

Trabalho de Graduação
Curso de Graduação em Geografia

**A DINÂMICA DO SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO
ADMINISTRATIVA DE BARRETOS**

Gabriel Magro Tomicioli

Prof^a. Dr^a. Silvia Aparecida Guarnieri Ortigoza

Rio Claro (SP)

2011

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
Instituto de Geociências e Ciências Exatas
Campus de Rio Claro

GABRIEL MAGRO TOMICOLI

A DINÂMICA DO SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE BARRETOS

Trabalho de Graduação apresentado ao
Instituto de Geociências e Ciências Exatas -
Campus de Rio Claro, da Universidade
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para
obtenção do grau de Bacharel em Geografia.

Rio Claro - SP

2011

910h.71 Tomicioli, Gabriel Magro
T657d A dinâmica do setor de serviços de saúde na Região
Administrativa de Barretos / Gabriel Magro Tomicioli. - Rio
Claro : [s.n.], 2011
48 f. : il., figs., gráfs., quadros, fots., mapas

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Geografia)
- Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e
Ciências Exatas
Orientador: Silvia Aparecida Guarnieri Ortigoza

1. Geografia médica. 2. Geografia dos serviços. 3.
Geografia da saúde. 4. Saúde coletiva. 5. Regionalização. 6.
Infraestrutura médica. I. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
Campus de Rio Claro/SP

GABRIEL MAGRO TOMICOLI

A DINÂMICA DO SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA
REGIÃO ADMINISTRATIVA DE BARRETOS

Trabalho de Graduação apresentado ao
Instituto de Geociências e Ciências Exatas -
Câmpus de Rio Claro, da Universidade
Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, para
obtenção do grau de Bacharel em Geografia.

Comissão Examinadora

_____ (orientador)

Rio Claro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) aluno(a)

assinatura do(a) orientador(a)

Dedico esta pesquisa aos meus queridos pais,

Waldir e Terezinha,

Obrigado pelo amor de cada dia!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus.

Agradeço a meus queridos pais Waldir e Terezinha pela confiança, pelo carinho, pelo dom da vida e principalmente pelo Amor de cada dia!

Agradeço ao meu grande amigo que desde o tempo de berçário me acompanha meu irmão Rafael; saiba que melhor do que ser seu amigo é ser seu irmão.

Agradeço à Professora Silvia pela oportunidade de realizar esta pesquisa, nossa segunda pesquisa. Obrigado professora! Pela atenção nos momentos de dúvida, pela paciência, pela tão boa vontade na condução desta pesquisa sempre com uma boa pitada de bom humor, característico da profissional magnífica que ela é!

Ao meu amigo Eduardo Passarelli, pela amizade nestes cinco anos, pelo companheirismo, e pelo exemplo de força de vontade; além é claro de ser nosso motorista do carro de fuga.

Gostaria de agradecer a grande amiga Silvia Polizel, pela amizade tão preciosa, pelas conversas desde os áureos tempos de calouros na rep. Tutóia, pelo apoio e presença em grandes projetos e trabalhos, sejam os acadêmicos ou os da Geoplan Jr. Valeu Silvia! Você mora em meu coração e também na casa ao lado!

Em especial ao grande amigo Thiago Sailer, amigo das horas difíceis e alegres, obrigado por ser quem você é! obrigado também por ser meu amigo de república, quatro anos, não é para qualquer um!

Aos meus amigos que eu também não poderia deixar de fora o Lucas Marquezini, Pedro Fontão, e Cleberson Ernandes, vocês são únicos! Obrigado por fazerem parte destes cinco anos! Sem dúvida os melhores por mim vividos.

Agradeço a todos os professores do departamento de Geografia e do departamento de Planejamento (DEPLAN), pelas aulas lecionadas, pelo conhecimento a mim apresentado e pelo apoio nesta longa caminhada ao conhecimento.

Agradeço em especial aos professores Geraldo Müller, Roberto Braga, Auro, Fadel, Andréia, Rosa Maria, Enéas, Ana Tereza e Sandra; por me apresentarem áreas da Geografia a qual eu considero hoje de grande valor.

Enfim, muito obrigado a todos os que direta e indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

*“O pessimista vê dificuldade em cada oportunidade;
o otimista vê oportunidade em cada dificuldade.”*

Winston Churchill

RESUMO

A dinâmica do setor de serviços de Saúde pode ser vista dentro dos estudos geográficos como análises sobre a quantidade e qualidade dos serviços médico-hospitalares oferecidos e a demanda ou necessidade sentida pela população, seja ela do setor público, seja setor privado, dentro de uma porção delimitada do espaço, em análise neste estudo, a Região Administrativa de Barretos, Estado de São Paulo. O presente estudo busca melhor entender a dinâmica do setor de serviços de Saúde (Pública e Privada) na produção do Espaço Urbano da Região Administrativa de Barretos, para isto, serão analisadas, em especial, as Cidades Pólos em Saúde, Bebedouro e Barretos. Também se propõe através deste, procurar esclarecer a centralidade regional de Barretos e Bebedouro no contexto dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Geografia dos Serviços. Geografia da Saúde. Saúde Coletiva. Regionalização. Infraestrutura médica.

ABSTRACT

The dynamics of the health services sector can be seen in studies of geographical features as analysis on the quantity and quality of medical and hospital services provided and the demand or need sensed by the population, whether the public sector, whether private sector within a defined portion of space, in analysis in this study, the Administrative Region of Barretos, State of São Paulo. This study seeks to better understand the dynamics of the health services sector (Public and Private) in the production of urban space of the Administrative Region of Barretos, for it will be reviewed, in particular, the Cities Health Centers, Bebedouro and Barretos. Also proposes through this, try to clarify the central regional Barretos and Bebedouro in the context of health services.

Keywords: Geography of Services. Geography of Health. Collective Health. Regionalization. Medical infrastructure.

LI STA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII	34
Figura 02 – Hospital São Judas Tadeu - Fundação Pio XII.....	36
Figura 03 – Instituto de Prevenção de Câncer – Fundação Pio XII.	37
Figura 04 – Unidades Móveis de Prevenção de Câncer – Fundação Pio XII.....	37
Figura 05 – Hospital de Câncer de Barretos: Unidade Jales-SP.....	38
Figura 06 – Santa Casa de Misericórdia de Barretos	39
Figura 07 – Hospital São Jorge	39
Figura 08 – Hospital Notre Dame.....	40
Figura 09 – Hospital Julia Caldeira Pinto.....	40
Figura 10 – Hospital Unimed I.....	41
Figura 11 – Hospital Unimed II.....	41
Figura 12 – Clínicas especializadas, Consultórios e Policlínicas de Bebedouro.....	42
Gráfico 01 – Valor adicionado total (%) – Região Administrativa de Barretos.....	28
Gráfico 02 – Total de Estabelecimentos de Saúde DRS Barretos - 2010	30
Gráfico 03 – Total dos Vínculos Empregatícios (%) R.A de Barretos (2010).....	31
Gráfico 04 – Total de Serviços Médicos (%) Região Administrativa de Barretos (2010).....	31
Mapa 01 – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.....	25
Mapa 02 – Região Administrativa de Barretos	28
Mapa 03 – Regiões de Saúde da DRS de Barretos.....	30
Quadro 01. - Fatores de heterogeneidade dos serviços	17
Quadro 02. – Tipologias elementares de Serviços	17
Quadro 03 – Departamentos Regionais da Saúde do Estado de São Paulo.....	25

Quadro 04 – Classificação Brasileira de Ocupações: Serviços Médicos	32
Quadro 05 – Setores do Hospital de Câncer de Barretos	35

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	11
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
3 - OS SERVIÇOS DA SAÚDE	18
4- A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E O PAPEL DO NOAS-SUS.	20
5- A REGIÃO ADMINISTRATIVA DE BARRETOS.....	26
5.1 - Caracterização do Território	26
6 - OS SERVIÇOS DA SAÚDE NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE BARRETOS.....	29
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44

A DINÂMICA DO SETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE BARRETOS

1 - INTRODUÇÃO

De acordo com as análises realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2008, nas contas nacionais, a atividade Saúde pública abrange os itens classificados na função “saúde” nos registros administrativos e sistemas de informações da administração pública. Ela inclui, principalmente, as ações de saúde ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) financiado pelos órgãos públicos de saúde. Os dados para Saúde pública não incluem a produção de hospitais universitários, hospitais militares e hospitais penitenciários, pois, estes têm seus orçamentos subordinados aos Ministérios da Educação e da Defesa e às Secretarias de Educação e de Segurança.

Quando comparada à Saúde privada, a Saúde pública abarca um grupo heterogêneo de ações, apresentadas de forma agregada. Assim fazem parte da Saúde pública: os serviços de assistência à saúde individual produzidos pelo SUS, que seriam correspondentes aos Serviços de atendimento hospitalar e aos outros serviços de saúde, apresentados em separado na saúde mercantil; a distribuição gratuita ou subsidiada de medicamentos excepcionais e de outros medicamentos distribuídos/subsidiados em farmácias populares; a produção de medicamentos por laboratórios oficiais ligados aos órgãos de saúde (esta ainda não é totalmente contabilizada na saúde pública, parte dela está alocada na administração pública geral); serviços de saúde veterinários, como vacinação e esterilização animal e controle de zoonoses; as ações propriamente de saúde pública, como vigilância à saúde, controle das epidemias e ações educativas em saúde; e o custo administrativo das estruturas que gerem a saúde pública. (IBGE, 2008).

Além de produzir serviços de saúde e medicamentos e de distribuir medicamentos que a própria administração pública fabrica ou compra da indústria farmacêutica, a administração pública também adquire serviços de prestadores privados no mercado. Esses serviços, ofertados gratuitamente à população, são computados como despesa de consumo mercantil das administrações públicas. Constituem uma produção das atividades integrantes dos serviços de saúde privados financiada pela saúde pública. (IBGE, 2008).

A área escolhida para esta pesquisa é a Região administrativa de Barretos, a qual é composta por 19 municípios, dentre estes, dois são municípios Pólos de atenção em saúde, o

que de acordo com a classificação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001), responsável pela introdução das novas categorias geográficas empregadas na Política Nacional de Saúde, município Pólo é aquele que exerce o papel de referência para os outros municípios da região em qualquer nível de atenção.

Em um primeiro momento, a presente pesquisa abordou a importância dos Serviços médico-hospitalares do sistema Público (SUS) e do sistema Privado, para os municípios que compõem a Região administrativa de Barretos-SP, discorrendo os motivos que levaram seu desenvolvimento em determinado local, compondo e caracterizando um quadro com os principais Serviços de Saúde oferecidos pelos dois municípios Pólos da Região administrativa, respectivamente Bebedouro e Barretos.

Num segundo momento procurou-se avaliar o impacto dos Serviços da Saúde sobre a produção do espaço urbano dos municípios Pólos em saúde da região administrativa. Por fim, a pesquisa buscou esclarecer a centralidade regional de Barretos e Bebedouro no contexto dos serviços de saúde.

Para tanto, foram realizados os procedimentos metodológicos na seguinte ordem: Fundamentação teórica através de pesquisa bibliográfica, leitura e seleção das obras a serem mais utilizadas; elaboração e aplicação de questionários junto aos Profissionais dos principais estabelecimentos de Serviços da Saúde (Hospitais, clínicas, centros de diagnóstico); coleta de dados Secundários junto à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; DATASUS (Departamento de Informática do SUS); NAP (Núcleo de Apoio ao Pesquisador), um setor do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos; Fundação SEADE (Sistema Estadual de Análise de Dados); e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Com base nas leituras realizadas e com os dados e as informações obtidas, a análise pautou-se à luz do Materialismo Histórico Dialético, que, segundo a nossa maneira de entender, contribui para explicar a referida Dinâmica do Setor de Serviços de Saúde em toda a sua complexidade.

2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A abordagem geográfica, quando aplicada a questões relacionadas à Saúde coletiva, apresenta-se relevante para complementar os estudos acerca dos fenômenos e processos patológicos e sócio-médicos a partir da dimensão espacial. Tais estudos contribuem para tornar mais precisa a análise dos fatores que norteiam e condicionam a definição das políticas públicas na área de Saúde. (RIBEIRO e VIEITES, 2002, p.69).

A obra “Dos ares, dos mares e dos lugares”, de Hipócrates (480 a. C) conhecido por muitos como uma das figuras mais marcantes da história da saúde, possui grandes indícios de que tenha sido pioneiro em relação ao tratamento de temas relacionados à Geografia Médica ou da Saúde, notando-se que a relação entre Geografia e a Medicina pode ser identificada desde a Antiguidade Clássica.

Varias tem sido as designações atribuídas ao campo do conhecimento da ciência geográfica voltado aos estudos na área da saúde, dentre tais designações, convém citar: Geografia Médica, Topografia Médica, Geografia das Patologias, Geografia das Enfermidades, Geomedicina, Geoepidemiologia, Ecologia Médica, entre outros. Como aqui estamos mais preocupados com a questão do desenvolvimento do setor de serviços e, nesse contexto, a relevância do setor terciário para a dinâmica das cidades, pensamos que no caso desta pesquisa não nos enquadrámos em nenhuma das designações anteriormente citadas. Entretanto, como o tipo de serviços que estamos avaliando são os médicos e de saúde, precisamos necessariamente levantar as contribuições e reflexões geográficas sobre o tema.

Segundo Ribeiro e Vieites (2002, p.70), é comum encontrarmos autores que adotam o termo “Geografia da Saúde”, ao considerarem que este tem um caráter mais amplo e interdisciplinar, o qual possibilita o controle das enfermidades por meio de um planejamento de ação preventiva com base nos fatores socioambientais intimamente relacionados ao comprometimento das condições de saúde da população.

Para Medronho,

A Geografia Médica compreende o estudo das variações geográficas, nas distribuições de doenças e na provisão de cuidados de saúde. Isto inclui o estudo das relações entre saúde e ambiente, dentro do objetivo do entendimento das relações a distribuição e difusão das doenças e o ambiente. (MEDRONHO, 1993, p.23)

Além disso, Medronho (1993, p.24) considera que os estudos em Geografia médica ou da Saúde vêm se desenvolvendo nas ultimas décadas separadas (porém não isolados) de acordo com quatro pontos principais, delineados na seguinte ordem: Análise dos padrões de distribuição espacial e temporal das doenças, usando técnicas e conceitos da Geografia Quantitativa e da Geo-Estatística; Mapeamento de doenças, incluindo o uso de mapas feitos por computadores que permitem, de modo mais rápido e seguro, a utilização de um maior número de dados; Ecologia das doenças, usando conceitos da análise sistêmica, para entender os padrões de causalidade das doenças dentro de diferentes contextos ambientais; Aplicação de conceitos Geográficos ao planejamento para localização e administração de serviços de

saúde. Este ultimo ponto descrito por Medronho, constitui-se como o principal objetivo desta pesquisa, conforme há de observar .

Para um melhor entendimento sobre o termo “saúde coletiva”, Camargo Jr. expõe:

A saúde coletiva constituiu-se como área disciplinar própria no Brasil a partir da década de 1970. A sua configuração disciplinar como campo próprio, diferenciado da tradicional saúde pública, deve-se à incorporação de saberes até então à margem da discussão sobre saúde, em particular os das ciências sociais e humanas. Esse fato traz para o interior de um único campo disciplinar a disjunção tradicional do campo científico em geral entre as ciências do homem e as ciências da natureza, com importantes repercussões para as propostas de avaliação da sua produção, crescentemente dependente de indicadores quantitativos sobre a publicação, em especial de artigos. (CAMARGO JR et al. 2010, p. 395).

Segundo Guimarães, a contribuição da Geografia tem sido centrada na compreensão da produção do espaço, desta forma, segundo o autor cabe aos Geógrafos grandes desafios teóricos e práticos no campo da saúde, dentre eles:

A análise espacial do sistema de distribuição da atenção médica, a questão do acesso aos serviços e de seu consumo, a busca de indicadores capazes de discernir a respeito dos níveis de saúde de uma população urbana ou rural, o estudo do processo de expansão da rede de serviços, são temáticas sobre as quais a Geografia tem acumulado crescente produção científica. (GUIMARÃES, 2008, p.20)

De acordo com Guimarães, dentro da Geografia existem duas vertentes de estudos em Saúde, a primeira sendo uma preocupação maior com a espacialidade dos padrões de doenças e a segunda a relação à oferta e necessidade dos serviços de saúde, sendo esta a de maior importância a presente pesquisa, assim o autor discorre:

Tradicionalmente, as contribuições da Geografia no campo da Saúde tem se dividido em duas grandes vertentes. A primeira delas refere-se aos estudos dos padrões espaciais de morbi-mortalidade e da difusão das doenças no tempo e no espaço. Uma segunda vertente, mais recente, está direcionada a análise da relação entre oferta de serviços e necessidades da população, o que é um problema complexo: envolve a separação da necessidade e demanda, necessidade sentida pela população e prescrita pelos especialistas, necessidades básicas (frequentes) e contingenciais (ocasionais), necessidades coletivas e individuais. (GUIMARÃES, 2008, p.17).

Pensamento muito parecido é encontrado em Rojas, o qual o autor nos apresenta que:

Os Estudos no campo da Geografia Médica ou da Saúde, em geral, seguem duas tendências: uma, relacionada a uma abordagem mais tradicional, que trata das análises de padrões de distribuição espacial de doenças; outra, mais preocupada com o planejamento de componentes relacionados à infra-estrutura. (ROJAS, 1998, *apud*. RIBEIRO E VIEITES, 2002, p.71)

Para além destas duas tendências apresentadas por Guimarães e Rojas, existe ainda um terceiro segmento, apresentado por Ribeiro e Vieites como:

Um ramo de investigação que merece uma reflexão mais apurada, pois sustenta que a Geografia não se relaciona apenas com o bem-estar e a saúde-enfermidade deve ser avaliado considerando-se as desigualdades socioeconômicas e socioculturais. Neste contexto, no século XX, nos Estados Unidos e na Inglaterra, o ressurgimento da Medicina Social se relaciona com a relevância dos fatores sociais na gênese e na evolução dos problemas de saúde. (RIBEIRO E VIEITES, 2002, p.71e 72)

Convém aqui enfatizar que a principal preocupação desta pesquisa se aproxima mais a segunda vertente descrita por Guimarães o qual possui forte correspondência com a segunda tendência apresentada por Rojas, mas como colocado anteriormente, a nossa abordagem esta mais centrada nos enfoques da geografia do Comércio e geografia dos Serviços, embora a tipologia aqui analisada esta relacionada à saúde.

Recorrendo a autores da Geografia do Comércio e Geografia dos Serviços, essenciais ao bom entendimento desta interface feita entre Geografia e Serviços de Saúde; para Barata Salgueiro (1996), as cidades são fundamentalmente centros terciários, lugares onde se processam trocas de produtos e de idéias, onde aumentam os contatos entre pessoas e instituições, concentrando locais de convívio e diversão, hospitais, escolas, e o apoio técnico necessários à maioria das atividades econômicas.

Para melhor entendimento dos Serviços, cabe aqui investigar os diferentes sentidos para esta expressão, assim, torna-se necessário avaliar a evolução dos serviços como Atividades, como Produtos, como Profissões, e como Funções (GERSHUNY & MILES, 1983. *apud.* ALVES, p. 29. 2005).

Serviços como Atividades (service industry) correspondem a todas as empresas e instituições e às pessoas ao seu serviço que produzem bens imateriais e intangíveis.(STANBACK *et al.*, 1981. *apud.* ALVES, p. 29. 2005). Estão incluídos dentro desta categoria, por exemplo, a educação, a saúde, os serviços financeiros , os serviços pessoais como restaurantes e hotéis, recreio e lazer, as comunicações ou os transportes, e um conjunto de serviços de apoio a atividade empresarial, como consultorias de administração, auditoria, desenvolvimento, publicidade, recursos humanos, entre outros. São estes cujo o comportamento é mais freqüentes, tido como o universo dos serviços. Nas economias mais desenvolvidas ocupam em média mais de 60% dos ativos e geram mais de 60% do produto

interno bruto. A diversidade de país para país e de região para região continua a ser apreciável.

Serviços como produtos (*service products*) são em geral, o resultado das atividades de serviços, mas não tem de ser necessariamente produzidos por estas. Estes serviços podem ser produzidos por outro tipo de atividade que os vendem isoladamente, ou, o que é mais freqüente, associados ou incorporados nas mercadorias, como por exemplo, os serviços de assistência e de manutenção de equipamentos e máquinas, ou a formação profissional oferecida pelas empresas industriais para as empresas que comercializam ou utilizam os seus produtos. (ALVES, 2005).

Serviços como profissões (*occupations services*) surgem em todas as atividades e classificam as ocupações de tipo serviços. É o caso dos gestores, dos trabalhadores administrativos, dos contabilistas ou dos condutores de veículos em que podem exercer suas atividades em qualquer ramo da economia, mas tem profissões que devem ser classificadas como serviços. (ALVES, 2005).

Serviços como funções (*service functions*) correspondem a trabalho que pode ser classificado como sendo do tipo serviços e que é exercido por indivíduos fora da economia formal, como por exemplo o trabalho familiar não remunerado e o trabalho voluntário (ARCHAMBAULT, 1985. *apud*. ALVES, p. 29. 2005).

De acordo com ALVES (2005), para avaliarmos a reestruturação da economia e as mudanças da sociedade não podemos considerar apenas os serviços como atividades, o terciário definido por Fisher (1935) e Clark (1940), mas temos de ter em conta também as outras dimensões dos serviços – produtos, profissões e funções. Tanto mais que a relação dos serviços com o desenvolvimento econômico e social e os seus impactos na organização dos territórios nem sempre são apreensíveis através da análise das perspectivas mais convencionais.

Ainda segundo Alves (2005), a classificação das atividades de Fisher (1935) e Clark (1940) definiu o terciário de uma forma residual. Os serviços caracterizam-se pela heterogeneidade e é muito difícil classificá-los em conjuntos homogêneos.

Dentre os fatores que estão na origem da heterogeneidade dos serviços, os principais podem ser observados no Quadro 01.

Tipo de consumidores	Pessoas, empresas, instituições da economia social
Tipo de financiamento	Público, privado ou misto
Níveis de intensidade em capital	-
Tipo de Mercado	Local, regional, nacional, internacional
Tipo de organização das unidades de produção	Formal ou Informal
Níveis de qualificações profissionais	-
Elasticidade da procura	-
Nível de standardização dos produtos	-
Importância da participação do consumidor na produção	-
Frequência da utilização	-

Quadro 01. - Fatores de heterogeneidade dos serviços

Fonte: ALVES, T. Geografia dos Serviços. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos Universidade de Lisboa, 2005. **Org.:** TOMICIOLI, G.M. (2010).

É com base nestes fatores que surgem as primeiras e mais elementares tipologias de serviços, a qual pode ser observada no Quadro 02.

Serviços Públicos	Serviços Privados
Serviços Mercantis	Serviços não mercantis
Serviços às Empresas	Serviços para as pessoas
Serviços Intermédios	Serviços de consumo final
Serviços Arcaicos	Serviços Modernos
Serviços Banais	Serviços Raros

Quadro 02. – Tipologias elementares de Serviços

Fonte: ALVES, T. Geografia dos Serviços. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos Universidade de Lisboa, 2005 **Org.:** Tomicioli, G.M. (2010).

Ao se buscar um melhor entendimento acerca do Sistema de Saúde Brasileiro, destacamos a contribuição de Perillo:

Existe um Sistema Único de Saúde, SUS, com componentes nas três esferas de governo, do qual todo cidadão brasileiro participa, e um sistema suplementar de saúde, composto pelas denominadas operadoras de planos de saúde, com cerca de 40 milhões de pessoas como beneficiários. Na verdade ambas as estruturas são intercomunicantes, dado que na ponta da prestação dos serviços de saúde,

encontram-se várias estruturas não governamentais, filantrópicas, beneficentes, com finalidade de lucro, etc., e que, a não ser nos grandes centros, na maioria das vezes prestam serviços tanto ao SUS quanto ao sistema supletivo. Por outro lado, existem também estruturas públicas de saúde que atendem o sistema supletivo. O mercado particular de serviços de saúde, com o cliente pagando diretamente os custos do atendimento, praticamente desapareceu. Hoje as transações são intermediadas por um terceiro pagador, o SUS ou uma operadora de planos de saúde. (PERILLO, 2006, p. 249).

Tal afirmação ilustra de forma muito simples a forma atual de como se dá o funcionamento das estruturas pertencentes aos serviços da saúde, seja em âmbito público, seja em âmbito privado.

3 - OS SERVIÇOS DA SAÚDE¹

As atividades Médico-hospitalares são compostas por diversos serviços de atenção, prevenção e tratamento de doenças, cabe então a este tópico delimitar cada um destes para uma melhor compreensão destes serviços aqui analisados, tomando como base as classificações utilizadas pelo IBGE (2008).

A começar pela atividade de prestação de Serviços de atendimento hospitalar, esta inclui os serviços de hospitalização prestados à pacientes internos, realizados em hospitais gerais e especializados, sanatórios, centros de medicina preventiva e em outras instituições de saúde com internação. Também devem ser considerados os serviços de pronto-socorro com assistência 24 horas e leitos de observação, assim como os serviços de ambulâncias equipadas com pessoal especializado, destinadas a prestar atendimentos de urgência e emergência.

A próxima categoria analisada é classificada pelo IBGE com o nome “Outros serviços de saúde”, a qual inclui a prestação de serviços de consultas e tratamentos médicos e odontológicos em consultórios, ambulatorios, postos de assistência médica, clínicas médicas, clínicas odontológicas, clínicas especializadas, policlínicas e centros geriátricos, além de atendimento no domicílio do paciente. A atividade inclui também os serviços de apoio diagnóstico, que abrangem atividades de laboratórios de anatomia e patologia, serviços de diálise, hemoterapia, radiologia, radiodiagnóstico, radioterapia e quimioterapia, bem como métodos gráficos em cardiologia e neurologia e serviços de endoscopia exclusivamente em serviço de diagnóstico.

¹ IBGE (2008), Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2000-2005.

Integram ainda esta atividade, segundo o IBGE (2008), as ações relacionadas à saúde realizadas por profissionais legalmente habilitados, de forma independente (atividades de enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos, fisioterapeutas, optometristas e similares), as atividades dos centros e núcleos de reabilitação física, atenção psicológica e serviços de terapia de nutrição enteral e parenteral, atividades relacionadas a terapias não-tradicionais (cromoterapia, *do-in*, *shiatsu* e similares) e de bancos de leite materno e bancos de órgãos, quando independentes de unidades hospitalares. Serviços de ambulâncias, quando forem destinados somente ao transporte e não envolverem atendimento, também são abrangidos pela categoria. Por fim, os serviços veterinários também fazem parte desta atividade.

A categoria Serviços sociais privados inclui a assistência social a crianças, idosos e categorias especiais de pessoas com algum impedimento para valerem-se por si mesmas – quando o tratamento médico e a educação não são o elemento central deste atendimento. Estas atividades podem ser realizadas em: asilos para idosos, centros de reabilitação para usuários de drogas ou dependentes de álcool, instituições para pessoas incapacitadas física e mentalmente, e outros. As atividades sociais de informação, assessoria, orientação e outras similares prestadas a indivíduos ou famílias em seus domicílios também estão incluídas neste grupo.

A categoria Comércio de produtos farmacêuticos, médicos, ortopédicos e odontológicos abrange o comércio atacadista e varejista de medicamentos de origem química e natural para usos humano e veterinário. O comércio de medicamentos produzidos no próprio estabelecimento (farmácias de manipulação) também faz parte deste grupo, assim como o comércio atacadista e varejista de artigos médicos e ortopédicos, tais como próteses, muletas, cadeiras de rodas, aparelhos auditivos e outros similares. O comércio de materiais médico-cirúrgico e hospitalares e laboratoriais, como estetoscópios, medidores de pressão, bisturis, boticões, pinças, tubos de ensaio e análise química e similares, também integra o âmbito desta atividade.

A categoria Fabricação de produtos farmacêuticos abrange as atividades de produção de farmoquímicos, medicamentos para uso humano, medicamentos para uso veterinário e materiais para usos médico-hospitalar e odontológico. São classificadas como farmoquímicas as substâncias químicas ativas usadas como insumos na preparação de medicamentos. Os medicamentos para uso humano abrangem medicamentos sistêmicos específicos, agentes hematológicos, medicamentos dermatológicos, hormônios, medicamentos anti-infecciosos, soluções hospitalares, soros, vacinas, etc. Os medicamentos para uso veterinário incluem

vacinas veterinárias, antiparasitários (bernicidas, sarnicidas, etc.) e outras especialidades farmacêuticas para uso veterinário. Os materiais para usos médico-hospitalar e odontológico incluem: *kits* para diagnóstico, curativos, bandagens, gases, hastes com extremidades envoltas em algodão, etc. Incluem também medicamentos sem o caráter de especialidades, como: água oxigenada e tintura de iodo e materiais usados em obturações dentárias.

A Fabricação de aparelhos para usos médico-hospitalar e odontológico inclui a fabricação de instrumentos e utensílios para usos médico-cirúrgico, odontológico e de laboratório – abrangendo desde seringas a aparelhos de Raios X até aparelhos eletrônicos para hospitais. A fabricação de mobiliários médico e odontológico, de aparelhos e calçados ortopédicos, de aparelhos auditivos e de muletas e afins também está incluída nesta classificação.

A categoria Planos e Seguros de Saúde abrange os planos e seguros com cobertura de riscos (parcial ou total) na área de assistência à saúde (médico-hospitalar e odontológica). O sistema de contas nacionais considera como produção dos planos e seguros de saúde apenas a prestação de serviços de administração dos planos, ou seja: para fins de valoração da atividade, o sistema de contas nacionais não considera que os planos produzam atendimento médico; eles apenas intermediam essa prestação de serviço como gestores ou contratantes. Por isso, o valor da produção dessa atividade é igual ao que os planos e seguros recebem em mensalidades de seus beneficiários menos o que pagam para cobrir as despesas assistenciais.

Por fim, entre as atividades que poderiam ser consideradas parcialmente integrantes da saúde, por gerarem tanto produtos típicos do setor de saúde como produtos sem relação alguma com a saúde, estão: Fabricação de gases industriais que gera produtos como gases medicinais; Elaboração de combustíveis nucleares que inclui elementos radiativos para uso médico; Fabricação de produtos e preparados químicos diversos, onde se encontra a produção de reagentes diagnósticos e filmes radiológicos; e Fabricação de aparelhos, instrumentos e material ótico, fotográfico e cinematográfico, onde estão incluídos materiais óticos como óculos e microscópios.

4 - A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E O PAPEL DO NOAS-SUS.²

A estratégia para a implantação do sistema único de saúde – SUS, desde sua instituição no Brasil, em 1988 por meio da nova Constituição Federal foi à descentralização,

² Norma Operacional de Assistência à Saúde.

marcada pela responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde.

De acordo com Viana et. al. (2008, p. 94), a estratégia da regionalização apareceu com maior força nos documentos oficiais recentemente, assim, marcou-se o início de um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias para responder às demandas crescentes dos cidadãos por serviços de saúde mais resolutivos e de melhor qualidade.

Desta forma, um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos deste processo em todo o território nacional, com destaque para a já mencionada Constituição Federal de 1988; as Leis Orgânicas em Saúde n. 8.080 e n. 8.142 de 1990; as Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; a Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002); e por fim, o Pacto pela Saúde de 2006.

Viana explica ainda que apesar de a regionalização estar prevista no conjunto de leis e portarias supracitadas, como mecanismos de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, foi apenas com o estabelecimento da NOAS que a regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do sistema. A regionalização proposta neste primeiro momento pelo Ministério da Saúde, é uma norma que define, a princípio, módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema.

Assim, a mesma autora nos revela dois andamentos:

Por um lado a regionalização normativa inaugurou o debate sobre as regiões de saúde e sobre a necessidade de se pensar o sistema a partir do seu funcionamento no território. Por outro lado, tornou evidente que uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestada pelo território usado, isto é, pelo território vivo, pois os pactos pela saúde são travados nos lugares, onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde. Essa contradição gerada pela regionalização normativa, por não se vincular aos diversos conteúdos locais e regionais do território usado, tornou insustentável o processo de regionalização da saúde, levando o Ministério da Saúde a questionar as propostas instituídas pela NOAS. (VIANA et. al. 2008, p.94).

Desta forma, um dos principais desafios para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS é, portanto, pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que corresponda à realidade do Brasil sem que se tornem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um formato único.

Ao pensar a descentralização do SUS – a Regionalização da Saúde - é possível encontrar quatro ciclos, a considerar o perfil de financiamento, o fomento ao fortalecimento

das estruturas subnacionais, o ambiente intergovernamental e a conformação de pacto nacional e de políticas regionais.

O primeiro ciclo é nacional e extrapola a área da saúde quando a conjuntura de democratização dos anos 1980 favorece a crítica ao modelo centralizador e autoritário de condução das políticas públicas neste sentido a descentralização torna-se a principal razão do movimento liderado pelos governos estaduais e municipais em prol de uma maior autonomia decisória e financeira. Os problemas das cidades médias e o crescimento dos problemas metropolitanos fortalecem a idéia de políticas descentralizadoras, a Constituição Federal de 1988 sela este novo pacto.

O segundo ciclo se inicia na primeira metade da década de 1990 e caracteriza-se pelas tentativas de fortalecimento da gestão municipal, apoiado pelo maior aporte de recursos para os entes municipais, definido pela Carta de 1988; as iniciativas de política são muito dependentes das estruturas e histórias sanitárias locais, neste segundo ciclo, o processo de descentralização baseia-se fundamentalmente nas transferências fiscais e setoriais não redistributivas, pois são fortemente dependentes da capacidade de produção e faturamento dos serviços de saúde. Este ciclo também se caracteriza pelo fomento ao fortalecimento das estruturas subnacionais, a partir do aprendizado institucional incentivado pelas modalidades de habilitação (condições diferenciadas de gestão em saúde) prevista pela Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 01/93).

O terceiro ciclo é marcado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-1996), um processo redistributivo por meio das transferências *per capita* e por programas como o Piso de Atenção Básica – PAB, fixo e variável, e incentivos para adoção do programa Saúde da Família – PSF. Tais medidas de financiamento favoreceram as regiões Norte e Nordeste justamente as mais empobrecidas do país e com grandes dificuldades na condução das políticas de saúde.

Finalmente o quarto ciclo se inicia na virada dos anos 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS, nas versões 01/2001 e 01/2002, que enfatizou o processo de regionalização do SUS como estratégia fundamental para ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde, baseada, sobretudo, na distribuição e organização dos serviços no território. Através da NOAS-SUS houve um estímulo ao planejamento regional no âmbito dos Estados, com a instituição do Plano Diretor de Regionalização – PDR. A este plano vincula-se ainda o Plano Diretor de Investimentos – PDI e a Programação Pactuada Integrada – PPI.

De acordo com o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), as Normas Operacionais de Assistência a Saúde de 2001 e de 2002 além de mais restritas à assistência à saúde propriamente dita, não trouxeram novidades na parte de mecanismos e critérios para transferência de recursos. Essas Normas estavam mais direcionadas a estabelecer uma nova proposta para a regionalização das redes de serviços e mecanismos mais concretos para a regulação do acesso por meio da implantação de complexos reguladores que congregassem unidades de trabalhos responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros serviços.

A descentralização e sua face regionalizadora servem de grande importância para o processo de planejamento do território nacional. A dimensão territorial do Brasil e suas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego para a diminuição das iniquidades aliado a um projeto nacional de desenvolvimento, assim, a regionalização é um instrumento de grande valor para o planejamento e implantação de políticas públicas efetivas e coerentes com a realidade de cada lugar.

Para Pereira e Carvalho, a Regionalização da Saúde deve ser entendida como um processo de organização de uma rede hierarquizada de atenção à saúde numa determinada região, visando à universalidade do acesso, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde.

Ao discorrer sobre o NOAS-SUS, Oliveira (2010) o define como redes articuladas, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

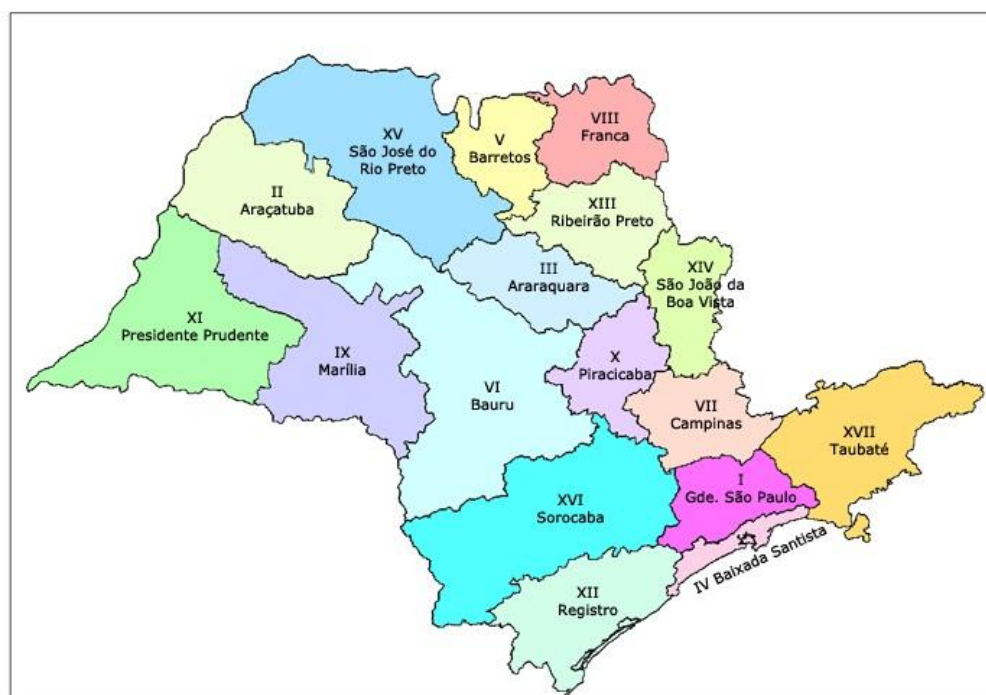
No Estado de São Paulo, entre o período de maio a junho de 2007 ocorreram as Oficinas de Trabalho nos Departamentos Regionais de Saúde com a participação dos municípios de sua abrangência, identificando as Regiões de Saúde, a constituição dos Colegiados de Gestão Regional, o diagnóstico de saúde e gestão em cada região. Para tanto, os critérios norteadores para a discussão das regiões pautou-se no Pacto pela Saúde, conforme Portaria n. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. A partir deste momento o novo desenho das regiões de saúde estava se tornando realidade. A Comissão Intergestores Bipartite – SP, em 19 de julho de 2007 referendou o reconhecimento de 64 Regiões de Saúde com os respectivos Colegiados de Gestão Regional – CGR e os 17 Departamentos Regionais de Saúde – DRS, enquanto macrorregiões com as respectivas Comissões Inter-regiões de Saúde de abrangência do DRS, conforme o Quadro-03 e o Mapa-01, abaixo apresentados.

Departamento Regional De Saúde - DRS	Região De Saúde
I - Grande São Paulo	Alto do Tietê Franco da Rocha Guarulhos Mananciais Rota dos Bandeirantes Grande Abc São Paulo
II - Araçatuba	Central do DRS II Dos Lagos do DRS II Dos Consórcios do DRS II
III - Araraquara	Norte do DRS III Central do DRS III Centro Oeste do DRS III Coração do DRS III
IV - Baixada Santista	Baixada Santista
V - Barretos	Norte V Sul V
VI - Bauru	Avaré Bauru Pólo Cuesta Jau
VII - Campinas	Bragança Campinas Jundiaí Oeste-7
VIII - Franca	Três Colinas Alta Mogiana Alta Anhanguera
IX - Marília	Adamantina Assis Marília Ourinhos Tupã
X - Piracicaba	Araras Limeira Piracicaba Rio Claro
XI - Presidente Prudente	Alta Paulista Alta Sorocabana Alto Capivari Extremo Oeste Paulista Pontal do Paranapanema
XII - Registro	Vale do Ribeira

XIII - Ribeirão Preto XIV - São João da Boa Vista XV - São José do Rio preto XVI - Sorocaba XVII - Taubaté	Horizonte Verde Aqüífero Guarani Vale das Cachoeiras
	Mogiana Mantiqueira Rio Pardo
	Santa Fé do Sul Jales Fernandópolis Votuporanga Rio Preto Bonifácio Catanduva
	Itapetininga Itapeva Sorocaba
	Alto Vale do Paraíba Circuito da Fé e Vale Histórico Litoral Norte Vale Paraíba/Reg.Serrana

Quadro 03: Departamentos Regionais da Saúde do Estado de São Paulo

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo



Mapa 01 – Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo - 2007

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2007.

Alocar recursos, sejam financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa é um desafio que o gestor enfrenta cotidianamente. Isso se aplica tanto no nível da macrogestão, quanto da microgestão da saúde. Ou dito de outra forma, tanto nas decisões para distribuição

de recursos entre estados, regiões, municípios, programas e ações de saúde, quanto na opção clínica em solicitar ou não, para um indivíduo, a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia. No caso específico estamos tratando das transferências intergovernamentais, ou seja, entre as instâncias gestoras do SUS. Naturalmente, em todas as decisões de alocação ou de transferência de recursos existem explicitados ou não, critérios que orientam ou, em última instância, justificam a decisão tomada. Situação diferente é ter critérios previamente estabelecidos e que sejam, além de transparentes, consistentes com o objetivo desejado para a política de saúde com relação à distribuição de recursos.

O principal objetivo de uma distribuição de recursos financeiros em saúde deve ser atender as necessidades de saúde. A questão central é como medir “necessidade de saúde”, ou que indicadores devem ser utilizados para medi-la. A adoção prévia de critérios para orientar os repasses tem pelo menos duas vantagens, primeiro que em sistemas descentralizados, como é o caso do SUS, onde boa parte dos recursos utilizados na ponta do sistema são oriundos de transferências de outras esferas, a existência de critérios objetivos, previamente definidos, para o repasse de recursos dá maior transparência ao processo de alocação; em segundo lugar confere maior segurança à instância de governo que recebe os recursos, que poderá estimar com antecedência o que vai receber.

5 - A REGIÃO ADMINISTRATIVA DE BARRETOS

5.1 - Caracterização do Território³

A origem da região remonta ao início do século XIX, quando descendentes de bandeirantes vindos de Minas Gerais apossaram-se de vastas porções de terra. Barretos, a principal cidade, surgiu a partir da doação de uma grande gleba feita por duas dessas famílias de desbravadores: os Barreto e os Marques. Com a chegada da ferrovia, em 1909, Barretos tem seu crescimento impulsionado com a instalação de entrepostos, depósitos, unidades de beneficiamento de grãos, etc., o que favoreceu a exportação de seus produtos.

É importante ressaltar que a Região Administrativa de Barretos é composta por 19 municípios (Altair, Barretos, Bebedouro, Cajobi, Colina, Colômbia, Embaúba, Guaíra,

³ A caracterização apresentada esta baseada em levantamentos de informações desenvolvidos pela Coordenadoria de Planejamento e Avaliação (CPA) e pela Unidade de Assessoria Econômica (UAE), com a colaboração dos Escritórios Regionais da Secretaria de Economia e Planejamento, a partir do trabalho sobre Economia Regional Paulista elaborado pela UAE, disponível no site <www.planejamento.sp.gov.br>. E também, dados da fundação Seade e IBGE.

Guaraci, Jaborandi, Monte Azul Paulista, Olímpia, Severínia, Taiaçu, Taiúva, Taquaral, Terra Roxa, Viradouro, Vista Alegre Do Alto) e é servida por uma extensa rede viária que dá acesso a diferentes regiões do Estado e do país. A principal via que se estende no sentido norte-sul e liga a região a Minas Gerais e à Rodovia Washington Luiz, é a Rodovia Brigadeiro Faria Lima (SP-326). Várias outras importantes rodovias são transversais a ela: a SP-425 liga Barretos a São José do Rio Preto; a SP-373 une a região com a Região Administrativa de Franca e a Rodovia Anhangüera; a SP-351 é alternativa de ligação com a Rodovia Washington Luiz; e a SP-345 liga Barretos a Franca.

A infraestrutura de transporte conta, ainda, com a rede ferroviária operada pela Ferroban e com o Aeroporto de Barretos (Mapa 02). Assim como outras regiões do interior paulista, a Região Administrativa de Barretos possui forte perfil agroindustrial. A criação de gado, que se destacou na formação econômica da região, há muito cedeu lugar à agricultura, principalmente para o cultivo de cana-de-açúcar, laranja e soja. É essa produção que alimenta a agroindústria local, com destaque para a indústria de suco, que exporta grande parte do que produz.

A indústria de suco, em especial, confere ao município de Bebedouro importância regional. Barretos, município-sede da RA, é o segundo na geração do Valor Adicionado regional e destaca-se pelas atividades comerciais e de turismo.

O setor industrial desenvolveu-se vinculado à dinâmica agropecuária regional. Tem como principal ramo o de alimentos e bebidas, com marcante perfil exportador. As agroindústrias concentram-se, principalmente, nos municípios de Bebedouro, Guaíra, Olímpia, Barretos e Colina. A região comporta também usinas sucroalcooleiras, resultado do intenso processo de disseminação da cultura canavieira no Estado.

Ao contrário do que ocorre em outras regiões administrativas paulistas, o município-sede não é o mais importante na geração do Valor Adicionado. Bebedouro responde por 38,8% de todo o valor adicionado regional em 2007, seguido por Barretos (19,1%). Destacam-se ainda os municípios de Olímpia (10,4%) e Guaíra (8,6%). A importância de Bebedouro se deve, em grande parte, à presença da agroindústria de suco no município, que além de atender ao mercado local também exporta grande parte da sua produção.

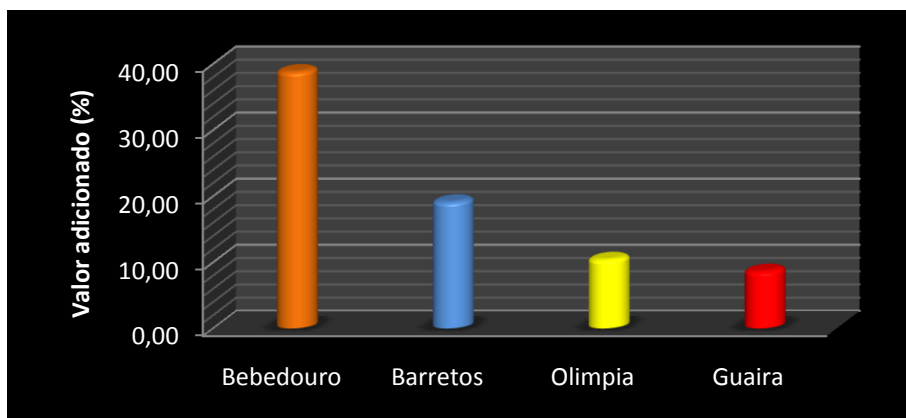
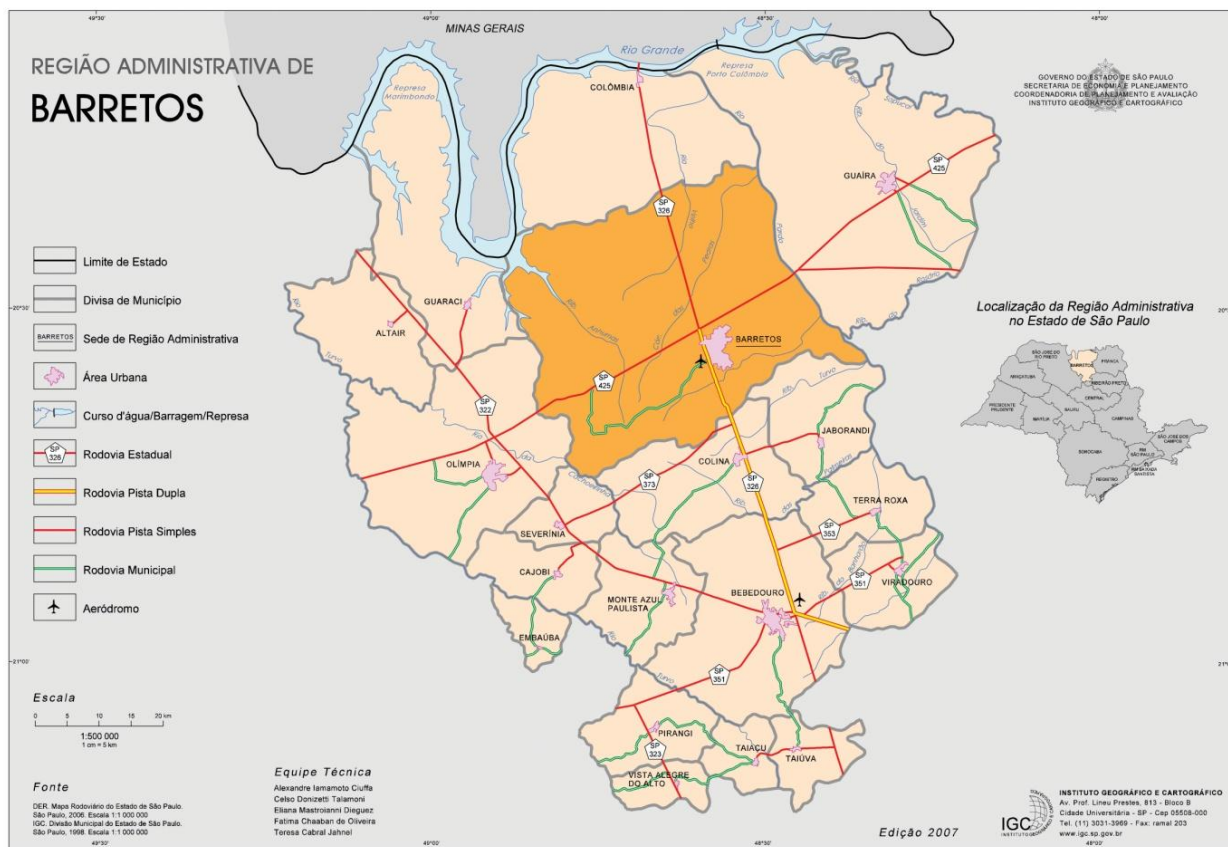


Gráfico 01 – Valor adicionado total (%) – Região Administrativa de Barretos

Fonte: Fundação SEADE 2010

A modernização recente dos setores agropecuário e industrial tem viabilizado a expansão dos serviços, conjugada, especialmente, à agroindústria. No comércio e nos serviços, o município de Barretos constitui um pólo regional. O setor atacadista tem crescido mais do que o varejista, indicando que o município está se consolidando como pólo de distribuição.



Mapa 02. Região Administrativa de Barretos

Fonte: Secretaria de Economia e Planejamento – Governo do Estado de São Paulo.

O turismo mostra-se relevante, principalmente em Barretos, em razão da grande tradição de rodeios, exposições e festas rurais, herdada do período em que a criação de gado era sua principal atividade econômica. A conhecida Festa do Peão Boiadeiro favoreceu o surgimento de grande número de pequenas e médias empresas, produtoras de artigos *country*, e fomentou a geração de empregos no segmento de serviços voltados ao turismo.

A região não tem grande destaque no cenário estadual, como pólo de investimento. Segundo a Pesquisa de Investimentos Anunciados no Estado de São Paulo – Piesp, a Região administrativa ocupava o 14º lugar no Estado, em 2008. Neste ano foram anunciados investimentos de US\$ 51,9 milhões, que se destinaram majoritariamente para o segmento de serviços, com destaque para o setor de saúde. O único anúncio de investimento na indústria foi para o setor de alimentos e bebidas.

6 - OS SERVIÇOS DA SAÚDE NA REGIÃO ADMINISTRATIVA DE BARRETOS

O Departamento Regional de Saúde (DRS) de Barretos apresenta-se configurado, conforme apresenta o Quadro 03, em duas partes: Norte e Sul, ilustrado pelo mapa 03; desta forma, é importante salientar que esta divisão reparte a Região Administrativa e o DRS, polarizando a divisão norte pelo município de Barretos com 28%⁴ do total de estabelecimentos de Saúde, e a divisão sul pelo município de Bebedouro com 25%⁵. É a partir desta polarização, que o presente estudo se justifica na análise em especial dos dois Municípios. (Gráfico 02).

A partir desta centralidade adquirida pelos dois municípios, deparamos com a infraestrutura e mão de obra especializada em ambos os municípios, especificamente, em Barretos a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de Câncer de Barretos “Fundação Pio XII” e em Bebedouro, o Hospital Julia Caldeira e o Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST).

⁴ CNES/DATASUS 2010.

⁵ CNES/DATASUS 2010.

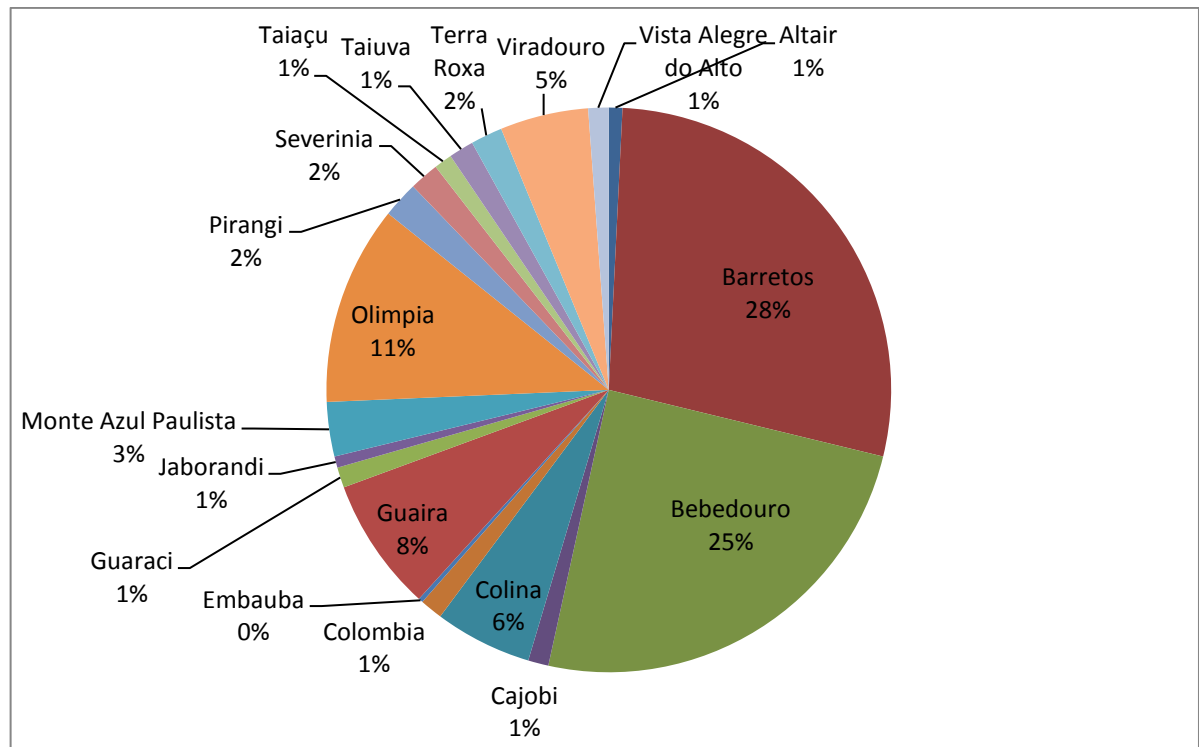
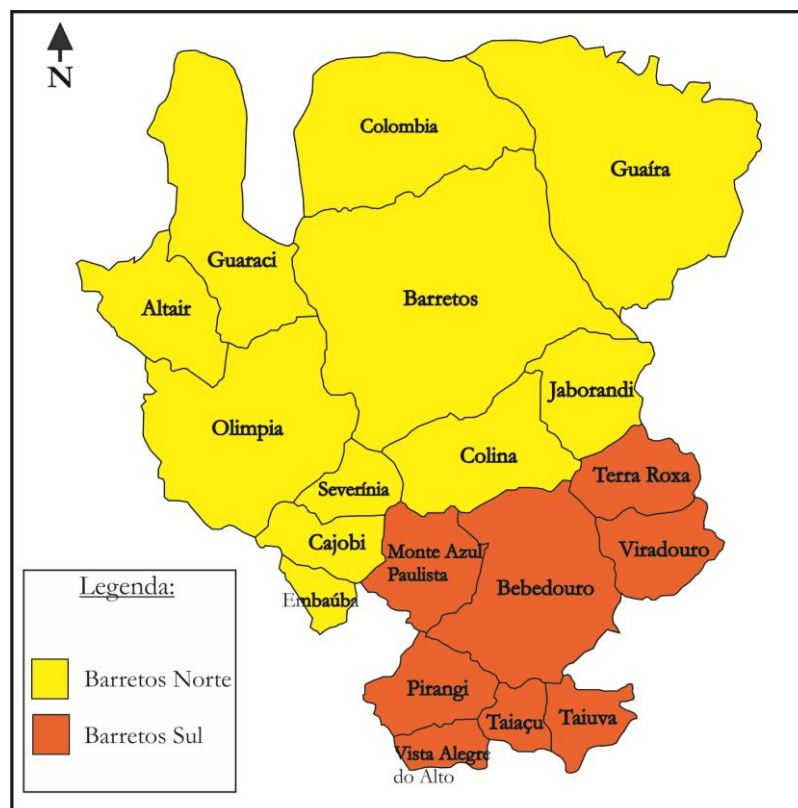


Gráfico 02 - Total de Estabelecimentos de Saúde DRS Barretos - 2010

Fonte: CNES/DATASUS 2010. Org. TOMICOLI, G. M. 2011



Mapa 03 - Regiões de Saúde da DRS de Barretos

Fonte: Pacto pela Saúde: Plano diretor de Regionalização do Estado de São Paulo.

Org. TOMICOLI, G. M. 2011.

Ao analisarmos a participação dos vínculos empregatícios dos serviços na região administrativa de Barretos, é possível observar que esta categoria apresenta maior índice 33% do total de vínculos, e, ao considerar a parcela dos que trabalham com os serviços médicos de 20% sob o total de empregados nos Serviços, conforme ilustram os gráficos 03 e 04.

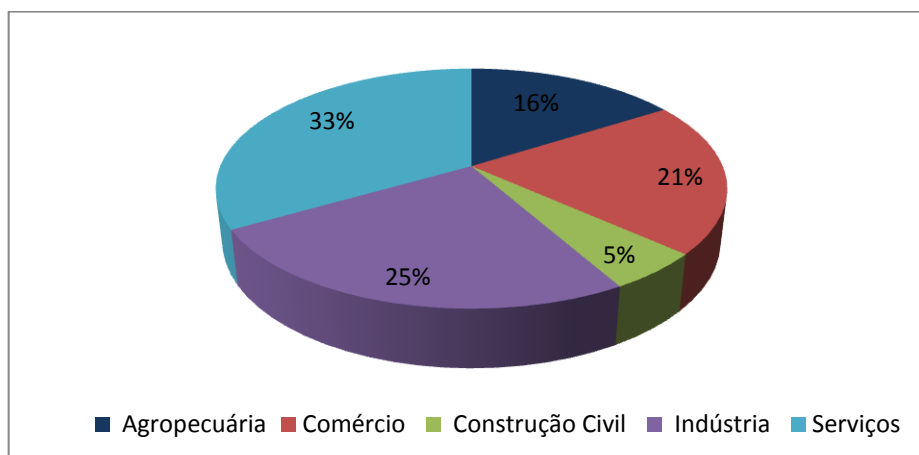


Gráfico 03 - Total dos Vínculos Empregatícios (%) R.A de Barretos (2010)

Fonte: SEADE, 2011. Org. TOMICIOLI, G.M. 2011.

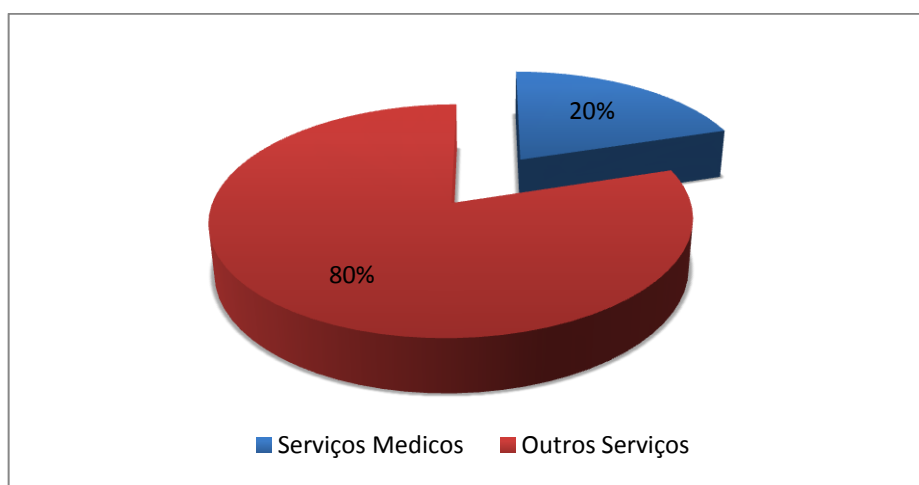


Gráfico 04 - Total de Serviços Médicos (%) Região Administrativa de Barretos (2010).

Fonte: SEADE, 2011. Org. TOMICIOLI, G.M. 2011.

Para autores da Economia, como Dedecca (2008, p.90), a crescente segmentação dos serviços passou a caracterizar as estruturas ocupacionais, tornando mais complexa a noção de mercado de trabalho, neste sentido,

O trabalho na área da saúde expressa um segmento relevante dessa estrutura complexa do mercado de trabalho, sendo caracterizado por uma diversidade ponderável de ocupações, que compreendem tanto aquelas associadas a profissões específicas à política como as que pertencem ao mercado geral de trabalho, ou seja,

caracterizadas por qualificações não associadas a setores ou segmentos específicos da estrutura produtiva. (DEDECCA, 2008. p. 90-91)

Desta forma o autor se utiliza do termo Ocupações Nucleares para se referir às ocupações próprias da política de saúde, e Afins para as ocupações encontradas no mercado de trabalho em geral.

O Quadro 04 ilustra de forma clara o exposto acima, elaborada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Nível	Descrição
Núcleo	Médicos
	Cirurgiões-dentistas
	Enfermeiros (nível superior)
	Auxiliares de Enfermagem (nível técnico)
	Auxiliares de enfermagem pratica (não-diplomados) e auxiliares de laboratório
	Psicólogos
	Terapeutas (fisioterapeutas e fonoaudiólogos) e trabalhos assemelhados de nível superior.
	Acupunturistas, técnicos em ortopedia, fisioterapia, protéticos e assemelhados
	Biologistas, bacteriologistas e trabalhos assemelhados farmacêuticos e farmacologistas
	Nutricionistas e trabalhos assemelhados
Afins	Assistentes sociais e economistas domésticos
	Ortoptistas e ópticos
	Operadores de equipamentos médicos e odontológicos
Demais	Demais ocupações

Quadro 04 – Classificação Brasileira de Ocupações: Serviços Médicos

Fonte: DEDECCA, 20008. Org. TOMICIOLI, G. M.

Ainda segundo Dedecca, vale ressaltar que são as ocupações nucleares que sustentam a qualidade do serviço prestado, bem como organizam a estrutura ocupacional do setor em geral. Porém, o bom desempenho dos profissionais inseridos nestas ocupações depende muitas das ocupações consideradas Afins. O autor também cita como exemplo o atendimento de urgência dos hospitais, o qual fica comprometido caso o serviço de resgate não seja

realizado corretamente, ou, as complicações que podem vir a ocorrer caso a alimentação nos hospitais não seja de uma qualidade adequada.

Foi por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 que foram introduzidas novas Categorias Geográficas na política nacional de Saúde. Entre elas convém mencionar:

- Região ou Microrregião de Saúde, uma unidade territorial de planejamento da atenção à saúde, delimitada por um conjunto de municípios do estado.
- Modulo assistencial, uma unidade territorial mínima de resolatividade da assistência de média complexidade, formado por um ou mais municípios da região.
- Município Sede do Modulo assistencial, um município do modulo assistencial com capacidade para ofertar a totalidade dos serviços para a sua população e para a população a ele adstrita.
- Município Pólo, o município que exerce o papel de referência para os outros municípios da região em qualquer nível de atenção.

A comissão de acompanhamento do processo de regionalização dos serviços de saúde coordenou o mapeamento prévio dos municípios sede de módulo e municípios-polo, considerando a oferta de serviços de média e alta complexidade.

Por meio das categorias acima expostas, Barretos e Bebedouro encontram-se classificados como Município Pólo , exercendo assim a função de oferecer qualquer serviço médico-hospitalar em qualquer nível de atenção, da atenção básica à serviços de alta complexidade , servindo ainda como referência à outros municípios da região de Saúde.

Segundo Guimarães,

Os dados de alta complexidade pactuados para 2008 revelam a capacidade de alguns centros para prestar serviços de apoio diagnostico e terapêutico para suas próprias regiões e , ao mesmo tempo atender a demanda de outras regiões. Dentre estes centros, destaca-se Barretos, que capta mais de 30% de recursos dos Serviços de alta complexidade prestados fora da região de origem do paciente no estado de São Paulo. (GUIMARÃES, 2008, p. 80).



Figura 01 – Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII

Fonte: Hospital de Câncer de Barretos.

O Hospital de Câncer de Barretos⁶ é referência no tratamento e prevenção de câncer no País, atendendo pacientes dos mais diversos locais 100% via SUS, é composto por 17 pavilhões (Quadro 05), unidades móveis de tratamento e prevenção, e duas unidades fora da cidade de Barretos, localizados nas cidades de Jales-SP e Juazeiro-BA. Cada pavilhão presente no hospital possui uma especialidade médica e recebe como homenagem e agradecimento o nome de seu doador.

Pavilhão:	Especialidades:
Antenor Duarte Vilella	Ambulatório, Departamento de Assistência Social, Ouvidoria, e Consultórios Médicos.
Chitãozinho e Xororó	Departamentos de Radiologia, Radioterapia, Centro Cirúrgico (Pequenas Cirurgias), Hospital Dia e Departamento de Endoscopia.
Sergio Reis	Laboratório de Patologia Clínica
Xuxa Meneghel	Oncologia Clínica (quimioterapia), Hematologia, Transplante de Medula Óssea (TMO) e Oncopediatria (quimioterapia infantil).
Leandro & Leonardo	Medicina Nuclear, Fisioterapia, Odontologia e Fonoaudiologia
Gugu Liberato	20 leitos individualizados e UTI , incluindo área médica,

⁶ De acordo com informações contidas na *homepage* do hospital, disponível em <<http://www.cliquecontraocancer.com.br/institucional/>>

José Serra	enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia e assistência social.
	Centro Cirúrgico, (cirurgias nas áreas de cabeça e pescoço, urologia, ginecologia, tórax, neurocirurgia, aparelho digestório, partes moles, pele, mastologia, reconstrução, ortopedia e pediatria.)
Zeze di Camargo & Luciano	60 leitos para internação cirúrgica
Sandy & Junior	60 leitos de internação destinados à pediatria, transplante de medula óssea e pré e pós cirúrgico. O local também abriga uma brinquedoteca e uma Sala de Aula Hospitalar, para que as crianças em tratamento não deixem os estudos
Gian & Giovani	Centro de Intercorrência Ambulatorial – CIA (emergências relacionadas ao câncer)
João Paulo & Daniel	Laboratório de patologia do hospital (realiza exames de peças cirúrgicas (mama, útero, ovário, próstata, estômago, cólon, reto, pulmão, entre outros), biópsia de vários tecidos, bem como de líquidos de derrames, (secreções e “imprints”).
Os Independentes	Radiologia
Rionegro & Solimões	O almoxarifado e gráfica do hospital
Eunice Carvalho Diniz	Cozinha e refeitório (são servidas 6.000 refeições diárias)
Rick & Renner	Farmácia
Alexandre Pires	Lavanderia da instituição (são lavados 2.000 kg de roupa diariamente).
Cezar & Paulinho	Departamento de Pessoal, Serviço de Medicina do Trabalho (SESMT) e vestiários.

Quadro 05 – Setores do Hospital de Câncer de Barretos

Fonte: Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, 2011. **Org.** TOMICIOLI, G. M.

O Hospital de Câncer de Barretos possui na cidade de Barretos uma segunda unidade médica, o Hospital São Judas Tadeu, local em que o Hospital de Câncer de Barretos iniciou suas atividades em 1967, atuando hoje como uma unidade exclusivamente dedicada aos pacientes em Cuidados Paliativos. O Hospital São Judas Tadeu conta com uma equipe multiprofissional composta por Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionais, Musicoterapeutas,

Assistentes Sociais, Assistentes Espirituais e Voluntários da Associação de Voluntários de Combate ao Câncer (AVCC). Dessa forma, o paciente é valorizado em sua totalidade e não apenas de forma fragmentada, como apenas um portador de câncer. Em suas atividades, a equipe multiprofissional e todas as outras pessoas envolvidas fazem do Hospital São Judas Tadeu um local especial, onde não somente os pacientes buscam a recuperação, mas também um lugar onde a vida é vivida com alegria e de forma prazerosa até seus últimos momentos.



Figura 02 – Hospital São Judas Tadeu - Fundação Pio XII

Fonte: Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII, 2011.

O Hospital possui também Unidades de Prevenção, como o Instituto de Prevenção de Câncer (figura 03), cuja finalidade é a de melhorar o diagnóstico precoce de câncer na região, pois os casos que chegavam até essa instituição, principalmente aqueles relacionados a mama e colo de útero, encontravam-se quase sempre em estágio avançado. Com o sucesso nos tratamentos preventivos, este projeto começou a atuar não somente em Barretos, mas em outras regiões do país, realizando assim, um trabalho de prevenção de câncer pioneiro na América Latina. Atualmente, o Hospital de Câncer de Barretos possui seis unidades móveis (ônibus e carretas adaptadas) e duas unidades fixas (Barretos-SP e Juazeiro-BA). As unidades móveis (figura 04) realizam o rastreamento do câncer de mama, colo de útero, próstata e câncer de pele através de exames preventivos na população. No caso do câncer de pele, além dos exames, os pacientes podem ser tratados na própria unidade móvel, equipada com um centro cirúrgico completo para a realização de cirurgias ambulatoriais. De acordo com dados da instituição, em 2010, através de todas as unidades de prevenção, o Hospital de Câncer de Barretos realizou 85.431 tratamentos, todos 100% SUS na população alvo de sete estados brasileiros (São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiânia, Rondônia e Bahia).



Figura 03 - Instituto de Prevenção de Câncer – Fundação Pio XII.

Fonte: Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII, 2011.

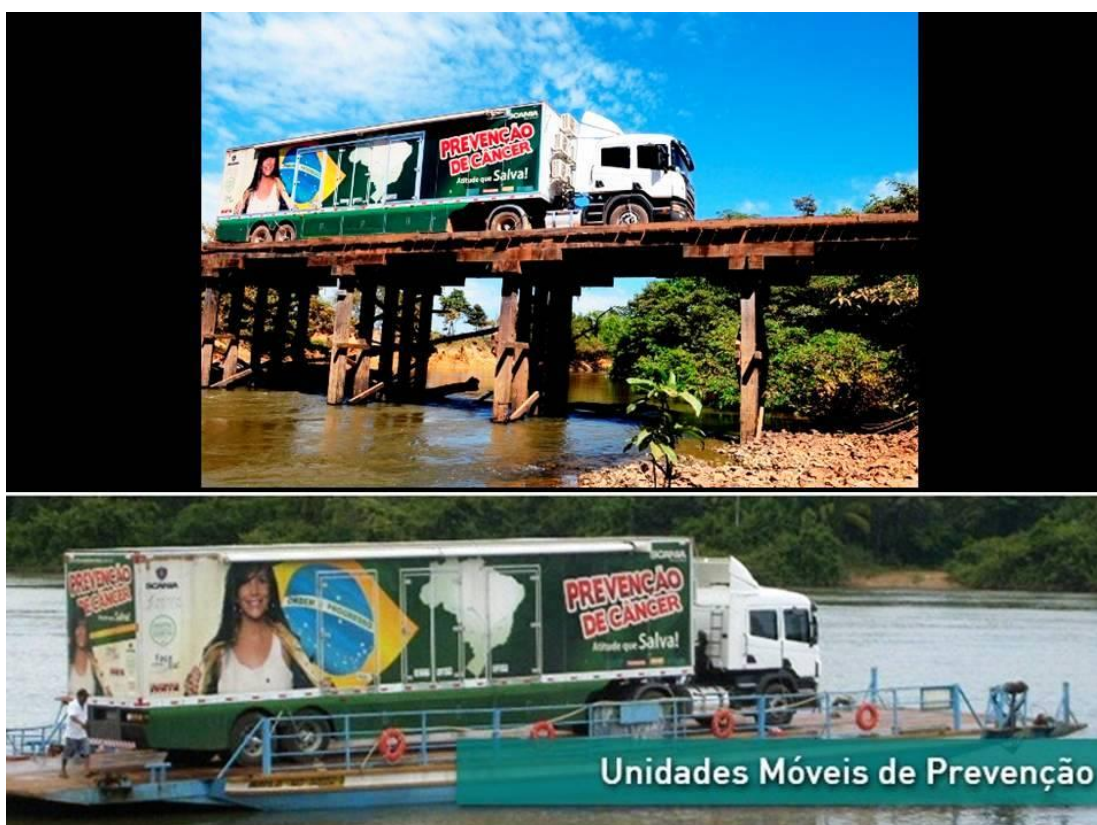


Figura 04 – Unidades Móveis de Prevenção de Câncer – Fundação Pio XII.

Fonte: Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII, 2011.

Em 2010, a 250 km de Barretos, foi inaugurado o Hospital de Câncer de Jales-SP (figura 05), uma unidade construída para poder ampliar a prestação de serviço assistencial e facilitar o acesso ao tratamento para os pacientes que residem em locais mais próximos da cidade de Jales – como a região nordeste do estado de São Paulo, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Minas Gerais. De Junho (data de inauguração) a Dezembro de 2010, a

Unidade realizou 26.664 atendimentos a 4.966 pacientes, advindos de 165 municípios, 10 Estados e todos 100% SUS.⁷ Mantendo os mesmos padrões de qualidade presentes no Hospital de Câncer de Barretos, o Hospital de Câncer de Jales possui uma estrutura de 6,5 mil m² distribuídos nos pavilhões “Bruno & Marrone” e “Grupo Petrópolis”. No futuro, a unidade terá mais 4,5 mil metros quadrados para poder abrigar as áreas de internação, centro cirúrgico e UTI.



Figura 05 - Hospital de Câncer de Barretos: Unidade Jales-SP

Fonte: Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII, 2011.

Em Barretos também esta presente a Santa Casa de Misericórdia, um hospital geral a qual atende a todas as especialidades médicas, exceto oncologia, abrangendo a população dos 19 municípios que constituem a Região Administrativa de Barretos, bem como pacientes oriundos de outros municípios, inclusive de outros Estados. A Santa Casa de Barretos mantêm ainda o Serviço de Pronto Socorro 24 horas na região, com retaguarda de Serviço de Ortopedia e Traumatologia e Centro Cirúrgico completo. Além do Pronto Socorro Adulto, a Santa Casa, possui uma unidade de atendimento emergencial somente para crianças denominado Pronto Socorro Infantil, com a presença de dois médicos pediatras 24 horas. Existe também um Pronto Atendimento voltado aos convênios e particulares.

⁷ Dados obtidos através do hospital de Câncer de Barretos.



Figura 06 – Santa Casa de Misericórdia de Barretos

Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Barretos, 2011.

A Santa Casa⁸ apresenta números significativos, ao todo são 170 médicos; 600 profissionais da área de Enfermagem; 1.025 funcionários no total atuando em 50 diferentes segmentos profissionais, 2.500 refeições produzidas diariamente, 2.000 quilos de roupas lavadas por dia e uma média de 400 cirurgias realizadas por mês. Também são realizados, em média, 150 partos, por mês. Segundo o Hospital, cerca de 70% de todos os atendimentos são relativos ao SUS. A Santa Casa de Barretos conta ainda com uma Faculdade em seu interior com os cursos superiores de Enfermagem e Gestão em Saúde.

Por fim Barretos possui também dois Hospitais Gerais Particulares conveniados à Unimed, o Hospital São Jorge e o Hospital Notre Dame Ambos apresentam uma estrutura menor quando comparada ao Hospital de Câncer de Barretos e a Santa de Misericórdia.



Figura 07 – Hospital São Jorge

Fonte: Hospital São Jorge, 2011.

⁸ De acordo com informações contidas na *homepage* do hospital, disponível em <<http://www.santacasabarretos.com.br/hospital/>>



Figura 08 – Hospital Notre Dame

Fonte: Hospital Notre Dame, 2011.

Já o município de Bebedouro, apresenta três hospitais Gerais, o Hospital Municipal Julia Caldeira Pinto, mantido pelo SUS; e os Hospitais Unimed I e II (particular).

O Hospital Municipal Julia Caldeira Pinto, atende a Cidade de Bebedouro bem como as cidades de menor porte próximas a Bebedouro, respectivamente a região Barretos Sul (mapa 03).



Figura 09 – Hospital Julia Caldeira Pinto

Fonte: Prefeitura Municipal de Bebedouro

De acordo com os dados disponíveis pelo portal CNES/Data SUS, o hospital Julia Caldeira Pinto apresenta 181 profissionais de saúde, atendendo às 17 especialidades médicas, serviço ambulatorial e serviços hospitalares (cirúrgicos). É importante salientar que pacientes em situações de maior complexidade são encaminhados para Barretos.

O Hospital Unimed I e Unimed II correspondem respectivamente ao Hospital Samaritano, e ao Hospital Santa Casa, ambos são hospitais privados, coordenados pela Cooperativa Médica Unimed. Os dois Hospitais possuem leitos para internação, centro cirúrgico, serviços de diagnósticos por imagem, pronto socorro e atendimento ambulatorial, desta forma, é possível classificá-los como hospital geral. De acordo com os dados do portal CNES/Data SUS, o hospital Unimed I possui, 158 profissionais da saúde, e o hospital Unimed II possui 164 profissionais.



Figura 10 – Hospital Unimed I

Fonte: Unimed Bebedouro, 2010.



Figura 11 – Hospital Unimed II

Fonte: Unimed Bebedouro, 2010.

Por fim, cabe aqui discorrer sobre a presença na Região Administrativa de Barretos do CEREST, Centro de Referência da Saúde do Trabalhador, o qual está localizado na cidade de Bebedouro. É uma unidade de Saúde Regional, cujo gestor é o município de Bebedouro, voltada para o atendimento da população trabalhadora dos municípios de abrangência da Direção Regional de Saúde V – DRS V. Cabe ao CEREST prestar atendimento especializado

aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho; promover a proteção dos trabalhadores, investigar as condições do ambiente laboral, utilizando dados epidemiológicos obtidos através dos atendimentos clínicos e das notificações e comunicações de acidente do trabalho, bem como informações provenientes das visitas aos locais de trabalho, em conjunto com as Vigilâncias: Epidemiológica, Sanitária e Ambiental (Vigilância em Saúde do Trabalhador). As atividades do CEREST devem, estar articuladas com os demais serviços da rede do SUS e outros setores de governo (intra e interinstitucional), que devem orientar e fornecer retaguarda, a fim de que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção, de forma integral e hierarquizada. Este suporte deve se traduzir pela função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada, incluindo ações de vigilância e formação de recursos humanos.

Após uma sistemática observação de campo e análises das informações coletadas, é possível avaliar que a presença dos consultórios médicos, clínicas especializadas e policlínicas na cidade de Barretos apresenta uma maior oferta de consultórios, ao todo são 158 consultórios, enquanto Bebedouro apresenta 101. Em contrapartida, a cidade de Bebedouro apresenta uma maior quantidade de policlínicas, são oito no total, e clínicas especializadas (ou ambulatórios de especialidade), no total são 46, enquanto Barretos apresenta quatro policlínicas e 18 clínicas especializadas.



Figura 12 – Clínicas especializadas, Consultórios e Policlínicas de Bebedouro

Fonte: TOMICIOLI, G.M. 2010.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim como já fora apresentado, a abordagem geográfica aplicada às questões relacionadas à Saúde coletiva, demonstram sua grande capacidade crítica e analítica para com os fenômenos e processos patológicos e sócio-médicos, a partir da dimensão espacial. E assim como nos mostra Ribeiro e Vieites (2002) tais estudos contribuem para tornar mais precisa a análise dos fatores que norteiam e condicionam a definição das políticas públicas na área de Saúde.

A partir do exposto apresentado nesta pesquisa, é possível concluir que os municípios de Barretos e Bebedouro possuem no setor de Serviços da Saúde um dinâmico agente social e econômico contemporâneo, passando a ocupar posições de destaque dentro da Região Administrativa, tornando a cidade um espaço aberto às novas funções, atraindo pessoas das mais diversas cidades e das mais diversas classes socioeconômicas as quais buscam nestes dois Pólos de Saúde, serviços que possam atender suas necessidades.

Como ressalta ORTIGOZA (2009), o comércio, e aqui também podemos incluir os serviços, promovem a existência da cidade justificando assim grande parte de sua organização interna e movimentos que se desenvolvem em seu interior, assim as relações entre cidade, o Comércio e os Serviços são dinâmicas; desta forma, a cidade vai se tornando produto das decisões e das práticas dos mais diversos atores, dentre eles, os comerciantes, profissionais das mais diversas áreas compreendidas pelos serviços, os consumidores, e os produtores/fabricantes. Por outro lado a cidade é condição e meio para que as práticas desenvolvidas por estes agentes continuem se realizar, desta forma, aí está a importância da dimensão espacial na análise do comércio e do consumo.

Por fim, vale ressaltar que a descentralização dos serviços de saúde bem como sua face regionalizadora são de imprescindível importância para o processo de planejamento do território nacional. Como já mencionado anteriormente, a dimensão territorial do Brasil e suas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego aliadas a um projeto nacional de desenvolvimento, assim, a Regionalização da Saúde deve promover a universalidade do acesso, a integralidade e resolutividade das ações e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, T. **Geografia dos Serviços**. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos Universidade de Lisboa, 2005.

BARATA SALGUEIRO, T. **Do Comércio à Distribuição**: Roteiro de uma mudança. Oeiras: Celta editora, 1996.

CAMARGO JR, K. R.; COELI, C. M.; CAETANO, R.; MAIA, V. R. Produção intelectual em Saúde coletiva: epistemologia e evidências de diferentes tradições. **Revista de Saúde Pública** São Paulo, n.44(3), p.394-398. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

DEDECCA, C. S. O trabalho no setor de saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v.22, n.2, p. 87-103, jul./dez. 2008.

GUIMARÃES, R. B. **Regionalismo da Saúde no Brasil**: da escala do corpo à escala da nação. São Paulo. 2008. 176 f.:Il. Tese (livre-docência) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Economia da Saúde: Uma perspectiva Macroeconômica**. Rio de Janeiro: 2008.

MEDRONHO, R. A. **A geografia do dengue no município do Rio de Janeiro: uma análise por geoprocessamento**. 133f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp/Fiocruz, 1993.

OLIVEIRA, E. **Redes e Regionalização da Saúde**. Rio de Janeiro, 2005. (Comunicação Oral). Disponível em: <<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/xris/Evangelina%20Oliveira.pdf>>. Acesso em 29 Set. 2010.

ORTIGOZA, S. A. G. **Geografia e Consumo: Dinâmicas Sociais e a Produção do Espaço Urbano**. Rio Claro. 283 f.:Il. Tese (livre-docência) – Universidade Estadual Paulista, Instituto de Geociências e Ciências Exatas. 2009.

PEREIRA, A. L.; CARVALHO, A. L. B. **Um Pacto pela Saúde**. Rio de Janeiro, 2005. (Comunicação Oral). Disponível em: <<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/xris/Ana%20Lucia%20Pereira.pdf>>. Acesso em 29 Set. 2010.

PERILLO, E. B. F. **Sistema de Saúde no Brasil:** história estrutura e problemas. In: AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. B. F. (org.). Para entender a Saúde no Brasil São Paulo: LCTE Editora, 2006, p. 233-254.

RIBEIRO, M. F.; VIEITES, R. G. A Abordagem Geográfica aplicada à Área de Saúde Publica: contribuições e reflexões. **Geo. UERJ**, Rio de Janeiro, n.12, p.69-84, 2002. Editora UERJ.

ROJAS, L. I. Geografía y salud: temas y perspectivas em América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.701-711, out./dez.1998.

VIANA, A. L. d'A. et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v.22, n.1, p. 92-106, jan./jun.2008.

BIBLIOGRAFIA

CADASTRO nacional de estabelecimentos de saúde CNES/NET. **Relatórios**. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>>. Acesso 21 ago. 2011.

CASTELLS, M. **A Questão Urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR. **Regional de Bebedouro**. Disponível em <<http://www.bebedouro.sp.gov.br/cerest/>>. Acesso em 15 agosto 2011.

CORRÊA, R. L. **A Rede Urbana**. São Paulo: Ática, 1989.

FOCO 2010. **Região Administrativa de Barretos**: Publicação integrante do Diagnóstico para Ações Regionais da Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho do Estado de São Paulo. Fundação SEADE, 2010. Disponível em: <http://www.emprego.sp.gov.br/outros/caravana_trabalho/foco_2010/ra_barretos.pdf>. Acesso em 22 Set. 2010.

GUIMARÃES, R. B.; RIBEIRO, E. A. W. Plano Nacional de Saúde e o Lugar Social em Disputa. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.4, p.609-619, 2009.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e Escalas geográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1017-1025, jul-ago, 2005.

GUIMARÃES, R. B. **Regionalização da Saúde**. Rio de Janeiro, 2005. (Comunicação Oral). Disponível em: <<http://www.geosaude.cict.fiocruz.br/simposio/xris/Raul%20Guimar%C3%A3es.pdf>>. Acesso em 29 Set. 2010.

HOSPITAL DE CANCER DE BARRETOS. **História**. Disponível em <<http://www.cliquecontraocancer.com.br/institucional/categorias.cfm?id=13&c=historia--cancer>>. Acesso em: 30 maio 2011.

HOSPITAL SÃO JORGE. **Conheça o Hospital: histórico**. Disponível em <<http://www.hospitalsaojorge.com.br/site/hospital-conheca.php>>. Acesso 02 abril 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios**: Um Panorama da Saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2010.

MAGALHÃES, A. C. A. **Serviços Hospitalares SUS no Estado de São Paulo**. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, 2005. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analises/servicos_hospitales\[adriana_magalhaes\].pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analises/servicos_hospitales[adriana_magalhaes].pdf)>. Acesso em 13 Set. 2010.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Governo Federal: 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 13 Set. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília. Editora Ministério da Saúde, 2001.

OLIVEIRA, D. C. et. al. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.197-206, jan, 2008.

RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARÃES, R. B. O Lugar da Participação Popular na Gestão de Saúde: Matrizes Conceituais e os Rumos da Política Brasileira. **R. RAÍZ GA**, Curitiba, n. 13, p. 29-41, 2007. Editora UFPR.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à Saúde Bucal: O processo de trabalho no programa Saúde da Família em Alagoinhas-BA. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, n.2, p.273-285, 2005. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BARRETOS. **Histórico**. Disponível em <<http://www.santacasabarretos.com.br/hospital/>>. Acesso em: 30 mai. 2011.

SANTOS. M. **A urbanização Brasileira**. 5.ed. São Paulo. Hucitec, 2005.

SINGER, P. **Dinâmica populacional e desenvolvimento**: o papel do crescimento populacional. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1980.

SECRETARIA DE ECONOMIA E PLANEJAMENTO. **Região Administrativa de Barretos**. Governo do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.ppa.sp.gov.br/perfis/PerfilRABarretos.pdf>>. Acesso em 13 Set. 2010.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Regionais de Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_estrutura_regionais_de_saude.mmp>. Acesso em 13 Set. 2010.

SPOSITO, E. S. **Redes e Cidades**. São Paulo: Editora Unesp, 2008.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, n.9, 127-150, 2000. Faculdade de Saúde Pública da USP.