

# DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO da assistência à saúde no Norte Fluminense



### Jaira Calil Siqueira

Médica da Estratégia de Saúde da Família do Município de São João da Barra;

Doutora em Ciências pela ENSP/Fiocruz

**PALAVRAS-CHAVE:**  
Federalismo; Regionalização;  
Acesso; Pactuação.

**KEYWORDS:**  
*Federalism; Regionalization;  
Access; Pact.*

**RESUMO:** Após a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a regionalização se destaca como estratégia para ampliar o acesso aos serviços de saúde. Apesar das dificuldades para operacionalizá-la, o Ministério da Saúde reiterou a escolha do modelo regionalizado ao editar o Pacto pela Saúde.

O estudo avalia o impacto deste modelo na atenção hospitalar da Região Norte Fluminense entre os anos de 2002 e 2007, acompanhando os avanços na assistência à população.

As dimensões metodológicas trabalhadas analisam os instrumentos normativos que coordenam a formação das regiões de saúde, a oferta de leitos hospitalares, o número programado e realizado de internações e aspectos voltados ao financiamento.

Os resultados demonstram que a regionalização não trouxe melhorias no acesso. Para tanto, contribuíram a organização de redes incapazes de atender à demanda e a ausência de mecanismos capazes de estimular a coalizão entre entes federativos.

**ABSTRACT:** *After the publication of the Operational Health Care Rule (NOAS), the regionalization plays an important role as a strategy to expand the access to the health services. In spite of the difficulty in operationalizing the rule, the Health Ministry reasserted the choice of the regionalized model at the moment of editing the Pact for Health. This study evaluates the impact of this model on the hospital care in Northern Region of the Rio de Janeiro State between the years 2002 and 2007, following the advances in the assistance to the population. The worked methodological dimensions analyze the legislative instruments which coordinate the formation of the health regions, the supply of hospital beds, the programmed and realized number of hospital admissions and the aspects about the flotation.*

*The results show that the regionalized model brought no progress on the access. The organization of the health networks unable to attend the demand and the absence of mechanisms able to motivate the coalition among the federative institutes contribute for this.*



## APRESENTAÇÃO

Junto com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) adveio a necessidade de superar um modelo estrutural organizado pelos governos prévios, o qual se caracterizava pela centralização da gestão, priorização da medicina curativa e hospitalocêntrica, concentração de serviços de saúde voltados para interesses políticos e econômicos, sem planejamento e/ou análises prévias quanto às necessidades locais (FLEURY, 1994).

A municipalização foi o caminho encontrado para se colocar em prática a estratégia da descentralização (OLIVEIRA, 2006), contribuindo para a descentralização ocorrida na década de 1990. No entanto, a avaliação do processo demonstrou a existência de dificuldades no acesso da população aos serviços de saúde, principalmente na assistência de média e de alta complexidade. Parte disso resulta, conforme alertado por Souza (2001), da grande concentração de serviços especializados em poucos municípios ou ainda da completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

Assim, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) foi criada no sentido de promover uma maior equidade no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, enfatizando o processo de regionalização e sendo capaz de organizar e distribuir adequadamente os serviços pelo território (VIANA et al, 2008).

A despeito disso, efetivamente ela não foi implementada em nenhum local do Brasil (OLIVEIRA, 2006). Na tentativa de elucidar os problemas inerentes à não implementação da NOAS na Região Norte Fluminense, este estudo, fruto da tese do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz e sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Marta Porto, pesquisou alguns pontos considerados relevantes

neste processo, quais sejam: diversidade entre os municípios envolvidos, formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), realocação de recursos financeiros e uma discussão sobre o cumprimento da Emenda Constitucional 29 no nível regional.

As dimensões metodológicas trabalhadas, partindo da abordagem teórica que discute a regionalização na vigência da autonomia dos entes subnacionais, passarão pela estrutura da oferta de serviços no âmbito local, os aspectos voltados às especificidades municipais e o cumprimento da Emenda Constitucional 29. O estudo se concentrou na assistência hospitalar. Fatores como capacidade instalada de leitos regionais, número programado e realizado de internações e tetos financeiros serão abordados, a partir dos dados obtidos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde (Sistemas de Informações Hospitalares – SIH e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES). O período pesquisado, 2002 a 2007, compreende o espaço temporal entre a edição da NOAS e o ano seguinte à publicação do Pacto pela Saúde. A intenção é acompanhar os avanços na assistência à população adscrita, o que, em última instância, avalia o ganho no acesso ao sistema de saúde.

### *A NOAS E O NORTE FLUMINENSE*

Alguns dos principais desafios na consolidação do SUS dizem respeito às tensões existentes entre a necessidade de se instituir um sistema único de saúde em um país de fortes disparidades regionais (parte também por herança histórica) e cujos estados e municípios são entes soberanos, dotados de autonomia tal qual a instância federal. Em virtude dessas inúmeras variações nas relações intergovernamentais é que Abrucio (2004) ressalta a complexidade envolvida entre o federalismo e a descentralização, passando por práticas de cooperação, competição, conflitos e acordos.

Com a edição da NOAS, tentou-se superar as diversidades inter-regionais e intermunicipais. Segundo a Norma, o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, no nível de complexidade necessário para a resolução de seus problemas, dar-se-ia mediante fluxos de inter-relacionamento, garantindo a assistência e otimizando os recursos disponíveis.

Para assegurar o atendimento ao cidadão, instituiu-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que divide o território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acesso (SOUZA, 2001).

Após a elaboração do PDR, outros dois instrumentos são considerados: um deles, o Plano Diretor de Investimentos (PDI), se incumbe de estruturar o conjunto de medidas necessárias à resolução dos problemas identificados, bem como os recursos financeiros definidos para tal finalidade. Já a Programação Pactuada e Integrada (PPI) viabiliza as despesas com o custeio, tendo em vista que as ações assistenciais de média e alta complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito regional ou microrregional de saúde,

de acordo com o tipo de serviço necessário, a disponibilidade tecnológica e a definição do PDR. Ela normatiza os pactos entre os diversos gestores municipais de saúde visando à garantia do acesso da população aos serviços não disponíveis naquele determinado município, devendo ser disponibilizado por outro.

O espaço geográfico pesquisado foi o Norte Fluminense, formado por oito municípios, divididos em duas microrregiões de saúde. Como é possível observar na tabela a seguir, Campos dos Goytacazes representa o município de maior contingente populacional e de extensão territorial da região, seguido por Macaé. Ambos ocupam a posição de polo de saúde para as microrregiões nas quais estão inseridos, sendo que o primeiro município também ocupa o lugar de polo da macrorregião.

O IDH-M<sup>1</sup>, dentro do ranking estadual, traduz as grandes variações existentes entre os integrantes da Região. São Francisco de Itabapoana apresenta o maior contingente de pobres entre os oito municípios. Já Macaé é o que possui o menor número, sendo, inclusive, o único a apresentar uma proporção de pobres inferior à média estadual (Caderno de Informações em Saúde, 2009).

1 O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) propôs o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como um indicador para avaliar as condições de vida da população nos diferentes países. Ele baseia-se em três indicadores: o nível educacional, a esperança de vida ao nascer e o PIB per capita. O primeiro é uma combinação da taxa de matrícula bruta nos três níveis de ensino com a taxa de alfabetização de adultos; o segundo é medido pela expectativa de vida da população; o terceiro é dado pelo PIB per capita medido em dólar-PPC (paridade do poder de compra), calculado pelo Banco Mundial. Analisando tais fatores, permite-se identificar se existe uma correlação direta entre renda e os demais indicadores sociais. O resultado subsidiará conclusões relativas às políticas de proteção social, níveis de desigualdade entre classes, acesso a serviços públicos e consequente estrutura social vigente.

O IDH varia de zero a um e classifica os municípios (ou estados ou países) com índices considerados de baixo desenvolvimento humano – quando o valor encontrar-se nas faixas de 0 a 0,5; de médio – quando os índices estiverem entre 0,5 e 0,8 e de alto – quando as taxas alcançarem de 0,8 a 1. Portanto, quanto mais próximo de 1 for o IDH, maior o nível de desenvolvimento humano apurado. Através do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é possível traçar um perfil dos municípios, abordando diversos aspectos ligados às condições socioeconômicas da população e que são preponderantes na escala situacional que os mesmos ocupam no ranking estadual.

**Tabela 1 – Região Norte Fluminense – Área, dados populacionais e IDH-M**

Municípios	População 2008	% da população na Região	% da área na Região	IDH-M	Ranking estadual
Campos dos Goytacazes **	431.839	54,75	43,68	0,752	54
Carapebus *	11.671	1,48	3,36	0,741	62
Conceição de Macabu *	20.505	2,60	3,66	0,738	65
Macaé *	188.787	23,93	13,19	0,790	17
Quissamã *	19.315	2,45	7,83	0,732	74
São Fidélis **	39.057	4,95	11,20	0,741	61
São Francisco de Itabapoana **	47.247	5,99	12,13	0,688	90
São João da Barra **	30.348	3,85	4,95	0,723	81
Norte Fluminense	788.769	100	100	--	---

Fonte: Elaboração da autora, com base em IBGE – População estimada 2008 e IDH-M/2000.

\* Municípios integrantes da Microrregião I; \*\* Municípios integrantes da Microrregião II.

Nas duas últimas décadas, a produção de petróleo e gás natural na Bacia de Campos<sup>2</sup> impulsionou a economia da região. Como exemplo, cita-se o município de Macaé, que, servindo como base de apoio à extração, vive um processo acelerado de crescimento. Tanto o seu PIB quanto a sua arrecadação, ambos na avaliação per capita, alcançam um valor mais de duas vezes superior à média estadual (TCE-RJ, 2003). A indústria do petróleo não só trouxe desenvolvimento econômico para a região, mas também ampliou as disparidades intermunicipais em razão de beneficiar significativamente mais uns municípios em detrimento de outros. A partir do primeiro semestre do ano 2000 começaram a ser pagas as participações especiais a estados e municípios que possuem poços de grande volume de produção ou rentabilidade, gerando um grande crescimento das receitas de participações governamentais.

O município de Quissamã apresentou, até 2008, o maior valor per capita entre aqueles integrantes da região, conforme se visualiza na tabela 2. Logo abaixo, os municípios de Macaé, Carapebus e Campos dos Goytacazes constituem um bloco cujos valores se assemelham entre si. Por fim, Conceição de Macabu, São Fidélis e São Francisco de Itabapoana possuem um valor pouco significativo, quando comparado aos demais, já que não se beneficiam da transferência intergovernamental resultante das participações especiais. Em destaque se encontra o município de São João da Barra, cujo valor per capita mais do que triplicou nos anos de 2008 e 2009, quando comparado a 2007.

Há uma significativa dependência dos municípios para com estes recursos, a qual pode ser percebida pelo percentual dos mesmos junto à receita total municipal (que compreende as Receitas Tributárias Próprias<sup>3</sup>, as Receitas de

2 A Bacia de Campos é composta não só pelos municípios da Região Norte Fluminense, mas também abarca os municípios de Cabo Frio e Rio das Ostras, que pertencem à Região da Baixada Litorânea.

3 Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis (ITBI), Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS), taxas e contribuições.

Transferências Estaduais<sup>4</sup> e as Receitas de Transferência da União<sup>5</sup>), principalmente se considerarmos que no ano de 2008, dos oito municípios da região, cinco deles possuíam mais de 40% da sua receita composta pelos recursos oriundos do petróleo (TCE-RJ, 2003).

Nota-se que o maior montante de recursos financeiros não está, necessariamente, associado à maior qualidade nas condições socioeconômicas do município. Corroborando esta afirmação, Pacheco (2005), abordando o IDH-M da região, cita o exemplo de Campos dos Goytacazes, município que mais recebeu recursos provenientes de royalties e ocupava apenas a 54ª posição dentre os 92 municípios do estado no ano de 2000 (tabela 1). Apesar de o autor lembrar que o crescimento das atividades econômicas nem sempre se associa ao desenvolvimento econômico e social, ele chama atenção para o fato de que os recursos oriundos da extração do petróleo são relativamente recentes, e por este motivo talvez não tenha havido tempo suficiente para traduzirem-se em melhorias das demandas sociais, no período analisado.



4 Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF).

5 Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF), Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural (ITR), ICMS exportação e Fundo de Participação dos Municípios (FPM).

**Tabela 2 – Royalties e Participações Especiais anuais em valores correntes e per capita (em reais), 1999 a 2009, por município da Região Norte Fluminense**

Variável por ano	Município				
	Campos dos Goytacazes**	Carapebus*	Conceição de Macabu*	Macaé*	
1999	População	405.374	8.511	18.718	129.686
	Valor corrente (R\$)	57.049.478,33	6.290.172,43	850.661,97	37.219.526,00
	Valor per capita (R\$)	140,73	739,05	45,45	287,00
2000	População	408.147	8.778	18.828	134.479
	Valor corrente (R\$)	157.870.442,17	10.692.436,23	1.655.384,56	90.351.754,70
	Valor per capita (R\$)	386,80	1.218,05	87,92	671,86
2001	População	410.938	9.054	18.939	139.449
	Valor corrente (R\$)	200.261.211,38	13.383.153,80	2.062.639,17	113.194.863,52
	Valor per capita (R\$)	487,33	1.478,15	108,91	811,73
2002	População	413.749	9.338	19.050	144.603
	Valor corrente (R\$)	348.260.944,92	20.370.812,17	2.885.456,36	194.061.125,21
	Valor per capita (R\$)	841,72	2.181,43	151,47	1.342,03
2003	População	416.580	9.631	19.162	149.947
	Valor corrente (R\$)	475.182.177,54	24.245.167,22	3.765.757,31	256.136.554,11
	Valor per capita (R\$)	1.140,68	2.517,28	196,52	1.708,18
2004	População	419.429	9.934	19.275	155.489
	Valor corrente (R\$)	549.607.310,98	23.889.909,09	3.195.219,81	293.831.875,82
	Valor per capita (R\$)	1.310,37	2.404,89	165,77	1.889,73
2005	População	422.298	10.246	19.389	161.235
	Valor corrente (R\$)	678.425.571,67	27.959.213,68	3.754.253,87	346.291.967,80
	Valor per capita (R\$)	1.606,51	2.728,84	193,63	2.147,74
2006	População	425.187	10.568	19.503	167.194
	Valor corrente (R\$)	852.565.850,92	33.076.809,90	4.163.214,31	408.416.988,96
	Valor per capita (R\$)	2.005,16	3.130,04	213,47	2.442,77
2007	População	428.095	10.899	19.618	173.373
	Valor corrente (R\$)	780.099.183,21	28.447.909,09	3.337.859,89	353.801.517,16
	Valor per capita (R\$)	1.822,26	2.610,06	170,15	2.040,69
2008	População	431.023	11.242	19.733	179.781
	Valor corrente (R\$)	1.168.608.263,49	35.326.724,96	4.742.815,06	501.680.924,82
	Valor per capita (R\$)	2.711,24	3.142,51	240,35	2.790,52
2009	População	433.972	11.595	19.849	186.425
	Valor corrente (R\$)	938.458.487,36	22.745.005,61	3.760.509,26	365.247.504,11
	Valor per capita (R\$)	2.162,49	1.961,70	189,45	1.959,22

continua

continuação

Variável por ano	Município				
	Quissamã*	São Fidélis**	São Francisco de Itabapoana**	São João da Barra**	
1999	População	13.394	36.730	41.076	27.580
	Valor corrente (R\$)	15.900.697,84	1.020.794,37	986.767,90	5.361.638,18
	Valor per capita (R\$)	1.187,17	27,79	24,02	194,40
2000	População	13.878	36.831	41.194	27.755
	Valor corrente (R\$)	32.271.214,42	1.986.461,48	1.920.246,11	12.263.029,70
	Valor per capita (R\$)	2.325,39	53,93	46,61	441,83
2001	População	14.379	36.933	41.312	27.931
	Valor corrente (R\$)	33.598.003,95	2.474.368,29	2.435.114,08	15.546.845,80
	Valor per capita (R\$)	2.336,57	67,00	58,94	556,61
2002	População	14.899	37.035	41.430	28.108
	Valor corrente (R\$)	48.529.278,63	3.462.626,93	3.578.242,92	5.125.955,15
	Valor per capita (R\$)	3.257,27	93,50	86,37	182,36
2003	População	15.437	37.138	41.549	28.287
	Valor corrente (R\$)	63.064.726,98	4.518.908,78	4.669.539,09	30.695.016,17
	Valor per capita (R\$)	4.085,28	121,68	112,39	1.085,15
2004	População	15.995	37.240	41.668	28.466
	Valor corrente (R\$)	66.083.508,29	3.834.263,79	3.962.072,55	38.452.755,73
	Valor per capita (R\$)	4.131,55	102,96	95,09	1.350,83
2005	População	16.573	37.343	41.787	28.646
	Valor corrente (R\$)	72.982.583,90	4.505.104,66	4.655.274,81	44.611.137,74
	Valor per capita (R\$)	4.403,76	120,64	111,40	1.557,30
2006	População	17.172	37.447	41.907	28.828
	Valor corrente (R\$)	91.565.639,24	4.995.857,27	5.162.385,87	54.963.765,14
	Valor per capita (R\$)	5.332,38	133,41	123,19	1.906,60
2007	População	17.792	37.550	42.027	29.011
	Valor corrente (R\$)	124.388.669,93	4.005.431,99	4.138.946,44	45.948.760,90
	Valor per capita (R\$)	6.991,24	106,67	98,48	1.583,84
2008	População	18.435	37.654	42.147	29.195
	Valor corrente (R\$)	146.634.654,42	5.691.378,12	5.881.090,71	161.427.752,79
	Valor per capita (R\$)	7.954,16	151,15	139,54	5.529,29
2009	População	19.101	37.758	42.268	29.380
	Valor corrente (R\$)	90.926.791,95	4.512.611,36	4.663.031,80	168.329.125,44
	Valor per capita (R\$)	4.760,30	119,51	110,32	5.729,34

Fonte: Elaboração da autora, com base em InfoRoyalties, a partir da Agência Nacional de Petróleo e IBGE. Disponível no site: [www.inforoyalties.ucam-campos.br](http://www.inforoyalties.ucam-campos.br). Consulta efetuada dia 21/06/2010.

\* Municípios integrantes da Microrregião I; \*\* Municípios integrantes da Microrregião II.



### *A FORMULAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR) DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO*

No caso do Rio de Janeiro, em decorrência do grande contingente populacional de seus noventa e dois municípios e da necessidade de organizá-los em regiões e microrregiões de saúde, no mês de julho de 2001 foram realizadas as Oficinas Descentralizadas de Planejamento da Regionalização da Assistência à Saúde nas nove regiões do estado.

O documento final resultante desses trabalhos constituiu-se no Plano Estratégico Regional, que serviu de base para a construção do Plano Diretor de Regionalização, cuja vigência era de 2001 a 2004. Neste PDR, além do planejamento organizacional da estrutura de saúde vigente, estavam presentes projeções relacionadas a mudanças estruturais necessárias para proporcionar uma ampliação ou otimização do acesso do usuário aos serviços de saúde.

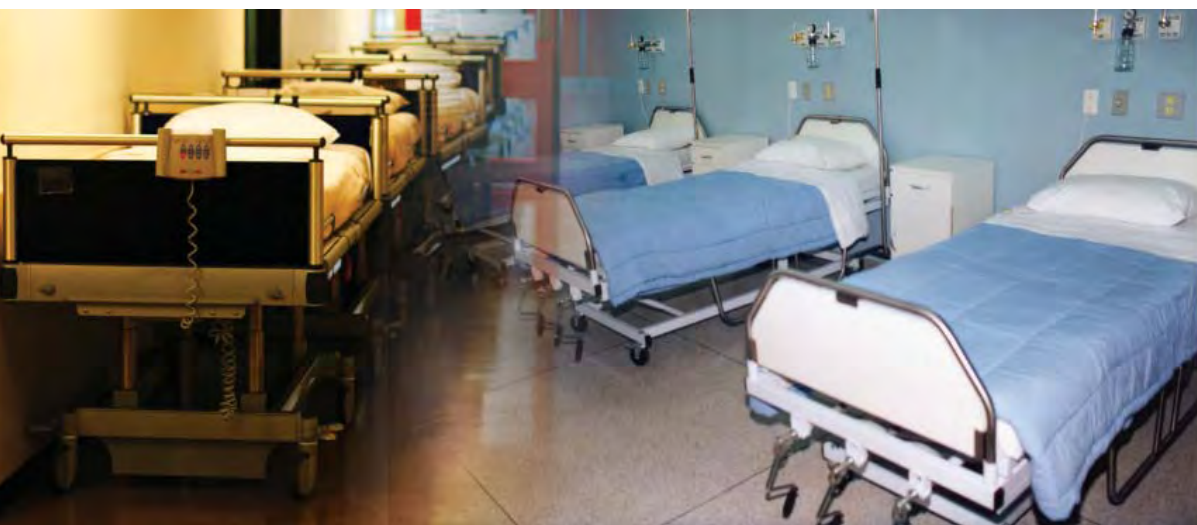
Vale aqui ressaltar que, embora o documento tivesse a sua vigência especificada para o período citado, até os dias atuais não houve publicação oficial de novo Plano, tal o grau

de complexidade que envolve o processo de organização regional.

Para analisar a organização das microrregiões de saúde utilizou-se a Portaria nº 1.101/GM, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os valores registrados com a terminologia “número recomendado” foram calculados utilizando-se esta base de cálculo.

Os dados apresentados se referem ao ano de 2005, já que informações anteriores sobre capacidade instalada de serviços não se encontram disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A tabela 3 demonstra a realidade dos leitos hospitalares disponíveis ao SUS na Microrregião I, vigente no mês de dezembro.

Dentre os municípios da Microrregião Norte I, composta por Carapebus, Macaé, Quissamã e Conceição de Macabu, este último possui a menor receita per capita, mantendo significativa distância para os demais (já que não se beneficia das transferências relativas à participação especial). No entanto, a análise do número de leitos recomendados e disponíveis ao SUS demonstra que ele é o único a apresentar uma relação



positiva entre os leitos. Isso ocorre às custas das principais clínicas básicas (médica, obstétrica e pediátrica), havendo déficit de apenas um leito na clínica cirúrgica.

Em Carapebus não existe unidade hospitalar conveniada ao SUS, resultando na migração de 100% dos pacientes que necessitam de internação para outros locais.

Os municípios de Quissamã e Macaé apresentam um déficit importante de leitos, conforme demonstrado na tabela. No caso desse último, o déficit assume proporções preocupantes. Primeiramente porque há uma insuficiência de leitos para atendimento de sua própria população. Em segundo lugar, por não suprir a necessidade da atenção especializada requerida pelos pacientes de Quissamã (com leitos já deficitários), cuja assistência caracteristicamente é de baixo nível de complexidade. Em terceiro,

porque não é capaz de absorver os municípios de Carapebus que demandem assistência hospitalar, a despeito da proximidade geográfica entre os municípios.

Por tudo isso, a implantação da regionalização na Microrregião Norte I (cujo polo de saúde é Macaé) não se sustenta, por ser inviável sua operacionalização diante da insuficiente capacidade instalada de serviços demonstrada.

Já a Microrregião Norte II é composta por quatro municípios: Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.

É possível separá-los em dois grupos; aqueles que se beneficiam das transferências intergovernamentais referentes aos royalties e participações especiais (Campos dos Goytacazes e São João da Barra) e os que não recebem tais recursos (São Fidélis e São Francisco de Itabapoana).

**Tabela 3 – Número recomendado de leitos hospitalares, de leitos disponíveis ao SUS, por especialidade, por município das Microrregiões Norte I e II. Período: dez/2005**

Leitos por clínica	Microrregião Norte I														
	Carapebus			Conceição de Macabu			Macaé			Quissamã			Total		
	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif
Clínica cirúrgica	5	0	-5	9	8	-1	70	44	-26	7	7	0	91	59	-32
Clínica médica	8	0	-8	16	32	+16	126	84	-42	13	16	+3	163	132	-31
Clínica obstétrica	3	0	-3	6	13	+7	45	21	-24	5	5	0	59	39	-20
Clínica pediátrica	4	0	-4	8	18	+10	66	37	-29	7	5	-2	85	60	-25
Psiquiatria	5	0	-5	9	0	-9	72	0	-72	7	1	-6	93	1	-92
Outros	6	0	-6	10	0	-10	76	1	-75	7	1	-6	99	2	-97
Leitos totais	31	0	-31	58	71	13	455	187	-268	46	35	-11	590	293	-297
Leitos por clínica	Microrregião Norte II														
	Campos dos Goytacazes			São Fidélis			São Francisco de Itabapoana			São João da Barra			Total		
	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif
Clínica cirúrgica	192	330	+138	17	45	+28	21	9	-12	13	12	-1	243	396	+153
Clínica médica	343	426	+83	31	74	+43	37	19	-18	23	14	-9	434	533	+99
Clínica obstétrica	121	109	-12	11	30	+19	13	12	-1	8	10	+2	153	161	+8
Clínica pediátrica	180	211	+31	16	24	+8	19	4	-15	12	10	-2	227	249	+22
Psiquiatria	196	244	+48	18	0	-18	21	0	-21	13	1	-12	248	245	-3
Outros	173	112	-61	16	3	-13	20	1	-19	11	1	-10	220	117	-103
Leitos totais	1.205	1.432	227	109	176	67	131	45	-86	80	48	-32	1.525	1.701	+176

Fonte: Elaboração da autora, com base em Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde no Brasil – CNES. Consulta realizada em março/2009.

Outros leitos: incluem as clínicas de fisiologia, reabilitação, cuidados prolongados e psiquiatria – hospital/dia.

QR = Quantitativo recomendado; QD = Quantitativo disponível ao SUS; Dif. = Diferença.

O município de Campos dos Goytacazes ocupa não só a posição de polo da Microrregião II, mas também para toda a Região Norte. Além de dispor de serviços de maior grau de complexidade, também possui uma situação favorável de leitos hospitalares disponíveis ao SUS, o que acaba por equilibrar o déficit significativo de leitos nos municípios de São Francisco de Itabapoana e São João da Barra (o qual, com exceção da clínica obstétrica, carece de leitos em todas as outras clínicas avaliadas, a despeito do valor da receita per capita de royalties e participações especiais existente).

Por outro lado, o município de São Fidélis, que dentre os da região é o que possui o menor valor per capita, possui uma relação positiva entre número de leitos recomendados e leitos disponíveis, às custas das clínicas básicas (cirúrgica, médica, obstétrica e pediátrica), sugerindo que as migrações de residentes para o polo Campos dos Goytacazes se deem em razão da necessidade de assistência de maior grau de complexidade.

São Francisco de Itabapoana possui carência de leitos em todas as clínicas avaliadas, o que obriga ao encaminhamento de boa parte de seus munícipes para o polo. O atendimento se dá tanto em razão da insuficiência de leitos quanto pelo baixo nível de complexidade dos serviços disponíveis.

Apesar de Campos dos Goytacazes dispor, como já foi dito, de uma situação favorável no número de leitos existentes e disponíveis ao SUS e conseguir suprir a deficiência de leitos verificada em sua microrregião, ele não com-

porta o atendimento da demanda identificada na Microrregião Norte I, a qual não é suprida pelo polo Macaé.

A situação agravou-se nos anos seguintes. Efetuando-se um comparativo entre o quantitativo de leitos registrados no CNES em dezembro/2008 com aqueles existentes no mesmo mês de 2005, verificou-se uma diminuição no quantitativo disponível ao SUS na Microrregião Norte II, principalmente às custas dos municípios de Campos dos Goytacazes e São Fidélis. Enquanto no primeiro houve uma diminuição de 133, o segundo apresentou uma queda de 72 leitos. São João da Barra, que já apresentava déficit em praticamente todas as clínicas, desativou os seus 10 leitos de pediatria. Com isso, a região, que em 2005 apresentava um saldo positivo de 176 leitos, em 2008 totalizava um déficit de 39.

### *O ACESSO À ASSISTÊNCIA HOSPITALAR*

O impacto negativo, gerado pela insuficiência de leitos, afeta todo o Norte Fluminense haja vista uma maior dificuldade em suprir a demanda da Microrregião Norte I, cuja capacidade deficitária instalada mantém-se inalterada entre os anos avaliados. Esta constatação demonstra que não houve mudanças positivas na rede de saúde, apesar de o modelo proposto na regionalização prever um planejamento adequado da rede assistencial, que possa suprir as



demandas da população referenciada e cujas alterações fossem previstas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no de Investimentos (PDI). Diante dessa realidade e considerando a proposta da regionalização, e o papel das redes de saúde na atenção à população adscrita, buscou-se avaliar o impacto sobre o acesso à internação hospitalar.

Como não se encontram dados disponíveis nos sistemas de informação sobre demanda reprimida ou não atendida quando da busca pelo serviço de saúde, propõe-se um cálculo para análise. A metodologia seguiu os seguintes passos: a) identificação do quantitativo populacional, por município, nos anos de 2002, 2005 e 2007; b) identificação da população usuária de planos de saúde, por município e por ano, através da consulta à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Este quantitativo será subtraído da população total do município e o resultado final, utilizado como valor de referência a ser atendido pela rede SUS; c) adotado o percentual de 8% sobre o total da população sem plano de saúde, como cálculo da necessidade de internações/ano, já que a Portaria 1.101 do Ministério da Saúde utiliza como parâmetro os percentuais compreendidos entre 7% e 9%; d) uma vez identificado o quantitativo programado de internações, faz-se um comparativo com o montante existente na base do SIH, referente às internações pagas pelo Ministério da Saúde para municípios da região. Para isso pesquisou-se o histórico das internações de residentes por município da Região Norte Fluminense, independente do local de ocorrência das internações; e) o registro da diferença se deu através do percentual positivo (no caso de as internações realizadas serem em maior número do que as programadas) ou negativo (quando as internações realizadas ficaram aquém do quantitativo programado para a população). A tabela 4 demonstra nos anos de 2002, 2005 e 2007 as informações já mencionadas. Para o cálculo do número de beneficiários de planos

de saúde, utilizou-se a média dos quatro meses informados pela ANS para cada ano, a saber: março, junho, setembro e dezembro.

Nota-se que a estratégia da regionalização não logrou corrigir o déficit de internações hospitalares identificado em 2002. Ao contrário, se naquele ano os municípios de Macaé e Conceição de Macabu eram os únicos a apresentar na Microrregião I algum saldo positivo entre as internações realizadas e as internações programadas, no ano de 2007 apenas Macaé mantinha tal situação.

Na realidade, ao se definir a composição das microrregiões, quando da formulação do Plano Diretor de Regionalização, já existia um grande déficit de leitos hospitalares para suprir a demanda programada.

É fato que não se colocou em prática o que Fleury e Ouverney (2007) nominaram de planejamento integrado. Segundo os autores, na estruturação do processo de territorialização, com vistas à conformação de sistemas funcionais de saúde (previstos pela NOAS), é fundamental uma ação dinâmica dos atores envolvidos. A partir de uma base de provisão de serviços de saúde ao cidadão, o controle e a avaliação são elementos fundamentais para identificar a necessidade de redimensionamento da rede instalada.

Diante desta percepção, o planejamento se coloca à frente das funções gerenciais no sentido de transformar a realidade, exigindo “uma constante ação conjunta em torno do intercâmbio de informações e recursos, da construção de estratégias e de reafirmação de compromissos” (FLEURY E OUVERNEY, 2007, p. 133).

Apesar de o número de leitos hospitalares da Microrregião Norte II ser superior ao recomendado, graças à capacidade instalada de Campos dos Goytacazes, o quantitativo de internações hospitalares ficou aquém do programado. Possivelmente porque, diante da necessidade de suprir o déficit existente na Norte I, além de dar assistência à sua própria clientela adscrita,

**Tabela 4 – População total e com plano de saúde, quantitativo de internações programadas e realizadas por município – Microrregiões Norte I e II. Anos: 2002, 2005 e 2007**

	Ano	Microrregião Norte I				Microrregião Norte II			
		Carapebus	Conceição de Macabu	Macaé	Quissamã	Campos dos Goytacazes	São Fidélis	São Francisco de Itabapoana	São João da Barra
População (IBGE)	2002	9.338	19.050	144.603	14.899	413.749	37.035	41.430	28.108
	2005	10.246	19.389	161.235	16.573	422.298	37.343	41.787	28.646
	2007	10.899	19.618	173.373	17.792	428.095	37.550	42.027	29.011
Média do número de beneficiários de planos de saúde	2002	339	1.463	52.543	504	47.086	2.113	412	1.163
	2005	674	2.349	79.568	820	61.454	2.542	536	1.683
	2007	1.040	2.853	99.116	1.280	78.690	2.954	972	1.985
Quantidade estimada de internação/ano (8% da população)	2002	720	1.407	7.365	1.152	29.333	2.794	3.281	2.156
	2005	766	1.363	6.533	1.260	28.868	2.784	3.300	2.157
	2007	789	1.341	5.941	1.321	27.952	2.768	3.284	2.162
Quantitativo de internações registradas no SIH de municípios da Região Norte	2002	222	1.424	7.466	978	30.251	3.324	2.612	2.077
	2005	162	1.420	4.656	932	30.695	3.128	2.040	1.584
	2007	266	1.019	6.496	1.196	30.347	3.254	2.055	1.824
Diferença percentual	2002	-69,16	+1,21	+1,37	-15,1	+3,13	+18,97	-20,39	-3,66
	2005	-78,85	+4,19	-28,73	-26,03	+6,33	+12,36	-38,18	-26,56
	2007	-66,28	-24,01	+9,35	-9,46	+8,57	+17,56	-37,42	-15,63

Fonte: Elaboração da autora, com base em Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), DATASUS e ANS. Consulta realizada em março/2009.

o polo não consegue atender toda a demanda. Mesmo porque não foi planejado para tal. Campos dos Goytacazes e São Fidélis foram os únicos, nos três anos estudados, em que o quantitativo realizado foi maior do que o programado. Déficits significativos foram identificados, como os dos municípios de Carapebus e de São Francisco de Itabapoana, suscitando preocupação sobre a situação do contingente da população que não obtém acesso aos serviços de saúde.

No caso de Conceição de Macabu, a avaliação do período mostrou um percentual positivo nos dois primeiros anos, tornando-se negativo em 2007. Entre os oito municípios da região, cinco deles apresentaram situação semelhante no mesmo ano: houve menos internações do que o esperado. Os que não se enquadraram nessa realidade foram Campos dos Goytacazes, São Fidélis e Macaé.

Alguns municípios, principalmente São Francisco de Itabapoana e São João da Barra, apesar de disporem de uma unidade hospitalar instalada, apresentam graves problemas locais, que difi-

cultam o acesso da população ao serviço e que resultam na transferência dos pacientes para outros municípios (principalmente Campos dos Goytacazes). Os dados apresentados no Caderno de Informações em Saúde (SESDEC, 2009) apontam que mais de 50% das internações de ambos ocorrem fora do local de residência. As dificuldades no acesso à internação hospitalar assumem proporções diferenciadas, de acordo com o município avaliado. Informações colhidas indicam a existência de um sistema alternativo para a solução dos problemas identificados. Trata-se do custeio de internações na rede privada, utilizando-se de recursos municipais próprios para pagamento. Isso justificaria o fato de essas internações não aparecerem no sistema do SUS e, ao mesmo tempo, de não se ter notícias locais a respeito de grande mobilização da população por atendimento hospitalar.

#### **O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 NO NÍVEL REGIONAL**

Mendes (2004) acredita que um dos motivos do

insucesso na implantação da NOAS se encontra no dilema econômico presente no SUS. Em razão da instabilidade dos recursos do Orçamento da Seguridade Social, buscaram-se alternativas no sentido de garantir novas fontes para dar seguimento à implantação do SUS. Uma delas foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) em 1997 e que já no primeiro ano de vigência respondeu pelo equivalente a 6,45% da arrecadação total do governo federal (MANSUR, 2001).

No entanto, logo se identificou uma desvirtuação da proposta alocativa inicial: a elevação da alíquota nos exercícios financeiros dos anos de 1999, 2000 e 2001 destinou o percentual acrescido à Previdência Social (OLIVEIRA, 2006). Para isso contribuiu o fato de que, conforme ressaltam Ugá e Marques (2005), dentro da regulamentação que define o Orçamento da Seguridade Social, não há registros acerca do montante destinado à previdência, saúde e assistência social.

Uma nova tentativa para resolver os problemas financeiros do setor, buscando uma estabilidade orçamentária, foi a aprovação da EC 29. Confor-

me a redação da Emenda, até o final de 2004 os Estados e o Distrito Federal deveriam destinar 12% dos impostos e outras receitas arrecadadas – em conformidade aos artigos 155, 157 e 159 da Constituição Federal (CF) – enquanto os municípios destinariam 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos, especificados nos artigos 156, 158 e 159 da CF, para financiar as ações e serviços de saúde. De fato, o que se observou a partir da Emenda Constitucional 29 foi um menor percentual (9%) para o nível federal, enquanto os municípios ficaram com a obrigatoriedade da aplicação em saúde de 15% sobre as receitas próprias, superando os 12% exigidos dos estados. Pierson (1994) chama a atenção para evidências que demonstram o impacto da descentralização fiscal na redução de despesas com as políticas sociais por parte do governo central. No âmbito da Região Norte Fluminense, análises do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) comprovam que, em sua maioria, os municípios ultrapassam o percentual definido, o que pode ser visualizado a seguir.

**Tabela 5 – Percentual de recursos próprios aplicados em Saúde por ano, segundo municípios da Região Norte Fluminense. Período: 2002 a 2009**

Municípios	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Campos dos Goytacazes	-1,61	24,27	39,19	39,67	85,34	5,30	Não informado	Não informado
Carapebus	37,40	52,67	65,80	52,00	44,93	39,14	34,10	25,92
Conceição de Macabu	35,74	45,22	33,37	25,33	28,97	22,40	18,78	22,56
Macaé	19,88	35,04	50,82	32,00	35,36	33,71	21,29	22,23
Quissamã	25,79	31,42	23,29	27,39	61,18	63,33	5,62	16,67
São Fidélis	22,05	17,70	17,73	18,56	18,45	16,24	16,80	17,85
São Francisco de Itabapoana	18,56	21,44	28,87	26,12	20,72	19,03	17,61	21,29
São João da Barra	25,23	33,60	41,26	59,59	55,45	17,46	16,04	22,87

Fonte: Elaboração da autora, com base em SIOPS – indicadores Municipais. Consulta feita em julho/2010.

A análise simples dos números registrados na tabela acima induz a uma conclusão equivocada. Ao se verificar, por exemplo, a coluna do ano de 2005, são significativos os percentuais de recursos próprios destinados à saúde, muito acima dos 15% definidos pela Emenda. Carapebus e São João da Barra destinaram mais de 50%, alcançando os maiores percentuais. Mas a EC 29, de caráter nacional, ao especificar o patamar mínimo e obrigatório de recursos oriundos da receita de impostos a serem aplicados em saúde, deixa de fora outras receitas a exemplo dos royalties. Assim, a grande fonte geradora de recursos financeiros para a maioria dos municípios da Região Norte Fluminense não é abarcada pela Emenda. Vale dizer que aproximadamente 70%, 54%, 65% e 81% dos orçamentos dos municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Quissamã e São João da Barra, respectivamente, ficam desobrigados

do cálculo percentual para aplicação em ações e serviços de saúde, já que são recursos advindos de royalties (TCE-RJ, 2003).

A análise dos dados expostos na tabela anterior também chama a atenção para o descumprimento da lei, quer seja pelos valores aquém do definido (Campos dos Goytacazes nos anos 2002 e 2007, Quissamã em 2008), quer seja pela ausência de alimentação do SIOPS (Campos dos Goytacazes em 2008 e 2009). Nota-se que a falta de fiscalização com relação ao atendimento às regras definidas, com consequente penalização dos entes federativos que as descumprirem, dificulta o cumprimento das responsabilidades sociais dos gestores estaduais e municipais. Arretche (2000) afirma que a existência de regras constitucionais bem definidas e a decisão quanto à sua implementação são componentes decisivos para o sucesso de um programa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo da municipalização não foi capaz de evitar a continuidade das significativas desigualdades nas redes instaladas de serviços de saúde. Isso levou o Ministério a recorrer à estratégia da regionalização como meio de induzir a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas.

Como descrito, a NOAS não alcançou os objetivos pretendidos. Não se pode fugir desta constatação ao criar normatizações novas, que busquem soluções para os problemas de acesso aos serviços de saúde. Por mais que se recomendem pactuações intergestores, planejamento, avaliações quanto ao cumprimento de metas, análise sobre a melhoria das condições de saúde da população – todos eles de fundamental importância – não se vislumbra, a longo prazo, a manutenção de práticas cooperativas, indispensáveis na estratégia da regionalização, caso não se institua instrumentos formais que mantenham o grupo de entes federativos coesos, coordenando seu funcionamento de maneira coletiva.

Um retrato disso foi apresentado no corpo deste trabalho. De fato, a despeito da implementação da regionalização no Norte Fluminense, consolidada com a formulação do PDR/RJ, não houve ampliação do acesso à internação hospitalar. Ao contrário, para alguns municípios o déficit entre o número de internações programadas x realizadas assume proporções preocupantes.

Fleury e Ouverney (2007) ressaltam que os avanços advindos com a democracia, ampliando o campo das políticas sociais e o surgimento de sujeitos políticos que cobrem do Estado o atendimento de suas demandas, contrastam com a incapacidade governamental de oferecer soluções, em tempo hábil, a esta nova realidade.

No campo da saúde, a incapacidade pode ser retratada nos aspectos estruturais (de rede instalada de serviços), de recursos humanos (escassez de profissionais de saúde), gerenciais (baixa autonomia de planejamento, controle e avaliação) e financeiros. A noção de rede então se encontra na cooperação de atores distintos que possuam objetivos comuns e que troquem recursos entre si a fim de alcançá-los.

Mas a despeito disso, não se pode esquecer que os entes são autônomos e que possuem perfis institucionais distintos. Isso se apresenta como o grande dilema na manutenção da estratégia de formação de redes e na implementação real do modelo cooperativo, já que atores com maior quantidade de recursos tendem a ditar as regras do jogo, pleiteando para si próprios um maior grau de poder.

Como o estabelecimento de uma estrutura hierarquizada desconstrói a dinâmica cooperativa da rede, o desafio está em instituir instrumentos que possibilitem a coexistência de poderes, a manutenção da autonomia dos municípios envolvidos, o controle das atividades realizadas e que todo o processo



seja facilmente visualizado por todos os integrantes da própria rede. Assim, torna-se mais fácil o planejamento coletivo, o controle das ações e serviços produzidos, a análise dos resultados alcançados e, naturalmente, a realização da prestação de contas (**accountability**) relativa aos recursos empregados (FLEURY E OUVÉRY, 2007).

Este estudo se propôs a trazer à tona a realidade vigente na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, que provavelmente é uma reprodução de tantas outras existentes pelos diversos Brasis.

Para além das Portarias e Instruções Normativas, a regionalização se insere em um contexto de insuficiência de recursos financeiros, práticas individualizadas herdadas de uma municipalização autárquica, fontes de informação imprecisas, redes de saúde dispare entre os municípios e estados brasileiros, além de uma grande variação dos potenciais econômico/político/administrativo.

Por isso mesmo, compete ao Governo Federal e aos Estaduais instituírem novas regras e/ou criar estímulos aos municípios, no sentido de, a despeito da autonomia garantida pelo federalismo brasileiro, adotarem práticas de cooperação, criando uma visão coletiva de pertencimento a uma rede de saúde, e sem a qual não será possível a consolidação efetiva do modelo regionalizado.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando L. **Descentralização e coordenação federativa no Brasil**: lições dos anos FHC. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil. Curso de Aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Escola Nacional de Administração Pública, novembro de 2004 (mimeo).
- ARRETCHE, Marta T. **Estado federativo e políticas sociais**: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
- BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 12 mar. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002**. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em: 10 fev. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. 2. ed. Brasília, 2002.
- FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FLEURY, Sônia; OUVREY, Assis M. **Gestão de redes**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- MANSUR, Marília C. **O financiamento federal da saúde**: tendências da década de 1990. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- MENDES, Eugênio V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS**. Brasília, 2004. (CONASS Documenta, 6). P. 28-61.
- OLIVEIRA, Jaira Calil S. **Regionalização da assistência à saúde**: um estudo dos limites à implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – na região norte do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Política Social)–Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2006.
- PACHECO, Carlos A. G. O impacto dos royalties do petróleo no desenvolvimento econômico dos municípios da região norte fluminense. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE P&D EM PETRÓLEO E GÁS, 3., 2005, Salvador. **Anais...** Rio de Janeiro: IBP, 2005.
- PIERSON, Paul. **Dismantling the welfare state?** Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. **Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2001/2004**. Rio de Janeiro, 2001.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. **Cademo de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2009.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Tribunal de Contas. Secretaria Geral de Planejamento. **Estudo Socioeconômico**. Rio de Janeiro, 2003.
- SOUZA, Renilson R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.
- UGÁ, Maria A. D.; MARQUES, Rosa M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- VIANA, Ana L. D'Á; IBÁÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo E. M.; LIMA, Luciana D.; ALBUQUERQUE, Mariana V.; IOZZI, Fabiola L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.