as resoluções da Comissão Intergestores Bipartite, a terceira, o acesso às bases virtuais de saúde acerca de artigos que contribuíssem na compreensão da informação disponibilizada pelo processamento dos dados da internação hospitalar no recorte 2008 a 2013 e a quarta e última, referente às visitas realizadas à Central de Regulação da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e à Central de Regulação Estadual do Estado do Rio Grande do Sul.

Na primeira etapa, os dados de internação hospitalar foram acessados em 08/01/2015, via Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS, através do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado – SIHD, na região pública do site. Para tanto, foi acessado o endereço eletrônico referente ao **Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado** e executado o *download*, através do *link* “Reduzida do AIH”, dentro deste, foi acessado o *link* “SIHSUS” (arquivos dissemináveis para tabulação de Internações Hospitalares do SUS). A partir deste, foram selecionadas as opções “dados, RD AIH Reduzida” e escolhidos e selecionados os anos de 2008 a 2013, para o Estado do Rio Grande do Sul, nos meses janeiro a dezembro, e gerados os arquivos, por ano, para o Tabwin.

Após o *download*, os dados foram processados no TABWIN para trabalhar com os formatos dbc, dbf e csv e, na continuidade, no *SqlServer*, para transformá-los no padrão de dados necessário para o estudo, carregando-os em uma nova tabela.

As tabelas de auxílio foram carregadas no Banco de Dados *SqlServer*, em tabela de municípios, tabela de procedimentos, tabela de regiões e tabela de complexidade de procedimento. Por fim, foi montada a estrutura para gerar o *sql* para extração de dados e o resultado da consulta *sql*.

Em um segundo momento, os dados foram reprocessados no SPSS 18, como método de conferência e validação do primeiro processamento. Esse segundo

processamento também gerou novas tabelas de frequência, especialmente, para os dez *municípios mais frequentes em internação, excluída, a Região de Saúde 10*.

Na segunda etapa, as resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB foram acessadas em 14/06/2015, através do site da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, acessando o *link* Comissão Intergestores Bipartite – CIB, Resoluções da CIB-RS para os anos de 2008 a 2103, com o fim de identificar as contratualizações do Estado, com os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, excluída a Região de Saúde 10, para o período do estudo.

A terceira etapa, buscou dados através das Bases Virtuais de Saúde em 23/07/2015, na tentativa de encontrar na literatura subsídios teóricos que pudessem ajudar na compreensão da informação encontrada.

A quarta e última etapa, buscou verificar diretamente nas centrais de regulação do município e do estado, o quanto a informação encontrada estava de acordo com a realidade enfrentada pelas duas esferas de gestão.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise se deu de acordo com as etapas de coleta de dados, dessa forma, as internações hospitalares em Porto Alegre foram estudadas sob a ótica da epidemiologia descritiva, que serviu de ferramenta para observar situações de saúde na população, através de estudos de frequência e de distribuição em função de variáveis circunstanciais ligadas à pessoa, ao lugar e ao tempo (NETO et al., 2013).

De acordo com Klug (2014), para se tratar os dados, pode-se fazer uso de tabelas de distribuição de frequência, e sua apresentação pode utilizar histogramas, diagrama de setores, polígono de frequência e diagrama de dispersão, conforme cada variável em estudo. Esses também poderão ser descritos com uso de medidas de tendência central, de posição e de variabilidade. Doane e Seward (2008) fortalecem a importância das medidas estatísticas para as análises envolvendo dados.

Os dados foram analisados em dois grupos que envolveram descrição completa de informações (*internação da Região de Saúde 10*, de residentes nela mesma, e de residentes em Porto Alegre, utilizando a complexidade geral, tratada, neste estudo, como Alta Complexidade, Média Complexidade, Cirurgias Múltiplas e Politraumatizados, que se convencionou chamar de “Não se Aplica”, e dos *dez municípios mais frequentes em internação, excluída a Região 10*, em Porto Alegre, para média complexidade) e mais dois grupos que foram utilizados para dar suporte à compreensão da informação disponibilizada (de *residentes de Porto Alegre* para a média complexidade e de *outros municípios do interior do Estado, em Porto Alegre*).

As resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB buscaram explicar os municípios fora de região geográfica e seu atendimento para média complexidade em Porto Alegre. Pactuações com o Estado, relativas à Comissão Intergestores Bipartite – CIB, que justificassem as internações e que pudessem se mostrar fora da hierarquização de referência, preconizada pela normatização CIB 555/2012 e alterada pela CIB 499/2014 (RIO GRANDE DO SUL; 2012; 2014), foram analisadas. Para tanto, foram verificadas as resoluções CIB(s) no período de 2008 a 2013. Nesse intervalo, foram editadas 3.126 resoluções, das quais, 324 para 2008; 390 para 2009; 463 para 2010; 542 para 2011; 704 para 2012; e 703 para 2013. Em seguida, buscou-se identificar os municípios, dentro e fora de região, fazendo uso da Resolução CIB 555.

Buscou-se pesquisar, diretamente nas Bases Virtuais de Saúde Lilacs e Scielo, publicações que contribuíssem na compreensão dos dados processados referentes às internações em Porto Alegre, nos anos 2008 a 2013, entendendo ser possível acessar, com palavras-chave, um número maior de publicações. Dessa forma, para o Scielo, foram verificadas as seguintes palavras-chave: fluxos de internação hospitalar (2), internação hospitalar (800), regionalização (68) e regulação (3). Para o Lilacs, foram pesquisadas: fluxos de internação hospitalar (9), regionalização da saúde (604) e regulação (9) (todas foram pesquisadas sem acentuação).

Após, foi realizada uma filtragem por título e, logo em seguida, por *abstract* e resultado, restando 41 artigos válidos para possibilidade de uso neste estudo, que mostraram relação com a temática do estudo. Para o processo de seleção, ocorreu

uma exportação das palavras-chave selecionadas de cada uma das bases, em formato CSV, em 23/07/2015, em seguida, sendo processadas em excel, atribuindo-lhes o *status* “válido e inválido”, sendo lidos, na íntegra, os 41 artigos válidos e separados para possibilidade de uso.

Por fim, as visitas às centrais de regulação do Estado e do Município, estabelecendo contato direto com as gerentes das centrais, permitiram elucidar, dados que chamaram a atenção no decorrer dos achados do estudo.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As considerações éticas obedeceram a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sem risco à população de estudo e sem identificação nominal dos sujeitos. Os dados são de domínio público e foram obtidos junto ao sítio eletrônico do Ministério da Saúde para uso exclusivo na pesquisa. A autora se compromete em respeitar os preceitos éticos no uso dos dados, por meio da assinatura do termo de compromisso para uso de dados (Apêndice A).

5 ANÁLISE DE DADOS

Realizado o processamento dos dados, a informação disponibilizada demonstrou que a identificação da densidade tecnológica, referida como complexidade, concretiza-se por meio do procedimento. Com essa evidência, já citada por Lima (2010), foi eliminada do estudo a avaliação por CID10 e as subdivisões por sexo e idade, uma vez que, a análise do procedimento e das resoluções, unicamente, viabilizou a identificação de municípios estabelecendo um fluxo dentro e fora de região geográfica nas internações em Porto Alegre, considerando que o objetivo do estudo está em analisar as internações encaminhadas por municípios da Região 10, para hospitais de Porto Alegre, por meio da identificação dos fluxos de utilização da internação no município.

No auxílio da compreensão desses dados, o estudo iniciou o processamento referente à Região 10, de forma geral (Alta e Média Complexidade e Não se Aplica), observando as complexidades e recortando o procedimento mais frequente em internação para cada município.

Faz-se necessário explicar que, no estudo, convencionou-se chamar politraumatizados e cirurgias múltiplas de Não se Aplica. Isso se justifica pelo fato de que, em ambos, podem ser lançados até cinco procedimentos na mesma AIH, que deverão ser registrados em ordem decrescente de complexidade e valor¹.

Podendo-se compreender que tanto politraumatizados quanto cirurgias múltiplas podem ter procedimentos envolvendo mais de uma complexidade é que se optou por considerar Não se Aplica.

Na continuidade da análise, após a retirada dos procedimentos que envolvem o Não se aplica, ficaram a Alta e a Média Complexidade, destacando-se a média complexidade nas análises de frequência.

Após a identificação de que a média complexidade era a mais frequente em internação, nos municípios da própria região e em seus próprios municípios,

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar**: Orientações Técnicas. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

escolheu-se trabalhar apenas essa complexidade. Logo, a continuidade da pesquisa deu-se, exclusivamente, na média complexidade para quatro grupos: o primeiro referente à *internação em Porto Alegre de residentes dos municípios da Região de Saúde 10 – Vale do Gravataí*; o segundo, da *internação em Porto Alegre de Residentes de Porto Alegre*; o terceiro, *relativo aos dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre*; e, por último, o quarto, *Internação em Porto Alegre de outros municípios do estado do Rio Grande do Sul*.

Os procedimentos analisados demonstraram grande representatividade da média complexidade, fator que direcionou o estudo nesse foco. Dessa forma, a análise da internação dos dezesseis municípios – seis da Região 10 e outros dez mais frequentes – mostra como aconteceu o fluxo para a capital, fazendo comparações com a internação local e mostrando a complexidade.

As internações dentro e fora da Região de Saúde 10 mostraram, de forma geral, de acordo com a ótica de região de saúde, como está sendo realizada a internação relativa aos municípios em estudo.

As resoluções CIB e a relação destas com os municípios fora de área geográfica buscou identificar, nas 3.126 resoluções, explicações no sentido de entender o atendimento, em Porto Alegre, dos municípios fora de região geográfica.

A análise, por fim, dos dez municípios e procedimentos mais frequentes em internação, excluída a Região de Saúde 10, teve, por fim, auxiliar na busca de justificativas para essa internação junto às resoluções CIB.

A análise dos artigos disponibilizados pelas Bases Virtuais de Saúde auxiliou na compreensão da informação do processamento dos dados da internação hospitalar.

As visitas as centrais de regulação do município de Porto Alegre e do estado do Rio Grande do Sul, buscaram verificar a informação disponibilizada pela base de dados e a realidade vivida pelas centrais.

5.1 A INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOS DEZESSEIS MUNICÍPIOS EM ANÁLISE

A internação dos dezesseis municípios do estudo possibilitou uma divisão para os anos de 2008 a 2013 em quatro grupos: o primeiro referente à internação em Porto Alegre de residentes dos municípios da Região de Saúde 10 – Vale do Gravataí; o segundo da internação em Porto Alegre de residentes de Porto Alegre; o terceiro relativo aos dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre; e, por último, internação em Porto Alegre de outros municípios do Estado.

5.1.1 Internação em Porto Alegre de residentes dos municípios da Região 10 – Vale do Gravataí

A Região de Saúde 10 – Vale do Gravataí é composta por seis municípios, sendo eles: Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Viamão e a Capital do Estado, Porto Alegre.

A análise da internação ocorreu em dois momentos de processamento de dados, o primeiro referente às internações locais em que a complexidade foi vista de forma ampla (Alta, Média Complexidade e Não se Aplica) e um segundo momento em que a complexidade foi vista na média complexidade.

5.1.1.1 Internações locais na Região 10 – Densidade Tecnológica

As internações que ocorreram no próprio município tiveram a complexidade observada de forma geral (Alta Complexidade, Média Complexidade e Não se Aplica) e foi possível verificar, nos seis municípios da Região de Saúde 10, que, na média complexidade, **parto normal** foi o procedimento mais realizado dentro dos próprios municípios.

Ao ser observada a alta complexidade, pode-se verificar, para Porto Alegre e Gravataí, o procedimento **tratamento de afecções associadas ao HIV/AIDS** como o procedimento mais frequente. Contudo, Alvorada e Cachoeirinha não mostraram

dados referentes à alta complexidade, e Viamão mostrou o procedimento **ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante**, de acordo com a Tabela 01.

Tabela 1 – Internação no próprio município por Densidade Tecnológica do procedimento mais frequente, 2008 a 2013.

Procedimentos - Primeira posição de internação densidade tecnológica	Internações
Porto Alegre	
Alta complexidade	
Tratamento de Afecções Associadas ao HIV/AIDS	13.842
Média complexidade	
Parto Normal	58.646
Não se aplica	
Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas	7.882
ALVORADA	
Média complexidade	
Parto Normal	8.449
Não se aplica	
Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas	1
CACHOEIRINHA	
Média complexidade	
Parto Normal	6.199
Não se aplica	
Outros Procedimentos com Cirurgias Sequenciais	8
GRAVATAI	
Alta complexidade	
Tratamento de Afecções Associadas ao HIV/AIDS	145
Média complexidade	
Parto Normal	5.218
Não se aplica	
Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas	1.373
VIAMAO	
Alta complexidade	
Ações Relacionadas a Doação de Órgãos e tecidos para Transplante	3
Média complexidade	
Parto Normal	3.328
Não se aplica	
Tratamento c/ Cirurgias Múltiplas	270

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 16/03/2014.

A variável Não se Aplica, em sua maior parte, para quatro municípios, esteve relacionada com o procedimento **Tratamento com cirurgias múltiplas**, Porto

Alegre, 7.882; Alvorada, 01; Gravataí, 1.373 e, Viamão, 270 internações nos respectivos municípios. Por sua vez, o município de Cachoeirinha mostrou 8 internações relativas a Outros Procedimentos com cirurgias sequenciais e, por fim, salienta-se que o município de Glorinha não possui atenção hospitalar. Esses procedimentos foram excluídos da análise por representarem possibilidade de procedimento tanto de média quanto de alta complexidade.

A Tabela 02 demonstra a internação geral dentro da Região de Saúde 10, tornando possível identificar que o somatório das internações dos municípios da Região de Saúde 10, em Porto Alegre e dela própria, representam 655.422, em torno de 72% de um total de 909.591 internações em Porto Alegre. É possível verificar, também, em relação aos demais municípios, que as internações para residentes representam a maioria das AIHS, sendo elas: Alvorada (95,59%), Gravataí (93,61%), Viamão (95,24%) e Cachoeirinha (64,07%). De acordo com esses números, é possível identificar que os municípios da Região 10, em sua maioria, cinco municípios, possuem uma maior internação local de residentes de seus próprios municípios.

O município de Porto Alegre confirma a mesma situação dos demais, possuindo uma internação maior de seus residentes (55,67%). Na continuidade da análise, é possível verificar, também, que o fluxo de pacientes da Região de Saúde 10, para Porto Alegre, distribui a frequência da seguinte forma: Viamão, com 55.816 internações (maior frequência de internação em Porto Alegre – 6,13%); Alvorada, 47.555, ou 5,22%; Gravataí, 26.568, ou 2,92%; Cachoeirinha, 18.713, ou 1,99% e, por fim, Glorinha, 923, com 0,10% das internações. Esses números são um retrato da comparação com as 909.591 internações em Porto Alegre, ou seja, referentes às internações totais, em todas as densidades tecnológicas.

Tabela 2 – Internações Região de Saúde 10 (Alta, Média Complexidade e Não se Aplica), 2008 a 2013.

Município Internação */Município paciente	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral	Proporção
Alvorada	4.438	5.584	5.595	5.770	5.792	5.953	33.132	95,59
Alvorada	4.209	5.313	5.366	5.499	5.559	5.726	31.672	
Gravataí	6.887	6.953	7.718	8.294	7.937	7.317	45.106	93,61
Gravataí	6.521	6.523	7.266	7.774	7.379	6.761	42.224	
Porto Alegre	148.562	157.087	153.663	144.019	151.663	154.597	909.591	55,67
Alvorada	7.471	8.239	8.399	7.804	8.277	7.365	47.555	
Cachoeirinha	3.143	3.312	3.141	2.861	2.913	2.803	18.173	
Glorinha	154	169	166	168	144	122	923	
Gravataí	4.678	4.915	4.620	3.942	4.125	4.288	26.568	
Porto Alegre	80.160	85.196	84.274	79.567	86.448	90.742	506.387	
Viamão	9.074	9.695	9.668	9.062	9.502	8.815	55.816	
Viamão	4.557	5.155	4.737	4.394	4.113	5.355	28.311	95,24
Viamão	4.465	4.807	4.463	4.220	4.000	5.009	26.964	
Cachoeirinha	4.790	5.033	5.277	5.207	4.937	4.925	30.169	64,08
Cachoeirinha	3.105	3.092	3.327	3.250	3.345	3.213	19.332	
Total Geral	169.234	179.812	176.990	167.684	174.442	178.147	1.046.309	

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 16/03/2014.

No sentido de encaminhamento geral, ainda sem o corte da complexidade, pode-se pensar que o fluxo das internações, tanto local quanto encaminhado para Porto Alegre, apresenta uma confirmação do que preconiza a regionalização, internações locais em maior número nos próprios municípios e, quando encaminhadas para Porto Alegre, a Capital ainda confirma o maior número de internações referente aos seus municípios.

Contudo, ao se observar o corte por complexidade, informações que complementam essa análise se mostraram essenciais, especialmente porque completam informações já observadas na internação local, que trazem o parto

normal como procedimento mais frequente, já desenhando um direcionamento do estudo para a média complexidade.

5.1.1.2 Internações da Região 10 para Porto Alegre - média complexidade

Os dados para a internação em Porto Alegre, referentes à média complexidade, foram separados em três grupos, de acordo com o procedimento mais frequente: o primeiro grupo trata exclusivamente do procedimento parto normal que foi o procedimento mais frequente em internação em Porto Alegre, do próprio município e dos municípios de Viamão e Alvorada; o segundo grupo identificou o procedimento parto normal e parto cesariano de Glorinha para Porto Alegre; e o terceiro grupo trouxe os procedimentos Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico, Tratamento Clínico de Paciente Oncológico e parto normal, oriundos dos municípios de Gravataí e Cachoeirinha.

O **primeiro grupo** tratou exclusivamente de **parto normal** para os seis anos de estudo, tornando possível, por meio da Tabela 03, verificar que, para Porto Alegre, ocorreu inicialmente uma frequência crescente, nos anos de 2008 e 2009, passando a um decréscimo nos anos seguintes. Para o município de Viamão, não existe muita variação, totalizando 5.667 internações em Porto Alegre e, finalmente, Alvorada desenha um decréscimo, contudo, totaliza 3.149 internações em Porto Alegre.

Tabela 2 – Internação em Porto Alegre por Parto Normal – Região 10

Município	Ano	Procedimento	Internações
Porto Alegre	2008	Parto Normal	7.116
	2009	Parto Normal	7.159
	2010	Parto Normal	6.787
	2011	Parto Normal	6.555
	2012	Parto Normal	6.854
	2013	Parto Normal	6.912
Viamão	2008	Parto Normal	914
	2009	Parto Normal	946
	2010	Parto Normal	909
	2011	Parto Normal	964
	2012	Parto Normal	969
	2013	Parto Normal	965

Município	Ano	Procedimento	Internações
Alvorada	2008	Parto Normal	606
	2009	Parto Normal	597
	2010	Parto Normal	578
	2011	Parto Normal	448
	2012	Parto Normal	496
	2013	Parto Normal	424

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 16/03/2014.

Considerando a proporção de internações locais e aquelas enviadas a Porto Alegre pode-se perceber para os municípios de Viamão e Alvorada

O segundo grupo, **parto normal e parto cesariano**, evidenciou, para o município de Glorinha, uma frequência que cresceu de 2008 a 2010, passando a uma redução de envio dessas internações para Porto Alegre dos anos de 2011 a 2013, conforme pode ser observado, abaixo, na Tabela 04.

Tabela 3 – Internação em Porto Alegre Parto Normal e Parto Cesariano, 2008 – 2013

Município	Ano	Procedimento	Internações
Glorinha	2008	Parto Normal	9
	2009	Parto Normal	12
	2010	Parto Normal	13
	2011	Parto Cesariano	10
	2012	Parto Cesariano	6
	2013	Parto Normal	9

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 16/03/2014.

O terceiro grupo, **Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico, Tratamento Clínico de Paciente Oncológico e Parto Normal**, oriundos dos municípios de Gravataí e Cachoeirinha, aparecem na Tabela 05. Mostra, para Gravataí, uma presença maior de procedimentos relacionados à Oncologia e, para Cachoeirinha, predominância de parto normal.

Tabela 4 – Internação em Porto Alegre Parto Normal, Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico, Tratamento Clínico de Paciente Oncológico, 2008 a 2013.

Município	Ano	Procedimento	Internações
Gravataí	2008	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	250
	2009	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	282

Município	Ano	Procedimento	Internações
	2010	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	270
	2011	Parto Normal	195
	2012	Parto Normal	217
	2013	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	215
Cachoeirinha	2008	Parto Normal	188
	2009	Parto Normal	175
	2010	Parto Normal	196
	2011	Parto Normal	154
	2012	Parto Normal	117
	2013	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	125

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 16/03/2014.

Pode-se entender, a partir das tabelas apresentadas acima, que, para a internação hospitalar local da Região de Saúde 10, parto normal se mostrou o procedimento mais frequente dentro dos próprios municípios. Na alta complexidade, os municípios de Porto Alegre e Gravataí internaram mais **Tratamento de Afecções Associadas ao HIVAIDS**, enquanto Alvorada e Cachoeirinha não mostraram internação para Alta Complexidade, e Viamão teve, com maior frequência, o procedimento **Ações Relacionadas a Doação de Órgãos e tecidos para Transplante**.

Os dez procedimentos mais frequentes em internação em Porto Alegre, de média complexidade, oriundos da Região de Saúde 10, podem ser observados na Tabela 06.

Tabela 5 – Região de Saúde 10 – Internações em Porto Alegre – Média Complexidade, 2008 a 2013

Seq	Procedimento	Internações
1	Parto Normal	11.080
2	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	5.931
3	Parto Cesariano	5.631
4	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	4.272
5	Tratamento das Doenças Crônicas das Vias Aéreas Inferiores	4.152
6	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica	3.568
7	Tratamento em Psiquiatria (Por Dia)	3.536
8	Tratamento de Insuficiência Cardíaca	3.037
9	Tratamento de Outras Doenças Bacterianas	2.846
10	Tratamento de Outras Infecções Agudas das Vias Aéreas Inferiores	2.593

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

Pode-se observar que a Tabela 06 apresenta o **parto normal** como procedimento mais frequente e, em terceiro, o **parto cesariano**, ficando **tratamento clínico de paciente oncológico** como o quarto mais frequente em internação.

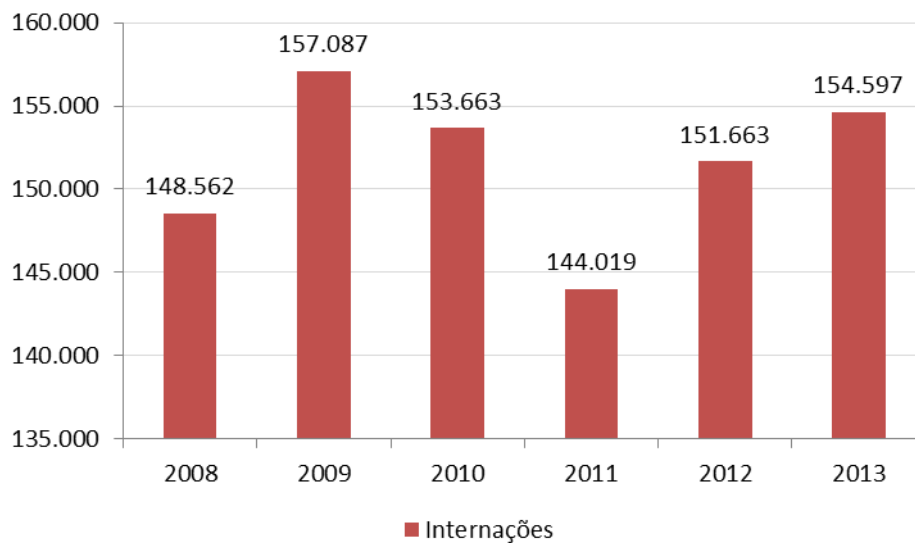
Pensando-se nos subtópicos Internações locais na Região 10 – Densidade Tecnológica e Internações da Região 10 em Porto Alegre - média complexidade, é possível observar a presença substancial do **parto normal**, seguido dos procedimentos relacionados à **Oncologia**.

5.1.2 Internação em Porto Alegre de residentes de Porto Alegre

Considerando a substancial importância de Porto Alegre no cenário de internações hospitalares do Rio Grande do Sul, dentro da Região de Saúde 10, e pelo fato de ser a capital fez-se necessário observá-la em separado.

De acordo com o Gráfico 01, é possível observar a internação total em Porto Alegre, para os anos de 2008 a 2013.

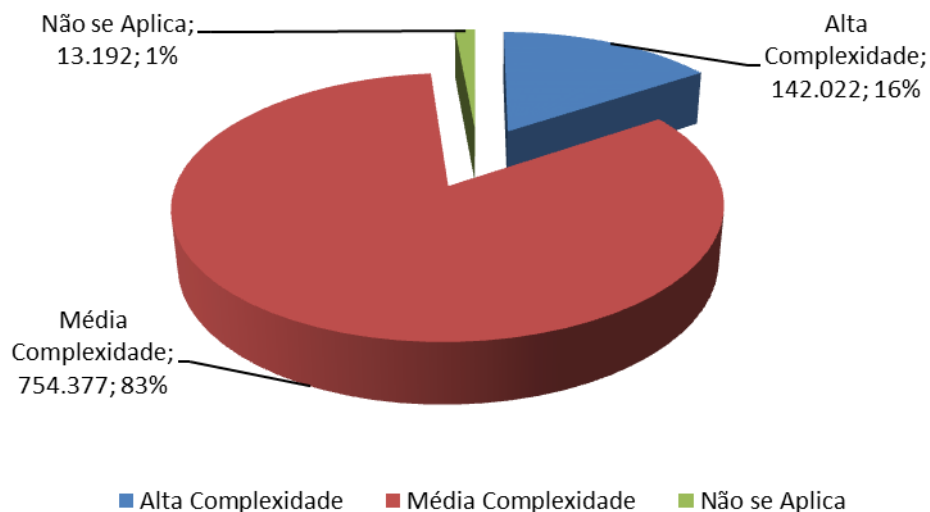
Gráfico 1 – Internação Hospitalar de Alta, Média Complexidade e Não se Aplica 2008 a 2013.



Pode-se observar que, de 2008 a 2013, as internações oscilaram, tendo um crescimento de 2008 para 2009, decrescendo em 2010 e 2011 e, então, voltando a subir em 2012 e 2103.

Na ótica da densidade tecnológica, considerada complexidade, pode-se observar, no Gráfico 02, uma distribuição do somatório das três variáveis, alta complexidade, média complexidade, cirurgias múltiplas e politraumatizados que, no estudo, convencionou-se chamar de variável Não se Aplica, considerando, em um segundo momento, a eliminação na análise do procedimento por identificação com mais de uma complexidade.

Gráfico 2 – Internações Hospitalares, por Densidade Tecnológica (Alta, Média Complexidade e Não se aplica) em Porto Alegre - Rio Grande do Sul - 2008 a 2013.

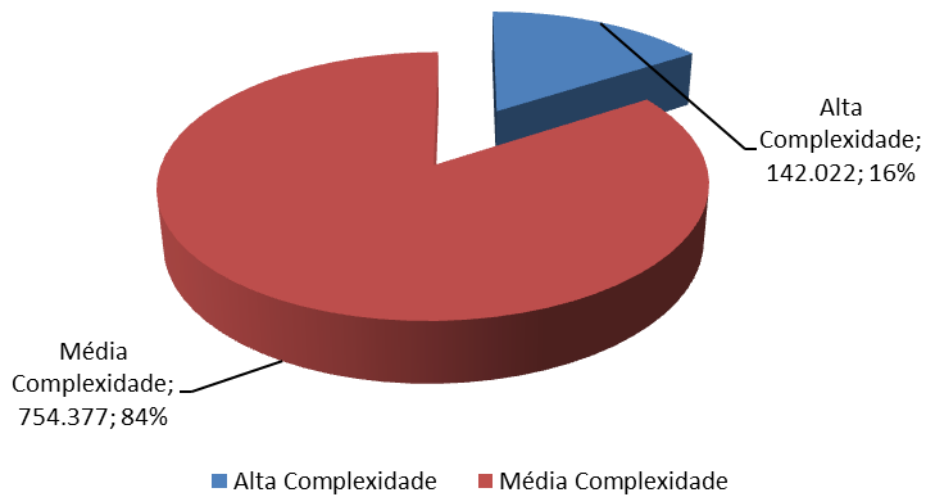


Do total de internações em Porto Alegre, ou seja, 909.591 (Alta e Média Complexidade e Não se Aplica), pode-se observar uma maior frequência de internação para a média complexidade, com 754.377 (82,9%) internações, para alta complexidade, apareceram 142.022 internações (15,6%) e, para Não se Aplica, 13.192 (1,5%) internações em Porto Alegre.

Eliminando a complexidade que contém cirurgias múltiplas e politraumatizados, classificada como Não se Aplica pelos motivos já apresentados

anteriormente, apresenta-se uma representatividade da média complexidade de 754.377 (84,2%) internações e da alta complexidade de 142.022 (15,8%), totalizando 896.399 internações hospitalares em Porto Alegre, conforme Gráfico 03.

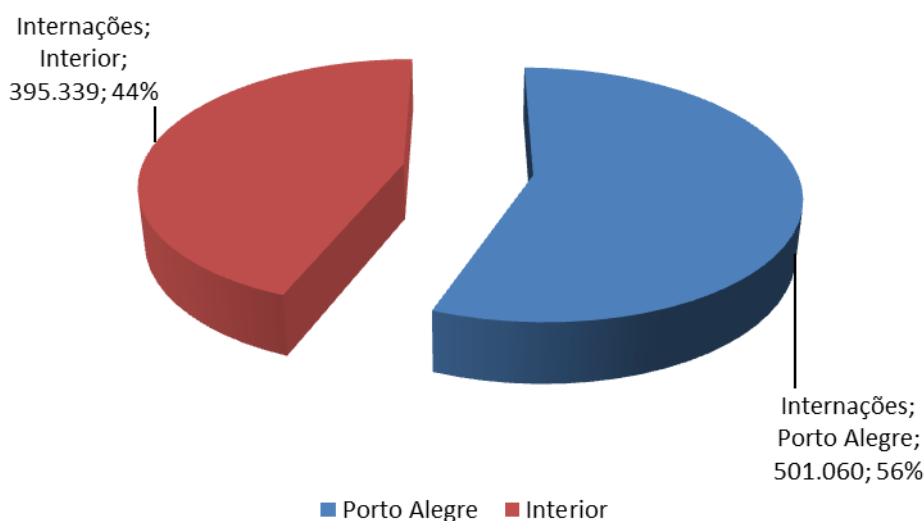
Gráfico 3 – Internações Hospitalares por Densidade Tecnológica (Alta e Média Complexidade) em Porto Alegre do Estado do Rio Grande do Sul - 2008-2013.



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

A análise de internações de Alta e Média complexidade em Porto Alegre, quando os números de seus próprios residentes com os de residentes do interior são comparados (todos os residentes de outros municípios, excluídos os de Porto Alegre), se pode observar que as internações de residentes de Porto Alegre representam 501.060 (55,9%) das internações, enquanto 395.339, (44,1%) são do interior, conforme Gráfico 04.

Gráfico 4 – Internações Hospitalares de Alta e Média Complexidade de Residentes de Porto Alegre e do Interior do Estado do RS em Porto Alegre - 2008 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

Por fim, para complementar a análise geral, é possível perceber, na Tabela 07, por complexidade do procedimento, a situação da alta e da média complexidade em relação à internação em Porto Alegre.

As internações de alta complexidade em Porto Alegre representam um total de 55.761 (39,3%), já o interior envia, para Porto Alegre, 86.261 internações (60,7%), totalizando 142.022 internações.

Por sua vez, as internações de média complexidade ficam distribuídas da seguinte forma, 445.299, (59%) são internações de residentes de Porto Alegre, e 309.078 (41%) são de pacientes residentes no interior do Estado, totalizando 754.377 internações.

Tabela 6 – Internações Residentes de Porto Alegre x Residentes do Interior em Porto Alegre por Complexidade do Procedimento (Média e Alta Complexidade) 2008 a 2013

Origem	Alta Complexidade	% Alta Complexidade	Média Complexidade	% Média Complexidade
Residentes Porto Alegre	55.761	39,30%	445.299	59,00%
Residentes Interior do RS	86.261	60,70%	309.078	41,00%
Total	142.022	100,00%	754.377	100,00%

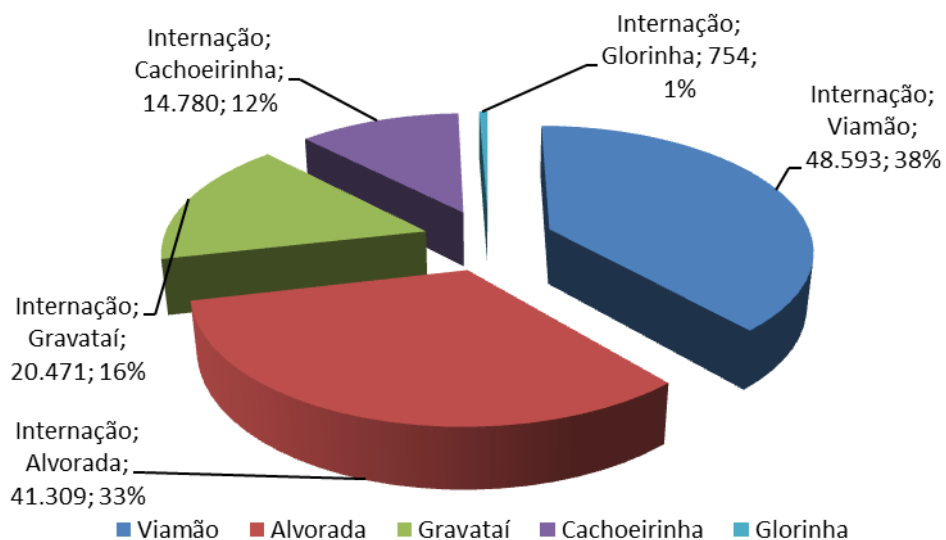
Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

Pode-se observar, numericamente, a expressão da média complexidade nas internações hospitalares, fator que levou o estudo a focar nessa complexidade de internação enviada pelo interior para o município de Porto Alegre.

Os quinze municípios que mais internaram média complexidade em Porto Alegre, sem realizar, ainda, a separação dos que pertencem à Região de Saúde 10 ou estão fora dela, foram: (1) Viamão, 48.593(15,7%); (2) Alvorada, 41.309 (13,4%); (3) Gravataí, 20.471 (6,6%); (4) Canoas, 17.342 (5,6%); (5) Cachoeirinha, 14.780 (4,8%); (6) Guaíba, 12.762 (4,1%); (7) Novo Hamburgo, 7.710 (2,5%); (8) Eldorado do Sul, 6.942 (2,2%); (9) Sapucaia do Sul, 6.032 (2,0%); (10) São Leopoldo, 5.352 (1,7%); (11) Charqueadas, 4.083 (1,3%); (12) Esteio, 4.004 (1,3%); (13) Camaquã, 3.362 (1,1%); (14) Sapiranga, 3.234 (1,0%); e, por fim, Butiá, com 3.207 (1,0%) internações.

Observou-se que a própria Região 10 aparece como a mais frequente em internação para a média complexidade em Porto Alegre, com exceção de Glorinha.

Gráfico 5 – Internação da Região 10 em Porto Alegre – excluído Porto Alegre - Média Complexidade 2008 a 2013.



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIH

Pode-se observar que não só os residentes de Porto Alegre são mais frequentes em internação em Porto Alegre, como, também, a Região 10 é substancialmente frequente.

Os dez procedimentos mais frequentes em internação em Porto Alegre para residentes da Capital podem ser visualizados na Tabela 08.

Tabela 7 – Internação Hospitalar de Residentes em Porto Alegre na Capital – Média Complexidade –2008 a 2013.

Seq	Procedimento	Internações
1	Parto Normal	41.383
2	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	33.817
3	Parto Cesariano	19.265
4	Tratamento das Doenças Crônicas das Vias Aéreas Inferiores	17.027
5	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica	15.828
6	Tratamento em Psiquiatria (Por Dia)	14.123
7	Tratamento de Insuficiência Cardíaca	11.304
8	Tratamento de Acidente Vascular Cerebral - AVC (Isquêmico ou Hemorrágico Agudo)	10.251
9	Tratamento de Outras Infecções Agudas das Vias Aéreas Inferiores	9.473
10	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	9.190

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

Verifica-se, novamente, o **parto normal** como procedimento mais frequente, e **parto cesariano** como o terceiro mais frequente em internação, enquanto o procedimento de tratamento de intercorrências Clínicas de paciente oncológico, que se mostra substancialmente frequente até o presente momento, no decorrer do estudo, aparece como o décimo procedimento mais frequente em internação de residentes de Porto Alegre na Capital.

5.1.3 Os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre excluía a Região 10 – média complexidade

Os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre foram: Butiá, 3.207 (1,0%); Camaquã, 3.362 (1,1%); Canoas, 17.342 (5,6%); Charqueadas, 4.083 (1,3%); Eldorado do Sul, 6.942 (2,2%); Esteio, 4.004 (1,3%); Guaíba, 12.762 (4,1%); Novo Hamburgo, 7.710 (2,5%); Sapucaia do Sul, 6.032 (2,0%) e, por fim, São Leopoldo, com 5.352 (1,7%) internações. São municípios que pertencem às Coordenadorias Regionais de Saúde Porto Alegre 1: Canoas, Esteio, Novo

Hamburgo, Sapucaia do Sul e São Leopoldo e Porto Alegre; 2: Butiá, Camaquã, Charqueadas, Eldorado do Sul e Guaíba.

As internações desses municípios mostraram, de acordo com a Tabela 09, que o município que mais enviou internações de média complexidade para Porto Alegre, dos 10 municípios mais frequentes em internação, para os dez procedimentos mais frequentes, excluída, a Região de Saúde 10, foi Canoas. Aquele que menos enviou foi Butiá (dentro desse grupo dos 10 municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre).

Tabela 8 – Internação em Porto Alegre de média complexidade – 10 mais frequentes

Municípios	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total Geral
Porto Alegre	8.339	8.973	8.486	8.023	7.855	7.796	49.472
Canoas	1.178	1.524	1.150	1.118	955	909	6.834
Guaíba	529	595	791	728	801	837	4.281
Eldorado do Sul	380	428	412	412	435	401	2.468
Novo Hamburgo	374	374	366	284	229	223	1.850
Sapucaia do Sul	290	319	249	219	214	227	1.518
São Leopoldo	204	219	187	167	266	301	1.344
Charqueadas	188	238	204	190	195	166	1.181
Esteio	168	187	206	181	169	189	1.100
Camaquã	155	172	168	158	210	170	1.033
Butiá	128	169	171	175	185	130	958
Total - excluído POA							22.567

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

Mantendo o mesmo padrão de análise da Região 10, foi extraído, dos dez procedimentos mais frequentes em internação, o procedimento mais frequente, para cada um desses municípios, nos seis anos de estudo.

Os municípios apresentaram, para os seis anos estudados, uma diferença de classificação na ordem dos dez procedimentos de média complexidade, chamando a atenção para suas internações mais frequentes, podendo-se dividi-las em três grupos. O **primeiro** em que o procedimento mais frequente em internação em Porto Alegre foi relativo à **oncologia** (tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico e/ou Tratamento Clínico de Paciente Oncológico); o **segundo** de internações de **Outros Procedimentos e Oncologia** e o **terceiro** de **outros procedimentos**, em que, em nenhum ano, a oncologia foi mais frequente.

O primeiro grupo, **procedimentos mais frequentes relacionados exclusivamente à oncologia**, mostrou os municípios de Esteio, São Leopoldo e Sapucaia do Sul, desenhando um fluxo em que seus procedimentos mais frequentes foram Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico e tratamento clínico de paciente oncológico, conforme Tabela 10.

Tabela 9 – Dez municípios mais frequentes em Internação em Porto Alegre Relacionada à oncologia

Município	Ano	Procedimento	Internações
Esteio	2008	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	36
	2009	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	46
	2010	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	49
	2011	Tratamento de Paciente Oncológico	34
	2012	Tratamento de Paciente Oncológico	35
	2013	Tratamento de Paciente Oncológico	37
São Leopoldo	2008	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	50
	2009	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	57
	2010	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	55
	2011	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	29
	2012	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	52
	2013	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	69
Sapucaia do Sul	2008	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	45
	2009	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	75
	2010	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	59
	2011	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	34
	2012	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	59
	2013	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	53

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

No segundo grupo, **internações de outros procedimentos e oncologia**, os municípios que mais realizaram esse encaminhamento para os anos em estudo foram Canoas, Novo Hamburgo, Camaquã e Butiá. De acordo com a Tabela 11, pode-se identificar que Canoas apresentou o parto normal, em quatro anos, como seu procedimento mais frequente de internação (2008-2009 e 2011-2012),

aparecendo os procedimentos relacionados à oncologia apenas para os anos 2010 e 2013.

O município de Novo Hamburgo, em cinco anos (2008-2010 e 2012-2013), apresentou internações referentes à oncologia, e outros procedimentos que se referem à Colectomia Videolaparoscópica. Camaquã internou três anos referentes a outros procedimentos - Tratamento em Psiquiatria (por dia) - 2008-2009 e 2011, os demais anos, 2012 e 2013, internaram o procedimento Tratamento Clínico de Paciente Oncológico.

Butiá apresentou, para outros procedimentos, Tratamento em Psiquiatria (por dia), Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica e Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe) e, para Oncologia, Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico.

Tabela 10 – Internação de Outros Procedimentos e Oncologia – Média Complexidade, 2008 a 2013

Município	Ano	Procedimento	Internações
Canoas	2008	Parto Normal	230
	2009	Parto Normal	329
	2010	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	222
	2011	Parto Normal	193
	2012	Parto Normal	181
	2013	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	202
Novo Hamburgo	2008	Tratamento de Intercorrências Clínicas de paciente oncológico	88
	2009	Tratamento de Intercorrências Clínicas de paciente oncológico	94
	2010	Tratamento de Intercorrências Clínicas de paciente oncológico	104
	2011	Colecistectomia Videolaparoscópica	43
	2012	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	43
	2013	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	61
Camaquã	2008	Tratamento em Psiquiatria (por dia)	44
	2009	Tratamento em Psiquiatria (por dia)	50
	2010	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	51
	2011	Tratamento em Psiquiatria (por dia)	38
	2012	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	75
	2013	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	35
Butiá	2008	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	21
	2009	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente	24

Município	Ano	Procedimento	Internações
		Oncológico	
	2010	Tratamento em Psiquiatria (por dia)	37
	2011	Tratamento em Psiquiatria (por dia)	34
	2012	Tratamento em Psiquiatria (por dia)	36
	2013	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica	23

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

O terceiro grupo, composto por **outros procedimentos**, em que a **oncologia** esteve ausente, fizeram parte os municípios de Guaíba, Eldorado do Sul e Charqueadas. De acordo com a Tabela12, pode-se identificar, para Guaíba e Eldorado do Sul, o procedimento **parto normal** como o mais frequente nos seis anos do estudo, Charqueadas, para esse mesmo período, teve o procedimento **Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)** mais frequente.

Tabela 11 – Internação de Outros Procedimentos, excluído, Oncologia – Média Complexidade

Município	Ano	Procedimento	Internações
Guaíba	2008	Parto Normal	84
	2009	Parto Normal	112
	2010	Parto Normal	215
	2011	Parto Normal	206
	2012	Parto Normal	203
	2013	Parto Normal	209
Eldorado do Sul	2008	Parto Normal	144
	2009	Parto Normal	134
	2010	Parto Normal	119
	2011	Parto Normal	108
	2012	Parto Normal	131
	2013	Parto Normal	102
Charqueadas	2008	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	38
	2009	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	76
	2010	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	57
	2011	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	57
	2012	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	64
	2013	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	47

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

De uma forma geral, destacou-se a diferença do grupo três para os outros dois, em que os procedimentos parto normal e Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe), diferenciam-se, completamente, do perfil dos outros grupos.

Os dez procedimentos mais frequentes em internação em Porto Alegre, para os dez municípios mais frequentes em internação na Capital, podem ser identificados na Tabela 13.

Tabela 12 – Os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, excluída, à Região de Saúde 10 – Média Complexidade, 2008 a 2013.

Seq	Procedimento	Internações
1	Parto Normal	3.704
2	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	3.308
3	Parto Cesariano	2.602
4	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	2.599
5	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica	2.202
6	Tratamento em Psiquiatria (Por Dia)	2.097
7	Tratamento de Insuficiência Cardíaca	1.763
8	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	1.498
9	Colecistectomia Videolaparoscópica	1.485
10	Hernioplastia Inguinal / Crural (Unilateral)	1.311

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIHD, 07/01/2015.

O procedimento **parto normal** permanece como mais frequente, chamando a atenção e reproduzindo o mesmo resultado de maior frequência de internação da Região de Saúde 10 e das internações em Porto Alegre de residentes da capital, assim como, nessa mesma ótica, **parto cesariano** aparece como o terceiro procedimento mais frequente em internação.

5.1.4 Internação em Porto Alegre de outros municípios do Rio Grande do Sul – Média Complexidade

Ainda que o foco do estudo esteja na Região de Saúde 10, faz-se de grande importância mostrar a internação relativa a outros municípios que não sejam somente os que pertencem a essa Região ou os dez mais frequentes em internação.

Por meio desses dados, é possível identificar as internações enviadas para Porto Alegre, relativas à média complexidade, através da observação de suas frequências de internação, podendo-se visualizar desde o município que mais interna ao que menos encaminha pacientes para a Capital.

A verificação dos dados apresentou 486 municípios que encaminharam internações para Porto Alegre, incluída, a Região de Saúde 10, os dez mais frequentes e os outros municípios (restante do Estado, excluída, a Região de Saúde 10 e os dez mais frequentes em internação em Porto Alegre), totalizando 309.078 internações de Média Complexidade.

Observando-se apenas os outros municípios (excluída a Região 10 e os dez mais frequentes), o município com maior número de internação é Parobé, com 3.040 (1%) internações, e os menores com frequência 1 (0%), ou seja, uma internação enviada, são eles: Boa Vista do Cadeado, Carlos Gomes, Centenário, Cruzaltense, Esmeralda, Floriano Peixoto, Fortaleza dos Valos, Quatro Irmãos e União da Serra.

Dessa forma, faz-se necessário, para estudo, identificar os municípios que, pela regionalização, estariam dentro ou fora de área geográfica.

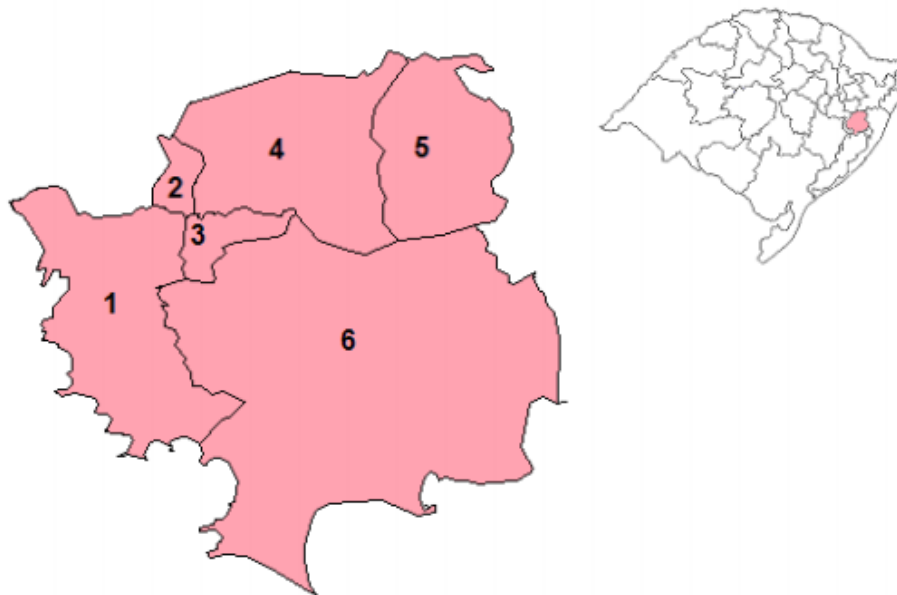
5.2 DESENHO TERRITORIAL DOS 16 MUNICÍPIOS EM ESTUDO E AS RESOLUÇÕES DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO RIO GRANDE DO SUL – 2008 A 2013

As internações dentro e fora de região geográfica levam em consideração o *locus* de determinadas funções da sociedade (SANTOS, 1985) e a compreensão do

espaço regional relacionado às decisões (BRITO, 1986). No presente estudo, esses conceitos são pensados na ótica da identificação da decisão concretizada da internação, na região encaminhada para Porto Alegre, estabelecendo um fluxo dentro da região geográfica ou fora dela.

O estudo proposto foi realizado na Região de Saúde 10 - Capital Vale do Gravataí, composta pelos municípios: Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí, Porto Alegre e Viamão, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1 – Região de Saúde 10 - Capital Vale do Gravataí.



1- Porto Alegre; 2- Cachoeirinha; 3- Alvorada; 4- Gravataí; 5- Glorinha; 6- Viamão.

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

Assim, é possível compreender que essa região, para o estudo, geograficamente, é considerada dentro de região, e os demais municípios estariam fora de região geográfica, contudo, podendo estar amparados por uma resolução da CIB, no que tange aos fluxos de internação em Porto Alegre. Devendo-se levar em consideração que Porto Alegre é uma referência estadual.

A análise para considerar os municípios dentro ou fora de região passou por duas etapas: a primeira observou apenas o critério geográfico e a segunda buscou

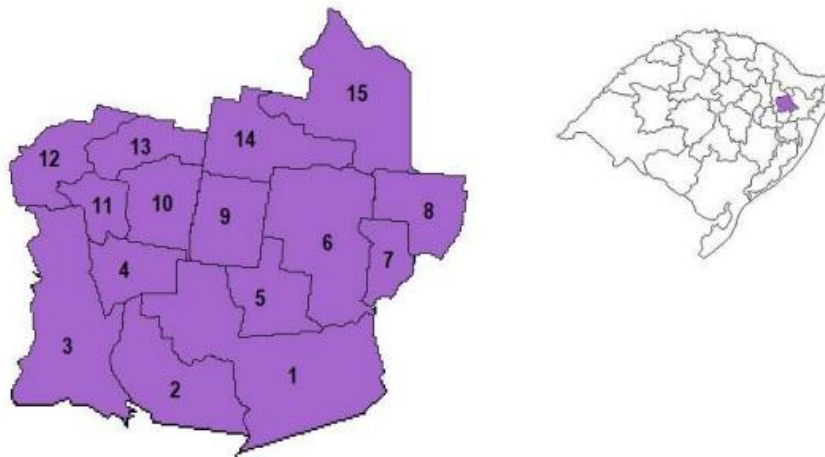
informações junto às Resoluções da CIB, através de sua leitura, buscando subsídios que justificassem o atendimento de um determinado procedimento em Porto Alegre.

O estudo se pautou pelo Decreto nº 7.508/2011, que estabeleceu a centralidade da região de saúde, funcionando como base para a alocação de recursos (BRASIL, 2011) e, na CIB 555/2012 e 499/2014, a primeira alterou a configuração e a quantidade de regiões de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, que passou a contar com 30 regiões de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2012), e a segunda readequou três dessas regiões (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Dessa forma, compreende-se que a internação em Porto Alegre deve ser preferencial para os municípios que compõem a Região de Saúde 10 (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão). Contudo, no estudo, ao analisar a frequência de internação dos municípios do Rio Grande do Sul em Hospitais de Porto Alegre, constatou-se que, para os dez procedimentos mais frequentes em internação, excluída a Região 10, os municípios de Canoas, Guaíba, Eldorado do Sul, Novo Hamburgo, Sapucaia do Sul, São Leopoldo, Charqueadas, Esteio, Camaquã e Butiá mostraram-se os mais frequentes em internação.

Levando em conta a atual configuração das regiões, esses municípios ficariam divididos em três regiões: **Região 07 – Região de Saúde Vale dos Sinos**, a qual pertenceriam Novo Hamburgo e São Leopoldo; **Região 08 – Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana**, com Canoas, Esteio e Sapucaia do Sul; e **Região 09 – Região de Saúde Carbonífera Costa Doce**, a qual pertenceriam os municípios Butiá, Camaquã, Charqueadas, Eldorado do Sul e Guaíba.

Figura 2 – Região de Saúde 07 – Região de Saúde Vale dos Sinos.

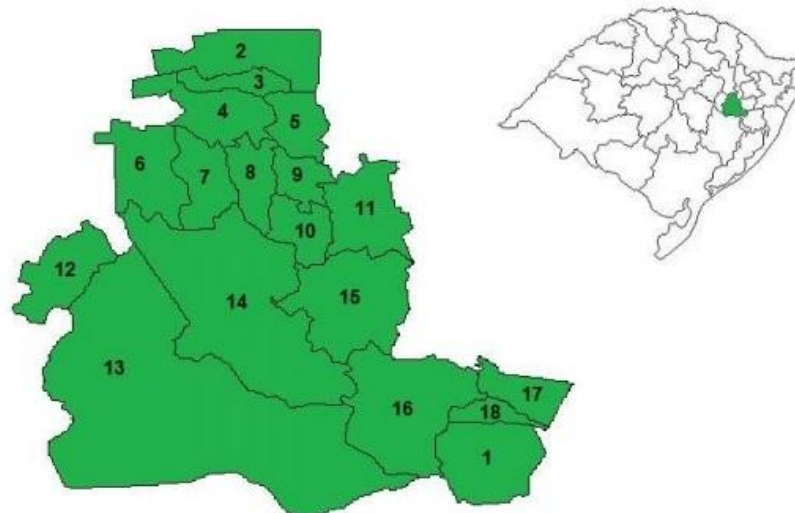


1- Novo Hamburgo; 2- São Leopoldo; 3- Portão; 4- Estância Velha; 5- Campo Bom; 6- Sapiranga; 7- Araricá; 8- Nova Hartz; 9- Dois Irmãos; 10- Ivoti; 11- Lindolfo Collor; 12- São José do Hortêncio; 13- Presidente Lucena; 14- Morro Reuter; 15- Santa Maria do Herval.

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A Região 07 – Região de Saúde Vale dos Sinos, a qual pertencem Novo Hamburgo e São Leopoldo, na configuração de Coordenadoria Regional de Saúde – CRS, pertencem à 1ª CRS Porto Alegre, conforme Figura 2.

Figura 3 – Região de Saúde 08 – Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana.

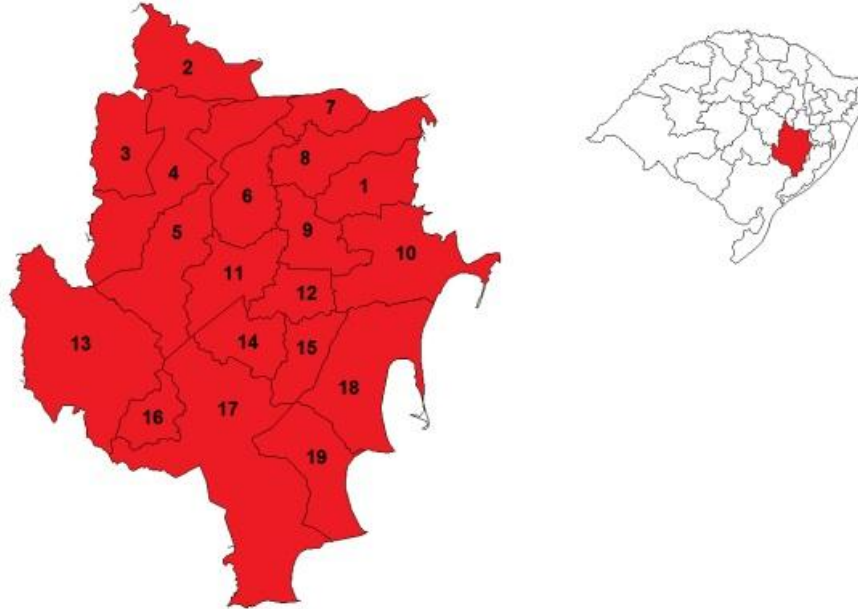


1- Canoas; 2- Barão; 3- São Pedro da Serra; 4- Salvador do Sul; 5- Tupandi; 6- Brochier; 7- Maratá; 8- São José do Sul; 9- Harmonia; 10- Pareci Novo; 11- São Sebastião do Caí; 12- Tabaí; 13- Triunfo; 14- Montenegro; 15- Capela Santana; 16- Nova Santa Rita; 17- Sapucaia do Sul; 18- Esteio.

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A Região 08 – Região de Saúde Vale do Caí e Metropolitana, com Canoas, Esteio e Sapucaia do Sul, na ótica de Coordenadoria Regional de Saúde – CRS, também pertencem à 1ª CRS Porto Alegre, conforme Figura 3.

Figura 4 – Região de Saúde 09 – Região 09 – Região de Saúde Carbonífera Costa Doce.



1-Guaíba; 2- General Câmara; 3- Minas do Leão; 4- Butiá; 5- São Jerônimo; 6- Arroio dos Ratos; 7- Charqueadas; 8- Eldorado do Sul; 9- Mariana Pimentel; 10- Barra do Ribeiro; 11- Barão do Triunfo; 12- Sertão Santana; 13- Dom Feliciano; 14- Cerro Grande do Sul; 15- Sentinela do Sul; 16- Chувиска; 17- Camaquã; 18- Tapes; 19- Arambaré.

Fonte: Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

A Região 09 – Região de Saúde Carbonífera Costa Doce, a qual pertencem os municípios Butiá, Camaquã, Charqueadas, Eldorado do Sul e Guaíba, pertencem à 2ª CRS Porto Alegre, conforme Figura 4.

Depreende-se, então, que esses municípios seriam os dez mais frequentes em internação fora de região geográfica.

Dentro da ótica da regionalização da saúde, existirá a necessidade de organizar os serviços relativos aos procedimentos que os municípios de menor densidade tecnológica não conseguem resolver.

Scarpin et al. (2008) referem que é importante lembrar que **sedes** de microrregiões são responsáveis pelos atendimentos de **baixa complexidade**,

enquanto as cidades **sede de regionais**, pelos atendimentos de **média complexidade** e, por fim, as cidades **sede de macrorregiões** são as referências estaduais para os atendimentos de **alta complexidade**.

Para se efetivar todo esse processo que poderá envolver a regulação, considerando que o atendimento pode ser emergencial, torna-se necessário a efetivação de um processo de tomada de decisão referente ao fluxo do paciente e ao hospital em que deverá ocorrer a internação.

De acordo com Miranda (2003), os representantes dos secretários de saúde, relativos às três esferas de gestão do governo, atuam em Comissões Intergestores, formulando, discutindo, negociando e aprovando decisões intergovernamentais. Afirma, ainda, que tais decisões são expressas em normas administrativas, orientadas para o processo de implantação e implementação das políticas do Sistema Único de Saúde. Conclui dizendo que as normas pautam “primordialmente a regulação intergovernamental das políticas e estratégias de programação e organização dos sistemas de serviços públicos de saúde em todo o país” (MIRANDA, 2003, p.19).

No sentido dessa ótica governamental apresentada por Miranda (2003), este estudo lançou mão da regulação intergovernamental, referente à Comissão Intergestores Bipartite, do Estado do Rio Grande do Sul, para observar as resoluções proferidas por essa instância de gestão do SUS, com foco de pesquisa, no que tange a internação hospitalar, dos anos 2008 a 2013, para Porto Alegre. Foram concentrados esforços para verificar as resoluções que possam ter sido pactuadas para referência aos municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, excluída a Região 10, para os dez procedimentos mais frequentes em internação em hospitais da Capital.

No Estado do Rio Grande do Sul, a Comissão Intergestores Bipartite é constituída, paritariamente, por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde, do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, COSEMS, sendo entendido em uma posição de instância privilegiada de negociação e pactuação, relativo a aspectos operacionais do SUS (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

A portaria SES nº 09/93, publicada no DOE de 21/06/1993, instituiu a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, no Estado do Rio Grande do Sul, que conta com uma Secretaria Técnica e uma Secretaria Executiva, para o assessoramento e o encaminhamento das deliberações (RIO GRANDE DO SUL, 2015).

As resoluções CIB são produtos das discussões desta Comissão que, podem ser compreendidas como a concretização de um processo de decisão da Comissão Intergestores Bipartite, considerando, sua composição que reúne uma parte dos atores envolvidos em processo decisório.

As resoluções CIB são produtos das discussões dessa Comissão que podem ser compreendidas como a concretização de um processo de decisão da Comissão Intergestores Bipartite, considerando sua composição que reúne uma parte dos atores envolvidos em processo decisório.

As resoluções CIB foram analisadas do ano de 2008 a 2013, somando um total de 3.126 resoluções, baixadas do site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em 05/04/2015, e analisadas de acordo com uma filtragem que adotou quatro: 1) pelo título da resolução recebendo o código N/L (não lida) quando não fazia referência a um dos dez procedimentos mais frequentes do estudo, 01 Parto Normal; 02 Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico; 03 Parto Cesariano; 04 Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe); 05 Diagnóstico e/ou atendimento de Urgência em Clínica Médica; 06 Tratamento em Psiquiatria (Por dia); 07 Tratamento de Insuficiência Cardíaca; 08 Tratamento Clínico de Paciente Oncológico; 09 Colectomia de Videolaparoscópica e 10 Hernioplastia Inguinal/Crural (Unilateral); e/ou a um dos dez municípios do estudo Butiá, Camaquã, Canoas, Charqueadas, Eldorado do Sul, Esteio, Guaíba, Novo Hamburgo, Sapucaia do Sul e São Leopoldo; 2) o código N/E (quando lida e não encontrada); 3) o código E (quanto lida, com pouca possibilidade de poder explicar); e, por fim, 4) o código EEE (quando lida, com boa possibilidade de explicar o atendimento fora de região).

De uma forma geral, as resoluções para o período de estudo não explicaram as interações dos procedimentos e os municípios mais frequentes em Porto Alegre, excluída a Região 10 para média complexidade.

Em um total de 3.126 resoluções, 162 estavam relacionadas a um dos dez municípios mais frequentes em internação, distribuídas da seguinte forma: em 2008, de 324 resoluções, 14; em 2009, de 390 resoluções, 22; em 2010, de 463 resoluções, 43; em 2011, de 542 resoluções, 14; em 2012, de 704 resoluções, 20; e, em 2013, de 703 resoluções, 49 estavam relacionadas.

O estudo, mesmo quando identificou a variável E (quando lida, com pouca possibilidade de poder explicar) e/ou EEE (quando lida, com boa possibilidade de explicar o atendimento fora de região), não encontrou relação com alguma possibilidade de explicação para os municípios que foram atendidos na média complexidade em Porto Alegre.

Os anos que exibiram a variável E ou EEE foram: 2008 (1E), referente à Contratualização do Hospital Beneficência Portuguesa - Porto Alegre; 2009 (1EEE), que tratou do remanejamento de teto da média e alta complexidade – oncologia, de São Leopoldo; 2010 (1E), que aprovou o encaminhamento da documentação para o Ministério da Saúde para habilitação como Unidades de Atenção Especializadas em Oftalmologia para Alta Complexidade – Republicada DOE nº 190, de 07/10/10, Porto Alegre; 2011 (1E), que indicou o Hospital de Clínicas de Porto Alegre para habilitação como Unidade de Atenção Especializada à Gestante de Alto Risco; 2012 (1E), que aprovou a concentração das cotas de consultas médicas de oncologia; e 2013, que mostrou ausência dessa variável.

5.3 COMPARAÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO VALE DO GRAVATAÍ E OS DEZ MUNICÍPIOS MAIS FREQUENTES.

Nesta etapa do estudo, torna-se relevante entender, ao longo dos seis anos observados, 2008 a 2013, o que representa a internação da Região de Saúde 10 e a internação dos municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre. Para obter-se essa compreensão, os dados da média complexidade de internação, em Porto Alegre, foram divididos em quatro grupos: 1) *internação em Porto Alegre de seus próprios residentes*; 2) *internação dos cinco municípios da Região 10 em Porto Alegre (Alvorada, Cachoeirinha, Glorinha, Gravataí e Viamão)*; 3) *os dez municípios*

mais frequentes em internação em Porto Alegre, excluída a Região de Saúde 10; e 4) os outros municípios que encaminharam pacientes para Porto Alegre que não os municípios da Região 10 e os 10 municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, excluída a Região 10 de Saúde.

Tabela 13 – Comparação entre os grupos relativos as Internação de Média Complexidade em Porto Alegre, 2008 a 2013.

Grupo por residentes	Internações	Percentual
Porto Alegre (G1)	445.299	59,00%
Região de Saúde 10 - Vale do Gravataí (G2)	125.907	16,70%
Dez Municípios mais frequentes em Internação em Porto Alegre (G3)	70.796	9,40%
Outros Municípios excluída Região de Saúde 10 e 10 + Frequentes (G4)	112.375	14,90%
Total	754.377	100,00%

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIH. (23/06/2015)

* G = Grupo.

Pode-se verificar, na Tabela 14, que a internação de *residentes de Porto Alegre na Capital* (grupo 1) responde pelo maior fluxo: 445.299 internações na Capital, representando 59% da internação para média complexidade, a *Região de Saúde 10 – Vale do Gravataí* (grupo 2) é responsável por um fluxo de 125.907 internações, representando 16, 7%, os *dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre* (grupo 3) mostra 70.796 internações, representando 9,4% e, por fim, os *outros municípios* (grupo 4) estabelecem um fluxo de 112.375 internações, representando 14,9% da internação.

No que tange aos dez procedimentos mais frequentes em internação, estes foram comparados em duas tabelas relativas ao que o estudo se propõe: um estudo comparativo das internações hospitalares dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre de 2008 a 2013. Esse comparativo para os dois grupos referidos apresenta **parto normal** como procedimento mais frequente e **parto cesariano** como terceiro procedimento mais frequente, destacando-se, também, a presença do procedimento **tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico**.

Tabela 14 – Região de Saúde 10 – Internações em Porto Alegre – Média Complexidade, 2008 a 2013

Seq	Procedimento	Internações
1	Parto Normal	11.080
2	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	5.931
3	Parto Cesariano	5.631
4	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	4.272
5	Tratamento das Doenças Crônicas das Vias Aéreas Inferiores	4.152
6	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica	3.568
7	Tratamento em Psiquiatria (Por Dia)	3.536
8	Tratamento de Insuficiência Cardíaca	3.037
9	Tratamento de Outras Doenças Bacterianas	2.846
10	Tratamento de Outras Infecções Agudas das Vias Aéreas Inferiores	2.593
Total		46.646

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIH. (23/06/2015)

A internação hospitalar da Região de Saúde 10 para média complexidade em Porto Alegre representa 125.907 internações, ou seja, 16,70% da internação total da média complexidade, os dez procedimentos mais frequentes representam 37,04% do total dos procedimentos para média complexidade das internações da Região 10, em Porto Alegre, conforme Tabela 15.

Tabela 15 – Internação Hospitalar dos dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, 2008 a 2013

Seq	Procedimento	Internação
1	Parto Normal	3.704
2	Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	3.308
3	Parto Cesariano	2.602
4	Tratamento de Pneumonias ou Influenza (Gripe)	2.599
5	Diagnóstico e/ou Atendimento de Urgência em Clínica Médica	2.202
6	Tratamento em Psiquiatria (Por Dia)	2.097
7	Tratamento de Insuficiência Cardíaca	1.763
8	Tratamento Clínico de Paciente Oncológico	1.498
9	Colecistectomia Videolaparoscópica	1.485
10	Hernioplastia Inguinal/Crural(Unilateral)	1.311
Total		22.569

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS – SIH. (23/06/2015)

As internações dos *dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre* para a média complexidade representam 70.796 das internações, ou seja, 9,40% da internação total da média complexidade, os dez procedimentos mais frequentes representam 31,87% do total dos procedimentos para média complexidade dos *dez municípios mais frequentes em internação, em Porto Alegre*, de acordo com a Tabela 16.

De acordo com Silva (2011), é possível observar o crescimento de doenças crônicas, relacionadas ao estilo de vida contemporâneo e ao envelhecimento da população mundial, o autor explica, também, que podem ocorrer transições epidemiológicas e demográficas, acompanhadas do aumento da incidência de doenças, como hipertensão, diabetes, cânceres, depressão e novas viroses respiratórias, entre outras. Isso ajudaria a explicar a frequência de procedimentos relativos à oncologia em alguns municípios e também ajudaria a justificar a presença, nos dois grupos, do procedimento **tratamento de intercorrências clínicas em paciente oncológico**.

O procedimento **parto normal** apareceu em outros estudos como mais frequente, Oliveira et al. (2004) investigaram os efeitos e fatores que poderiam influenciar o padrão de internação das populações de municípios brasileiros, para tanto, as autoras consideraram tanto a distância entre o município e os serviços hospitalares utilizados quanto efeitos do padrão espacial.

No estudo de Oliveira et al. (2004), é possível identificar o procedimento **parto normal**, como procedimento mais frequente de internação, confirmando os dados já encontrados, neste estudo, referentes aos fluxos de internação relacionados à regionalização. **Parto cesariano** é o quinto procedimento mais frequente em internação, enquanto, neste estudo de regionalização, aparece como terceiro procedimento mais frequente em internação.

Moreira e Novaes (2011) confirmam, em seus estudos, o **parto normal** como procedimento mais frequente em uma classificação de frequência e fonte de financiamento.

Fernandes (2015) explica que parto normal, não é regulado, a internação normalmente se estabelece por demanda espontânea, complementando, que de uma forma geral, é difícil para o Estado operacionalizar a regulação, uma vez que, existe dificuldade de fixar profissionais no interior e efetivar o controle de serviços, ratificando ou desabilitado em relação ao atendimento de pacientes.

Como resultado, Oliveira et al. (2004) constataram que 22% das internações estudadas ocorreram em municípios diferentes dos de residência do paciente, 36,5% internaram localmente mais de 80% de seus residentes e 26,2% ficaram abaixo desse valor. Confirmando, dessa forma, os resultados do presente estudo, que também encontrou, na internação local de seus residentes, a sua maior frequência de internação.

Scarpin et al. (2008), em seu estudo, reproduzem o fluxo que deve ser realizado na busca de concretização da realização do procedimento demandado por um determinado paciente. Primeiro, verifica-se a **cidade de origem**, se esta não possuir o atendimento e/ou não houver capacidade para atender o paciente dentro do período e/ou for um atendimento de urgência, faz-se necessário verificar a possibilidade de atendimento/capacidade nas cidades que compõem a mesma **microrregião da cidade de origem do paciente**, procedendo a identificação da **mais próxima da cidade** de origem do paciente, sendo esta a primeira opção, e, como segunda opção, a **segunda mais próxima**. Segundo, em caso da microrregião não possuir o atendimento ou a capacidade necessários, são relacionadas as cidades pertencentes à mesma regional da cidade de origem. Terceiro, caso a microrregião não resolva, pode-se procurar **cidades da macrorregião** e, se necessário, existe a possibilidade de se procurar **cidades que não tenham vínculo com a cidade de origem**, mas que tenham o procedimento, com o objetivo de encontrar uma cidade que atenda às necessidades para realização do procedimento solicitado.

A possibilidade de procurar cidades que não tenham vínculo com a cidade de origem, mas que tenham o procedimento ajuda a explicar o fato de 14,90% da internação em Porto Alegre ser de *outros municípios do Rio Grande do Sul* (excluída a Região de Saúde 10 e os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre), percentual maior que o encontrado para os *dez municípios mais frequentes*

em internação em Porto Alegre para os dez procedimentos mais frequentes 9,40%. Esse fato destaca-se porque os dez municípios mais frequentes em internação estão próximos de Porto Alegre, pertencendo (todos) ou à CRS 1 ou à CRS 2, Regiões de Saúde 07 Vale dos Sinos, 08 Vale do Caí e Região e 09 Carbonífera Costa Doce.

Ainda que, de acordo com a Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul – Central de Regulação, por Bellinaso (2015), não exista um documento formal estabelecendo, definitivamente, as especialidades em que Porto Alegre é referência, o fato de que esse município absorve uma demanda variada e crescente é incontestável.

Essa absorção por parte da Capital não é um fato novo, Scarpin et al. (2008) também referem que, no Paraná, a capital do Estado assumiu cerca de 50% dos pacientes que necessitavam de atendimento fora de suas cidades de origem.

Vecina Neto e Malik (2007) falam da dificuldade de estabelecer esses fluxos em um país federativo, composto por três esferas, municipal, estadual e federal, com cada município querendo seu hospital.

Contudo, deve-se levar em conta a tecnologia que, hoje, deve ser empregada e a impossibilidade da maior parte dos municípios arcarem com esses custos (BELLINASSO, 2015). Fator que pode levar a pensar que a regionalização é um processo que deve ser estabelecido em caráter de urgência, considerando-se que a rede organizada e os fluxos adequadamente regulados podem atender, de maneira resolutiva, os problemas de saúde enfrentados pela população no que tange à internação hospitalar.

No momento de corte dos *dez municípios*, esperava-se que estes apresentassem uma frequência de internação maior em relação à variável *outros municípios do Estado*, porém, *outros municípios* apresentou a terceira maior frequência de internação em Porto Alegre, representando os *dez mais frequentes em internação* apenas 9,40% do total de internações em Porto Alegre .

Contribuindo na explicação desse resultado, Scarpin et al. (2008) explicam que, no Paraná, o último levantamento feito pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – SESA demonstrou que a capital do Estado do Paraná está assumindo

cerca de 50% dos pacientes que necessitam de atendimento fora de suas cidades de origem.

Mendes et al. (2015), em um estudo recente, analisam as regiões: Baixada Santista, Grande ABC e Vale do Ribeira, focando o estudo de movimento inter e intraregional, em região de saúde na Baixada Santista, por entenderem ser esta a mais importante. Observaram que, nessa região de saúde, em 2011, das 79.360 internações, 25,7% ocorreram em municípios diferentes dos de residência do paciente, o município de São Paulo respondeu por 4,1% das internações oriundas da Região de Saúde da Baixada Santista – RSBS e as demais regiões, por 2,1%. Concluíram que as 79.360 autorizações de internações hospitalares foram originadas nas cidades que compõem a RSBS, e 75.602 tiveram como destino municípios dessa região de saúde.

Para entender esse resultado, o CONASS (2007) colabora, também, ao elucidar que as necessidades e a capacidade produtiva de serviços de saúde podem ser encontradas na forma de quatro situações distintas: inexistência de determinados procedimentos de saúde em uma região, insuficiência dos serviços existentes, capacidade existente adequada (física e humana), mas com insuficiência de recursos financeiros para custeio, e oferta de serviços superior às necessidades.

Pode-se pensar, então, que esses municípios fora de região geográfica poderiam estar com impossibilidade de executar determinados procedimentos em sua região ou macrorregião por insuficiência de serviços existentes, capacidade existente adequada ou insuficiência de recursos financeiros para disponibilizar o serviço de forma local.

Contudo, a hipótese levantada no estudo de que o maior fluxo de internação, nos hospitais de Porto Alegre, seria oriundo de sua própria região ou composto de residentes de seu próprio município, foi confirmada, tanto na média quanto na alta complexidade. Assim, para média complexidade, a Tabela 15 apresenta a internação de *residentes de Porto Alegre na Capital*, com 59%, a *Região de Saúde 10*, com 16,70%, os *dez municípios mais frequentes em internação para os dez procedimentos mais frequentes em Porto Alegre*, com 9,40%, e *outros municípios* – (excluída a Região 10 e os 10 mais frequentes), com 14,90%.

Observando a Tabela 07, também é possível verificar que a *internação de residentes de Porto Alegre*, 59%, é maior que a internação do interior do Rio Grande do Sul –(todos os municípios menos Porto Alegre) – ou seja, 41% da internação, confirmando a hipótese levantada tanto para a alta quanto para a média complexidade.

Contudo, Fávero et al. (1996), em seu estudo de encaminhamento de pacientes a um hospital universitário, encontrou fluxos da região maior que a procedência do próprio município, encontrando, para residentes da Região de Ribeirão Preto, 43,39%, e, para residentes do município de Ribeirão Preto, 41,61%.

Os artigos fortalecem as internações de residentes da própria região de saúde, confirmando os dados encontrados neste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender uma parte da regionalização da saúde através de estudo comparativo das internações hospitalares dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre de 2008 a 2013.

Foi possível verificar a importância do processo de regionalização no Brasil e a forma como esta se estabeleceu, percorrendo um caminho diferente de alguns países como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá, que a realizaram concomitantemente ao processo de descentralização.

O Brasil percorreu um caminho que trabalhou primeiro com as NOBs, estabelecendo-se a descentralização, e somente através da NOAS/01 começou o processo de regionalização. Na continuidade, a regionalização foi trabalhada com a NOAS/02 e com o Pacto pela Saúde, encontrando-se, no presente momento, no Decreto nº 7.508/2011.

O Decreto nº 7.508/2011 trouxe o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde – COAP, como um instrumento para estabelecer a relação entre as esferas de gestão do governo, os Mapas de Saúde, como ferramenta de apoio à descrição das necessidades de saúde e das ações e dos serviços oferecidos pelo SUS, e a Comissão Intergestores Regional – CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde, no que tange ao aspecto administrativo e operacional, sendo uma instância com o objetivo de pactuação consensual entre os entes federativos.

A pesquisa que se pautou por essa configuração preconizada pelo Decreto nº 7.508/2011, ao observar a internação hospitalar através dos fluxos que a Região de Saúde 10 desenhou em relação aos hospitais de Porto Alegre, mostrou-se de grande importância verificar que as internações de residentes da Capital e de residentes da Região 10 desenham os fluxos de maior frequência de internação em Porto Alegre. Esse fato contribui para se trabalhar de forma mais intensa para promover sua efetivação e para se pensar que essa informação pode auxiliar no planejamento e na estrutura da rede.

Foi possível constatar, em visita a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que a logística para tratamento do fluxo de pacientes é bastante importante.

Observou-se que se faz necessário o estabelecimento de uma estrutura informacional, interligada com a Secretaria Municipal de Saúde e com os atores municipais, que permita, o mais rápido possível, a comunicação entre todos os envolvidos no processo de fluxos de pacientes entre as centrais de regulação.

A comparação do grupo principal referente aos dez procedimentos mais frequentes para a média complexidade, (1) *internações dos municípios da Região 10*, (2) *os dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre*, identificou que o procedimento **parto normal** foi o mais frequente, **parto cesariano** foi o terceiro mais frequente, aparecendo, também, entre os dez procedimentos mais frequentes o **procedimento tratamento de intercorrências clínicas de paciente oncológico**. Para o grupo complementar, (3) *internações de residentes de Porto Alegre na Capital* e (4) *outros municípios* (demais municípios que não fizeram parte dos grupos já citados), com o objetivo de suporte a compreensão do grupo principal em relação à internação da média complexidade em Porto Alegre, ficou evidente que (3) *internações de residentes de Porto Alegre* representa 59%, e (4) *outros municípios*, 14,90%. Ao se observar os quatro grupos juntos, (1) *internações da Região 10* representa 16,70% e (2) *dez municípios mais frequentes* 9,40%, logo, a maior internação é dos próprios residentes 59%, seguida pela Região 10, 16,70%, outros municípios 14,90% e, por fim, dos dez municípios mais frequentes em internação em Porto Alegre, 9,40%.

O procedimento identificado como mais frequente em internação, tanto, na Região 10 - internações locais, quanto, encaminhadas para Porto Alegre, para média complexidade - foi **parto normal**, fator que chama a atenção, mas que por impossibilidade de tempo hábil para abrir a informação e olhar mais detalhadamente o dado se mostrou como um limite do estudo.

A bibliografia mostrou que o fato de **parto normal** aparecer como o procedimento mais frequente não é novo como visto na discussão.

Outro fator que se destaca são os encaminhamentos relativos à **oncologia** dos municípios de Esteio, Sapucaia do Sul e São Leopoldo, contudo, o resultado vai de encontro aos estudos em que se observou o crescimento de doenças crônicas, relacionadas ao estilo de vida contemporâneo e ao envelhecimento da população mundial. O autor explica, também, que podem ocorrer transições epidemiológicas e demográficas, acompanhadas do aumento da incidência de doenças, como hipertensão, diabetes, cânceres, depressão e novas viroses respiratórias (entre outras).

Por fim, pode-se entender que a identificação dos procedimentos mais frequentes de encaminhamentos para a Capital, acompanhada da identificação dos fluxos, pode auxiliar no processo de planejamento, organizando a rede e, por consequência, a regulação, com o fim de promover, efetivamente, o acesso integral, equitativo e universal aos serviços de saúde pública.

Deste estudo, foi possível confirmar a hipótese de que o maior fluxo de internação nos hospitais de Porto Alegre seria oriundo de sua própria região ou composto de residentes de seu próprio município. Isso foi confirmado fazendo-se, também, uma relação com a literatura, a qual traz estudos com resultados semelhantes, podendo-se pensar, assim, que a regionalização, apesar de todas as dificuldades que a cercam, caminha para uma etapa de estruturação que poderá torná-la efetiva dentro de um determinado espaço de tempo, período necessário para a compreensão e criação de uma estrutura logística e informacional que assegurem sua efetividade no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. O mito da descentralização: maior democratização e eficiência das políticas públicas. **Rev. Bras. Ciênc. Soc.**, São Paulo, n. 31, 1996.

ARRETCHE, M. T. S. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV; Fiocruz, 2012.

BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H.; SALTMAN, R. B. Patters of decentralization across European health systems. In: SALTMAN, R.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. (Org.). **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. England: Open University Press, 2007.

BARCELLOS, C. Problemas emergentes da saúde coletiva e a revalorização do espaço geográfico. In: CASTRO, H. A. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2008.

BELLINASSO, M. B. **Regulação**. Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. 2015. Depoimento.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Alta e Média Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2002. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 09 jun. 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 09 jun. 2014.

BRASIL. **Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Lei nº 8142, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 09 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar:** Orientações Técnicas. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual:** orientações para organização e funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993.** Estabelece normas e procedimentos regulares do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. 1993. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Portaria n. 2203, de 05 de novembro de 1996.** Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS96. 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. 2002. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 09 jun. 2014.

_____. **Portaria n. 1559, de 01 de agosto de 2008.** Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 04 jun. 2015.

_____. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde.** Produção e disseminação da informação em saúde no Brasil. Ministério da Saúde, Organização Panamericana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. INAMPS. **Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991.** Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria 234, de 10 de fevereiro de 1992.** Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/3183>>. Acesso em: 14 set. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

BRITTO, L. N. **Política e espaço regional.** São Paulo: Nobel, 1986.

DOANE, D. P.; SEWARD, L. E. **Estatística aplicada à administração e à economia.** São Paulo: McGraw-Hill, 2008.

ELIAS, P. E. M. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

FERNANDES, S. F. **Regulação**. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2015. Depoimento.

FÁVERO, N. et al. Estudo do encaminhamento dos pacientes a um hospital universitário. **O mundo da saúde**, v. 20, n. 4, p.137-142, 1996.

FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 16, n. 4, 2004.

KLUG, D. **Variáveis estatísticas**. 2014. Depoimento.

LAVRAS, C. C. C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D'A. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

LIMA, J. R. C; PORDEUS, A. M. J.; ROUQUAYROL, M. Z. Medida da Saúde Coletiva. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

LIMA, D. L. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LIMA, D. L.; QUEIROZ, L. F. N. **O processo de descentralização e regionalização do SUS no contexto do pacto pela saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

LIMA, M. C. R. **Fluxos de utilização de serviços hospitalares**: análise do perfil das internações e mobilidade de usuários em municípios da metade sul do RS à luz da regionalização. 2010. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LIMA, L. D. de et al. Descentralização, regionalização e instâncias intergovernamentais no Sistema Único de Saúde. In: VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.

Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

MARCONI, A. M.; LAKATOS, M. E. **Técnicas de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2008.

MEIRELLES, H. L.; ALEIXO, D. B.; BURLE FILHO, J. E. **Direito administrativo brasileiro.** São Paulo: Saraiva, 2013.

MENDES, A. et al. O proceso de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

MIRANDA, A. S. **Análise estratégica dos arranjos decisórios na Comissão Intergestores Tripartite do Sistema Único de Saúde.** 2003. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MOREIRA, E.; NOVAES, A. S. **Internações nos serviços de internações hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006.**

NETO, A. S. L. et al. Epidemiologia descritiva: características e possibilidades de uso. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. **Epidemiologia & saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 65-95.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, mar./abr, 2004.

RIBEIRO, M. L. Federalismo, governo local e políticas sociais no Brasil entre 1996 e 2004. In: HOCHMAN, G.; FARIA, C. A. P. **Federalismo e políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2012/2015.** Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Site Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul – Coordenarias Regionais de Saúde:** Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 28 jun. 2015.

_____. **Resolução n. 555/12** – CIB/RS. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. 2012. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

_____. **Resolução n. 499/14** – CIB/RS. Altera a configuração das Regiões de Saúde 15, 17 e 20 no Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1416229340_cibr499_14.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2015.

_____. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. 2014. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/lista/104/Coordenadorias_Regionais>. Acesso em: 15 jun. 2014.

ROESE, A. **Fluxos e acesso de usuários a serviços de saúde de média complexidade no município de Camaquã, RS**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

_____. **Planejamento regional ascendente e regionalização: atores e estratégias da organização dos fluxos de utilização dos serviços de saúde**. 2012. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1985.

SCARPIN, C. T. et al. Otimização no serviço de saúde no estado do Paraná: fluxo de pacientes e novas configurações hierárquicas. **Gestão da Produção**, São Carlos, v. 15, n. 2, p. 275-290, maio/ago. 2008.

SERAFIM, J. A. **Banco de Dados do Sistema de Internações Hospitalares 2008 a 2013, Nuvem de Dados**. 2014. Consultor DATASUS cedido para o Grupo Hospitalar Conceição.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. S190-S198, 2004. Suplemento 2.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Epidemiologia descritiva: tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul./ago. 2007.

VIANA, A. L. A.; LIMA, D. L. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: _____. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS

Porto Alegre, 15 de abril de 2015.

Os pesquisadores do projeto de pesquisa, intitulado “**Regionalização da Saúde:** estudo comparativo das internações hospitalares dos municípios da Região de Saúde Vale do Gravataí e os dez municípios que mais internaram em Porto Alegre de 2008 a 2013”, comprometem-se a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em banco de dados disponibilizados pelo Departamento de Informação e Informática do SUS – DATASUS.

Concordam e assumem a responsabilidade de que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. Comprometem-se, ainda, a fazer divulgação das informações coletadas somente de forma anônima.

Nome	CPF	Assinatura
Silvia Daniela Pinto Macedo	625.336.570-34	_____
Adriana Roesse	001.042.530-61	_____