

Boletim Informativo do PROADESS, nº 2, fev/2018.

Desempenho do sistema de saúde nas Regiões de Saúde da Bahia

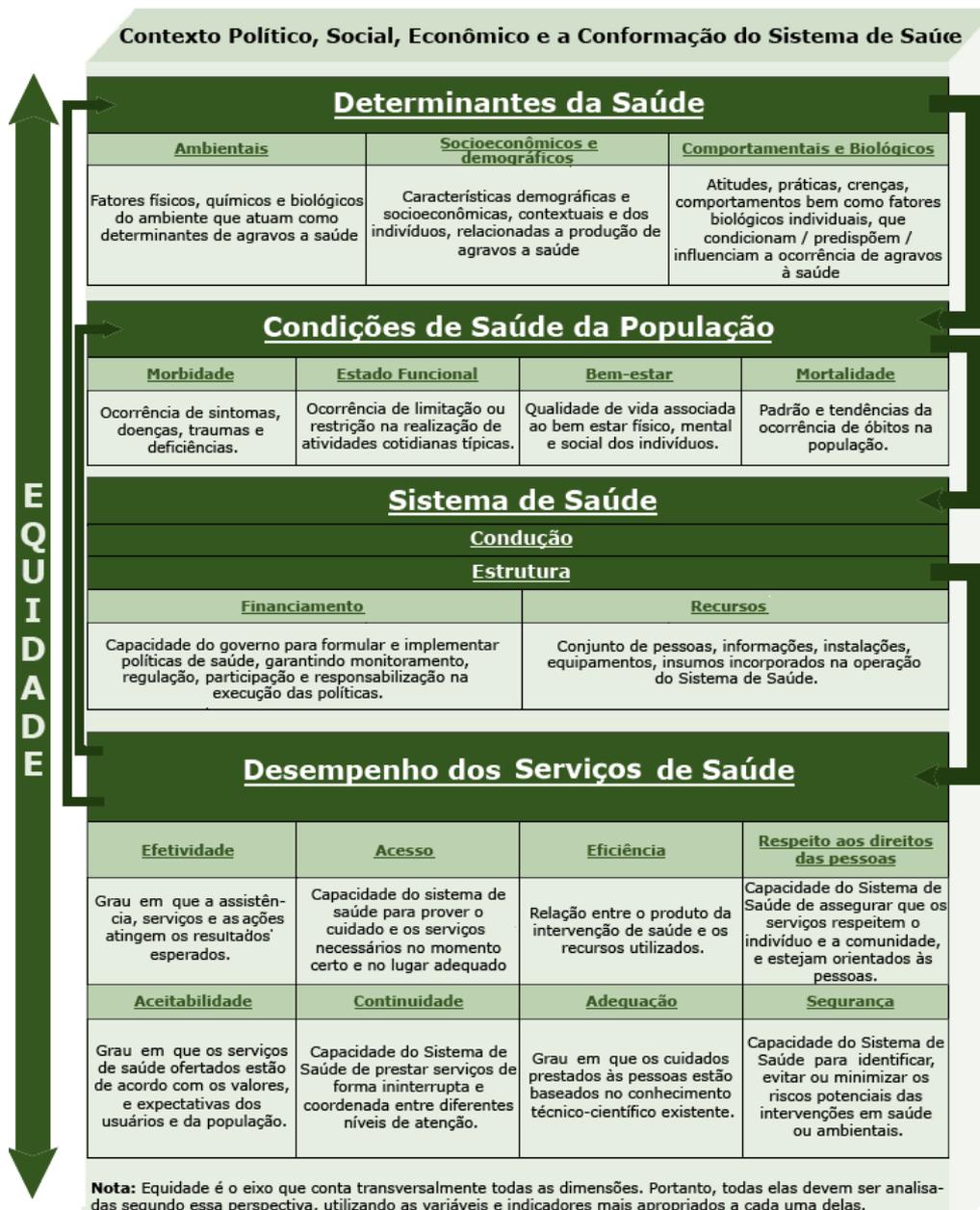
Nessa edição do Boletim Informativo do PROADESS - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – são apresentados os indicadores de desempenho do sistema de saúde nas Regiões de Saúde do estado da Bahia, tais como definidas em 2011.

Considera-se que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história e a sua conformação atual, seus princípios, objetivos e prioridades. Nesse sentido, foi elaborada uma matriz conceitual sobre as diversas dimensões relacionadas ao desempenho do sistema de saúde, tendo a equidade como eixo transversal (Figura 1).

Atualmente, o portal do PROADESS disponibiliza análises e estudos sobre o tema, bem como séries históricas de indicadores, gráficos e mapas temáticos para a avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro relativos a diferentes abrangências geográficas: **Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, e Regiões de Saúde.**

Figura 1 - [Matriz Conceitual do PROADESS](#)

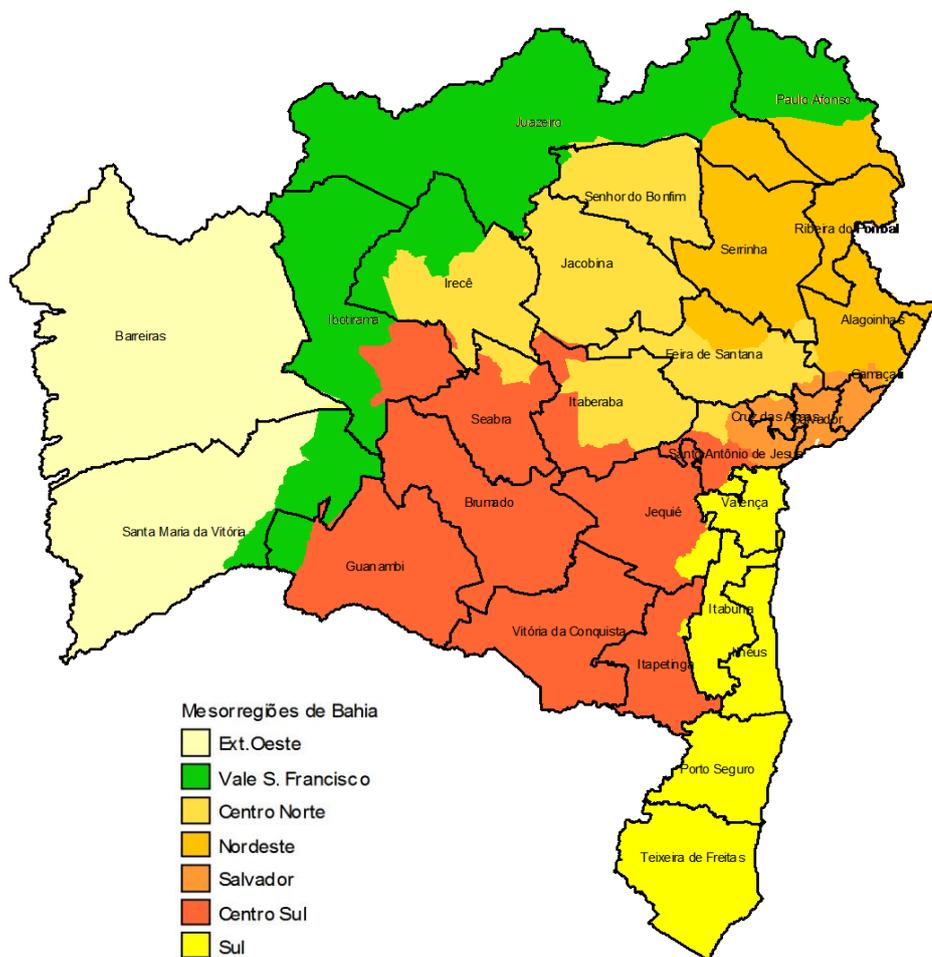
Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de saúde



No intuito de subsidiar a discussão sobre a regionalização do SUS, apresentam-se a seguir informações relativas às Regiões de Saúde da Bahia que possibilitam evidenciar as necessidades de saúde da população e condições disponíveis para atendê-las. Segundo Santos & Assis (2017), os Núcleos Regionais de Saúde (NRS), estabelecidos a partir de 2014, representam uma estratégia para a conformação de uma rede de atenção à saúde integrada e compartilhada entre os municípios em cada Região de Saúde.

As atuais 28 Regiões de Saúde (RS) da Bahia agregam 417 municípios, e variam segundo o número de municípios, características demográficas e socioeconômicas e área territorial. Na Figura 2, essas regiões podem ser visualizadas segundo as mesorregiões territoriais definidas pelo IBGE.

Figura 2 - Regiões de Saúde segundo Mesorregiões da Bahia



As características das RS e suas configurações, segundo o Índice de Desenvolvimento Humano da Região de Saúde (IDHR)¹, bem como indicadores demográficos, podem ser vistos na Tabela 1, na qual as RS estão listadas em ordem alfabética.

Existem marcadas diferenças entre as RS no que diz respeito à população residente, que varia de cerca de 190 mil pessoas na RS Seabra, a 3,5 milhões na RS Salvador. A proporção de idosos também varia de 6,7% em Camaçari a 12,9% em Brumado, sendo o valor para o estado igual a 10,6%. As RS de Barreiras e Ibotirama, possuem baixas densidades demográficas, em torno de 6 hab./Km² e são compostas por 15 e 9 municípios, respectivamente. No outro extremo, situa-se a RS de Salvador, que é uma região metropolitana formada por 10 municípios e com 1.186,4 hab./Km², a maior densidade populacional do estado.

¹ O IDH das Regiões de Saúde foi criado pela agregação dos componentes do IDH dos municípios que as compõem, conforme detalhado adiante.

Tabela 1 – Características das 28 Regiões de Saúde vigentes em 2015 na Bahia

Regiões de Saúde	N. de municípios	População total	% pop. idosa	Área (Km ²)	Densidade demográfica (Hab./Km ²)	Índice de Desenvolvimento Humano da RS
Alagoinhas	18	553.466	10,2	11.852	46,7	0,617
Barreiras	15	454.945	7,8	75.824	6,0	0,667
Brumado	21	421.737	12,9	24.378	17,3	0,605
Camaçari	6	607.731	6,7	3.099	196,1	0,679
Cruz das Almas	9	271.243	10,6	1.784	152,0	0,650
Feira de Santana	28	1.171.554	10,6	16.501	71,0	0,665
Guanambi	21	468.386	12,4	27.232	17,2	0,617
Ibotirama	9	200.447	11,1	32.330	6,2	0,578
Ilhéus	8	325.299	11,4	7.327	44,4	0,647
Irecê	19	424.670	10,8	25.583	16,6	0,611
Itaberaba	14	260.765	11,6	18.626	14,0	0,587
Itabuna	22	534.591	12,2	8.595	62,2	0,644
Itapetinga	12	256.135	12,1	11.696	21,9	0,609
Jacobina	19	404.390	11,9	21.859	18,5	0,591
Jequié	25	511.234	12,6	18.390	27,8	0,618
Juazeiro	10	540.651	9,5	61.438	8,8	0,620
Paulo Afonso	9	257.960	10,6	18.829	13,7	0,622
Porto Seguro	8	382.249	8,0	12.135	31,5	0,654
Ribeira do Pombal	15	328.456	12,4	7.915	41,5	0,571
Salvador	10	3.445.678	10,0	2.904	1186,4	0,751
Seabra	11	189.577	12,2	14.472	13,1	0,610
Senhor do Bonfim	9	307.062	11,5	14.979	20,5	0,611
Serrinha	19	651.361	11,8	21.080	30,9	0,581
Sta. Maria da Vitória	13	311.777	11,2	51.111	6,1	0,612
Sto. Antônio de Jesus	23	476.547	11,2	8.420	56,6	0,623
Teixeira de Freitas	13	458.077	10,1	18.546	24,7	0,650
Valença	12	318.163	8,8	5.838	54,5	0,595
Vitória da Conquista	19	669.700	11,9	21.957	30,5	0,626
BAHIA	417	15.203.851	10,6	565.199	26,9	0,660

Os indicadores mostrados a seguir serão abordados conforme a Matriz Conceitual do PROADESS (Figura 1). Tabelas e gráficos foram elaborados com as regiões de saúde ordenadas pelo IDH, calculado pelo PNUD, que tem como fonte o Censo Demográfico 2010 (IBGE).

Sempre que possível, são apresentados os taxas dos indicadores de 2010 e 2015, e sua variação percentual. As séries históricas desses e de outros indicadores para o período 2000/2015 podem ser encontradas no portal do PROADESS.

Para fazer uma comparação entre os valores desses indicadores nos 2 anos escolhidos, 2010 e 2015, foi calculado a partir das taxas uma variação percentual, conforme a seguinte equação:

$$\text{Variação (\%)} \stackrel{\text{def}}{=} \frac{\text{Indicador}_{2015} - \text{Indicador}_{2010}}{\text{Indicador}_{2010}} (\%)$$

No caso dos indicadores já apresentados como um percentual, a relação 2010 e 2015 foi analisada utilizando uma diferença percentual simples, conforme a equação abaixo:

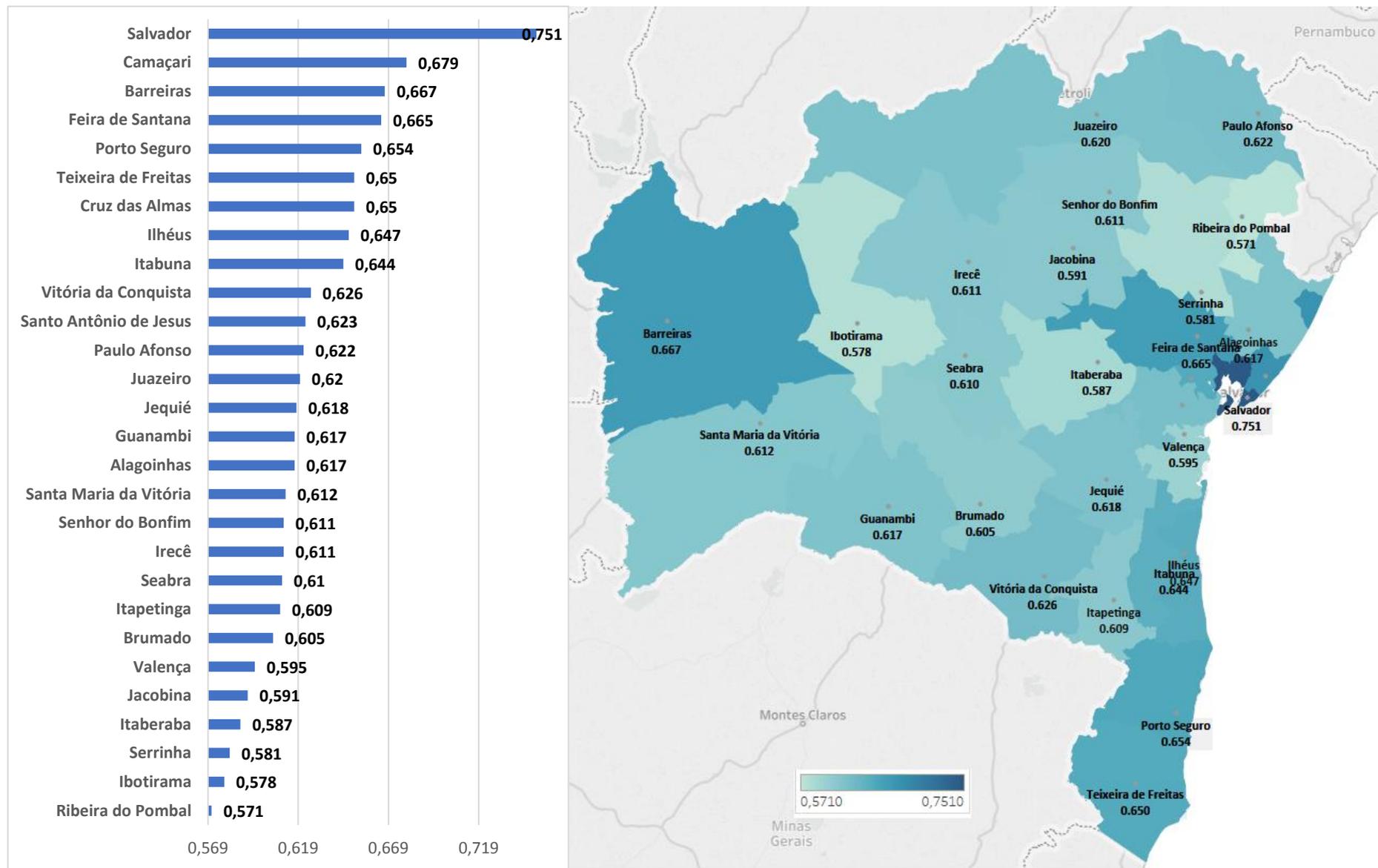
$$\text{Diferença (\%)} \stackrel{\text{def}}{=} \text{Indicador}_{2015}(\%) - \text{Indicador}_{2010}(\%)$$

Determinantes de Saúde

Para o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano das Regiões de Saúde (IDHR) são necessárias informações municipais sobre os três componentes do IDH (longevidade, educação e renda) e como esses dados não estão atualizados os valores do IDHR referem-se ao observado a partir do Censo Demográfico de 2010.

O valor do IDH varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano da localidade em questão. A única RS com valor de IDHR acima de 0,7 foi Salvador, seguida por Camaçari e Feira de Santana, no Norte; Barreiras, no Oeste; e Porto Seguro, no Sul.

Figura 3 – *IDH das Regiões de Saúde – Bahia, 2010*



Condições de Saúde

No caso da **mortalidade infantil**, pela evolução da taxa de óbitos de menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos, ao longo do período 2000-2015, evidencia-se um decréscimo acentuado (42%) na média estadual, que passou de 26,2 para 15,2. Houve uma grande variação na mortalidade infantil nas Regiões de Saúde entre os anos 2010 e 2015 (Figura 4), desde a redução de 34,8% em Valença e Guanambi a um aumento de 31% em Ribeira do Pombal. Acréscimos indevidos também foram identificados em Barreiras (25,3%) e Jequié (11,3%).

Na Figura 5, é apresentada a taxa de mortalidade por **acidente vascular cerebral**. Verifica-se que a maioria das RS que apresentaram aumento entre 2010 e 2015 estão localizadas nas mesorregiões Extremo Oeste e Vale de São Francisco. Contudo, é no Centro-Sul que se localizam as Regiões de Saúde onde se observam o maior aumento e a maior diminuição da variação percentual das taxas, Vitória da Conquista (27,8%) e Seabra (-28%), respectivamente. O crescimento nas taxas de mortalidade por AVC pode estar relacionado a um melhor diagnóstico das causas básicas dos óbitos, uma vez que há uma diminuição de óbitos por causas mal definidas ao longo do período 2010-2015.

A taxa de mortalidade por **causas externas** (Figura 6) na Bahia quase dobrou nos últimos 15 anos. Contudo, considerando o período 2010-2015, houve pouca variação entre as taxas. Entre as regiões de saúde, Porto Seguro apresenta as maiores taxas ao longo do período 2010-2015, mas com pouca variação ao longo dos anos. Por outro lado, Barreiras apresenta a maior diferença entre 2010 e 2015, com um aumento concentrado especialmente no período 2010-2012.

Figura 4 - Taxa de mortalidade infantil (óbitos em menores de 1 ano) por mil nascidos vivos e cartograma com variação percentual – Bahia, 2010 e 2015

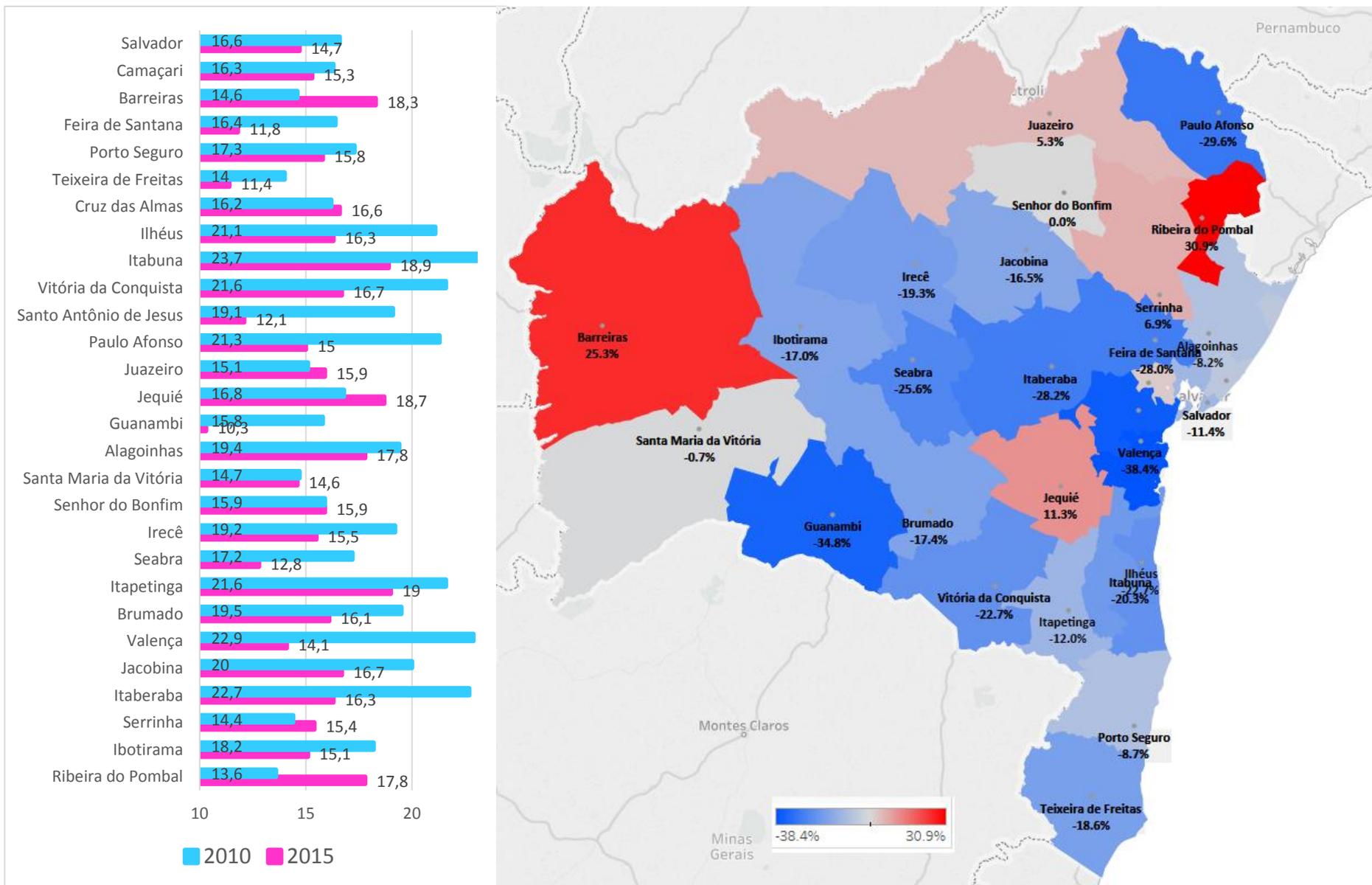


Figura 5 – Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral padronizada por sexo e idade por 100 mil habitantes e cartograma com variação percentual – Bahia, 2010 e 2015

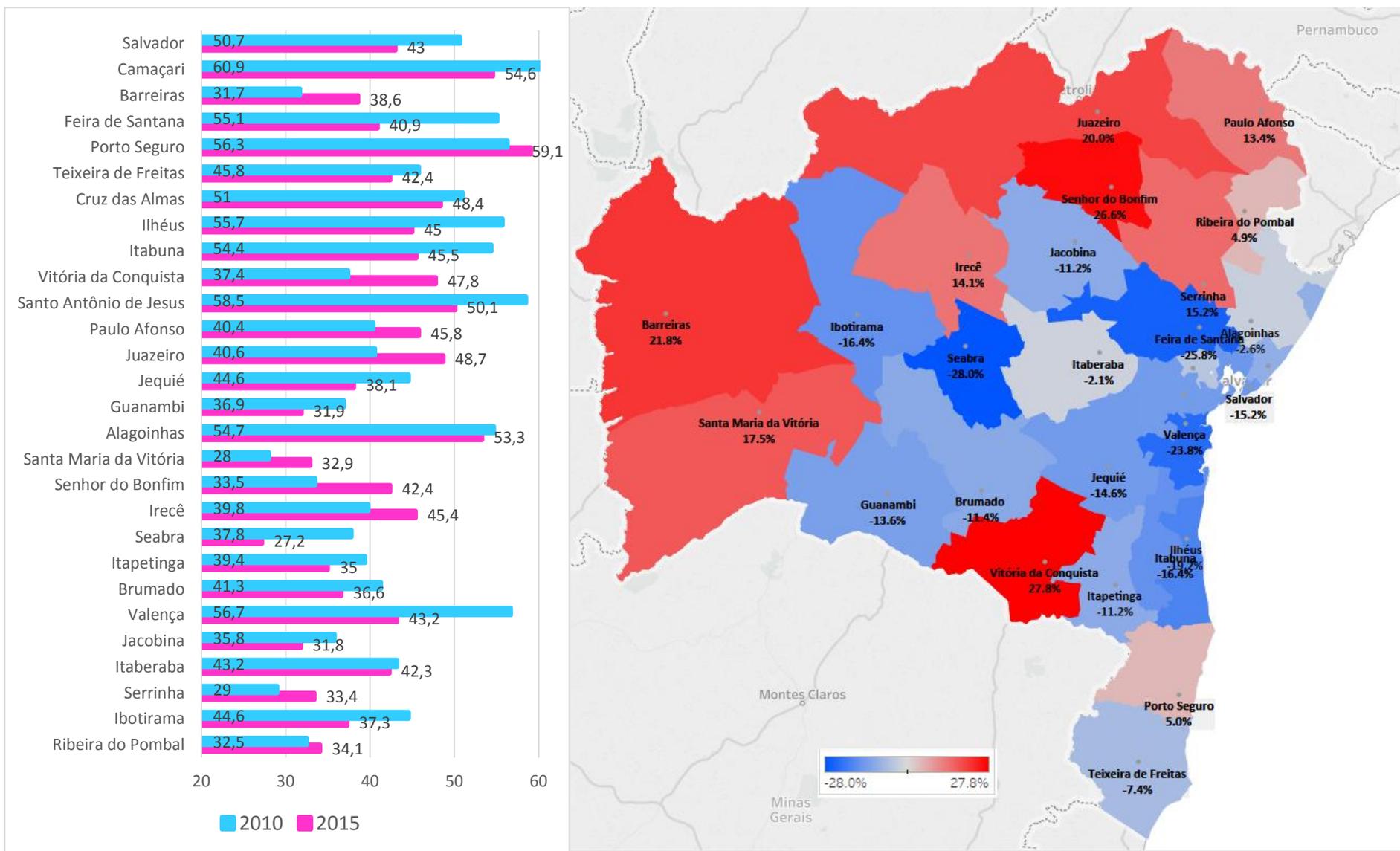
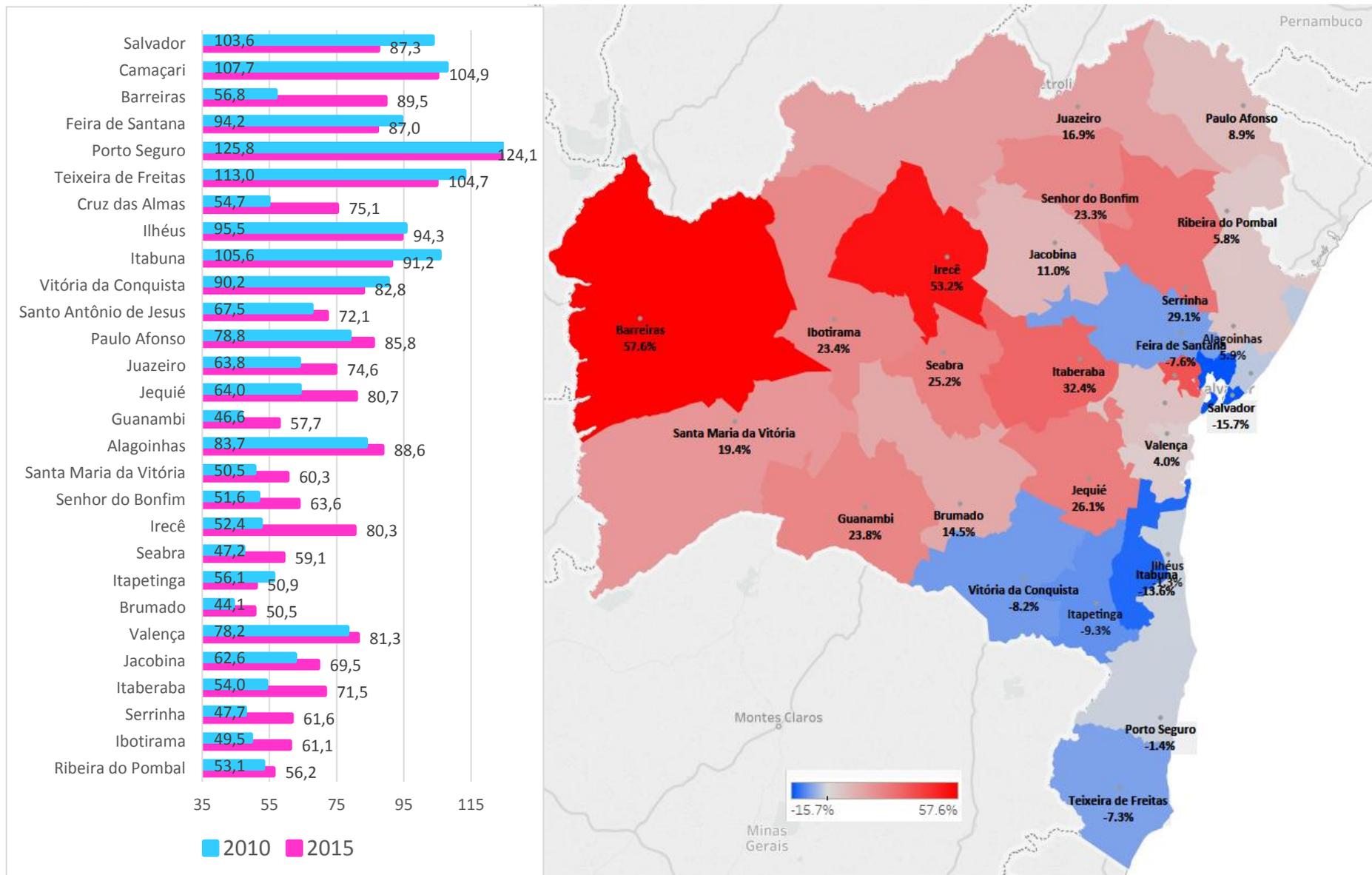


Figura 6 – Taxa de mortalidade por causas externas padronizada por sexo e idade por 100 mil hab. e cartograma com variação percentual – Bahia, 2010 e 2015



Estrutura do Sistema de Saúde

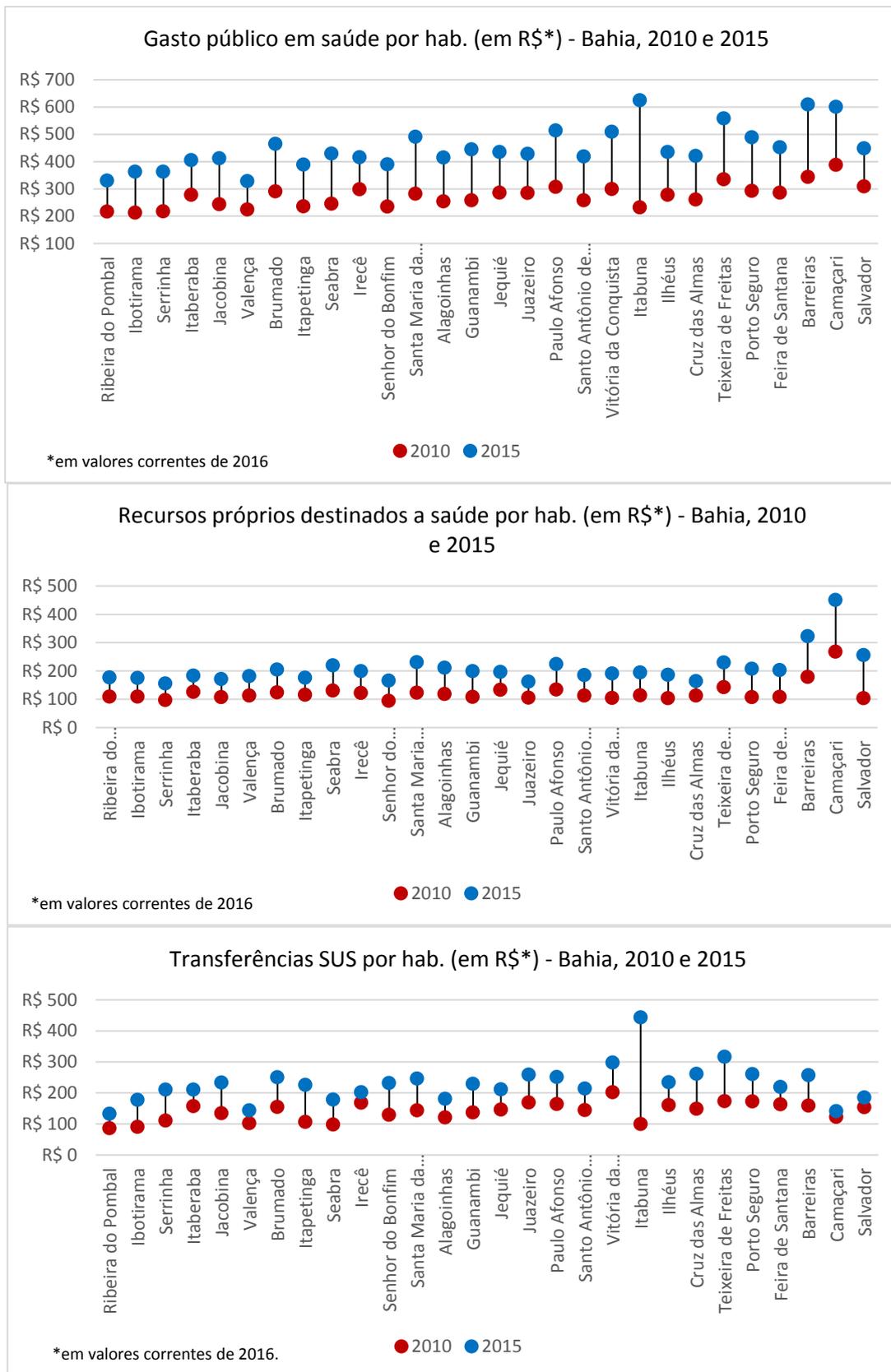
Segundo a matriz conceitual do PROADESS, a estrutura do sistema de saúde pode ser avaliada considerando-se a forma como é financiado e os recursos humanos e físicos disponíveis.

Financiamento

Na Figura 7, são exibidos indicadores para as Regiões de Saúde, calculados a partir dos dados municipais emitidos pelo Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde - SIOPS, sendo o gasto em saúde por habitante obtido a partir dos recursos derivados de impostos, transferências SUS de outras esferas governamentais, operações de créditos ou outras. Além do gasto total, apresentam-se os recursos próprios dos municípios que integram as RS (impostos mais transferências constitucionais que expressam o autofinanciamento) e as transferências SUS, que são recursos federais quase totalmente destinados ao custeio dos serviços SUS (próprios ou conveniados) com itens de despesa previamente definidos.

Os três indicadores foram calculados para 2010 e 2015 considerando-se valores correntes de 2016. As RS estão dispostas nos gráficos segundo a ordem crescente de IDH e observa-se que um maior volume de recursos foi alocado em 2015 em todas as RS. No caso de Itabuna o maior investimento total está associado a um aumento das transferências; enquanto que em Barreiras, Camaçari e Salvador (RS com maior IDH) não houve praticamente variação e predominam os recursos próprios.

Figura 7 – Indicadores de financiamento – Bahia, 2010 e 2015



Recursos Humanos

Nos gráficos da figura 8, apresentam-se, da esquerda para a direita, as taxas do total de médicos por mil habitantes e o percentual disponível ao SUS. O cartograma, por sua vez, exibe a variação do percentual de médicos disponíveis aos SUS considerando os anos 2010 e 2015.

Observa-se que, em 2015, apenas Salvador e Camaçari tiveram taxas de médicos por mil habitantes superiores às estaduais (1,1). Verifica-se também que Seabra possui a menor taxa, 0,3, e segundo os dados do CNES, todos os médicos tinham vínculo com o SUS em 2010 e 2015. Isto aconteceu em outras 5 RS: Ribeira do Pombal, Ibotirama, Brumado, Santa Maria da Vitória e Irecê. Nestas RS, as taxas de médicos total estavam bem abaixo dos valores da Bahia e do Brasil, respectivamente 1,1 e 1,3. Percebe-se também que pertencem ao grupo com IDH abaixo de 0,612.

Vale a pena notar que a taxa de médicos de Saúde da Família e Comunidade (Figura 9) expandiu consideravelmente em todas as RS, entre os anos 2010 e 2015, com aumento percentual variando de 5,8% (Seabra) a 318,4% (Barreiras). Em 2015, 21 RS apresentaram taxas maiores do que as do estado.

As taxas de cirurgiões-dentistas por 100 mil habitantes, por sua vez, tanto em 2010 quanto em 2015, mostraram uma relação direta com o IDH (Figura 10). Além disso, reduções das taxas de cirurgiões-dentistas disponíveis ao SUS ocorreram, em geral, nas RS de IDH mais baixo. Ainda que tenham apresentado um aumento nas taxas no total de cirurgiões-dentistas, as RS Valença e Ibotirama tiveram diminuições importantes nos percentuais de profissionais disponíveis ao SUS entre 2010 e 2015.

Figura 8 – Médicos por mil habitantes, percentual disponível ao SUS e cartograma com diferença do percentual disponível ao SUS – Bahia, 2010 e 2015

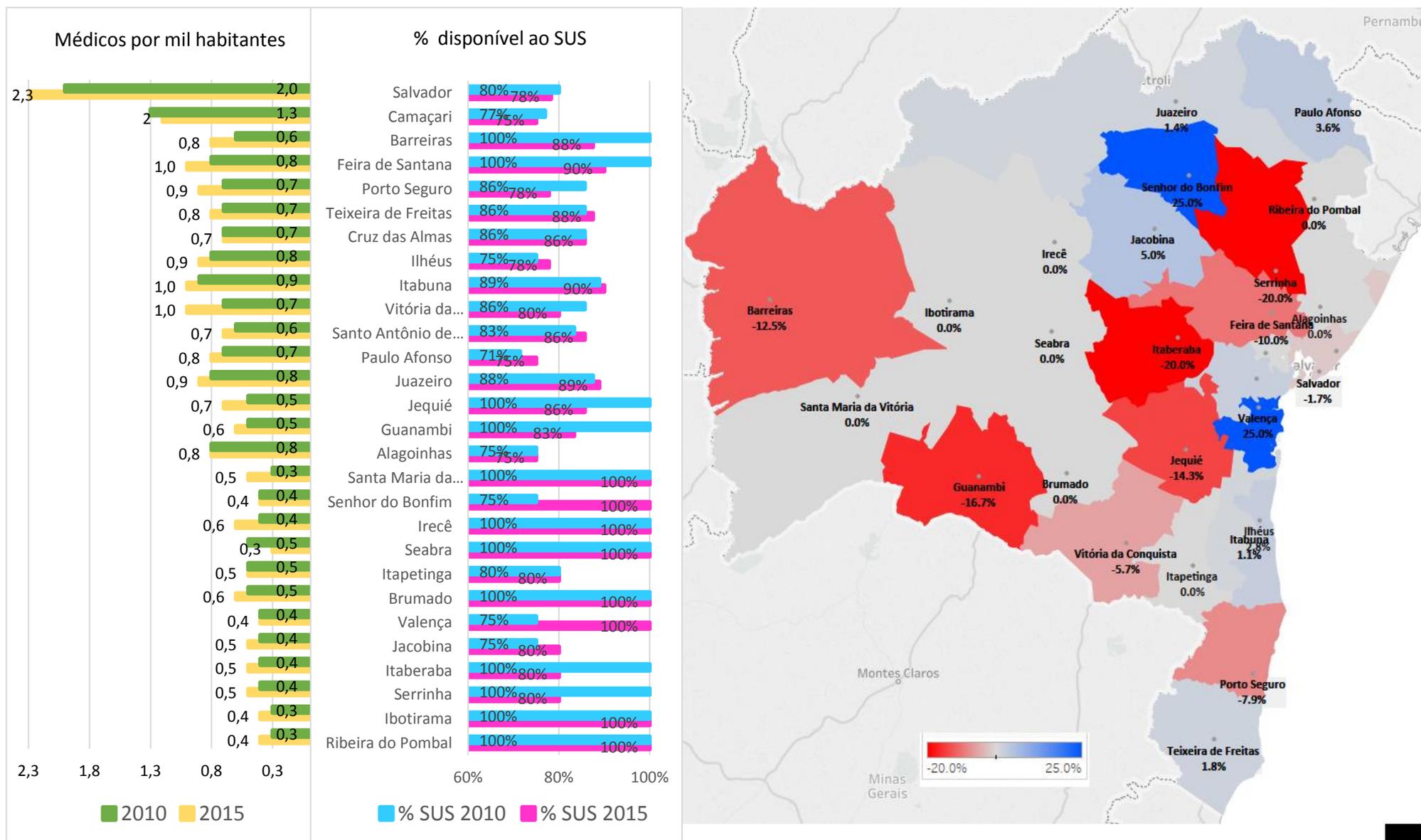
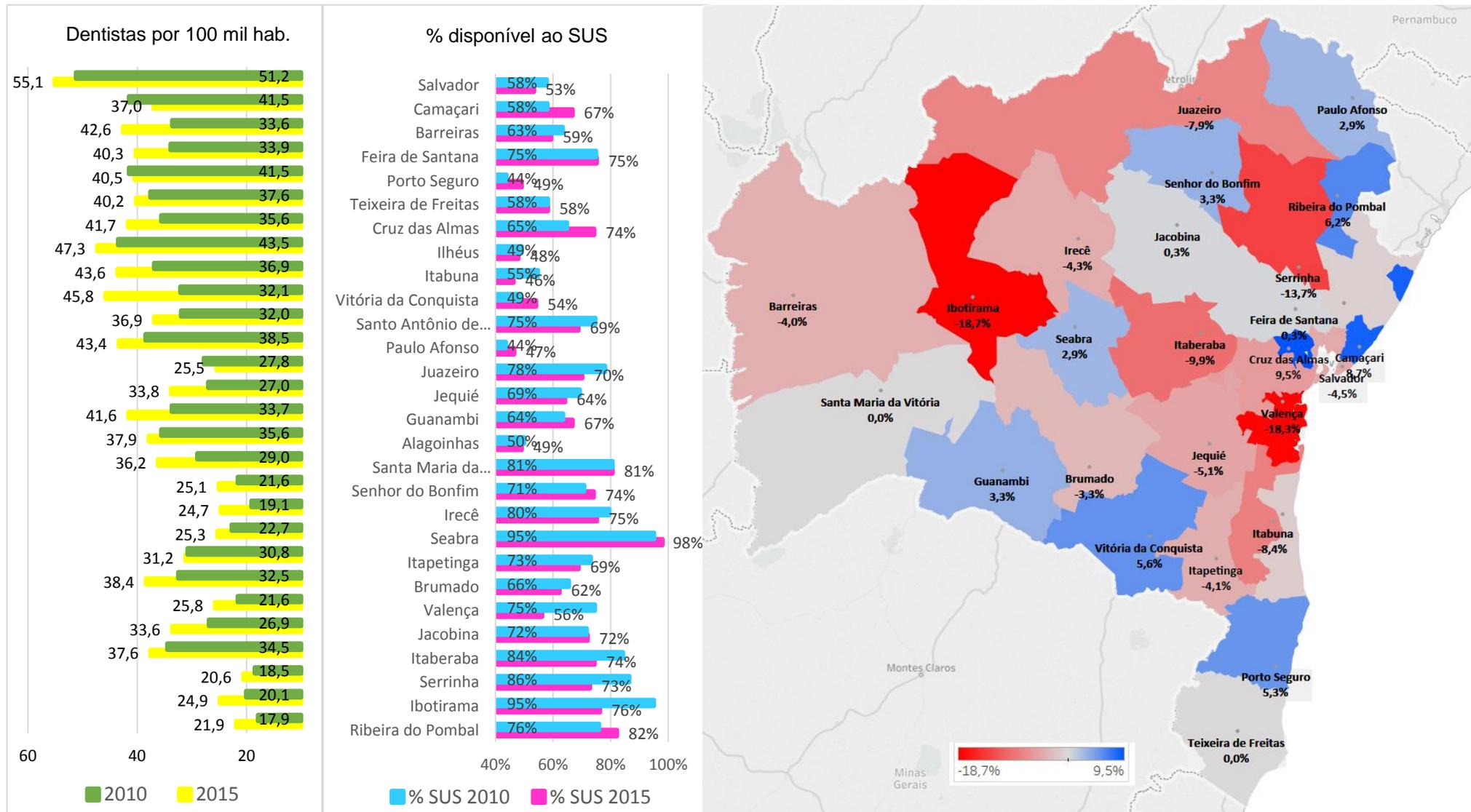


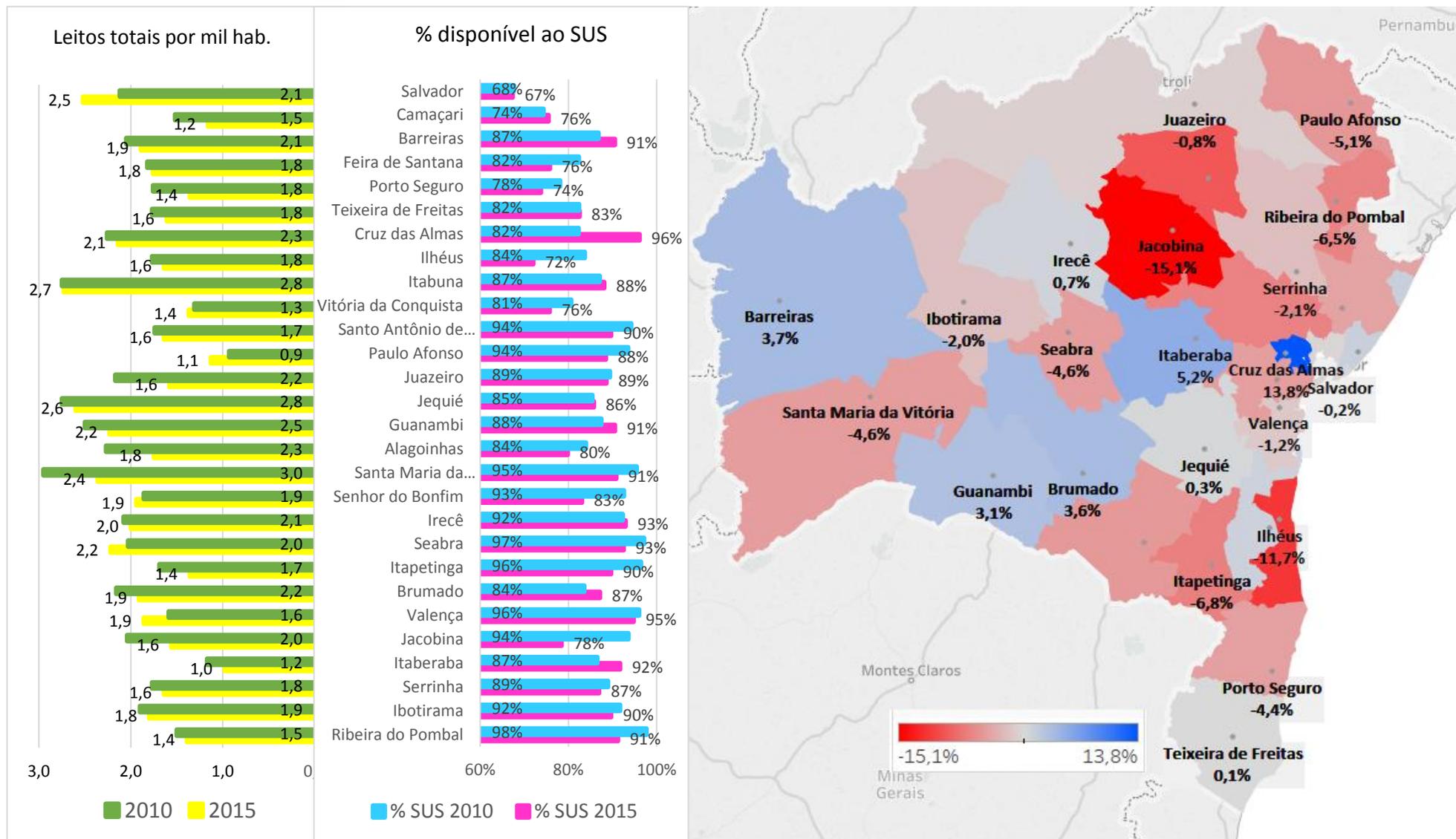
Figura 10 – Cirurgiões-dentistas por 100 mil hab., percentual disponível ao SUS e cartograma com diferença do percentual disponível ao SUS – Bahia, 2010 e 2015



Recursos Físicos

Na Figura 11, comparando 2010 e 2015, nota-se que a quantidade de leitos por mil habitantes diminuiu no estado da Bahia e em quase todas as suas RS, com exceção de Feira de Santana, Ilhéus, Vitória da Conquista, Paulo Afonso e Ribeira do Pontal. Nas regiões de saúde de IDH mais baixo, é maior a proporção de leitos disponíveis ao SUS, em 2015. Contudo, a maior variação percentual foi verificada em Cruz das Almas, 7º maior IDH do estado.

Figura 11 – Leitos totais por mil habitantes, percentual disponível ao SUS e cartograma com diferença do percentual disponível ao SUS – Bahia, 2010 e 2015



Desempenho dos Serviços de Saúde

A dimensão desempenho dos serviços de saúde é composta pelas seguintes sub dimensões: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança. Aqui, são exploradas três: efetividade, acesso e adequação.

Efetividade

A efetividade é definida pelo grau com que a assistência, os serviços e as ações atingem os resultados esperados. A seguir, são abordados alguns indicadores relacionados a esta dimensão para o estado da Bahia.

A taxa de incidência de AIDS por 100 mil habitantes apresenta-se menor em 2015, se comparada aos valores de 2010, em 16 regiões de saúde (Figura 12). As maiores quedas foram em Ribeira do Pontal e Vitória da Conquista (-5%). Os maiores aumentos da taxa de incidência ocorreram em Teixeira de Freitas (14,3 para 21,2), Juazeiro (9,8 para 14,4) e Barreiras (7,1 para 11,6). Em 2015, Porto Seguro apresentou a maior incidência (26,7) superando Salvador (25,6).

A internação por asma (Figura 13), por sua vez, é um indicador de efetividade da atenção primária em saúde, por se tratar de uma causa de internação considerada evitável por ações da atenção básica. A taxa de internação por asma também diminuiu em todas as RS da Bahia, com exceção de Ibotirama, que apresentou um pequeno aumento de 17,5% de variação. Considerando que, em 2015, a taxa para Brasil é de 25,1 e para a Bahia de 70,8, percebe-se que apenas 5 RS apresentam taxas inferiores às do país ainda que 12 RS apresentam valores abaixo da média do estado. Chamam a atenção os altos valores observados, em 2010, nas RS Irecê (523,3) e Santa Maria da Vitória (497,3), que tiveram grandes quedas (-44,8 e -60,4 %, respectivamente). As regiões de saúde com as taxas mais altas, em 2015, foram Irecê (289), Jequié (265) e Seabra (201). Essas grandes variações entre os dois anos observadas em algumas RS podem estar relacionadas com o acesso à uma atenção básica resolutiva, disponibilidade de medicamentos para asma e a fatores ambientais.

Figura 12 – Taxa de incidência de AIDS por 100 mil hab. e cartograma com variação percentual – Bahia, 2010 e 2015

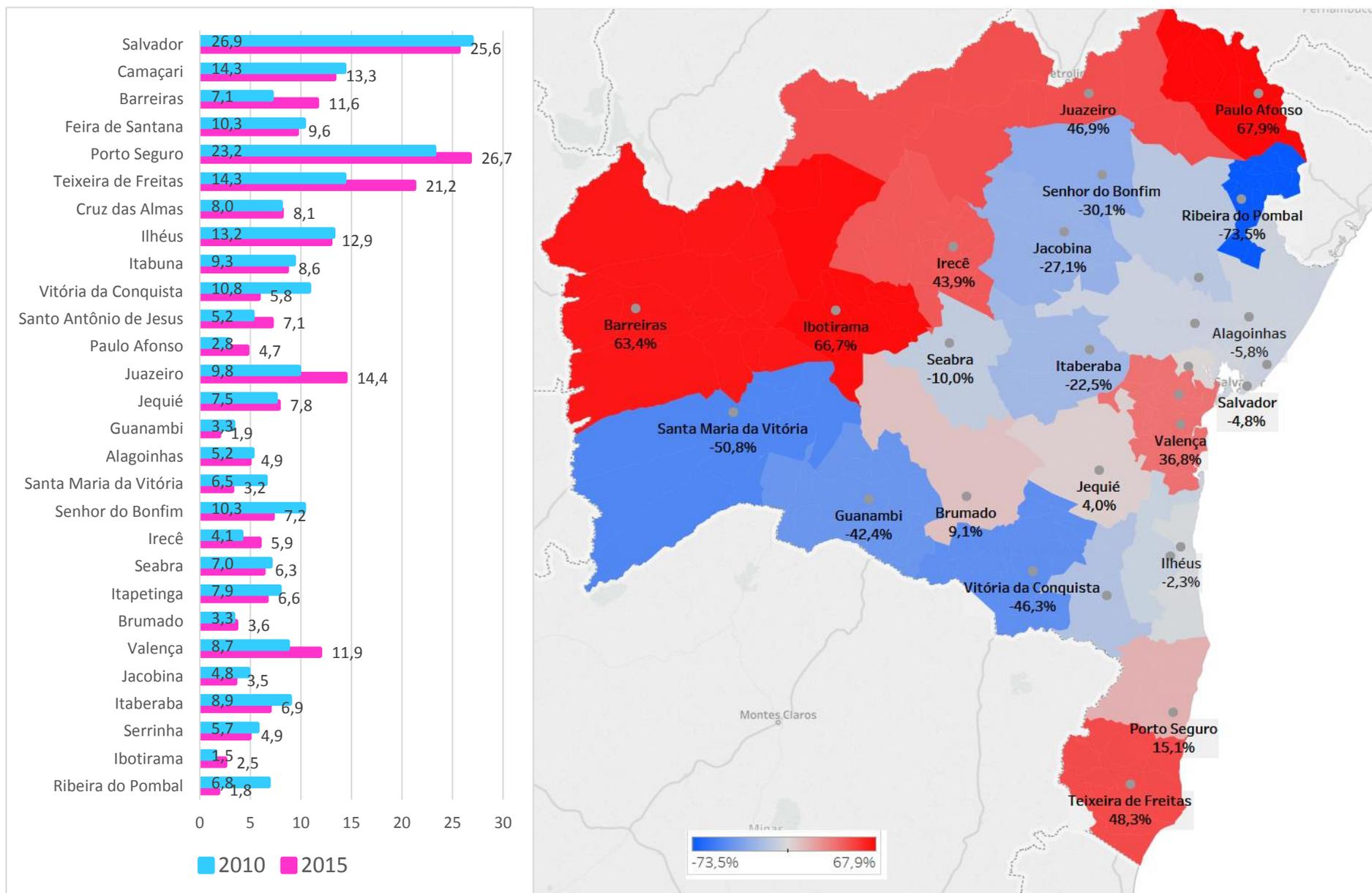
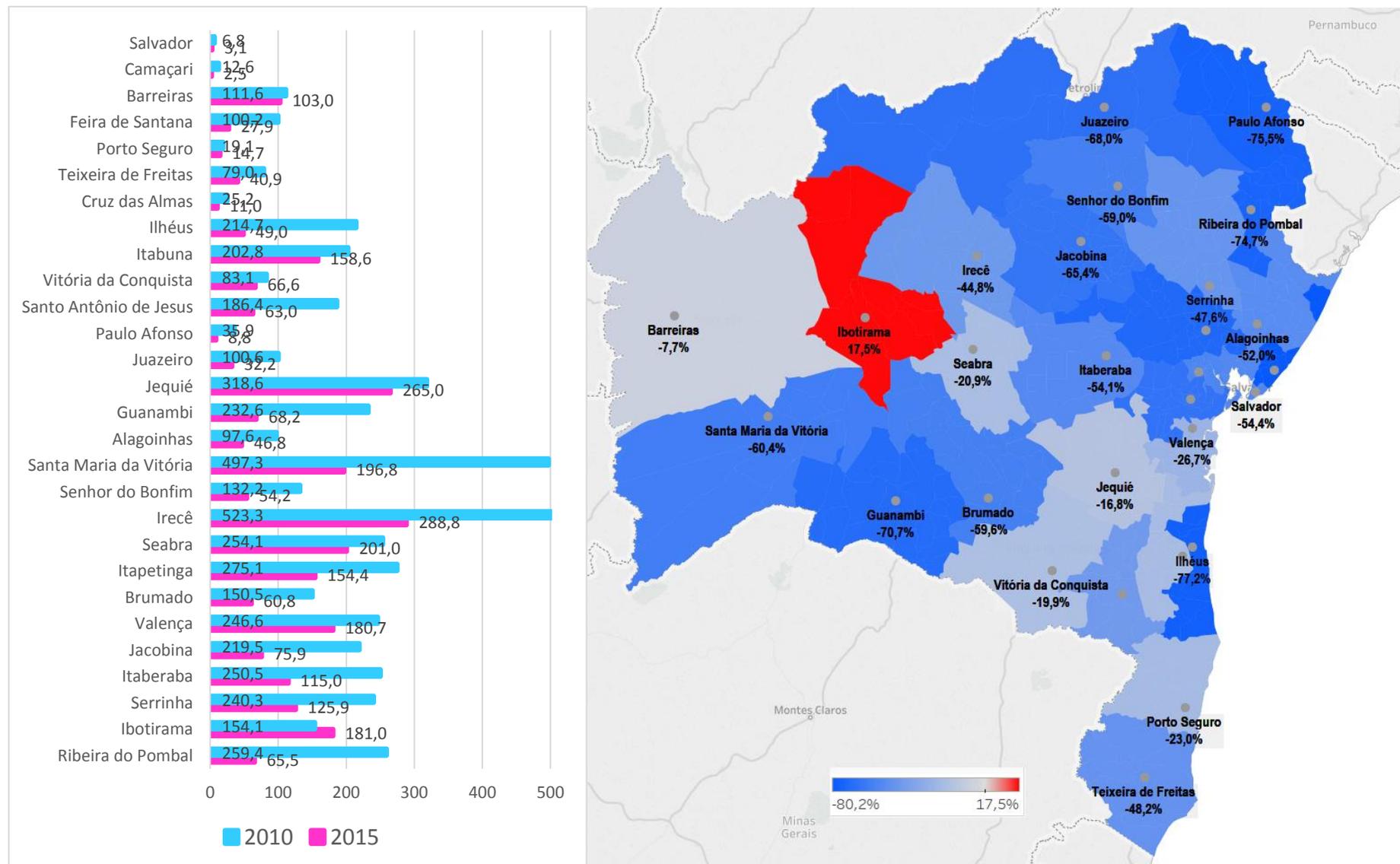


Figura 13 – Taxa de internação por asma por 100 mil hab. padronizada por sexo e idade e cartograma com variação percentual - Bahia, 2010 e 2015



Acesso

Na matriz conceitual do PROADESS, acesso é definido como “a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado”. Nesse sentido, os indicadores de maior validade são aqueles baseados em dados oriundos de inquéritos populacionais que tem como denominador a população total. Entretanto, séries temporais de dados provenientes dos sistemas públicos administrativos, ainda que sejam referentes apenas à população de usuários desses sistemas, podem produzir indicadores que também demonstram a acessibilidade da população aos serviços de saúde. Por outro lado, a regionalização, mesmo que apenas territorial, permite avaliar a autonomia de conjuntos de municípios limítrofes quanto ao uso de serviços pela população residente. A seguir apresentam-se indicadores de ambas as categorias.

Na Bahia, podem ser observados acréscimos importantes no que se refere ao percentual da população coberta pela ESF, especialmente entre 2000 e 2006. No período mais recente (2010–2015), crescimentos importantes podem ser vistos em Senhor do Bonfim, Barreiras, Ribeira do Pombal e Ibotirama (Figura 14). As quatro regiões tinham uma cobertura em torno de 50-60% em 2010 e passaram a apresentar valores próximos a 80%. Embora as RS Salvador e Camaçari tenham apresentado aumentos próximos a 10%, continuaram apresentando as menores coberturas do estado, em 2015.

No que se refere ao percentual da população coberta por plano ou seguro de saúde, percebe-se pouca variação entre 2010 e 2015 (Figura 15). A cobertura nas RS é baixa, com exceção de Salvador (26,8%, em 2015), e Camaçari (19,3%, em 2015). Quanto mais baixo o IDH, em geral, menores são os valores observados.

Na Figura 16 e 17, são exibidos, para 2010 e 2015, os percentuais de internações clínicas e cirúrgicas de média complexidade que foram realizadas fora da região de saúde de residência do usuário. Ou seja, quando as pessoas residentes em uma determinada RS realizaram o procedimento em municípios que não compõem sua RS. No caso das internações clínicas em 2010 nas RS Paulo Afonso, Camaçari e Cruz das Almas mais de 25% dos procedimentos foram feitos em outras RS. Em 2015, em Camaçari, o percentual de internações

clínicas feitas em outras regiões chegou a 42%; em Cruz das Almas, Paulo Afonso e Alagoinhas esse percentual foi de cerca de 39 e 33 e 20% respectivamente.

No que se refere às internações cirúrgicas (Figura 17), em 2015, 15 RS apresentaram percentuais maiores do que 25%, com destaque para Seabra (54,4%), Itapetinga (48,2%) e Serrinha (45,5%), o que só ocorreu em 8 RS em 2010. Isso significa uma menor capacidade da RS em responder às demandas de seus residentes por procedimentos de internação cirúrgica.

Figura 14 – População coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e cartograma com diferença percentual – Bahia, 2010 e 2015

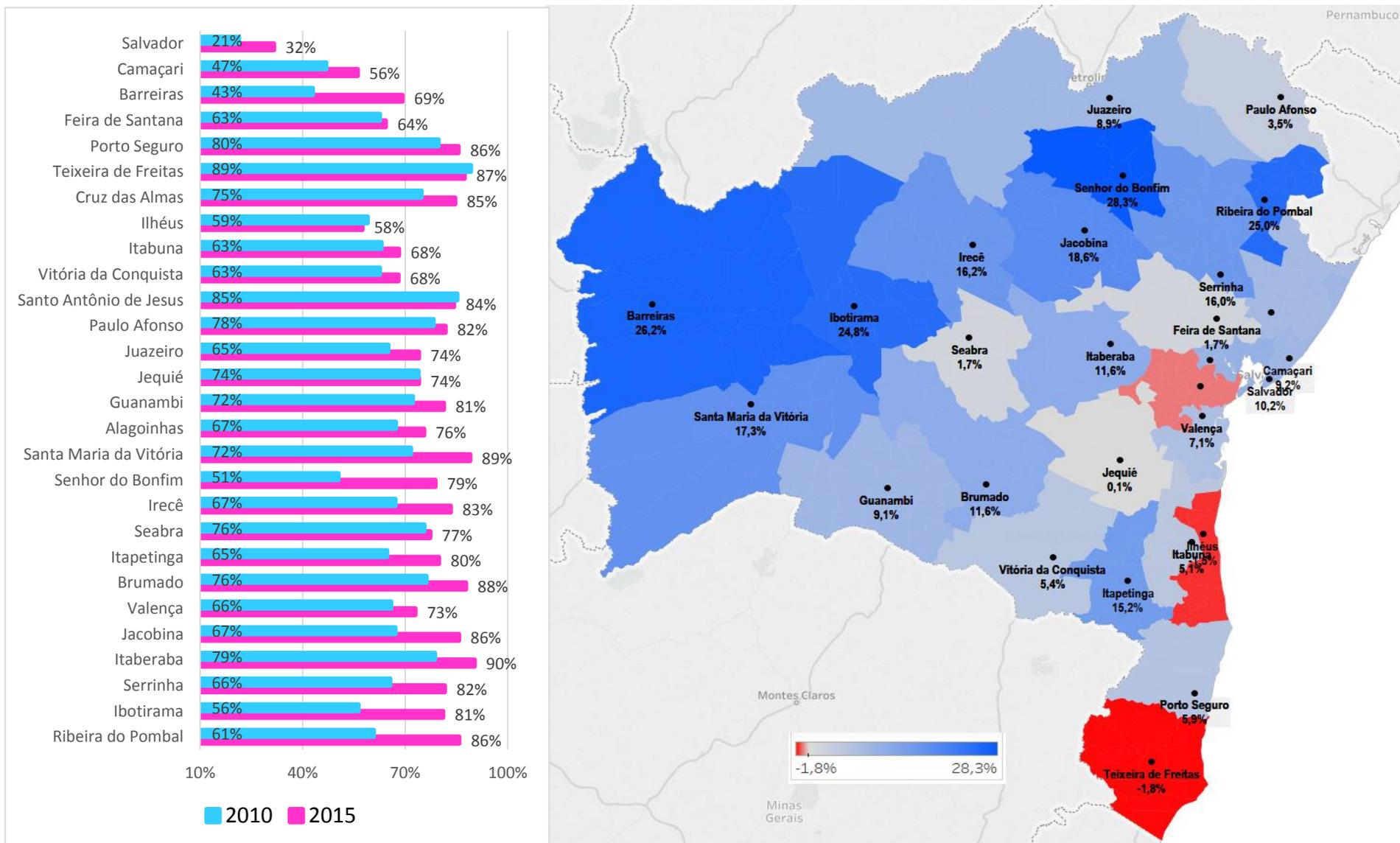


Figura 15 – População coberta por planos e seguros de assistência suplementar à saúde e cartograma com diferença percentual – Bahia, 2010 e 2015

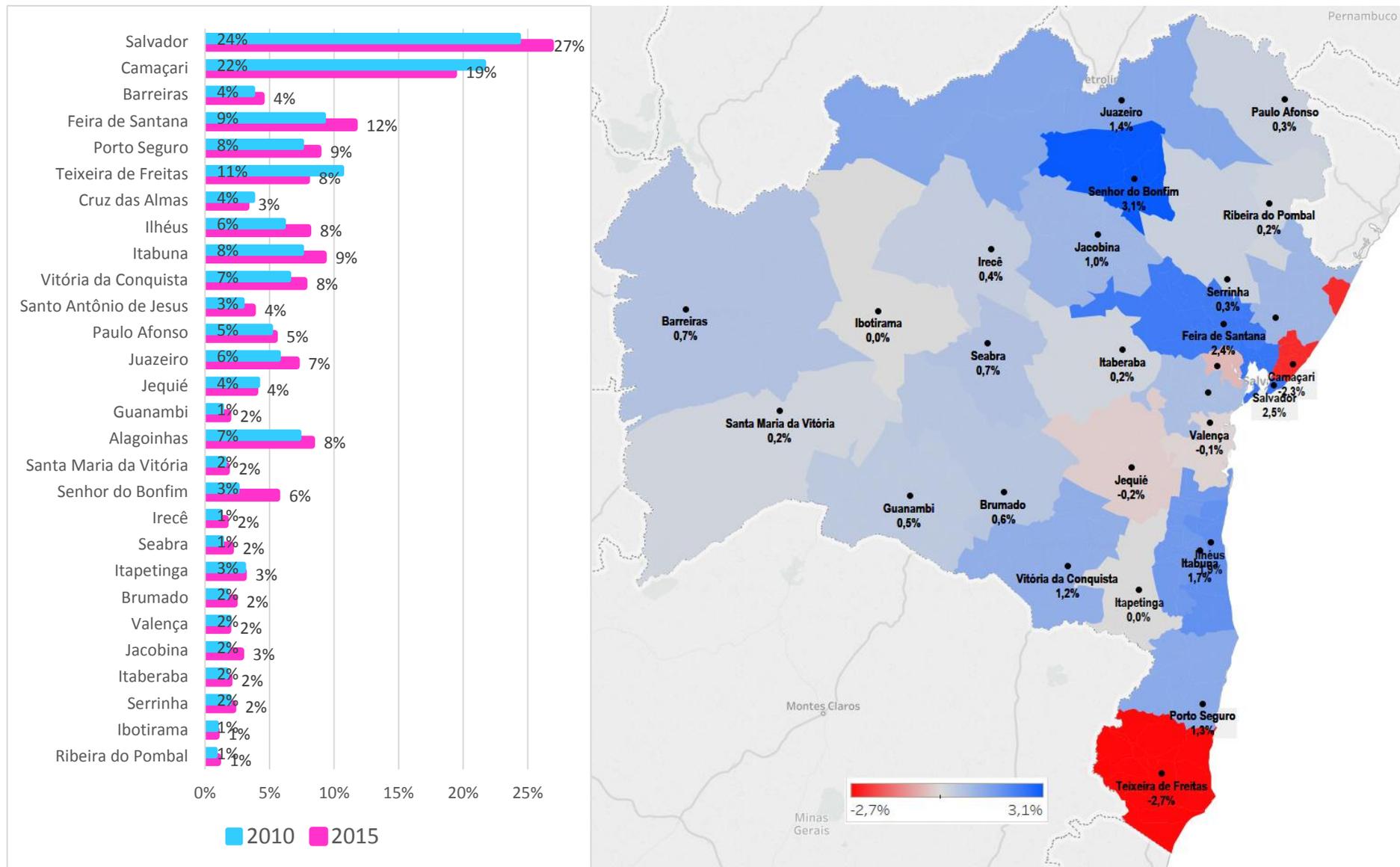


Figura 16 – Percentual de internações clínicas realizadas fora da Região de Saúde de residência – Bahia, 2010 e 2015

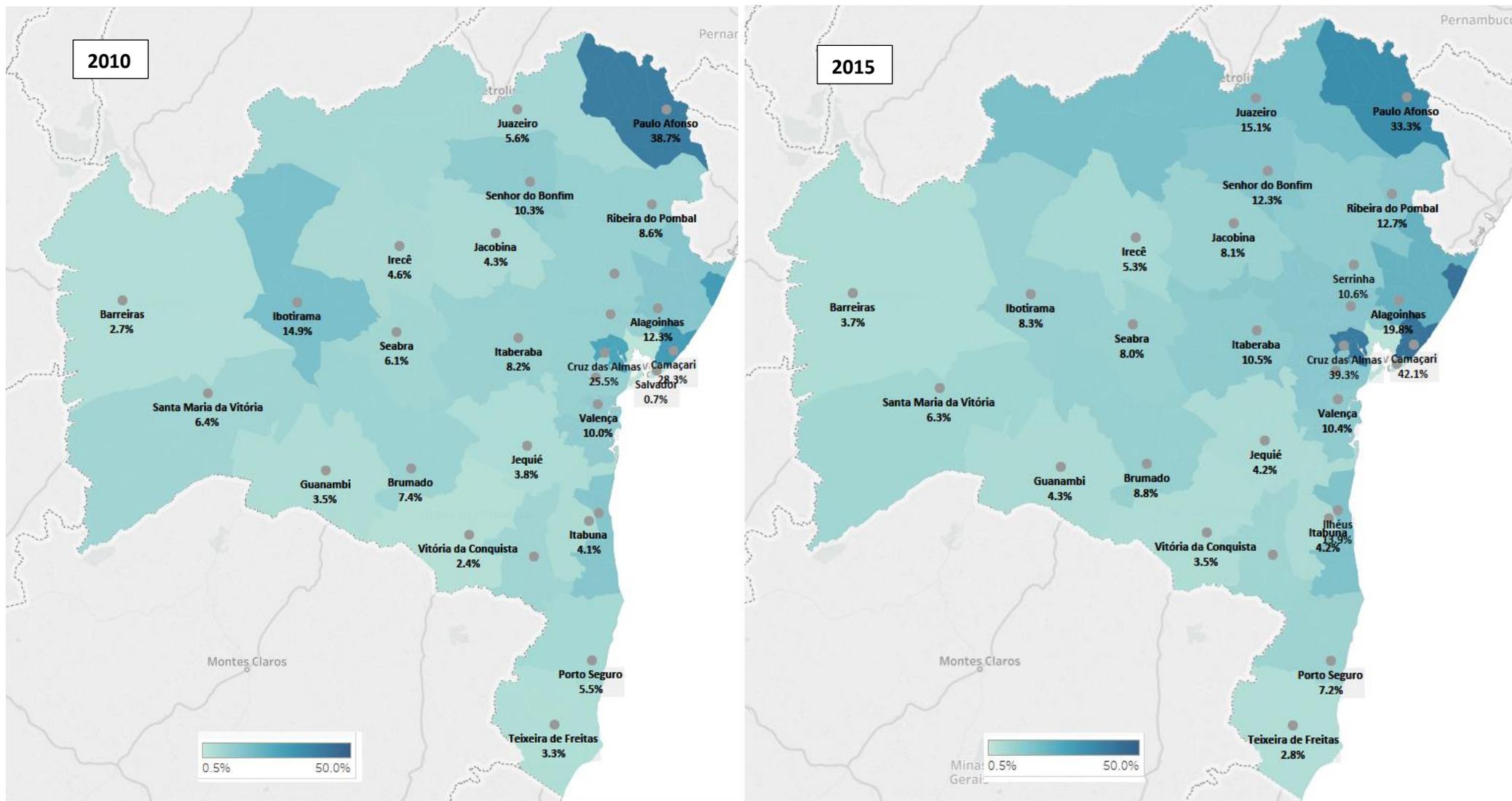
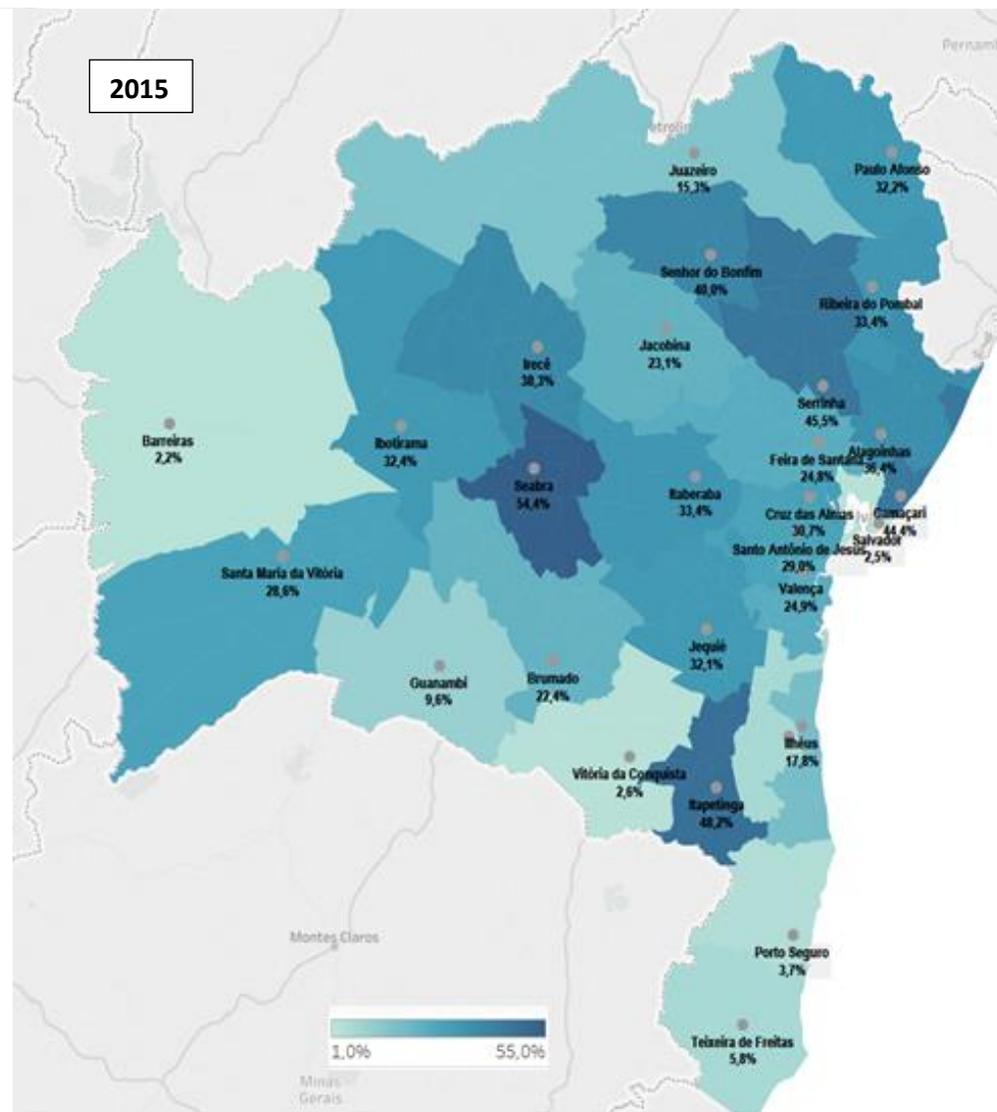
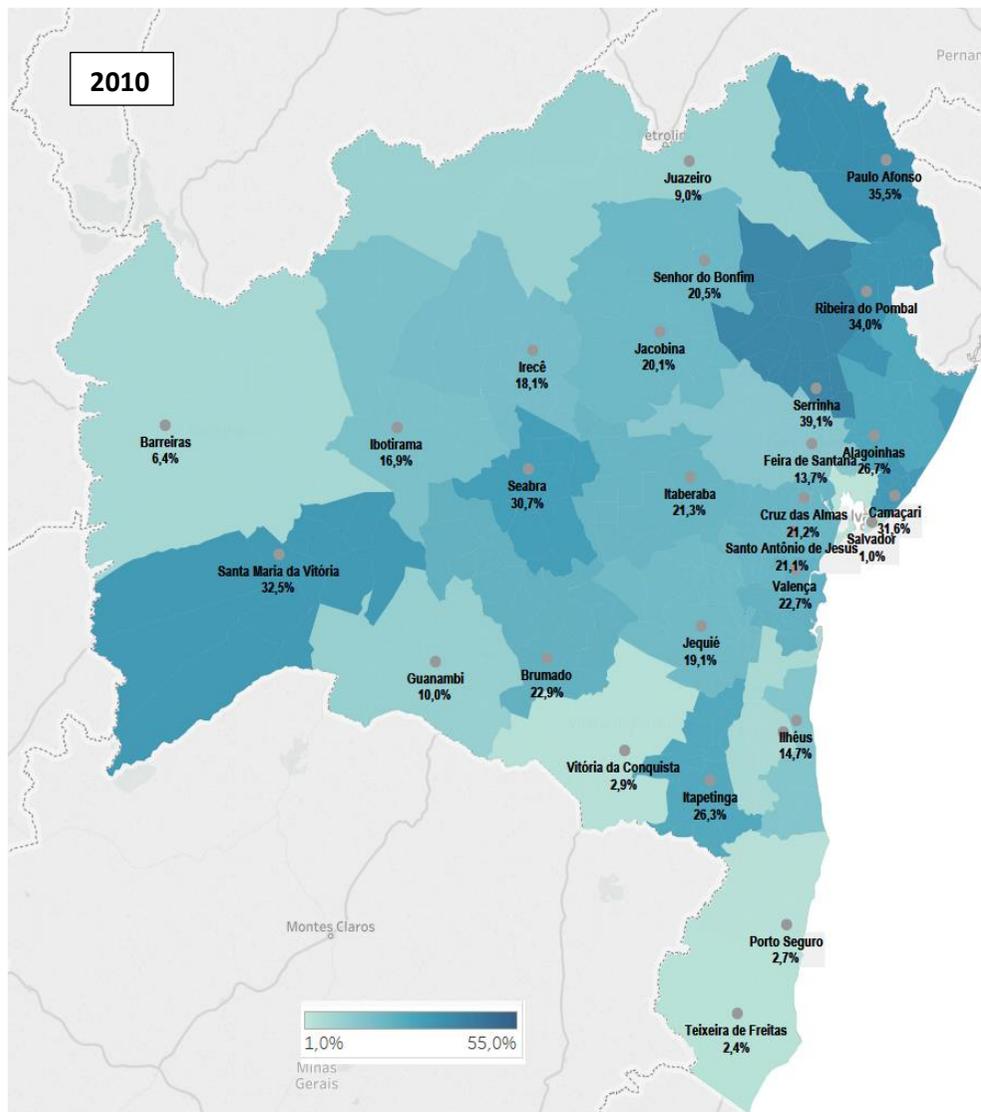


Figura 17 – Percentual de internações cirúrgicas realizadas fora da Região de Saúde de residência – Bahia, 2010 e 2015



Adequação

Por adequação compreende-se o grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente. O percentual de nascidos vivos de mães que fizeram mais de 6 consultas pré-natal e a proporção de partos cesáreos são exemplos de propiciam essa avaliação.

O percentual de nascidos vivos de mães que fizeram mais de 6 consultas pré-natal (Figura 18) aumentou em todas as regiões de saúde da Bahia, com uma diferença percentual entre 3,8% (Salvador) e 28,5% (Santa Maria da Vitória). Os maiores valores, em 2015, foram encontrados em Guanambi (73,3%) e Barreiras (70,5%). No outro extremo, estão Ilhéus (40,9%) e Valença (42,5%).

A única RS com redução do percentual de parto cesáreo (Figura 19) foi Feira de Santana (-2,9%), enquanto as demais chegaram a apresentar um aumento de até 13,2% (Seabra). Ibotirama apresenta o menor percentual de partos cesáreos (27,9%, em 2015) e Barreiras, o maior, com mais de 50%. Ainda assim, todas as RS apresentam percentuais inferiores ao do país, que foi de 55,5%, em 2015.

Figura 18 – Percentual de nascidos vivos de mães que fizeram mais de 6 consultas pré-natal e cartograma com diferença percentual – Bahia, 2010 e 2015

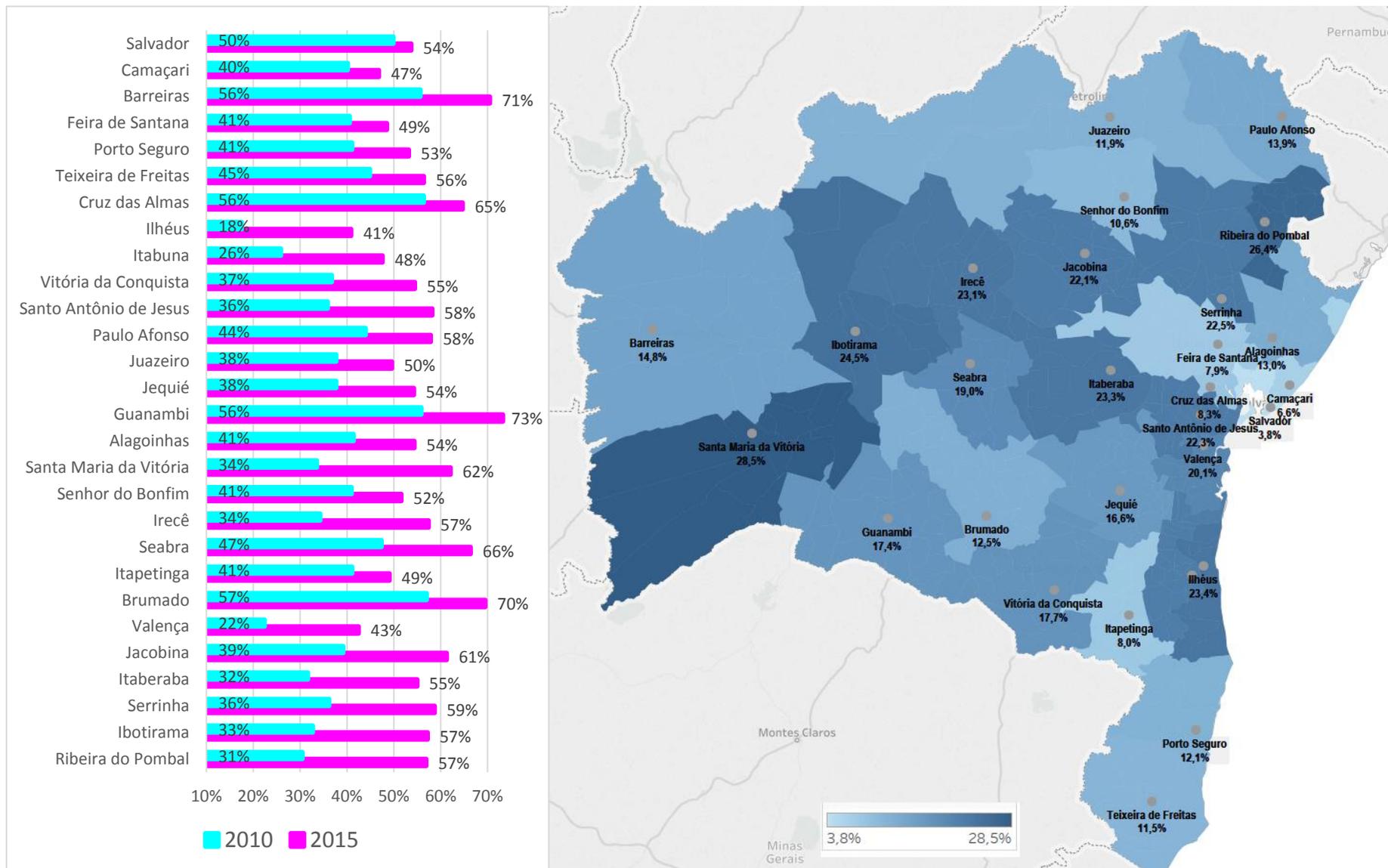
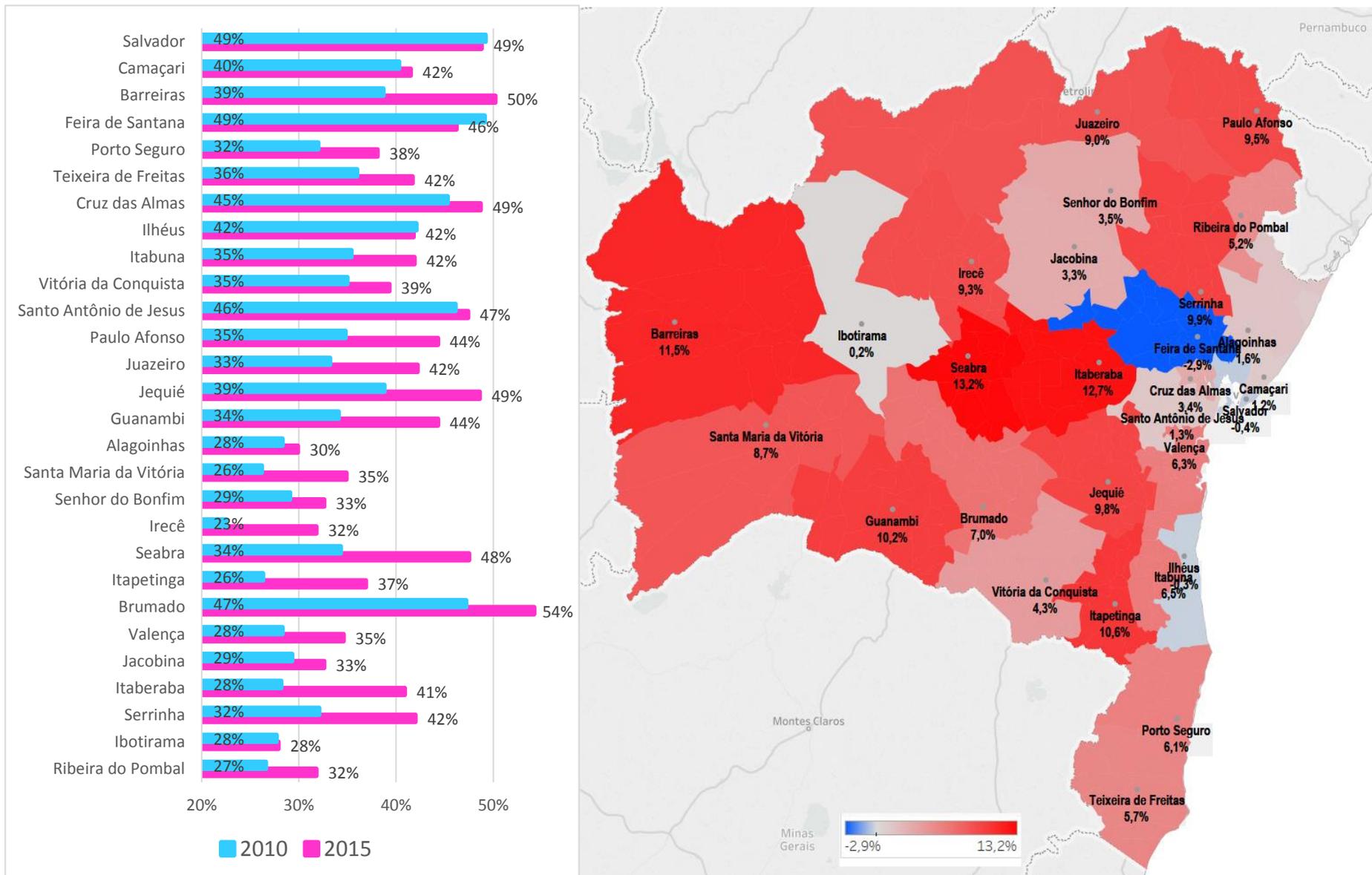


Figura 19 – Percentual de partos cesáreos e cartograma com diferença percentual – Bahia, 2010 e 2015



Os indicadores apresentados foram selecionados a partir de um conjunto de cerca de 130 indicadores formulados pelo PROADESS para a análise do desempenho do sistema de saúde nas Regiões de Saúde. Além dos indicadores, pelo portal (www.proadess.icict.fiocruz.br) é possível consultar séries históricas dos últimos 10 ou 15 anos, que variam segundo a fonte de dados.

Alguns achados merecem uma avaliação mais aprofundada. A redução na taxa de mortalidade infantil foi verificada em quase todas as regiões de saúde da Bahia, mas seria importante verificar o caso de Barreiras e Ribeira do Pombal, que tem IDHR nos extremos opostos e que são regiões onde a TMI aumentou nos cinco anos analisados. A mortalidade por AVC não aparece associada ao IDHR e viu-se que variações nas taxas podem ser devidas a uma maior decisão sobre a causa básica dos óbitos evidenciada pela redução dos óbitos de causa mal definida. A mortalidade por causas externas, por sua vez, cresceu muito na Bahia, e tem uma relação nítida com o IDHR, sendo que maiores taxas observadas em 2015 foram registradas em RS com IDHR mais elevado. É importante notar que Barreiras é uma RS na qual os 3 indicadores de mortalidade apontam piores situações.

No que se refere ao financiamento dos serviços de saúde, nota-se aumento no gasto público em saúde em todas as regiões, em decorrência das transferências SUS e do aumento dos recursos próprios dos municípios aplicados em saúde, especialmente em RS com maior IDHR. Contudo, é reconhecida a existência de um subfinanciamento do SUS, que, aliada à falta de equidade na distribuição dos recursos, impacta diretamente no desempenho do sistema de saúde e na atenção à saúde ofertada.

Quando se considera o total de médicos, em poucas RS o número de médicos por mil habitantes é igual ou superior a 1, parâmetro definido como básico pelos organismos internacionais. Entretanto, é alta a proporção de médicos disponíveis ao SUS em todas as RS (>70%). No caso dos médicos de saúde da família ou de comunidade, grandes crescimentos entre 2010 e 2015 foram observados em todas as regiões. O aumento no número de dentistas por 100 mil hab. foi verificado em quase todas as RS, mas sua distribuição continua sempre diretamente associada ao crescimento do IDHR.

O controle da incidência de AIDS vem sendo feito de maneira efetiva, quando se comparam dados de 2010 e 2015, em grande parte das RS com IDH mais baixo. O mesmo não acontece nas RS do litoral, onde nota-se um aumento nas taxas de incidência. Outro indicador de efetividade refere-se à diminuição da internação hospitalar por asma em todas as RS (com exceção de Ibotirama), provavelmente decorrente do melhor desempenho da atenção primária.

Com a ampliação da cobertura da população pela Estratégia Saúde da Família, certamente houve acréscimo no acesso aos serviços de saúde. Aumentos importantes nas RS com IDH mais baixos indicam melhora nas desigualdades de acesso. Apesar de haver baixos percentuais de população coberta por planos e seguros de assistência suplementar no estado, em geral, nota-se um pequeno crescimento da cobertura da atenção privada em quase todas as RS.

Quando foram consideradas as internações clínicas de média complexidade (excetuados os partos normais) provenientes da base do SIH/SUS, para 2010 e 2015, observou-se que o número de Regiões de Saúde que realizavam no máximo 10% das internações clínicas em outra região de saúde, diminuiu de 20 para 15. No caso das internações cirúrgicas, enquanto em 2010 havia 20 regiões que realizavam mais de 75% das internações de residentes, em 2015 apenas 13 regiões de saúde se enquadravam nessa categoria. Essas diferenças podem apontar para uma maior dependência de determinadas regiões de saúde em relação aos serviços hospitalares de outras RS. Contudo, uma análise aprofundada deve considerar a pactuação entre as gestões, mudanças organização das redes de atenção locais e as necessidades de saúde da população nos diferentes níveis de complexidade.

Quando se examina os indicadores de adequação do cuidado ofertado, percebe-se que, se por um lado, houve uma melhora na proporção de nascidos vivos de mães que fizeram 6 ou mais consultas de pré-natal; por outro, a diminuição dos percentuais de parto cesáreo persiste como um desafio compartilhado por todo o país.

Como mencionado, algumas bases de dados são universais, enquanto outras limitam-se aos procedimentos realizados através do SUS. A principal limitação refere-se ao fato de que só é possível calcular indicadores para Regiões de Saúde quando há informações para os municípios que as compõem. Por esse motivo, são escassos indicadores sobre determinantes

ambientais socioeconômicos e demográficos. O mesmo acontece no caso das condições de saúde e das necessidades de saúde, analisadas basicamente a partir das causas de mortalidade. Para outras dimensões da matriz conceitual do PROADESS, a carência de dados é maior quando se pensa em avaliar aspectos relacionados à qualidade e continuidade do cuidado, o que muitas vezes só pode ser realizado localmente, através de inquéritos populacionais ou de informações dos serviços nos âmbitos estadual ou municipal.

De qualquer forma, ainda que a regionalização seja possivelmente restrita apenas ao aspecto territorial, as regiões de saúde são unidades de análise úteis para o planejamento em saúde, já que se constituem em áreas maiores do que os municípios, o que reflete em uma maior confiabilidade dos resultados.

Leituras recomendadas

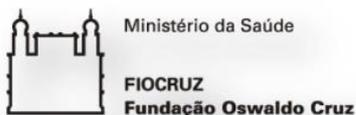
- GONDIM, Grácia Maria de Miranda et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de, et al. (orgs.). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.237-255.
- SANTOS, Adriano Maia dos, ASSIS, Marluce Maria Araújo. Processo de regionalização da saúde na Bahia: aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional* 13(2), p. 400-422, mai-ago/2017, Taubaté, SP.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Projeto de pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em: <http://www.resbr.net.br>

PROADESS - Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

Prédio Expansão do Campus Manguinhos - Av. Brasil, 4026, sala 713 - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 21040-361

Tel.: (21) 3882-9229
E-mail: proadess@icict.fiocruz.br

www.proadess.icict.fiocruz.br



©Copyright ICICT - Fundação Oswaldo Cruz - 2018.

É permitida a reprodução parcial desse documento, desde que citada a fonte.