

Universidade Federal Fluminense
Centro de Estudos Sociais Aplicados
Escola de Serviço Social
Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social

JAIRA CALIL SIQUEIRA DE OLIVEIRA

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 apresentada à Universidade Federal Fluminense como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Política Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a LENAURA DE VASCONCELOS COSTA LOBATO

Campos dos Goytacazes/RJ

Fevereiro de 2006



Universidade Federal Fluminense
Centro de Estudos Sociais Aplicados
Escola de Serviço Social
Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social

**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 apresentada por
JAIRA CALIL SIQUEIRA DE OLIVEIRA

Aprovada em 21 de fevereiro de 2006
pela Comissão Examinadora

Profª Drª Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Presidente
Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Ligia Giovanella – 1ª Examinadora
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Profª Drª Mônica de Castro Maia Senna – 2ª Examinadora
Universidade Federal Fluminense

A você, Haroldo,

Que esteve comigo em cada passo desta dissertação, **clareando** as minhas tantas dúvidas...

Que me fez perceber, **claramente**, o quanto o amor é paciente...

Que é a mais **clara** prova de que o destino existe...

O **nosso** muito obrigada!!

AGRADECIMENTOS

A Surama, que me apresentou ao edital do processo seletivo deste Mestrado, convencendo-me ser capaz de entrar na disputa por uma vaga, apesar dos mais de 10 anos voltados apenas às questões inerentes à Medicina.

A Benedito, por toda a força, bom humor e opiniões diretas nas horas necessárias, inclusive sobre o próprio Projeto de Pesquisa. Pelo contínuo acompanhamento, quer seja de perto ou de longe, de cada etapa vencida neste processo e pela torcida sincera, que só os amigos se permitem sentir.

Aos alunos do curso, que demonstraram ser possível a existência de companheirismo, cumplicidade, união, superação e principalmente boa vontade e bom humor diante de tamanha heterogeneidade de espíritos.

Aos professores da Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense, por possibilitarem meu crescimento como pessoa, apresentando-me a uma nova realidade, que apesar de sempre presente, não era percebida pela então apenas profissional da área médica. Meus agradecimentos por me apresentarem tanta leitura, exigirem trabalhos tão elaborados, tirarem minhas (já poucas) horas de sono, buscarem o máximo sempre que as forças já estavam no mínimo, mas, sobretudo, fazerem isso sem que, em momento algum, permitissem sequer que a sombra da desistência permeasse meu pensamento.

À minha orientadora, Lenaura Lobato, pela sutileza com a qual sempre demonstrou meus equívocos, estimulando-me a superá-los e a superar também a mim mesma, diante dos poucos (confesso) momentos de desânimo do curso.

Aos funcionários do Núcleo de Controle e Avaliação das Secretarias Municipais de Saúde de Campos dos Goytacazes e Macaé, por disponibilizarem os dados constantes nessa dissertação. Em especial a Tátilla, por sua boa vontade e presteza em sempre buscar as melhores soluções para os problemas que se apresentaram.

A Fabiana, por ser uma pessoa mutável na medida de minha necessidade: mãe, amiga, irmã, conselheira, colega de trabalho e tantas outras formas quanto se fizerem necessárias.

À minha família, pela criação, pelo zelo, pela formação, pela vigília e pelo porto seguro.

SUMÁRIO

Lista de quadros	08
Resumo	15
Abstract	17
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO I	
<i>O modelo de proteção social brasileiro: resgate histórico</i>	25
<i>A Reforma Sanitária: primórdios e ideais</i>	31
<i>A Constituição Brasileira de 1988</i>	36
<i>A criação e os princípios do Sistema Único de Saúde</i>	38
<i>Lei Orgânica da Saúde e a legislação infraconstitucional</i>	43
CAPÍTULO II	
<i>NOAS: Uma nova estratégia para reorganização da atenção</i>	51
<i>Programação Pactuada e Integrada (PPI) e sua relação com o financiamento da assistência</i>	58
<i>A metodologia utilizada na formulação do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro</i>	63
<i>A conformação geográfica do Estado do Rio de Janeiro</i>	65
CAPÍTULO III	
<i>A Região Norte Fluminense</i>	72
<i>Campos dos Goytacazes</i>	77
<i>São Francisco de Itabapoana</i>	84
<i>São João da Barra</i>	87
<i>São Fidélis</i>	90
<i>Cardoso Moreira</i>	93
<i>Conceição de Macabu</i>	97
<i>Quissamã</i>	99
<i>Macaé</i>	102
<i>Carapebus</i>	106

<i>Análises consolidadas</i>	109
CAPÍTULO IV	
<i>O financiamento da assistência ambulatorial e hospitalar</i>	115
<i>O faturamento hospitalar do município de Campos dos Goytacazes</i>	119
<i>O faturamento hospitalar do município de Macaé</i>	135
<i>O faturamento ambulatorial do município de Campos dos Goytacazes</i>	141
<i>O faturamento ambulatorial do município de Macaé</i>	150
CAPÍTULO V	
<i>Os entraves a serem superados</i>	158
<i>A rede assistencial local</i>	161
<i>O orçamento da saúde na região</i>	167
<i>A participação social</i>	176
<i>A cooperação intergestores</i>	183
<i>A NOAS na visão dos gestores municipais</i>	185
<i>A proposta do financiamento regional da atenção à saúde</i>	188
CONSIDERAÇÕES FINAIS	198
ANEXOS	205
NOTAS	210
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	223

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Normas Operacionais Básicas	46
Quadro 2	Região de Saúde Baía da Ilha Grande	66
Quadro 3	Região de Saúde Baixada Litorânea	66
Quadro 4	Região de Saúde Centro-Sul	67
Quadro 5	Região de Saúde Norte	67
Quadro 6	Região de Saúde Metropolitana I	68
Quadro 7	Região de Saúde Metropolitana II	69
Quadro 8	Região de Saúde Noroeste	69
Quadro 9	Região de Saúde Serrana	70
Quadro 10	Região de Saúde do Médio Paraíba	71
Quadro 11	Valores dos royalties do petróleo, por município da Região Norte Fluminense – 1998 a 2000	74
Quadro 12	Relação de população por município e valor per capita dos royalties do petróleo/2000	75
Quadro 13	Receita de royalties, receita total, participações especiais – 1999 e 2000 (em milhões de reais)	75
Quadro 14	Evolução do PIB estadual em valores correntes (em milhões de reais) – 1996 a 2001	76
Quadro 15	Participação das regiões no PIB estadual 2001 com a Capital e a Plataforma Continental – R\$ 160 bilhões	76
Quadro 16	Participação das regiões no PIB estadual 2001, excluída a Bacia de Campos – R\$ 129,6 bilhões	77
Quadro 17	População municipal x população regional. Anos 2000 a 2004. Campos dos Goytacazes	78
Quadro 18	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Campos dos Goytacazes	79
Quadro 19	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Campos dos Goytacazes	80
Quadro 20	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Campos dos Goytacazes	80
Quadro 21	Distribuição da rede de saúde local. Campos dos Goytacazes	81
Quadro 22	Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Campos dos Goytacazes	81
Quadro 23	Capacidade instalada de serviços de alta complexidade em neurocirurgia e UTI tipo II. Campos dos Goytacazes	82

Quadro 24	Capacidade instalada de serviços de alta complexidade em UTI tipo III, urgência/emergência, neurocirurgia e cardiologia. Campos dos Goytacazes	83
Quadro 25	Capacidade instalada de serviços de alta complexidade em oncologia, UTI tipo II e neurocirurgia. Campos dos Goytacazes	83
Quadro 26	População municipal x população regional. 2000 a 2004. São Francisco de Itabapoana	84
Quadro 27	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. São Francisco de Itabapoana	85
Quadro 28	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. São Francisco de Itabapoana	85
Quadro 29	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. São Francisco de Itabapoana	86
Quadro 30	Distribuição da rede de saúde local. São Francisco de Itabapoana	86
Quadro 31	Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. São Francisco de Itabapoana	86
Quadro 32	População municipal x população regional. 2000 a 2004. São João da Barra	88
Quadro 33	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. São João da Barra	88
Quadro 34	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. São João da Barra	89
Quadro 35	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. São João da Barra	89
Quadro 36	Distribuição da rede de saúde local. São João da Barra	90
Quadro 37	Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. São João da Barra	90
Quadro 38	População municipal x população regional. 2000 a 2004. São Fidélis	91
Quadro 39	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. São Fidélis	91
Quadro 40	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. São Fidélis	92
Quadro 41	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. São Fidélis	92
Quadro 42	Distribuição da rede de saúde local. São Fidélis	93
Quadro 43	Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. São Fidélis	93
Quadro 44	População municipal x população regional. 2000 a 2004. Cardoso Moreira	94
Quadro 45	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Cardoso Moreira	95

Quadro 46	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Cardoso Moreira	95
Quadro 47	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Cardoso Moreira	96
Quadro 48	Distribuição da rede de saúde local. Cardoso Moreira	96
Quadro 49	População municipal x população regional. 2000 a 2004. Conceição de Macabu	97
Quadro 50	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Conceição de Macabu	97
Quadro 51	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Conceição de Macabu	98
Quadro 52	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Conceição de Macabu	98
Quadro 53	Distribuição da rede de saúde local. Conceição de Macabu	98
Quadro 54	Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Conceição de Macabu	99
Quadro 55	População municipal x população regional. 2000 a 2004. Quissamã	100
Quadro 56	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Quissamã	100
Quadro 57	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Quissamã	101
Quadro 58	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Quissamã	101
Quadro 59	Distribuição da rede de saúde local. Quissamã	102
Quadro 60	Quadro 60 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Quissamã	102
Quadro 61	População municipal x população regional. 2000 a 2004. Macaé	103
Quadro 62	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Macaé	104
Quadro 63	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Macaé	104
Quadro 64	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Macaé	104
Quadro 65	Quadro 65 - Distribuição da rede de saúde local. Macaé	105
Quadro 66	Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Macaé	106
Quadro 67	População municipal x população regional. 2000 a 2004. Carapebus	106
Quadro 68	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Carapebus	107

Quadro 69	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Carapebus	107
Quadro 70	Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Carapebus	108
Quadro 71	Distribuição da rede de saúde local. Carapebus	108
Quadro 72	Escalonamento dos municípios da Região Norte Fluminense, no ranking do IDH-M estadual e nacional	109
Quadro 73	Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000	110
Quadro 74	Participação por município no PIB da Região Norte Fluminense – Ano 2001	110
Quadro 75	Renda per capita média dos municípios de Niterói e da Região Norte Fluminense. Ano base 2000	111
Quadro 76	Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe da família – 2000	112
Quadro 77	Indicadores de longevidade e mortalidade da Região Norte Fluminense e Niterói. Ano base 2000	113
Quadro 78	Valor financeiro global anual e per capita destinado aos procedimentos de alta e média complexidade para as Unidades da Federação	120
Quadro 79	Demonstrativo de valores pagos em quimioterapia de pacientes do município de Campos dos Goytacazes x outros municípios. Ano base: 2002	122
Quadro 80	Demonstrativo de valores pagos em radioterapia de pacientes do município de Campos dos Goytacazes x outros municípios. Ano base: 2002	123
Quadro 81	Demonstrativo de valores pagos em terapia renal substitutiva de pacientes do município de Campos dos Goytacazes x outros municípios. Ano base: 2002	123
Quadro 82	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2002	127
Quadro 83	Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2002	128
Quadro 84	Valor médio, em reais, de AIH das clínicas básicas dos anos 1998 a 2004	131
Quadro 85	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2003	132

Quadro 86	Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2003	133
Quadro 87	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2004	134
Quadro 88	Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2004	134
Quadro 89	Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Consolidado dos anos 2002, 2003 e 2004	135
Quadro 90	Teto financeiro x valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde x sobra de teto. Ano base: 2002	136
Quadro 91	Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2002	137
Quadro 92	Teto financeiro x valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde x sobra de teto. Ano base: 2003	138
Quadro 93	Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2003	138
Quadro 94	Teto financeiro x valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde x sobra de teto. Ano base: 2004	140
Quadro 95	Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2004	140
Quadro 96	Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Consolidado dos anos 2002, 2003 e 2004	141
Quadro 97	Relação de municípios que alocam recursos financeiros da Programação Pactuada e Integrada para Campos dos Goytacazes	142

Quadro 98	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2002	144
Quadro 99	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2002	145
Quadro 100	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2003	146
Quadro 101	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2003	147
Quadro 102	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2004	148
Quadro 103	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência oncológica x teto financeiro municipal x diferença. Ano base: 2004	149
Quadro 104	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2004	150
Quadro 105	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2002	151
Quadro 106	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2002	152
Quadro 107	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2003	153
Quadro 108	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2003	153

Quadro 109	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2004	155
Quadro 110	Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2004	155
Quadro 111	Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião Norte I	163
Quadro 112	Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião I	164
Quadro 113	Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião Norte II	165
Quadro 114	Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião II	166
Quadro 115	Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, segundo municípios	168
Quadro 116	Comparativo entre percentual de recursos próprios aplicados em saúde por município da Região Norte Fluminense x capacidade instalada de leitos hospitalares. Ano base 2001	170
Quadro 117	Despesas totais por habitante x despesas por habitante com recursos próprios em saúde. Microrregião Norte I	171
Quadro 118	Despesas totais por habitante x despesas por habitante com recursos próprios em saúde. Microrregião Norte II	174
Quadro 119	Criação, composição dos Conselhos Municipais de Saúde x população residente/2004	180
Quadro 120	Perfil dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte Fluminense ..	182
Quadro 121	Perfil político da Região Norte Fluminense	184
Quadro 122	Demonstrativo dos fatores que dificultam a implantação da NOAS	186
Quadro 123	Consolidado das respostas obtidas mediante aplicação do Questionário aos Gestores Municipais	187
Quadro 124	Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte II	190
Quadro 125	Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte II	192
Quadro 126	Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte I	196
Quadro 127	Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte I	197

RESUMO

Após a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), a regionalização assume papel relevante na ampliação aos serviços de saúde nos diversos níveis de complexidade do sistema.

Este estudo avalia o processo de regionalização na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, composta por nove municípios, quais sejam: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. Para tanto, diversas questões foram abordadas, tais como: a capacidade instalada de serviços de saúde, mediante comparativo efetuado entre quantitativo recomendado e quantitativo existente (constante do banco de dados do SUS); a participação social no que tange às discussões relativas ao modelo assistencial a ser adotado regionalmente; vontade e credibilidade política do gestor quanto à implementação da Norma, avaliadas a partir da análise dos resultados obtidos com a aplicação de um questionário aos Secretários de Saúde da região; discussões voltadas ao financiamento da assistência e abordagem dos processos de faturamentos ambulatoriais e hospitalares dos municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé, pólos de saúde da região.

As análises efetuadas demonstram a existência de obstáculos significativos à implantação da NOAS. Estes perpassam pelo não cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 por parte dos municípios envolvidos; pela insuficiência de recursos financeiros nos anos de 2002, 2003 e 2004, para custeio da assistência à saúde tanto ambulatorial quanto hospitalar no pólo de Campos dos Goytacazes, e apenas para a área ambulatorial em Macaé; pelo montante de recursos financeiros próprios aplicados em saúde pelos municípios e a interligação existente com a capacidade instalada de serviços vigente, comprovando que a baixa oferta está diretamente ligada a maiores gastos com saúde, tendo em vista a garantia da assistência sob caráter privado; o papel da Secretaria de Estado de Saúde no processo de distribuição de recursos financeiros aos municípios não habilitados em gestão plena do sistema municipal, utilizando-se de critérios mal definidos para tal alocação, contribuindo para o desconhecimento, por parte dos gestores municipais e da própria Comissão Intergestores Bipartite, das interfaces que envolvem o sistema de faturamento.

Por fim, diante da demonstração da insuficiência de tais recursos em face das realidades locais, abordamos algumas alternativas para minimizar a situação

vigente, as quais perpassam pela cooperação intergestores, a participação social atuante e a criação de um teto financeiro regional.

ABSTRACT

After the publication of the Operational Rule of the Health Care (NOAS), the regionalization assumes an important role on the magnification to the health service at several levels of complexity of the system.

This project evaluates the process of regionalization in the North Region of the State of Rio de Janeiro, composed by nine cities, such as: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Cardoso Moreira, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana and São João da Barra. Therefore, various questions were approached, such as: the installed capacity for the health service, the comparative between the recommended quantitative and the existent quantitative (a constant of a database from SUS); the social participation concerning the controversies about the assistance model that must be regionally adopted; political will and credibility of the administrator compared to the implementation of the Rule, evaluated from an analysis of results obtained with the application of a questionnaire to the Health Secretaries from the region; discussions about the floating of the assistance and approaches of the process of first aid and nosocomial invoicing from the cities from Campos dos Goytacazes and Macaé, health poles of the region.

The analyses demonstrate the existence of significative obstruction to the implantation of NOAS. These ones roamed over the disobedience of the Constitutional Amendment number 29 by the involved cities; by the insufficiency of the financial resource in 2002, 2003 and 2004, for the support of the health assistance both of first aid and nosocomial in the pole of Campos dos Goytacazes, and just for the first aid area in Macaé; by the sum of the own financial resources applicated in health by the cities and the existent interconnection with the installed capacity of the actual services, proving that the low supply is directly associated with the biggest cost of health, basing the assistance assurance on the private character; the role of the Health Secretary of the State in the process of distribution of financial resources to the cities non qualified in ample management of the municipal system, using bad defined criteria for such destination, contributing to the unknown by the municipal managers and by the own “Commission Among Managers”, of interfaces which involve the invoicing system.

Finally, up against the demonstration of insufficiency of such resources in view of the local reality, we have approached some alternatives to minimize the

actual situation, which some of them roam the co-operation among managers, the active social participation and the creation of a regional financial limit.

INTRODUÇÃO

Os dados relativos a esta dissertação buscam conhecimentos a respeito da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que propõe a regionalização como estratégia para solucionar as distorções existentes no que tange à oferta de ações e serviços de saúde à população, na vigência de grandes desigualdades nas estruturas econômicas, sociais, administrativas e de rede assistencial dos diversos entes federativos.

A partir destes conhecimentos, o objetivo central encontra-se na identificação das perspectivas e limitações para implantação da referida Norma na Região Norte do Estado do Rio de Janeiro, composta por nove municípios bastante distintos entre si. Quando iniciamos nossa pesquisa, apesar das várias reuniões já ocorridas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde/RJ e no espaço do Consórcio Intermunicipal da Região, e de já existir um Plano Diretor de Regionalização (PDR), em nível estadual, desconhecia-se o prazo para que, efetivamente, se operacionalizasse o processo. Na realidade, diante de toda a conjuntura vigente, não bastava a intenção de se colocar em prática a proposta da regionalização. Era necessário vencer uma série de obstáculos relacionados ao financiamento da assistência, às divergências políticas, ao controle social efetivo, à vontade política do gestor em implantar a Norma, à rede instalada de serviços de saúde, à perspectiva de cooperação intermunicipal etc. Sendo assim, acreditávamos que o Plano Diretor de Regionalização, idealizado pela Secretaria de Estado de Saúde após a realização de algumas reuniões com as diversas regiões do Rio de Janeiro, não se implantaria alicerçado apenas nos arranjos teóricos estruturados pela NOAS – os quais dividiam o território estadual em municípios sede de módulo assistencial, município-pólo, micro e macrorregião de saúde etc – que foi formulada em nível federal, instituindo recortes padronizados de áreas de saúde, a serem implantadas nacionalmente, sem talvez considerar as marcantes diversidades existentes entre os entes federativos. Os pontos cruciais para o sucesso ou não do Plano encontravam-se no locus regional, embora sofressem interferências das políticas federais e estaduais.

No ano de 2002, o município de Campos dos Goytacazes atravessava um período conturbado, relacionado ao custeio das ações e serviços de saúde, quer fossem ambulatoriais ou hospitalares, realizados nas unidades prestadoras de serviço ao SUS. O fato de ocupar uma posição de destaque – sendo considerado pólo assistencial na região Norte-Fluminense, em decorrência da existência de diversos serviços especializados –

resultava na migração espontânea e também referenciada de pacientes de municípios vizinhos para a utilização de serviços não existentes em seus locais de residência. Esta prática impactava os gastos totais com saúde no município de Campos dos Goytacazes, que possuía recursos programados compatíveis com sua população e com as séries históricas de utilização – as quais foram calculadas previamente à instalação da maior parte de serviços especializados.

A consequência desse processo, depois de repetidos meses de despesas maiores que as receitas disponíveis, foi uma grande dívida junto aos prestadores de serviços, motivando o ingresso destes junto ao Ministério Público Estadual. A representação dos hospitais junto ao mencionado Órgão buscava o recebimento dos valores referentes aos serviços efetivamente realizados, já que as instituições hospitalares alegavam a impossibilidade de continuarem seu atendimento, tendo em vista o elevado índice de inadimplência no qual se encontravam junto aos fornecedores e funcionários. Caso os recursos disponibilizados pelo SUS não fossem suficientes, solicitava-se que a própria Prefeitura complementasse tais valores com recursos próprios.

Considerando que a interrupção coletiva do atendimento por parte dos requerentes caracterizar-se-ia como situação de calamidade pública, foi assinado, no dia 31 de julho de 2002, um Termo de Ajustamento de Conduta, no qual o município se responsabilizava pelo pagamento de todos os valores que excedessem o teto orçamentário destinado ao custeio das internações ocorridas a partir de julho de 2002. Para tanto, foi sancionada a Lei Municipal nº 7.280, de 22 de agosto de 2002.

Ao mesmo tempo em que as discussões ocorriam no âmbito do Ministério Público, a situação também era transportada para as reuniões do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Norte Fluminense. Como Campos dos Goytacazes poderia arcar com despesas que, apesar de originárias dentro de sua área geográfica, estavam também relacionadas a pacientes oriundos de municípios circunvizinhos, os quais se direcionavam ao pólo para utilização de serviços de alta complexidade e, por conseguinte mais caros?

Diante da problemática que se apresentava e coincidindo com a publicação da NOAS – que poderia se transformar na solução da situação vigente – decidi aprofundar-me nas questões inerentes ao novo modelo de saúde proposto pela Norma, pois como acredito que acontece com diversos profissionais ligados à área, apesar de trabalhar junto à gestão municipal, ocupando então o cargo de Subsecretária

de Saúde, não conhecia o processo no qual estava inserida. Em busca de tais objetivos, primeiramente tornava-se necessário conhecer os primórdios da saúde pública de nosso país. Buscamos, através do Capítulo I, realizar um resgate histórico do surgimento do modelo de proteção social brasileiro, mediante a necessidade de regular a força de trabalho existente, em consonância aos interesses capitalistas gerados com a industrialização. Evoluímos, transcorrendo sobre o citado modelo nos distintos períodos políticos vivenciados pela nação e, através desse processo, chegamos até o surgimento do nosso Sistema Único de Saúde e de todos os obstáculos existentes à sua consolidação. Assim, a partir do entendimento desta formação, torna-se possível buscar inter-relações entre o passado e o presente, permitindo a compreensão da grande complexidade que permeia a mudança.

No Capítulo II, fazemos uma apresentação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, abordando a sua proposta mediante a conformação de regiões de saúde em níveis de complexidade crescentes. Citamos ainda a metodologia de alocação dos recursos financeiros entre os diversos municípios do Estado do Rio de Janeiro, tendo como eixo central a Programação Pactuada e Integrada (PPI) intergestores, a fim de garantir o acesso da população aos serviços de média complexidade e às internações hospitalares não disponíveis em um determinado município, mediante a disponibilização por um outro. Entretanto, discutiremos a operacionalização dessa Programação, tendo em vista a inadequação dos recursos financeiros destinados ao Estado do Rio de Janeiro para o custeio dos atendimentos ambulatoriais/hospitalares.

Após a apresentação dos nove municípios da Região Norte Fluminense, ocorrida no Capítulo III, demonstraremos as diversidades entre os mesmos, no que tange a fatores ligados à extensão geográfica, demografia, economia, arrecadação de royalties, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), capacidade instalada de serviços de saúde etc. Os dados apresentados foram coletados de fontes diversas, tais como IBGE, Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, DATASUS etc.

Já no Capítulo IV, resgatamos a situação atual dos recursos destinados à saúde e disponibilizados pelas esferas federal, estadual e municipal, demonstrando os impactos ocasionados sobre a assistência. Além de desenvolvermos discussões acerca do processo de alocação de recursos, comprovando que os crescentes gastos com a atenção não são acompanhados por reajustes equivalentes nos tetos estaduais e municipais, alertamos sobre a dificuldade orçamentária vivenciada pelos municípios-

pólo das microrregiões de saúde, inclusive com apresentação de dados relativos aos faturamentos dos gastos com usuários de outras regiões internados no pólo.

Buscamos exaustivamente esclarecer a real situação destes municípios, a qual só pode ser conhecida em sua plenitude pelo acesso a dados disponibilizados localmente, tendo em vista que aqueles existentes nos sistemas de informações estadual e federal trazem valores previamente ajustados em nível municipal.

A dificuldade no acesso às informações impede uma mobilização ampliada dos segmentos envolvidos com tais questões – gestores e conselheiros de saúde, pesquisadores do tema, técnicos dos setores de controle e avaliação etc – e ao mesmo tempo favorece aos interesses do setor privado, os quais beneficiam-se pela restrição da atenção – ocasionada pela falta de recursos financeiros para custeio – obrigando os gestores a garantirem a assistência em instituições privadas, sob caráter particular e, muitas vezes, mediante ordem judicial.

Vale ressaltar que não existe mecanismo de compensação financeira nestes processos de migração, nos quais um cidadão desloca-se de um município detentor de assistência de baixa complexidade para um outro de maior nível, haja vista a situação de insuficiência orçamentária vivenciada por todos. A consequência disto, certamente, impacta de forma negativa os acordos intergestores que subsidiam a Programação Pactuada e Integrada (PPI), além de impedir o cumprimento dos preceitos legais de universalidade e integralidade na atenção à saúde.

Já no Capítulo V, elencamos diversos pontos envolvidos no processo de implementação e consolidação da NOAS. Por entendermos que, fundamentalmente, o ponto inicial encontra-se na aceitabilidade da Norma pelos gestores da saúde, nos motivamos a conhecer quais eram as opiniões dos Secretários de Saúde na gestão passada – período no qual ocorreu a publicação da Portaria Ministerial que criava a NOAS e formulou-se o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro. Apesar do interesse em realizarmos entrevistas abertas com os ex-Secretários, permitindo a coleta de informações amplas e que demonstrassem o perfil assistencial de cada gestão, não obtivemos sucesso em nossa empreitada. Alguns deles já ocupavam cargos no poder legislativo; outro no executivo; alguns, em virtude de desavenças políticas com os novos governos, encontravam-se relutantes em falar sobre a sua passagem pelos governos anteriores. Outro, apesar de várias tentativas, não retornou às nossas ligações. Por conseguinte, desenvolvemos um questionário objetivo (Anexo I), na expectativa de que pudesse ser respondido por tais gestores. Neste caso, conseguimos

que 8 deles fossem preenchidos e, infelizmente, não obtivemos resposta de um, conforme citado anteriormente.

Além disso, ainda neste capítulo, efetuamos um paralelo entre a capacidade instalada de leitos hospitalares nos diversos municípios estudados, demonstrando a necessidade de adequação dos mesmos, com base nos critérios estabelecidos pela Portaria Ministerial nº 1.101 de 12/06/02.

Em concomitância, realizamos o levantamento da situação da aplicação de recursos do orçamento municipal na assistência à saúde, conforme determinação da Emenda Constitucional nº 29. Desta forma, é possível traçar um paralelo entre as necessidades reais de demanda, as fontes de recursos para seu custeio e os gastos totais efetuados por cada município na oferta assistencial. A fim de obtermos as informações necessárias para subsidiarem estas análises utilizamos as fontes de informação disponíveis no DATASUS.

Por fim, para o acompanhamento e avaliação de todo esse processo – que acaba por envolver financiamento, realidades políticas loco-regionais, atuação da instância estadual na aprovação dos valores financeiros enviados pelo setor de faturamento municipal etc – é necessário um controle social efetivo. Neste mesmo capítulo, demonstramos a predominância maciça do Poder Público na presidência do Conselho Municipal de Saúde e as grandes variações existentes entre os nove conselhos avaliados. Ao mesmo tempo, abordamos a inexistência de regulamentação para a atuação ou participação destes na Norma Operacional de Assistência à Saúde editada, demonstrando a necessidade crucial da própria sociedade reivindicar este papel.

A falta de acesso a informações que sejam capazes de transmitir a real situação de cada município na vigência do faturamento ambulatorial e hospitalar, o perfil político de cada gestor de saúde – influenciado pela sua base de sustentação –, a heterogeneidade da rede assistencial instalada são obstáculos a serem vencidos para a consolidação da proposta de regionalização. Tais fatos somam-se aos interesses do sistema privado, que objetiva o insucesso das políticas públicas de saúde, com conseqüente ampliação de sua área de atuação, quer seja por venda de planos de saúde, por disponibilização de seus serviços mediante demandas judiciais ou ainda por compra de procedimentos pelo próprio poder público – que necessita ofertar atendimento a sua população – sob caráter privado, em virtude da recusa do credenciamento junto ao SUS.

Ao término da nossa pesquisa, reiteramos a nossa hipótese de que não basta a edição de uma Portaria Ministerial para mudar uma realidade assistencial

regional. Para que isto aconteça, é necessária uma pactuação intergestores municipais, com respaldo dos governos estaduais e federal no que tange ao compartilhamento de responsabilidades no custeio da assistência, em conformidade aos critérios estabelecidos na Lei nº 8.080/90. Além disso, respeitando-se as especificidades de cada região, a identificação da situação de cada município-pólo de saúde é fator fundamental para a formulação de fluxos migratórios formais ou de Programações Pactuadas e Integradas, tendo em vista que, realidades predominantemente deficitárias de tetos financeiros para custeio da assistência especializada, têm como resultado a inobservância ao cumprimento dos preceitos de universalidade, equidade e integralidade, já que a demanda passa a ser quantificada ou atendida de acordo com os recursos disponíveis para tais despesas.

CAPÍTULO I

➔ O modelo de proteção social brasileiro: resgate histórico

No Brasil se observam, ainda no século XIX, algumas medidas relacionadas à proteção social. A medicina higienista, consolidada a partir dos interesses da República na conformação de uma raça forte, já estipulava condutas preventivas ao controle da sífilis (orientando o sexo apenas dentro do casamento e a realização de exames pré-nupciais), bem como ações de proteção à saúde da criança (estímulo ao aleitamento materno, orientações quanto à importância das mães no cuidar de seus filhos, noções de alimentação saudável e padrões adequados de habitação). Ao Estado competia o incentivo financeiro àqueles homens que logravam constituir família, bem como priorizar promoções àqueles funcionários públicos casados e com filhos, prioritariamente (Costa, 1989).

Até o início da segunda década no século XX, foram relativamente poucas as iniciativas relacionadas aos direitos sociais como um todo. As primeiras leis abordam as seguintes temáticas: os acidentes de trabalho (1919); velhice, invalidez e morte (1923); cria-se também o Código de Menores (1926) e o Departamento Nacional de Saúde Pública (1920).

As principais iniciativas do Poder Público em relação à saúde estiveram relacionadas ao saneamento e a medidas de cunho preventivo, voltadas para combater doenças endêmicas muito comuns naquela época. No Rio de Janeiro, capital do país, as doenças transmissíveis como a malária, varíola, febre amarela e peste bubônica acometiam grande parte da população. A partir das descobertas da microbiologia, ao final do século XIX, identificaram-se as origens e as formas de transmissão dessas doenças, que permitiram o desenvolvimento das primeiras vacinas. Além disso, ficou clara a importância das medidas de prevenção ligadas ao saneamento básico e à imunização da população.

Em 1923, cria-se a Lei Elói Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão. A primeira delas foi a dos ferroviários. Caracterizava-se por um compromisso entre empregados e empregadores mediante contrato compulsório, no qual a adesão do trabalhador era obrigatória. Neste sentido, o mesmo participava do financiamento da sua Caixa por meio do desconto direto sobre a folha de pagamento.

Uniam-se a tais recursos, aqueles destinados pelos empregadores e pelo Estado. Portanto, para fins de caracterização, as CAPs possuíam financiamento tripartite:

- Pelo mercado, pela contribuição dos empregadores;
- Pela sociedade, por meio do desconto em folha de pagamento dos empregados;
- Pelo Estado, que depositava recursos financeiros dentro da Caixa de Aposentadoria e Pensão.

É importante ressaltar que neste período, a direção destas caixas era coordenada por um Conselho, do qual participavam empregados e empregadores. Não havia participação do Estado na gerência; nem intervenção do mesmo junto à prestação de serviços.

Os anos 30 constituem um marco no modo de atuação estatal em que, na busca da modernização industrial exigida pelo sistema capitalista, tornou-se necessário a formulação de políticas sociais que contribuíssem para “regular os conflitos gerados pela industrialização” (Castro, 1989). Portanto, o governo de Getúlio Vargas foi marcado pela representatividade da sociedade nas relações com o Estado através de organizações sindicais de operários, os quais eram controlados por meio de mecanismos de cooptação. A centralização do poder decisório e do financiamento resumia-se à esfera federal, permitindo o acesso de determinados grupos de representação empresarial (Diniz, 2002), e não havia mecanismo de controle sobre as ações governamentais, denotando que o corporativismo, em um primeiro momento, nada mais era do que a representação das desigualdades sociais, em virtude da institucionalização do padrão meritocrático.

Resumidamente, a Era Vargas caracterizou-se por um modelo meritocrático de base corporativista, relacionando os direitos do cidadão ao processo produtivo legalmente reconhecido, evidenciando os aspectos das desigualdades sociais aos excluídos do mercado de trabalho formal. Nos processos de decisão política atuavam determinados grupos – representantes de interesses de atores politicamente relevantes – junto à máquina administrativa do Estado, criando o padrão burocrático-clientelista da época. Desta forma, a competição entre estes atores enfraquecia o processo político-partidário, ao mesmo tempo em que estimulava a autonomia e fragmentação da máquina burocrática e, conseqüentemente, a perpetuação da fragilidade dos canais de representação societários no processo de formação das políticas sociais. As demandas sociais espontâneas apenas eram consideradas quando se

relacionavam ao processo de trabalho; neste sentido, foi criado o Ministério do Trabalho e as Delegacias Regionais visando ao cumprimento de leis já promulgadas, referentes à jornada de trabalho, aos acidentes e ao trabalho feminino e infantil (Fleury, 1994).

Na década de 30, há a união das diversas caixas existentes que prestavam assistência a uma mesma classe trabalhadora em lugares distintos. Formam-se então os Institutos de Aposentadoria e Pensão. O primeiro a ser criado foi o IAPM (Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos), em 1933, que veio a ser o precursor de vários outros institutos de representação classista, de caráter nacional. A direção se dava – de forma semelhante as das Caixas – por meio dos Conselhos, que definiam a legislação específica de cada IAP. Entretanto, o Estado participava diretamente por intermédio do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio – criado em 1931 – que tinha a responsabilidade de fiscalizar o funcionamento dos Institutos, bem como dos diversos benefícios ofertados ao trabalhador; tais benefícios possuíam caráter diferenciado, conforme a categoria profissional em questão. Os recursos eram oriundos de contribuições de empregados e empregadores (Vianna, 1998). Instituiu-se então, conjuntamente aos IAP, a cidadania regulada, segundo a qual, o cidadão só poderia ter acesso aos benefícios sociais caso estivesse inserido no mercado formal de trabalho reconhecido pelo Governo. Cabe ressaltar, que aos excluídos – empregadas domésticas, trabalhadores rurais e autônomos – era fornecida assistência à saúde, a qual era prestada por instituições de caridade. O mesmo, entretanto, não acontecia com os demais direitos sociais, como por exemplo, a previdência. Em virtude da população brasileira nesta época ser eminentemente rural, a adoção da cidadania regulada traduzia-se na exclusão de grande parte desta população ao sistema de proteção social, denotando a parcialidade existente entre os inseridos e os excluídos dos Institutos. A cidadania, em sua concepção plena não era exercida, já que em conformidade ao Dicionário de Ciências Sociais (1987, pág. 177), ela é definida como o “estatuto oriundo do relacionamento existente entre uma pessoa natural e uma sociedade política, conhecida como Estado, pelo qual a pessoa deve a este obediência e a sociedade lhe deve proteção”.

Os Institutos eram responsáveis pelo fornecimento de créditos a seus assegurados para aquisição de moradia, auxílios funeral, doença, maternidade e detenção, pensão e aposentadoria por idade ou invalidez, bem como assistência médica (Vianna, 1998).

As estruturas sindicais corporativas, devidamente reconhecidas por lei, competiam entre si visando à obtenção de privilégios, já que lhes era facultado a

capacidade reivindicatória. Tal competição era estimulada pelo Estado, que concedia benefícios diferenciados em conformidade com a hierarquia da clientela, estimulando a fragmentação e conseqüente fragilidade do processo de organização político-partidária. Enquanto o Governo Vargas estimulava o conflito entre as estruturas sindicais legalizadas – minimizando as chances de unicidade entre elas – ao mesmo tempo negociava com tais entidades que poderiam transformar-se em oposição. Certamente isso poderia ocasionar fortalecimento de uma ou outra categoria profissional, mas ao adotar tal atitude conciliadora, o Governo ao invés de fortalecê-las, na verdade as moderava (Simmel, 1983). Desta maneira, garantia-se a hegemonia do Estado como intermediador da relação capital-trabalho, mantinham-se as condições favoráveis ao crescimento econômico e ao processo acumulativo, os quais eram favorecidos ainda pela incapacidade das representações sindicais atuarem de forma consistente em ações reivindicatórias.

Entre 1945 a 1964 se deu o interregno democrático entre os dois períodos ditatoriais, não existindo nenhuma mudança significativa no que diz respeito às políticas sociais. Permanecia o padrão cooptativo e seletivo de incorporação das classes trabalhadoras junto ao grupo representativo no interior da máquina estatal, em busca de privilégios concedidos pelo Estado (Castro, 1989). Os IAPs permaneceram como os principais responsáveis pelas políticas de previdência social e assistência médica, enquanto o Ministério da Saúde, criado em 1953, dedicava-se principalmente às ações de caráter preventivo.

Em virtude do período desenvolvimentista que se seguiu, a industrialização passou a ser o foco das atenções, como sendo o instrumento capaz de equiparar o Brasil aos demais países centrais. O governo de Juscelino Kubitschek, de 1956 a 1961, marcou esta fase. Buscando atrair o capital estrangeiro e estimulando o capital nacional, JK implantou a indústria de bens de consumo duráveis, sobretudo eletrodomésticos e veículos. O papel do Estado voltava-se ao planejamento e à organização de políticas que pudessem proporcionar um maior desenvolvimento da nação. Neste mesmo período, o agriculturismo passou a receber algumas críticas, que relacionavam tal atividade como sendo inerente a países subdesenvolvidos.

Apesar de uma relativa liberdade de funcionamento para os partidos políticos – menos para o Partido Comunista, posto na ilegalidade dois anos após a redemocratização – não houve formação de um sistema partidário estável, “capaz de criar e sustentar a formação de claras identidades programáticas (...) em que os diversos

partidos pudessem capturar os diferentes temas de política social demandados por distintos grupos” (Faria e Castro, 1988). Isto é justificado pelo fato de já existir – quando da efetiva afirmação dos partidos políticos – uma vida política organizada, da qual participavam diversos atores relevantes dentro do Estado, que contribuíam para a manutenção do modelo corporativista. As políticas sociais e seus conflitos eram discutidas e mediadas dentro da burocracia pública e não por meio de um processo político-partidário.

No ano de 1960 é criada a Lei Orgânica de Previdência Social. Após um período de treze anos de tramitação, a lei vem uniformizar os benefícios previdenciários, na qual a assistência médica também passa a fazer parte. Apesar da determinação sobre quais benefícios a serem ofertados pelos IAPs (saúde, aposentadoria, pensão, etc.), os mesmos continuavam com qualidade diferenciada, já que variavam em conformidade à categoria profissional do Instituto. “O resultado foi um aumento da irracionalidade na prestação de serviços, ao mesmo tempo em que a população não previdenciária era mantida discriminada, não podendo ser atendida na rede da previdência” (Carvalho, A. I.).

As mudanças introduzidas pelo Regime Militar, a partir de 1964, objetivaram a exclusão das classes trabalhadoras da gestão do sistema, mediante atuação sobre sindicatos, com a cassação de suas lideranças. A repressão era um instrumento utilizado a fim de controlar as organizações populares existentes, promovendo o “esvaziamento dos canais de expressão da sociedade” (Vianna, 1998). Desta forma e em conformidade às práticas dos regimes ditatoriais, há um cerceamento dos direitos civis. Apesar da manutenção das eleições periódicas do Congresso, todas as decisões eram centralizadas no âmbito do Executivo, que nomeava inclusive governadores e prefeitos. Neste sentido também foram cerceados os direitos políticos.

O regime militar, na busca da consolidação do modelo capitalista, expandiu o parque industrial promovendo uma modernização do sistema. Existia a manutenção de práticas clientelistas, segundo o qual, segmentos empresariais mantinham-se representados no processo de formulação das políticas definidoras de preços, industrial, siderúrgica, etc. Cabe ressaltar que neste processo não havia participação popular, embora as decisões tomadas afetassem a grande parte da população.

Em 1966 houve a unificação de todos os Institutos de Aposentadorias e Pensões, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), que ofertava

seus benefícios apenas para trabalhadores com carteira assinada. Na década de 70, os benefícios sociais também foram estendidos aos trabalhadores rurais, autônomos e empregadas domésticas, demonstrando a tendência universalista do sistema. Entretanto, em virtude da exclusão da representatividade popular instituída pelo governo, as medidas adotadas atendiam a interesses particulares ao processo de acumulação, dentro de um padrão centralizador controlado pela burocracia pública. As pressões clientelistas estendiam-se não apenas à área da seguridade social, mas encontravam-se presentes também nas áreas de habitação – pelo Sistema Nacional de Habitação – e na educação – por intermédio da atuação sobre o Conselho Federal de Educação (Faria e Castro, 1988).

Com a expansão econômica ocorrida na década de 70 – quando foram contratados novos trabalhadores – conjuntamente às classes de beneficiários contempladas recentemente pelo INPS, a clientela da Previdência Social expandiu-se enormemente. A estrutura de serviços vigente à época não era capaz de ofertar atendimento à demanda existente e, por tal motivo, iniciou-se o processo de privatização. Em detrimento de investimentos para implementação, expansão ou construção de unidades próprias para atendimento médico, verificou-se a contratação de clínicas e hospitais pertencentes ao setor privado. A mudança da lógica de prestação de serviços disponibilizada pelo INPS propiciou uma “transformação do setor privado existente, que deixou de ser predominantemente composto por instituições beneficentes paralelo ao incremento dos lucrativos” (Vianna, 1998). Entre 1967 a 1975 verificou-se a expansão maciça da compra de serviços de terceiros. Progressivamente, vão sendo desativados e/ou sucateados os serviços hospitalares próprios da Previdência, ao mesmo tempo em que se amplia o número de serviços privados credenciados – e/ou conveniados.

Esta política privatizante traz resultados altamente negativos à atenção à saúde; a capacidade gestora do Governo não conseguia acompanhar a produção realizada pelos prestadores de serviços, já que a lógica da atenção curativa e hospitalocêntrica transformava cada paciente em um “cheque em branco”, o qual era cobrado à Previdência. Por outro lado, as escolhas políticas – em detrimento das avaliações técnicas – é que definiam o credenciamento de serviços, impossibilitando assim qualquer condição de realização de um planejamento racional. Os custos do sistema assumiam proporções gigantescas, tanto em decorrência da prática predominante da medicina curativa, quanto em razão da “forma de compra de serviços

pela Previdência, realizada através da chamada U. S. (Unidades de Serviços) que, além de valorizarem os procedimentos mais especializados e sofisticados, eram especialmente suscetíveis a fraudes, cujo controle apresentava enorme dificuldade técnica” (Carvalho, A. I.). Inicia-se assim, um desajuste no modelo vigente.

Durante o governo Geisel (1974-79) foi estabelecida a política do “Brasil potência”, tendo sido lançado o 2º Plano Nacional de Desenvolvimento. Com recursos obtidos com a Alemanha, por exemplo, o governo federal estabeleceu uma série de vultuosos investimentos, tendo sido construída nesta época a Usina Nuclear de Angra dos Reis. Entretanto, o Brasil já vinha sofrendo os impactos da crise do petróleo, ocorrida em 1973, que acarretou o aumento dos preços e das taxas de juros do mercado internacional, ampliando o endividamento do país. Tornaram-se comuns os casos de descredenciamento na área da saúde. Os hospitais e clínicas que permaneceram prestando atendimento, em razão de mudanças na forma de remuneração, ofertavam serviços de qualidade ruim. Os grupos de médicos egressos do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) passaram a vender seus serviços diretamente a indivíduos, detentores de bom padrão aquisitivo, ou ainda a determinadas empresas que optavam por oferecer assistência à saúde para seus operários qualificados. Posteriormente, iniciativas de previdência privada também foram implementadas, cujos compradores foram a classe média e o operariado melhor qualificado. Resumidamente, “a ditadura recente disseminou direitos sociais entre os antes excluídos, mas nivelou esta cidadania social em patamares tão baixos que a estigmatizou, afastando do sistema público os trabalhadores formais e a imensa gama de novos segmentos médios assalariados” (Vianna, 1998).

➔ A Reforma Sanitária: primórdios e ideais

A crise econômica e da Previdência Social, o crescimento da dívida externa, a expansão da cobertura da Previdência e todas as manifestações de insatisfação com o modelo de saúde vigente – ocorridas a despeito da forte repressão política da época – induziram o governo a adotar medidas opostas ao modelo hegemônico instalado. Desta forma, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi criado pela Lei nº 6.229, de julho de 1975, visando superar a descoordenação vigente no sistema de saúde; constituía-se de um “complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltados para ações de interesse da saúde... organizados e disciplinados nos termos

desta lei - ...”. A criação de tal sistema traduzia-se na primeira política nacional de saúde, embora consolidasse a dicotomia existente no setor: o Ministério da Saúde responsabilizava-se pela formulação da política, pelas ações de vigilância epidemiológica e por outras ligadas à saúde coletiva, enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), por meio do INPS, responsabilizava-se pelas ações médico-assistenciais. Em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) é criado, em meio a um momento de contradições do sistema, “pressionado pela crescente ampliação da cobertura e pelas dificuldades de reduzir os custos da atenção médica, face ao modelo privatista e curativo vigente” (Carvalho, A. I.) e em meio a uma política econômica recessiva que reduzia a oferta de empregos e salários. Esta situação é responsável, a partir da segunda metade dos anos 70, pelo início de um movimento que buscava a democratização da saúde. Criava-se, portanto, o embrião da Reforma Sanitária.

A continuidade da crise econômica, com conseqüente repercussão nos serviços assistenciais, acabou por gerar uma grande mobilização social que envolveu tanto o movimento sanitário, quanto entidades representativas da sociedade, constituindo o denominado Movimento Popular em Saúde (MOPS). Em busca de um ideal em comum, a competição entre os diversos segmentos sociais e/ou de classes trabalhadoras findou-se. Não mais se lutava sob a orientação do princípio do individualismo, bem como visando alcançar vantagens isoladas. A premência da melhoria da atenção à saúde, em busca do interesse social, fez com que todos os esforços individuais se unissem, evitando todo “atrito entre os elementos, todo desperdício de energia através da competição, todo acaso da iniciativa meramente pessoal”, buscando mediante uma diretriz central, fazer com que as energias se complementassem e se interpenetrassem (Simmel, 1983).

Na lógica deste novo processo, fervilhavam idéias, estudos e discussões que acabaram por levar à criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e, em 1978, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Sensibilizados pela Declaração de Alma Ata de “Saúde para Todos no Ano 2000”¹, elaborada na Conferência sobre saúde mundial realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde/UNICEF e assinada por praticamente todos os governos – que se comprometiam a promover o princípio do direito à atenção básica de saúde para todas as pessoas, independente de classe social, sexo e raça – o CEBES elaborou um importante documento acerca dos princípios fundamentais dos movimentos

sindicais, de profissionais de saúde e de políticos de oposição, que serviu de base para as discussões ocorridas no 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, realizado em outubro de 1979. O documento intitulava-se A Questão Democrática na Área da Saúde, onde dentre outros tópicos, abordava:

“Por uma saúde autenticamente democrática, entende-se:

- *O reconhecimento do direito universal inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde.*
- *O reconhecimento do caráter sócio-econômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis.*
- *O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população.*
- *O reconhecimento, finalmente, do caráter social deste Direito e tanto da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação e resguardo das condições supra-mencionadas”. (Documento CEBES:1980, p. 12)*

Já em 1980, o governo, através do Ministério da Saúde, realizou a VII Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema os “Serviços Básicos de Saúde”. A discussão centrava-se nos programas de extensão de cobertura das ações básicas, permitindo uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto organizacional do modelo de atenção à saúde. Entretanto, as medidas sugeridas não conseguiam ser operacionalizadas. Ao mesmo tempo, eram gritantes os problemas inerentes à Previdência Social.

A assistência médica era alvo de críticas tanto dos reformistas – em sua maioria técnicos da área de saúde coletiva do Ministério da Saúde – quanto dos conservadores, profissionais da saúde previdenciária do INAMPS. Os conflitos relativos aos encaminhamentos da política de saúde ganhavam espaço no interior das instituições. As idéias reformistas defendidas por diversos grupos começavam a se integrar numa proposta abrangente de definição da política de saúde. Uma nova identidade se formava; instituía-se um “campo de luta pelo fim de muitas fronteiras entre nações de pobreza e nações de riqueza dentro do próprio Estado, com vistas a coincidi-las...” (Costa, 1995),

conformando a idéia de políticas sociais dentro da saúde. Os atores envolvidos naquele projeto buscavam transformar a então sociedade civil em uma sociedade também política que pudesse, apesar da ditadura, ser respeitada pelo Estado em suas demandas. E aquele era o momento ideal. No início da década de 80 o que se via era um governo autoritário abalado interna e externamente pela forte crise econômica e pelo processo de redemocratização do país. A globalização trazia, além do aumento da dívida externa brasileira – iniciada desde 1973 com a crise do petróleo – e do desmoronamento da política desenvolvimentista, a contestação das identidades culturais até então imutáveis.

Em virtude das constantes propostas de reformulação da assistência prestada que eram encaminhadas ao governo e do agravamento da crise financeira da Previdência Social, tornava-se necessário intensificar os esforços visando racionalizar a oferta de serviços. Para tanto, pelo Decreto nº 86.329, de 1981, foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP). Apesar de ser um órgão vinculado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) era composto por notáveis da medicina, representantes de vários ministérios, representantes dos trabalhadores e dos empresários. A sua missão consistia em elaborar um plano para reorganizar a assistência médica, sugerindo critérios de alocação de recursos, estabelecendo mecanismos de controle de custos e reavaliando o financiamento da assistência médico-hospitalar.

O trabalho realizado pela equipe do CONASP identificou inúmeras distorções. Dentre elas:

- existência de ociosidade nos serviços de saúde;
- inadequação de serviços à realidade sanitária;
- desprestígio da rede pública;
- ausência de uniformidade na distribuição de serviços de alta complexidade;
- superposição de ações entre serviços contratados e públicos dos diferentes níveis de governo, levando a ampliação de gastos e insuficiência de recursos financeiros;
- utilização excessiva de serviços de alta complexidade

Os dois programas mais importantes criados pelo CONASP foram o Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), responsável pelo controle do financiamento e dos serviços privados contratados; e as Ações Integradas de Saúde (AIS) que propunha a integração e racionalização dos serviços

públicos de saúde e a sua articulação com a rede conveniada e contratada, estabelecendo mecanismos de regionalização e hierarquização da rede pública dos três níveis de governo, permitindo a integração entre todos.

As AIS constituíram-se no principal caminho para a mudança do sistema então vigente, contribuindo para a universalização gradativa de clientela. A sua implantação, mesmo que inicialmente tenha sido motivada por questões ligadas à contenção financeira, acabou por se dar a partir da presença e do engajamento de técnicos e intelectuais progressistas dentro da máquina burocrática estatal, que estavam “contaminados” pela ideologia do “Saúde Para Todos até o Ano 2000” e pelo desejo de expansão do direito à saúde para todas as classes, credos, sexos e etnias.

Em 1985 se dá o início da Nova República e a concomitante derrota do modelo privatista até então adotado pela Previdência. O comando do INAMPS é transferido a um grupo progressista, comprometido com a reforma sanitária, que buscou expandir os convênios da AIS por todo o país. Este movimento de expansão, entre 85 e 86, coincidiu com o período de grandes debates sobre as formas de organização das políticas sociais. As pressões dos reformistas da saúde e das lideranças dos movimentos populares eram voltadas para o fortalecimento da estratégia da descentralização de competências, de recursos e da gerência relativos aos diversos programas setoriais (Carvalho, A. I.); ao mesmo tempo em que buscavam conquistar outros segmentos representativos da sociedade, ampliando o debate da reforma de saúde em todas as classes, elevando as discussões em nível nacional. Foi através deste processo que o governo convocou a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília em março de 1986, com a participação de mais de 4.000 pessoas, sendo 1.000 delegados que representavam as instituições e também profissionais ligados à saúde, partidos políticos e sociedade civil. Tinha como objetivo promover uma discussão relativa ao projeto democrático da Reforma Sanitária que previa “universalização do acesso, equidade no atendimento, integralidade da atenção, unificação institucional do sistema, descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços e participação da comunidade” (Bonfim, 2002). Neste sentido, os temas discutidos foram: saúde como direito, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.

Após a VIII Conferência de Saúde, mantiveram-se as mobilizações em torno do direito à saúde, as quais redundaram na criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo Decreto 95.657, de julho de 1987 e que “representava a reformulação do Sistema Nacional de Saúde a partir da consolidação e

institucionalização das AIS, caracterizando-se como uma estratégia-ponte para o SUS” (Bonfim, 2002). A sua instalação veio redefinir as responsabilidades dos três níveis de governo, fortalecendo a gestão estadual e estimulando o planejamento e programação integrados das ações de saúde.

Com relação ao INAMPS, inicia-se um processo gradativo de transferência a Estados e municípios de “unidades de saúde, recursos humanos e financeiros, atribuições de gestão direta e de convênios e contratos assistenciais”.

➔ A Constituição Brasileira de 1988

Entre 87/88 a Assembléia Nacional Constituinte deu início a debates, em que a Comissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente referendou todas as propostas contidas no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, que subsidiaram o texto da Constituição Cidadã de 1988. Por intermédio desta, garantiu-se finalmente a criação do SUS, que se traduziu em um novo pacto social, segundo o qual, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CFB, 1988).

As políticas sociais avançaram a partir da Constituição de 1988: garantiu-se uma ampliação dos direitos sociais com universalização do acesso e a expansão da cobertura, a redefinição de patamares mínimos dos valores dos benefícios sociais, e um maior comprometimento do Estado mediante a provisão pública de bens e serviços sociais (Draibe, 1998) – posto que, apesar da intenção de ampliar e diversificar as fontes de financiamento destinadas às políticas sociais, a operacionalização não se dava em virtude da crise econômica. Instituiu-se a autoridade, a competência e as atribuições de cada nível de governo, bem como descentralizaram-se e ampliaram-se os graus de participação e controle popular pela formulação de diretrizes para criação dos diversos Conselhos ligados aos distintos programas sociais. Concomitantemente, criaram-se regras específicas, através da utilização de instrumentos legais para o planejamento e a execução de políticas governamentais com aplicação do orçamento. Os instrumentos são o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA). “Articulados entre si, o primeiro deve planejar as ações governamentais no médio prazo, para toda a duração de um governo; o segundo deve eleger as prioridades e estabelecer os limites de receita e despesa a cada ano; e o último

deve explicitar as prioridades e possibilidades de gasto em rubricas de receita e despesa. Também cabe à LDO orientar a elaboração da lei orçamentária anual, dispor sobre alterações da legislação tributária e estabelecer a política de aplicação das agências oficiais de fomento” (Souza, 2002).

A Lei Orçamentária, por sua vez, é composta pelo (i) orçamento fiscal – referente aos fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público; (ii) orçamento de investimento das estatais – em que o poder público, direta ou indiretamente, detém a maioria do capital social com direito a voto; e (iii) orçamento da seguridade social – que engloba a Previdência, a Saúde e a Assistência Social, e abrange todas as entidades e órgãos a elas vinculados, da administração direta ou indireta, bem como fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público (art. 165 da Constituição Federal).

A abrangência da Seguridade Social, conforme definido pelo artigo supracitado “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Segundo a Constituição Federal, as fontes de custeio são de responsabilidade de “toda a sociedade (...) mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios” (artigo 195 da Constituição Federal). São definidas, ainda, as seguintes contribuições sociais para custeio:

“I – do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II – do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o artigo 201;

III – sobre a receita de concursos de prognósticos” (Constituição Federal, artigo 195).

Ressaltamos que no mesmo artigo, registra-se a possibilidade de criação de novas fontes de arrecadação de recursos para garantir a manutenção ou expansão da

seguridade social. A elaboração dos orçamentos específicos para cada área de atuação deve ser feita pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, sob a ótica da pactuação e considerando as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias. Neste sentido, os critérios de transferência serão definidos por lei, no que tange aos “recursos para o SUS e ações de assistência social da União para os Estados e dos Estados para os municípios, observada a respectiva contrapartida de recursos” (Constituição Federal).

Em conformidade ao especificado na Constituição Federal, a criação da Seguridade Social visa a implementação e integração de uma série de ações, propostas pelos Poderes Públicos e pela sociedade, que objetiva os seguintes itens:

- universalidade da cobertura e do atendimento;
- uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- irredutibilidade do valor dos benefícios;
- equidade na forma de participação no custeio;
- diversidade da base de financiamento;
- caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Os benefícios da Seguridade Social incluem “as aposentadorias e pensões (velhice, invalidez e morte); seguros de acidentes de trabalho; seguro desemprego; salário-família; assistência médica, em geral predominantemente curativa; ajudas monetárias especiais (funeral, reclusão); assistência social envolvendo diferentes tipos de ajuda monetária em espécie e em serviços, destinados aos setores mais pobres, não incluídos entre os beneficiários dos programas previdenciários” (Fleury, 1994).

➔ A criação e os princípios do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde, definido no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira determina que “a saúde é direito de todos e dever do Estado,

garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Dentre os fatores que atuam de forma determinante e condicionante da saúde, encontram-se: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais. Por conseguinte, mesmo considerando ser utópica a definição da Organização Mundial de Saúde de que saúde é um estado de bem estar físico, mental e social, é indiscutível que a associação com os diversos fatores anteriormente mencionados, impactarão diretamente o grau de saúde de uma população. Na verdade, esta afirmação se torna mais relevante, se levarmos em conta a situação de extrema desigualdade social existente em nosso país, agravada pela questão do novo padrão de acumulação capitalista, que acaba por criar novas formas de ocupação caracterizadas pela alternância entre trabalhos temporários, sazonais e, ainda, o desemprego; os indivíduos alternam situações limítrofes entre o trabalho e o não-trabalho (Beck, 1999).

A precarização das relações do trabalho geram um quadro de privações econômicas para aqueles considerados inúteis ao mercado. Estes excluídos – do emprego, de salário, eventualmente da família, etc. – tendem a ser “expulsos” para áreas periféricas, que acabam por concentrar populações pobres, inseridas em atividades econômicas descapitalizadas (Brandão, 2002). Estas novas áreas de urbanização não planejada tendem a caracterizar-se por infra-estrutura deficitária de saneamento básico, transporte e moradia, bem como de outros serviços de relevância social, tais como unidades de saúde, creches e escolas.

Após a criação do SUS, instituiu-se uma série de desafios para operacionalização do novo modelo:

- Adotar um sistema universal de assistência em um país cujo histórico baseava-se em um padrão meritocrático de provimento estatal de benefícios;
- Implementar uma política cujo objetivo previsse a descentralização do poder para Estados e municípios – na formulação de determinados programas – contrariando a lógica centralizadora, de caráter estatizante e fortemente tecnocrata, presente no processo decisório de definição das políticas públicas.

- Incentivar a participação popular, que deveria ser atuante no novo modelo. Para isto tornar-se-ia necessária a mudança de uma cultura não-participativa, originária a partir de regimes autoritários que promoveram desmantelamento dos canais democráticos de acesso ao governo, ocasionando uma despolitização das questões sociais.
- Incentivar as ações de prevenção como novo modelo assistencial preconizado, modificando o padrão hospitalocêntrico, voltado “para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada” (Fleury, 1994).
- Organizar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, capaz de ofertar um sistema de saúde que garantisse a integralidade da assistência. Neste sentido, o grande desafio encontrava-se na reorganização de uma estrutura de grandes iniquidades espaciais na oferta de serviços de saúde, oriunda de uma prática de contratos de compra de serviços, sem planejamento e/ou análises prévias quanto às necessidades loco-regionais.

Na tentativa de regular, em nível nacional, a operacionalização das ações e serviços de saúde, garantindo o acesso como direito de cidadania, a descentralização assumia um papel fundamental na reforma do setor. Entretanto, tornava-se necessário estipular competências para cada nível de governo, que priorizassem a formulação de políticas para atendimento aos preceitos constitucionais. Estas exigências resultaram nas leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que, conjuntamente, formaram a Lei Orgânica da Saúde. A partir de então, foram instituídas normas e portarias regulamentadoras que apresentavam o novo eixo condutor do processo de descentralização: a municipalização. Sob esta ótica, assumia-se a visão do Brasil como uma nação de dimensões continentais, com grandes variações territoriais no padrão epidemiológico e demográfico e com uma rede instalada de serviços de saúde extremamente heterogênea. Por tais motivos, era ineficaz a adoção de políticas nacionais, organizadas por uma máquina burocrática e centralizadora, que não considerasse as especificidades regionais. Assim sendo, a municipalização representava o mecanismo pelo qual as necessidades específicas de uma determinada população seriam identificadas e atendidas.

Em consonância ao entendimento de que a saúde não é apenas ausência de doença, mas sim um equilíbrio entre o bem estar físico, mental e social e que poderia ser favorecida por um conjunto de ações assistenciais e preventivas, também se definiu na Lei nº 8.080, que competia ao SUS a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, de saúde de trabalhador, de assistência terapêutica integral – inclusive farmacêutica –, da formação de recursos humanos na área de saúde, de vigilância nutricional, etc.

Entre os princípios e diretrizes definidos nesta lei, identificava-se o reconhecimento das diferenças regionais existentes, respaldados pelo inciso IX, do artigo 7º, do Capítulo II, que recomendava a “descentralização político-administrativa (...) com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios”. Outro ponto relevante e que denotava a busca por uma otimização e estruturação dos serviços existentes, encontrava-se no princípio de “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde” e “organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos”. É facultada a participação da iniciativa privada, quando o Sistema Único de Saúde não conseguir ofertar cobertura assistencial em uma determinada área e para aquela população adscrita. Neste caso, a prestação de serviços far-se-á mediante contrato ou convênio. Entretanto, quando houver insuficiência do SUS, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema.

No âmbito da União, a direção do SUS compete ao Ministério da Saúde; no âmbito dos Estados, Distrito Federal e dos municípios, compete às respectivas Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes. Outro ponto importante é a orientação aos municípios para que constituam consórcios intermunicipais, a fim de, conjuntamente, organizarem serviços que atendam às necessidades da clientela coberta.

No que se refere à alocação de recursos, o padrão de financiamento público da saúde também recebe importância fundamental no processo de municipalização, tendo em vista a instabilidade das fontes financiadoras e de oscilações nos montantes destinados ao setor. Dentre as fontes de financiamento da saúde temos, segundo Mansur:

- Contribuição para o financiamento da Seguridade Social (COFINS) – Foi instituída em 1991 pela Lei Complementar nº 70, de 30/12/91 e baseava-se na incidência sobre o faturamento das empresas. A COFINS teve sua arrecadação suspensa até 1993,

quando então foi reconhecida a sua constitucionalidade. Em 1994, houve a retomada do fluxo de pagamentos da COFINS pelos contribuintes;

- Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) – Tem como base de cálculo um percentual do lucro líquido das empresas. Esta fonte vem tendo participação significativa no financiamento total do Ministério da Saúde, sendo que, desde 1993 para cá, o menor percentual (sobre o volume total destinado ao Ministério) foi de 7,98% em 1998 e o maior, 20,68% em 1996;
- Contribuição Provisória sobre a Movimentação Provisória (CPMF) – Substitui o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF. O IPMF começou a ser arrecadado no início de 1994 e, já no primeiro ano, arrecadou um volume de recursos de R\$ 4,98 bilhões, o que representava 7,74% da arrecadação total do governo. A CPMF entrou em vigor em janeiro de 1997, tendo como resultado do seu primeiro ano uma arrecadação de R\$ 6,9 bilhões (6,45% da arrecadação total do governo federal).

Os recursos arrecadados com a CPMF devem ser destinados ao Ministério da Saúde (para financiar o Sistema Único de Saúde – SUS) e ao Ministério da Previdência (receita destinada à redução de parte do déficit do INSS). Com a elevação da alíquota nos exercícios financeiros de 1999, 2000 e 2001, o percentual acrescido deve ser destinado ao custeio da Previdência Social.

Até janeiro de 1999, a alíquota era de 0,20%. Com a prorrogação da cobrança da contribuição, a alíquota passou para 0,38%, a partir de 17 de junho de 1999, com validade de um ano. Nos dois anos subseqüentes, a alíquota cobrada seria de 0,30%, até o ano de 2001. Em março de 2001, a alíquota voltou a 0,38%. O aumento da alíquota da CPMF foi aprovado pelo Congresso, em dezembro de 2000, com o objetivo de financiar o Fundo de Combate à Pobreza. A Emenda Constitucional nº 42, de 19 de dezembro de 2003, manteve a alíquota de 0,38%, prorrogando o prazo de vigência até dezembro de 2007, com a seguinte distribuição: 0,20% destinados ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde, 0,10% para o custeio da Previdência Social e 0,08% para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

A criação da CPMF foi defendida como uma nova fonte de recursos para garantir a continuidade da implantação do Sistema Único de Saúde, já que em virtude

da crise da Previdência, recursos até então destinados à saúde foram revertidos para a mesma, tais como aqueles da Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Salários. A crise acontecia em virtude de alguns fatores: o baixo crescimento da economia, a redução do nível de emprego formal, o grau elevado de sonegação, além da ampliação dos direitos sociais adquiridos com a Constituição. No entanto, o aumento de recursos destinados para a saúde e que era esperado mediante a aprovação da CPMF não ocorreu, já que com a sua criação houve redução dos recursos da COFINS em 53% (Mansur, 2001). Além disso, o orçamento estipulado ao Ministério da Saúde é dependente das decisões políticas do governo em razão da política de contenção de gastos imposta pelas agências internacionais, bem como do pagamento dos juros da dívida externa.

Posteriormente, objetivando a resolução dos problemas orçamentários do setor, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, cuja intenção era “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. Desta forma, foi definida a participação da União, dos Estados e municípios, bem como se especificou quais impostos comporiam a receita para a saúde; determinou-se os percentuais de participação de cada ente federativo, quais as fontes de recursos da União seriam destinadas para o setor e as formas de fiscalização e controle das despesas. Até o final de 2004 os Estados e o Distrito Federal deveriam destinar 12% dos impostos e outras receitas arrecadadas (de acordo com os artigos 155, 157 e 159 da Constituição), enquanto os municípios destinariam 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos especificados nos artigos 156, 158 e 159 da Constituição para o financiamento das ações e serviços de saúde. Com relação à participação da União, de acordo com a Emenda, “deve aplicar (...), em 2000, o montante empenhado (...) no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento. Para os anos de 2001 a 2004, deve ser utilizado o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB” (Mansur, 2001).

➔ Lei Orgânica da Saúde e a legislação infraconstitucional

As incertezas com relação ao financiamento influenciam diretamente no processo de consolidação do SUS impedindo, inclusive, a adequação de orçamentos destinados ao custeio do setor saúde, conforme especificado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. O aporte insuficiente de recursos limitava o processo de

descentralização, na medida em que não subsidiava financeiramente as alterações necessárias à rede assistencial. Em seu artigo 35, a referida lei estabelecia que os valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios basear-se-iam em uma combinação de critérios:

- Perfil demográfico da região;
- Perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas do governo.

Em seu parágrafo primeiro, o artigo ainda define que a “metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio”.

A Lei nº 8.142 vem estabelecer a participação da sociedade na gestão do SUS, por meio da atuação do Conselho de Saúde presente em cada esfera de governo. Este órgão é composto por representantes de diversos setores – governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários – e tem, dentro de suas prerrogativas, a função de participar na formulação de políticas de saúde, acompanhando todo o processo de implementação, avaliando-o posteriormente, inclusive no que se refere às questões econômicas e financeiras. A lei ainda determina a periodicidade de realização de Conferências de Saúde, cujo período definido é a cada quatro anos, nas quais discutir-se-á a política de saúde vigente – propondo metas e objetivos futuros – com diversos segmentos da sociedade.

Um outro ponto abordado diz respeito às transferências intergovernamentais de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde. No que tange ao custeio de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito federal, mediante investimentos na rede instalada e na cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar, a definição de valores segue os critérios

apresentados no artigo 35 da Lei nº 8.080 – citados anteriormente. Para que os recursos sejam recebidos torna-se necessário que algumas exigências sejam atendidas:

- Fundo de Saúde em funcionamento;
- Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 07 de agosto de 1990;
- Plano de saúde;
- Relatórios de gestão que permitam o controle dos recursos financeiros do SUS depositados em conta especial e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde;
- Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Como citamos anteriormente, as leis Orgânicas da Saúde apresentaram as diretrizes para operacionalização do Sistema Único de Saúde. Entretanto, tornava-se tarefa árdua colocar em prática tais medidas, em virtude de toda uma historicidade que conformava o perfil político de nosso país. O fato de o Brasil ter, durante os anos 80, recuperado as bases de um Estado federativo, não significava a imediata auto-suficiência administrativa e financeira para Estados e municípios.

O legado advindo da ditadura militar criou relações intergovernamentais próprias dos Estados unitários (Arretche, 1999), onde o governo central era responsável por toda autoridade política sobre Estados e municípios, os quais eram dirigidos por governadores e prefeitos indicados pela cúpula militar. Não havia autonomia financeira, administrativa, gerencial ou política.

No setor saúde também não era diferente. O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) responsabilizava-se pela gestão dos recursos financeiros destinados ao custeio das ações e serviços de saúde, enquanto o Ministério da Saúde formulava os programas a serem implementados pelos Estados e municípios – cuja função limitava-se a executar os projetos criados na esfera federal.

Após a Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que se garantia a autonomia política de governadores e prefeitos – validada pelo voto popular direto – também se instituíam uma autonomia fiscal. “Os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição” (Arretche, 1999).

Tornava-se um desafio instituir um modelo de saúde nacional diante da recente mudança da estrutura organizacional trazida pela descentralização.

Um modelo que respeitasse as especificidades loco-regionais, as desigualdades na capacidade instalada de serviços de saúde, as disparidades existentes nas estruturas econômicas, sociais e administrativas dos diversos entes federativos. Para tanto, objetivando regular o processo de estadualização e municipalização das ações e serviços de saúde, por meio da adoção de medidas lineares com relação à descentralização da atenção à saúde, foram editadas várias Normas Operacionais Básicas (NOB), conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Normas Operacionais Básicas

Janeiro de 1991	NOB-SUS 01/91
Fevereiro de 1992	NOB-SUS 01/92
Mai de 1993	NOB-SUS 01/93
Agosto de 1996	NOB-SUS 01/96

Fonte: Comissão Intergestores Tripartite, Secretaria de Políticas Públicas, MS

Com relação às diversas NOBs, ressaltaremos alguns pontos que consideramos pertinentes:

A NOB-SUS 01/93 foi formulada a partir de um documento organizado pelo Grupo Especial para a Descentralização (GED), integrante do Ministério da Saúde. O Documento da Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei demonstrava a situação do sistema assistencial: “profunda centralização de recursos e de poder na esfera federal; concentração espacial das atividades produtivas mais dinâmicas, provocando desigualdades regionais; ausência de prioridade nas ações estatais destinadas ao atendimento das necessidades básicas da população; desigualdade na distribuição de renda; perda, pelos governos estaduais e municipais, de receita e autonomia de gestão, em consequência da forte dependência das transferências federais”.

Para os problemas apresentados, este mesmo documento propunha a adoção de um novo modelo assistencial, descrito pela NOB, em que, dentre outras propostas, destacamos:

- Controle social por intermédio dos Conselhos de Saúde;
- Implementação de um sistema de referência e contra-referência municipal, estadual e nacional;
- Participação complementar de serviços privados;

- Hierarquização e regionalização da rede de serviços de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional;
- Ampliação das ações de caráter preventivo;
- Melhoria qualitativa do atendimento ambulatorial visando a redução de internações;
- Adoção do espaço das Comissões Intergestores Tripartite (CIT)² e Bipartites (CIB)³ como fórum de discussão para a tomada de decisões.

No entanto, para que as propostas apresentadas pudessem ser operacionalizadas e, por conseguinte, para que conseguisse uma melhoria da assistência à saúde à população, tornava-se necessária uma adesão dos diversos entes federativos da União. Afinal, no processo de redemocratização extinguiram-se os mecanismos vigentes no período da ditadura militar, que obrigavam Estados e municípios a implantar, de forma linear, políticas desenvolvidas pelo governo central. Sendo assim, alguns pontos cruciais relacionavam-se ao sucesso ou insucesso das propostas apresentadas pela NOB-SUS 93 e pela NOB-SUS 96 (citada logo a seguir). São eles:

- A fim de que as mudanças na política de saúde vigente pudessem ser implementadas pelos Estados e municípios – que passaram a assumir a gestão das políticas públicas em seu território – tornava-se essencial um processo de negociação entre instâncias governamentais distintas, buscando a adesão de todos os atores envolvidos e trazendo como consequência, maiores chances de sucesso da política proposta (Lindblom, 1981). Tal adesão “está diretamente associada à estrutura de incentivos oferecida pelo nível de governo interessado na transferência de atribuições” (Arretche, 1999);
- Diante dos ganhos políticos obtidos com assistência à saúde a uma determinada população – que no caso do Brasil é caracteristicamente carente de condições de saneamento, habitação, trabalho, lazer e alimentação – existe uma árdua disputa entre sistemas partidários distintos, que querem trazer para si os benefícios advindos da prestação de serviços de saúde, quer sejam eles políticos e/ou econômicos;

- Em virtude da grande diversidade entre Estados e municípios de um país de dimensões continentais como o nosso, torna-se um desafio operacionalizar um processo de descentralização das políticas sociais diante das grandes variações dos “atributos estruturais das unidades locais de governo, tais como capacidade fiscal e administrativa e a cultura cívica local” (Arretche, 1999);
- Na condição de um Estado federativo e conforme já mencionado anteriormente, para que um determinado nível subnacional de governo implante uma política pública de interesse de um nível mais elevado que o seu, há que existir uma série de incentivos que o estimule a tal conduta. Estes podem estar relacionados ao próprio ganho político de implantação de um determinado programa, ou ainda da perda política pela não adoção do mesmo, a estímulos financeiros destinados para áreas distintas, tais como: elevação do volume da receita disponível, transferência de recursos em uma escala na qual a adesão se torne atraente, minimização de custos envolvidos na criação e/ou ampliação de estruturas físicas e/ou materiais destinadas à implantação do programa proposto etc.

Posteriormente à NOB-SUS 93, a NOB editada em 1996 priorizou a ampliação dos mecanismos de gestão da esfera municipal mediante processos de controle, avaliação e auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados na área de abrangência municipal. Criou duas formas de gestão: a Gestão Plena de Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal⁴. A gestão também passa a ser definida como o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento e acompanhamento das ações e serviços.

“Com relação às interações entre os sistemas municipais, fica definido que o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos por outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento. Os recursos destinados para tal fim são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos de seu teto financeiro com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre gestores, cuja orçamentação é mediada pelo Estado e aprovada na CIB regional e no respectivo Conselho de Saúde.

Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer ao gestor estadual que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.” (NOB-SUS 01/96).

É definido também um valor per capita destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, cuja responsabilidade é inteiramente municipal, criando então o Piso Assistencial Básico (PAB)⁵, que é repassado regular e automaticamente ao Fundo de Saúde Municipal (Andrade, 2001). As transferências do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais também se dão com relação aos recursos destinados às ações de Vigilância Sanitária e de Epidemiologia e Controle de Doenças.

Em virtude da estratégia governamental de estimular a atenção básica à saúde, também foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde como instrumento de ação. Para o seu custeio, foi criado um acréscimo percentual sobre o montante do PAB, a ser repassado Fundo a Fundo como forma de incentivo à implantação progressiva de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde.

Conforme já comentado, o Ministério da Saúde, com vistas à adoção de uma das formas de gestão, por parte dos municípios brasileiros, propôs como incentivo a instituição do PAB. Desta feita, ao mesmo tempo que o processo de municipalização caminhava de maneira favorável, descentralizava-se a oferta de procedimentos e ações de atenção básica à população, permitindo com isso, que a prática da medicina preventiva fosse estimulada, em detrimento da curativa. De forma semelhante e adotando-se ação sinérgica na ampliação da atenção básica, criou-se a fração financeira destinada ao Programa Saúde da Família e ao Programa Agentes Comunitários de Saúde como parte do PAB variável.

O resultado destes incentivos pode ser observado quando analisamos a evolução do processo de habilitação: em janeiro de 1997, 58% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma condição de gestão junto ao SUS (Arretche, 1999); em dezembro de 2001, 99% dos municípios encontravam-se em situação semelhante, sendo que 89,06% em Gestão Plena da Atenção Básica e 10,14% em Gestão Plena do Sistema Municipal.

Além dos incentivos citados, uma vez a Constituição Federal tendo garantido a universalidade da atenção a todos os cidadãos, aqueles municípios que não

ofertassem a assistência à saúde para sua população teriam que assumir o ônus político de tal decisão. Certamente, este foi um dos principais motivos para que os municípios se habilitassem em uma forma de gestão, mesmo sem dispor de uma capacidade técnica instalada suficiente ou ainda, tendo que lidar com a incerteza com relação ao financiamento do sistema pelo governo federal.

Após a publicação das NOB's e apesar das mesmas buscarem homogeneização da atenção à saúde em todo território nacional – mediante a especificação de diretrizes para operacionalização do SUS –, o que se observou foi uma cobertura assistencial bastante variável entre os diversos Estados e municípios da região. Tal fato justifica-se por uma série de fatores:

- A existência de grandes iniquidades na capacidade instalada de serviços de saúde entre entes distintos;
- As diferenças na disponibilidade de capacidade técnica vigente;
- A vontade política de cada gestor em implementar novo modelo assistencial – as quais sofrem influências dos meios econômicos e administrativos, bem como do histórico das políticas prévias;
- A presença de sociedades fortes, com alto grau de participação política, que acabaria por pressionar os governos locais a aumentarem sua responsabilidade social.

Neste capítulo, resgatamos a história do modelo de proteção social brasileiro, evoluindo até o processo de criação do SUS – sendo resultante de uma mobilização de caráter nacional em busca do direito universal à saúde.

A partir da identificação dos entraves para operacionalização deste novo modelo, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) sobre a qual discutiremos no capítulo II. A sua aplicabilidade baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde, que organizar-se-ão a fim de montarem uma rede assistencial resolutiva para o atendimento à população adscrita. Em virtude do nosso foco de trabalho encontrar-se no Rio de Janeiro e mais especificamente na Região Norte Fluminense, explicitaremos o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do mencionado Estado, bem como a metodologia utilizada para adotar a Programação Pactuada Integrada (PPI) como alternativa capaz de viabilizar, inclusive financeiramente, a oferta de serviços de saúde não existente em um determinado município, para aquela população alvo.

CAPÍTULO II

→ NOAS: Uma nova estratégia para reorganização da atenção

As experiências adquiridas em mais de dez anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988, evidenciaram um conjunto de obstáculos para a consolidação do nosso sistema de saúde. Dentre eles encontravam-se as diversidades político-administrativas de estados e municípios – que perpassavam por sua conformação histórica, heterogeneidade ambiental e populacional, estruturação de capacidade instalada de serviços de saúde existentes, além de alocação de recursos financeiros, cuja definição inicial baseou-se em série histórica de pagamentos por produtividade ocorrida ainda na época do INAMPS, acarretando grandes iniquidades regionais.

Além dos problemas operacionais mencionados, as condições atuais e a mudança do perfil assistencial também são desafios relevantes a serem vencidos. Primeiramente, trata-se da modificação da composição etária da população, com uma ampliação da camada de idosos em virtude do aumento da expectativa de vida, propiciando a conformação de uma clientela com elevados índices de utilização do sistema, com conseqüente aumento dos gastos. Outro fator refere-se ao contínuo avanço da tecnologia na assistência médica, impulsionando o consumo de equipamentos sofisticados em que, ao mesmo tempo em que possibilitam um diagnóstico mais rápido e preciso – com conseqüente melhoria do padrão assistencial – também demandam mais recursos financeiros para custeio e aquisição destes. Além disso, o enfrentamento das grandes disparidades nacionais, que se revelam no padrão epidemiológico da população, em que, ao lado de patologias da época moderna (depressão, ansiedade, osteoporose, etc.), convivem endemias características de países periféricos (tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, etc.). Por fim, a formação do profissional de saúde ainda é um entrave para a consolidação do modelo universal sob a ótica da prevenção. Há que se suplantar a cultura do padrão hospitalocêntrico, voltado para o tratamento curativo, permitindo o desenvolvimento de uma cultura social, que considere o indivíduo de forma holística, fruto de um contexto econômico e político, inserido em uma determinada sociedade e com necessidades multifacetadas. A mudança de paradigma permitirá a adoção de práticas inovadoras de assistência, tais como o Programa de Humanização da Atenção.

Na tentativa de viabilizar alternativas para a superação destas questões foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. A primeira versão foi revista e em 2002 publicou-se a segunda versão – NOAS-SUS 01/02. Posteriormente, publicaram-se as Portarias nº 384 e 385/GM, em 04/04/03, que fizeram algumas modificações sobre a redação inicial da NOAS-SUS 01/02. Entretanto, foi a Portaria nº 2.023/GM, de 23/09/04, que promoveu alterações significativas na citada Norma, no intuito de definir as responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal perante a gestão do Sistema Municipal de Saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. Através dela, extinguiu-se a condição de Gestão Plena de Atenção Básica, assim como a Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada⁶, revogando “a exigência de habilitação dos municípios em qualquer condição de gestão para o recebimento dos recursos dos PAB variável ou de outros incentivos, exceto no caso daqueles que ainda não recebem recursos financeiros fundo a fundo para a atenção básica”. Além disso, estabelece “como a única modalidade de habilitação de municípios a Gestão Plena do Sistema Municipal”. Em conformidade com a estratégia apresentada, identifica-se a regionalização como mecanismo capaz de garantir a assistência à saúde, bem como propiciar a busca da equidade e da integralidade em todos os níveis de complexidade. Para que isso aconteça, há que existir a transposição de limites da demarcação político-territorial, permitindo a integração entre diversos sistemas organizacionais. Existe a necessidade de assegurar o acesso ao cidadão, a fim de que o mesmo realize o atendimento do qual necessita, embora isto possa ser feito em seu município de origem ou em outro, cuja referência tenha sido previamente definida.

A proposta prevê a criação de módulos assistenciais – sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à área de abrangência municipal – que devem ofertar uma rede resolutive de serviços à população adscrita. O processo de conformação destes sistemas será resultante de uma integração entre os governos municipais e deverá ser regulada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, tendo como objetivo final, o alcance de resultados positivos nos indicadores de saúde da população. Segundo a NOAS,

“a macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, 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”.

Conquanto a NOAS introduza a lógica da regionalização como mecanismo de garantir a assistência em todos os níveis do sistema, ela determina quais são as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica, que “devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico...”.

Desta forma, mantém-se a concepção da lógica na atenção primária, com ampliação das ações de caráter preventivo, conforme já preconizado na Norma Operacional Básica – NOB-SUS-93, garantindo o acesso do cidadão a um conjunto de ações e serviços de saúde, que devem ser ofertados pelos municípios, contemplando uma série de responsabilidades, dentre as quais destacamos:

- Garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade e resolutivos na atenção básica, com território adscrito, viabilizando o planejamento, a programação e a atenção à saúde descentralizados;
- Garantia da integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar e social, englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência e reabilitação, assegurando atendimento às urgências médicas e odontológicas;
- Humanização do atendimento com o desenvolvimento de responsabilização e vínculo das equipes com a população adscrita, com estímulo ao autocuidado dos indivíduos e famílias;
- Valorização dos profissionais de saúde por meio da garantia de qualificação e da educação permanente;
- Estímulo à organização e participação popular e ao controle social na gestão dos serviços, democratizando o conhecimento do processo saúde-doença e do sistema de saúde;

- Execução das ações básicas de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes;
- Trabalho intersetorial visando integrar projetos sociais voltados para a promoção da saúde;
- Promoção da equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, buscando adequar a oferta às necessidades como princípio de justiça social, ampliando o acesso de populações em situação de desigualdade respeitadas as diversidades locais;
- Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e na melhoria da qualidade de vida;
- Assegurar os processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema;
- Gerência de unidades ambulatoriais próprias e das transferidas pelo estado ou pela União.;
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- Realização de avaliação permanente das ações do sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente, incluindo o cumprimento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.

Os mecanismos que direcionarão este novo modelo de atenção, serão definidos a partir da instituição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que ordenará o processo de regionalização. A sua elaboração é de responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e deve estar em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Entretanto, é necessário o envolvimento dos municípios, no que tange ao planejamento e divisão da área territorial estadual e na organização das

áreas regionais e microrregionais de assistência à saúde, assim como na definição de fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, possibilitando o acesso do cidadão aos serviços de saúde necessários à resolução de seus problemas, independentemente de os mesmos existirem ou não em seu município de origem, buscando com isso hierarquizar a rede assistencial vigente, maximizando a sua capacidade de atendimento, com conseqüente organização de fluxos de clientela por nível de complexidade, permitindo com isso, uma utilização mais racional dos recursos financeiros, através da criação/ampliação de serviços, com base em um planejamento das reais necessidades de saúde da região.

Na elaboração do PDR, visando a busca da integralidade na atenção à população alvo – localizada em uma área específica – há que se estabelecer pactos entre os diversos gestores municipais pertencentes a uma determinada região de saúde, a fim de garantir que o cidadão residente em um município possa acessar os serviços existentes em outro. Desta forma, o PDR deverá especificar as prioridades de intervenção em cada região/microrregião de saúde, possibilitando a redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos e permitindo a cada município desenvolver o papel que foi definido para ele dentro do novo desenho projetado para o território estadual.

No que diz respeito à divisão de responsabilidades e papéis entre os diversos municípios envolvidos em uma determinada área de saúde, a NOAS vem definir alguns conceitos importantes:

- Região de saúde: é uma determinada área territorial – definida a partir de “características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios” – a qual será a base do planejamento da atenção à saúde. Um estado pode dividir-se em macrorregiões, microrregiões e/ou regiões de saúde, que por sua vez, podem compreender um ou mais módulos assistenciais.

- Módulo assistencial: é uma base territorial composta de um ou mais municípios, onde existirá um município-sede capaz de ser resolutivo na oferta dos procedimentos constantes da relação a seguir, ou para si próprio – quando o módulo assistencial for composto pelo próprio município –, ou para a população dos municípios a ele adscritos.

- Atendimento médico de urgência com observação até 24 horas;

- Terapias em grupo executadas por professor de nível superior;
- Terapias individuais executadas por professor de nível superior;
- Extirpação lesão de vulva/períneo (eletrocoagulação/fulguração);
- Extração de corpo estranho na vagina;
- Himenotomia;
- Incisão e drenagem de glândula de Bartholine ou Skene;
- Ressutura de episiorrafia pós-parto;
- Atendimento ortopédico com imobilização provisória;
- Tratamento odontológico na área de endodontia⁷;
- Exames laboratoriais⁸;
- Exames radiológicos⁹;
- Ultra-sonografia obstétrica e ginecológica¹⁰;
- Procedimentos fisioterápicos¹¹;
- Leitos hospitalares nas clínicas médica, pediátrica e obstétrica (parto normal).

- Município-sede do módulo assistencial: é o município habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou um município que apresente a capacidade de ofertar, com suficiência, a totalidade dos procedimentos relacionados acima, para sua população e para a de outros municípios pertencentes ao módulo assistencial.

- Município-pólo: um município, habilitado em GPSM ou não, que apresente um papel de referência para outros municípios em qualquer nível de atenção. Pode ser o pólo de uma determinada região, microrregião ou macrorregião.

Analisando os procedimentos relacionados anteriormente, ressaltamos que os mesmos auxiliam no diagnóstico e na terapêutica da grande parte dos problemas de saúde que afetam a população brasileira, os quais representam 63% dos atendimentos passíveis de resolução na atenção básica, em conformidade com a Portaria n° 1.101, de 12 de junho de 2002, do Gabinete do Ministro. Para tanto, são listados exames de

patologia clínica, atendimento odontológico especializado na área endodôntica – buscando minimizar os índices de exodontias –, exames diversos na área de radiodiagnóstico, fisioterapia, atendimento ortopédico com imobilização provisória – permitindo condições satisfatórias ao paciente, de buscar atendimento especializado quando se fizer necessário – e ultra-sonografia ginecológica e obstétrica – indo ao encontro das medidas de atenção à saúde da mulher, preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que a NOAS estabelece os requisitos para a qualificação dos municípios no processo de regionalização. Uma vez atendidos a todos os critérios, o Gestor Estadual, conjuntamente com os Gestores Municipais da região a ser qualificada, deve encaminhar a solicitação à Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Caso aprovada por esta Comissão, novo encaminhamento deverá ser feito, desta vez à Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Uma vez aprovado o pleito, por fim, a documentação será endereçada à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que providenciará a análise do processo conjuntamente ao Plano Diretor de Regionalização (PDR). Dentre os documentos necessários, deverão estar anexados:

- “A descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
- A identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
- O Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos;
- A inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios -sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
- Os mecanismos de relacionamento intermunicipal como organização de fluxos de referência e contra referência e

implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

- A proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
- A identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual” (NOAS-SUS 01/02).

➔ Programação Pactuada e Integrada (PPI) e sua relação com o financiamento da assistência

Uma vez definida a conformação do território estadual, um novo processo deverá ter início, objetivando a criação de um instrumento que coordene a alocação de recursos financeiros aos limites preexistentes de cada município. Trata-se da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que, na realidade, é a consolidação de pactos entre os diversos gestores municipais de saúde visando a garantia do acesso da população aos serviços de média complexidade e às internações hospitalares não disponíveis naquele determinado município, devendo ser disponibilizados por outro. Por meio destes pactos, definir-se-ão quais serão os procedimentos necessários, bem como seus respectivos parâmetros físicos para, posteriormente, quantificar o montante de financiamento necessário para custear tais serviços.

A NOAS define que o financiamento federal para operacionalização da assistência à saúde conforme o novo arranjo territorial dar-se-á em duas vertentes distintas: a primeira delas, que diz relação a um conjunto mínimo de procedimentos ambulatoriais de média complexidade, citado às páginas 55/56, será feita mediante a criação de um valor per capita nacional mínimo, a ser definido posteriormente por portaria do Ministério da Saúde. Já a segunda vertente, refere-se ao financiamento para as internações hospitalares, que deverão ser programadas mediante a utilização de critérios capazes de estimar as internações necessárias para a população, bem como o nível de complexidade das mesmas, diante dos fluxos de referência pré-definidos e acordados entre os diversos municípios envolvidos. O processo para custeio destas internações será conduzido pelo gestor estadual e deverá respeitar o Limite Financeiro Global de cada Estado.

Após a definição do montante de recursos necessários aos atendimentos ambulatoriais previamente citados, bem como das internações hospitalares programadas, a alocação deste montante se dará a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI) firmada entre gestores, com conseqüente formalização de um Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, que também implicará na transferência de recursos relacionados ao atendimento às referências para o teto financeiro do município-sede de módulo assistencial ou município-pólo, cuja parcela estará especificada em separado daquela destinada ao custeio de procedimentos para os próprios munícipes.

Para que o Ministério da Saúde disponibilize recursos financeiros para custeio das ações e serviços programados e pactuados entre os gestores, é necessário que a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) aprove o processo de qualificação daquela determinada região/microrregião assistencial de saúde. À medida que forem se efetivando e sendo aprovadas tais qualificações, o Ministério repassará os recursos per capita definidos para o custeio dos procedimentos mínimos da média complexidade através de duas formas diferentes: fundo a fundo ao respectivo Estado, quando o município-sede não estiver habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou fundo a fundo ao município, quando o mesmo for habilitado em GPSM.

No caso dos demais procedimentos de média complexidade – que não aqueles considerados do elenco mínimo exigido aos municípios-sede de módulo assistencial – também serão organizados e disponibilizados em conformidade à Programação Pactuada e Integrada, também cabendo ao gestor estadual a coordenação deste processo, bem como do estabelecimento, conjuntamente aos municípios envolvidos, dos fluxos de referências intermunicipais. Também é de responsabilidade estadual, a alocação de recursos para o custeio destes procedimentos, o qual será calculado com base em um valor per capita, definido pelo próprio estado, para cada grupo, e que deverá ser multiplicado pela população de cada município. Além disso, há que se adotar critérios de planejamento que impeçam a superposição e/ou proliferação desorganizada de serviços, visando mudar a lógica de contratação indiscriminada do setor privado, vigente à época do INPS (Vianna, 1998), garantindo a utilização racional de recursos.

Com relação à política de atenção à alta complexidade, os três níveis de governo possuem participações distintas no sentido de garantir o acesso da população alvo: ao governo federal, dentre outras responsabilidades, cabe a definição de normas nacionais e do elenco de procedimentos de alta complexidade a serem ofertados à

população, bem como o financiamento destas ações. Sobre o gestor estadual recai a gestão da política de alta complexidade no âmbito estadual; a delimitação da área de abrangência dos serviços; a otimização da oferta de serviços, em virtude dos recursos financeiros disponíveis; a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população; a alocação do orçamento existente no Limite Financeiro da Assistência no Estado para cada área de alta complexidade, bem como a identificação dentro dos tetos municipais para a alta complexidade, das parcelas correspondentes ao atendimento da população no qual está localizado o serviço e daquela correspondente às referências intermunicipais; o controle e avaliação do sistema, bem como a coordenação da implementação de mecanismos de regulação. Já com relação à competência municipal, apenas aqueles municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que possuem serviços de alta complexidade em seu território, desempenharão funções relativas à organização de tais serviços, no sentido de programar metas físicas e financeiras aos prestadores de serviços, com posterior efetivação de pagamentos; definir fluxos e rotinas intermunicipais, em consonância ao planejamento estadual da rede assistencial. É importante ressaltar que apenas aqueles municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal terão competência para desenvolver tais ações. Caberá ao Estado realizar tal função em todas as outras situações, podendo este delegar funções relativas ao controle e avaliação dos prestadores, bem como a autorização dos procedimentos, para gestores de municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM). Ao Estado também compete a programação da assistência de alta complexidade, a qual deverá estar especificada no Plano Diretor de Regionalização (PDR), após levantamento criterioso dos serviços já existentes e o âmbito de cobertura territorial de cada pólo de referência na Atenção de Alta Complexidade. É por esta análise da capacidade instalada real, se contrapondo à demanda programada para cada tipo de serviço, que o Estado terá condições de organizar uma rede assistencial adequada, evitando distribuição inequânime de serviços – os quais, pelas suas próprias características, possuem alta especificidade tecnológica, demandando profissionais especializados para o manuseio dos equipamentos e instituição do tratamento preconizado e, por conseguinte, consumindo quantias significativas tanto para a implantação, quanto para o seu custeio, resultando na pequena concentração de oferta dentre os diversos municípios, principalmente nos de pequeno porte, mesmo que conjuntamente seja significativo o montante populacional da microrregião a qual pertencem.

A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite, é o instrumento que norteará o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos. Este conjunto de elementos subsidiará o processo de regulação da assistência à saúde prestada à população, analisando a oferta e a demanda de serviços, a organização dos fluxos migratórios, a disponibilidade de atendimento e acesso às referências. Concomitantemente, também consubstanciará a alocação de recursos financeiros federais pelo gestor estadual – que deverá ser feita mediante uma lógica de atendimento às necessidades e não mais sobre escolhas político-partidárias (Carvalho, A. I.) – definindo-se o limite financeiro destinado à saúde, por município, que deverá considerar o conjunto de serviços existentes em cada um deles e cuja especificação contempla duas parcelas: os recursos destinados às ações e serviços de saúde para a população própria, e aqueles recursos destinados ao atendimento da população referenciada, em conformidade à prévia pactuação entre gestores municipais.

Caberá a cada Estado a gestão dos recursos financeiros federais destinados aos municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. No caso dos municípios habilitados, será feita a transferência do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal, do “total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria” (NOAS-SUS 01/02), bem como aquela destinada ao atendimento do restante da população adscrita. Estes limites financeiros poderão sofrer reajustes periódicos na medida em que se faça a revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI), o que deverá ocorrer preferencialmente a cada trimestre. Neste sentido, sempre que um determinado município criar ou ampliar serviços de saúde em seu território, os quais anteriormente eram referenciados para outro, os recursos orçamentários destinados para tal fim deverão ser realocados dentro do Teto Financeiro do primeiro, saindo do município anteriormente referenciado.

Cabe ressaltar que compete ao Gestor Estadual garantir a operacionalização dos pactos firmados entre os diversos municípios do Estado, em conformidade ao Plano Diretor de Regionalização, garantindo, desta forma, o acesso da população aos serviços necessários para resolução de seus problemas de saúde. Esta responsabilidade também engloba a definição dos limites orçamentários para custeio de tais atendimentos, bem como das alterações das parcelas de recursos destinadas às referências intermunicipais, que sofrerão alterações em virtude da abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro;

“redirecionamento do fluxo de referência da população de um município-pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso” (NOAS-SUS 01/02). Estas alterações deverão ser apresentadas e justificadas à Comissão Intergestora Bipartite e comunicadas à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), quando se tratar de município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, para que ele altere os valores a serem transferidos ao respectivo Fundo Municipal de Saúde.

Da mesma forma que compete ao Estado, conjuntamente aos municípios de seu território, garantir o acesso da população aos serviços não disponíveis no seu município, compete ao Ministério da Saúde, “de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados de outros estados” (NOAS-SUS 01/02)

No processo de atenção à saúde é comum a mudança de estratégias na implantação de determinadas ações, programas ou projetos, sempre que a avaliação dos resultados demonstrar dados insatisfatórios. Portanto, a avaliação torna-se instrumento fundamental da gestão do sistema de saúde, subsidiando, conjuntamente com as funções de controle e regulação, a análise dos novos sistemas funcionais criados pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR); considerar-se-á a qualidade da assistência ofertada pelos prestadores de serviços, o grau de satisfação dos usuários, a mudança do perfil de saúde da população coberta e o impacto das ações e serviços sobre a saúde dos indivíduos.

Os dados coletados devem ser confrontados com as prioridades e diretrizes previamente definidas no planejamento da assistência e serão relevantes na alocação de recursos financeiros, possibilitando a otimização dos mesmos, além da sua distribuição de maneira coerente ao nível da assistência prestada. Mas, para que isso possa acontecer, torna-se necessária a manutenção adequada do cadastro atualizado de todos os serviços de saúde existentes no município, inclusive respaldando o processo de compra na rede privada sempre que a oferta de serviços na rede pública se mostrar insuficiente e quando o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde assim o recomendar. Neste sentido, deverão ser observados os aspectos epidemiológicos da população a ser coberta, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência, permitindo a atenção adequada à população, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

➔ A metodologia utilizada na formulação do Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro

O Estado é composto por noventa e dois municípios e segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2004, a população no referido ano alcançava a 15.033.317 habitantes.

Em decorrência do grande contingente populacional e da necessidade de distribuição deste por regiões, microrregiões e módulos assistenciais, conforme preconizado pela NOAS e visando a conformação de áreas integradas e resolutivas de saúde, buscou-se um planejamento mútuo entre os gestores municipais e estadual. Para tanto, no mês de julho de 2001, foram realizadas as Oficinas Descentralizadas de Planejamento da Regionalização da Assistência à Saúde nas nove regiões do estado, a saber:

- Baía da Ilha Grande;
- Baixada Litorânea;
- Centro-Sul;
- Médio Paraíba;
- Metropolitana I;
- Metropolitana II;
- Serrana;
- Noroeste;
- Norte.

Os trabalhos realizados nestas oficinas se dividiram em dois grupos; um deles discutia sobre a regionalização da atenção básica, enquanto o outro avaliava a regionalização da média e alta complexidade e a conformação dos módulos assistenciais. A partir da identificação das principais dificuldades, estas oficinas buscaram formular um documento no qual, ao mesmo tempo em que os problemas eram listados, também se explicitavam as possíveis estratégias para solucioná-los. O documento final oriundo de todas as oficinas constituiu-se no Plano Estratégico Regional para a assistência à saúde, que serviu de base para a construção do Plano

Diretor de Regionalização. Este último foi consolidado pelo Centro de Programação em Saúde da Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento, que também organizou o Plano Diretor de Investimentos. O plano, cuja vigência era de 2001 a 2004, apresentava não apenas o planejamento organizacional dentro da estrutura de saúde vigente, mas também realizava projeções com relação a mudanças estruturais necessárias para proporcionar uma ampliação e/ou otimizar o acesso do usuário aos serviços de saúde necessários à resolução de seus problemas.

Por fim, a definição geográfica das regiões foi aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite no dia 18 de outubro de 2001 e pelo Conselho Estadual de Saúde em 07 de dezembro de 2001. Concomitantemente, o Centro de Programação em Saúde buscou consolidar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) no âmbito das Secretarias Municipais de Saúde, já iniciado em janeiro de 1999, a fim de garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidade não existentes em seu município. O fluxo migratório para atendimento às referências subsidiaria a definição dos tetos financeiros municipais, de onde seria possível identificar a parcela de recursos destinada ao atendimento intermunicipal.

Com vistas a acelerar este processo, foi instituída no Estado, por solicitação da Comissão Intergestora Bipartite, a Comissão de Programação Pactuada e Integrada¹², cuja missão era formular uma proposta que quantificasse as necessidades de atenção à saúde para a população, elaborando uma metodologia para a distribuição de recursos entre os municípios, que considerasse critérios populacionais, de capacidade instalada e as pactuações surgidas após as negociações entre os gestores. A implantação desta proposta também contemplaria o acompanhamento do cumprimento das pactuações, bem como da redefinição de recursos financeiros sempre que se fizesse necessário, quer seja pelas alterações dos parâmetros de cobertura assistencial, quer seja por alterações nas negociações entre gestores. Desta forma, a metodologia de trabalho pautava-se em duas vertentes:

- Revisão do teto financeiro global do Estado do Rio de Janeiro – Após a análise do quantitativo de serviços necessários para a assistência à saúde da população, com base em cálculos de parâmetros ideais de cobertura, a Comissão de Programação Pactuada e Integrada aprovou uma proposta que integrava o quantitativo físico calculado com o quantitativo populacional de cada município, conformando assim o teto financeiro

ambulatorial ideal para que cada município cumprisse as metas assistenciais programadas. O somatório de todos estes tetos resultaria no Teto Financeiro Global do Estado do Rio de Janeiro.

Entretanto, os acréscimos necessários ao cumprimento desta programação não foram concedidos e também não havia perspectiva de aumento a curto e médio prazo. Em decorrência deste fato, a equipe teve que se dedicar à segunda vertente.

- Revisão do mecanismo de alocação de recursos entre municípios – O que se pretendia anteriormente era desenvolver um modelo de compensação financeira que custeasse os atendimentos realizados em virtude de migrações intermunicipais, não necessariamente oriundas de pactos pré-definidos. Entretanto, em virtude da situação de recursos limitados para o Estado, os trabalhos se fixaram apenas nas realocações decorrentes “de acordos intergestores, respeitando pactos de referências dos procedimentos que os municípios não realizam” (PDR/RJ 2001/2004). A proposta final aprovou um cronograma de revisões quadrimestrais de pactuação intermunicipal e definiu os novos tetos financeiros ambulatoriais, os quais subdividiam-se em cinco parcelas: Piso de Atenção Básica (PAB), Fração de Atendimento Especializado (FAE), Procedimentos Hemoterápicos, Terapia Renal Substitutiva (TRS) e Referências Intermunicipais.

Na primeira pactuação, os tetos calculados geraram aumento de recursos para 57 municípios e diminuição para 34, em relação à programação anteriormente vigente.

➔ A conformação geográfica do Estado do Rio de Janeiro

A seguir, explicitaremos a conformação territorial do Estado, subdividindo-o em regiões de saúde, conforme definido pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado do Rio de Janeiro, formulado no segundo semestre do ano 2000 e cuja vigência compreendia o período 2001/2004. Por conseguinte, o encontro de eventuais dados desatualizados justifica-se em virtude do período em que os levantamentos populacionais e de capacidade instalada foram realizados. As fontes de

pesquisa, neste caso, basearam-se no Censo Demográfico – IBGE/2000 e no Sistema de Informações da Secretaria de Estado de Saúde/RJ – Tabnet, cujo período consultado foi dezembro de 2000.

1. Região da Baía da Ilha Grande (BIG)

Quadro 2 – Região de Saúde Baía da Ilha Grande.

Região da Baía da Ilha Grande (BIG) – 173.692 habitantes				
	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Nº de Leitos
Microrregião	BIG I 148.791 habitantes	Angra dos Reis Paraty	Angra dos Reis	219
	BIG II 24.901 habitantes	Mangaratiba	Mangaratiba	57
				276

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

2. Região da Baixada Litorânea (BL)

Quadro 3 – Região de Saúde Baixada Litorânea.

Região da Baixada Litorânea (BL) – 441.060 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
BL I 213.580 habitantes	BL I.1 97.892 habitantes	Araruama Iguaba Grande	Araruama	137
	BL I.2 63.227 habitantes	São Pedro d'Aldeia	São Pedro d'Aldeia	50
	BL I.3 52.461 habitantes	Squarema	Squarema	60
BL II 227.480 habitantes	BL II.1 145.032 habitantes	Cabo Frio Armação de Búzios	Cabo Frio	207
	BL II.2 22.152 habitantes	Casimiro de Abreu	Casimiro de Abreu	87
	BL II.3 23.877 habitantes	Arraial do Cabo	Arraial do Cabo	82
	BL II.4 36.419 habitantes	Rio das Ostras	Rio das Ostras	-----
				623

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

3. Região Centro-Sul (CS)

Quadro 4 – Região de Saúde Centro-Sul.

Região Centro Sul (CS) – 294.578 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
CS I 144.366 habitantes	CS I.1 106.956 habitantes	Três Rios Areal Comendador Levy Gasparian Sapucaia	Três Rios	298
	CS I.2 37.410 habitantes	Paraíba do Sul	Paraíba do Sul	61
CS II 150.212 habitantes	CS II.1 31.451 habitantes	Vassouras	Vassouras	346
	CS II.2 48.833 habitantes	Miguel Pereira Paty do Alferes	Miguel Pereira	67
	CS II.3 29.453 habitantes	Engenheiro Paulo de Frontin Mendes	Engenheiro Paulo de Frontin	189
	CS II.4 40.475 habitantes	Paracambi	Paracambi	1.835
				2.796

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

4. Região Norte (N)

Quadro 5 – Região de Saúde Norte.

Região Norte (N) – 686.188 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
N I 173.583 habitantes	N I.1 132.461 habitantes	Macaé	Macaé	269
	N I.2 27.448 habitantes	Conceição de Macabu Carapebus	Conceição de Macabu	101
	N I.3 13.674 habitantes	Quissamã	Quissamã	40
N II 512.605 habitantes	N II.1 406.989 habitantes	Campos dos Goytacazes	Campos dos Goytacazes	1.251
	N II.2 36.789 habitantes	São Fidélis	São Fidélis	128
	N II.3 68.827 habitantes	São João da Barra São Francisco de Itabapoana	São João da Barra	68
				1.857

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

5. Região Metropolitana I (Metro I)

Quadro 6 – Região de Saúde Metropolitana I.

Região Metropolitana I (Metro I) – 9.149.985 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
Metro I – I 5.857.904 habitantes	Metro I – I.1 5.857.904 habitantes	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	18.018
Metro I – II 147.263 habitantes	Metro I – II.1 82.003 habitantes	Itaguaí	Itaguaí	179
	Metro I – II.2 65.260 habitantes	Seropédica	Seropédica	---
Metro I – III 981.286 habitantes	Metro I – III.1 775.456 habitantes	Duque de Caxias	Duque de Caxias	1.469
	Metro I – III.2 205.830 habitantes	Magé	Magé	347
Metro I – IV 1.125.870 habitantes	Metro I – IV.1 920.599 habitantes	Nova Iguaçu	Nova Iguaçu	1.108
	Metro I – IV.2 83.278 habitantes	Japeri	Japeri	180
	Metro I – IV.3 121.993 habitantes	Queimados	Queimados	165
	Metro I – IV.4 *	Mesquita	Mesquita	**
Metro I – V 1.037.662 habitantes	Metro I – V.1 449.476 habitantes	São João do Meriti	São João do Meriti	846
	Metro I – V.2 434.474 habitantes	Belford Roxo	Belford Roxo	201
	Metro I – V.3 153.712 habitantes	Nilópolis	Nilópolis	413
				22.926

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

* Em conformidade aos dados pesquisados no IBGE referentes ao Censo Demográfico/2000, não há quantitativo populacional registrado para Mesquita.

** Não havia registro de número de leitos hospitalares no Tabnet, quando de nossa pesquisa em dezembro de 2000.

6. Região Metropolitana II (Metro II)

Quadro 7 – Região de Saúde Metropolitana II.

Região Metropolitana II (Metro II) – 1.711.799 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
Metro II – I 536.188 habitantes	Metro II – I.1 459.451 habitantes	Niterói	Niterói	2.387
	Metro II – I.2 76.737 habitantes	Maricá	Maricá	86
Metro II – II 891.119 habitantes	Metro II – II.1 891.119 habitantes	São Gonçalo	São Gonçalo	1.646
Metro II – III 213.536 habitantes	Metro II – III.1 213.536 habitantes	Itaboraí Tanguá	Itaboraí	1.309
Metro II – IV 70.956 habitantes	Metro II – IV.1 21.265 habitantes	Silva Jardim	Silva Jardim	14
	Metro II – IV.2 49.691 habitantes	Rio Bonito	Rio Bonito	712
				6.154

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

7. Região Noroeste (NO)

Quadro 8 – Região de Saúde Noroeste.

Região Noroeste (NO) – 310.291 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
NO I 198.844 habitantes	NO I.1 38.931 habitantes	Natividade Porciúncula Varre-Sai	Natividade	109
	NO I.2 101.042 habitantes	Itaperuna Laje do Muriaé São José do Ubá	Itaperuna	639
	NO I.3 33.655 habitantes	Bom Jesus do Itabapoana	Bom Jesus do Itabapoana	443
	NO I.4 25.216 habitantes	Italva Cardoso Moreira	Italva	42
NO II 111.447 habitantes	NO II.1 8.018 habitantes	Aperibé	Aperibé	35
	NO II.2 23.003 habitantes	Itaocara	Itaocara	63
	NO II.3 53.362 habitantes	Santo Antônio de Pádua Cambuci	Santo Antônio de Pádua	281
	NO II.4 27.064 habitantes	Miracema	Miracema	55
				1.667

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

8. Região Serrana (SR)

Quadro 9 – Região de Saúde Serrana.

Região Serrana (SR) – 838.497 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
SR I 286.537 habitantes	SR I.1 286.537 habitantes	Petrópolis	Petrópolis	1.973
SR II 224.776 habitantes	SR II.1 138.081 habitantes	Teresópolis	Teresópolis	401
	SR II.2 37.952 habitantes	Guapimirim	Guapimirim	26
	SR II.3 19.278 habitantes	São José do Vale do Rio Preto	São José do Vale do Rio Preto	49
	SR II.4 15.289 habitantes	Carmo	Carmo	47
	SR II.5 14.176 habitantes	Sumidouro	Sumidouro	27
SR III 327.184 habitantes	SR III.1 173.418 habitantes	Nova Friburgo	Nova Friburgo	699
	SR III.2 48.543 habitantes	Cachoeiras de Macacu	Cachoeiras de Macacu	97
	SR III.3 32.985 habitantes	Bom Jardim Duas Barras	Bom Jardim	79
	SR III.4 43.322 habitantes	Cantagalo Cordeiro Macuco	Cantagalo	38
	SR III.5 8.402 habitantes	São Sebastião do Alto	São Sebastião do Alto	39
	SR III.6 20.514 habitantes	Trajano de Moraes Santa Maria Madalena	Trajano de Moraes	81
				3.556

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

9. Região do Médio Paraíba (MP)

Quadro 10 – Região de Saúde do Médio Paraíba.

Região do Médio Paraíba (MP) – 785.192 habitantes				
Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios Integrantes	Município-Pólo	Leitos
MP I 446.098 habitantes	MP I.1 88.503 habitantes	Barra do Piraí	Barra do Piraí	726
	MP I.2 22.118 habitantes	Piraí	Piraí	63
	MP I.3 242.063 habitantes	Volta Redonda	Volta Redonda	445
	MP I.4 19.481 habitantes	Pinheiral	Pinheiral	---
	MP I.5 73.933 habitantes	Valença Rio das Flores	Valença	364
MP II 339.094 habitantes	MP II.1 186.981 habitantes	Barra Mansa Rio Claro	Barra Mansa	366
	MP II.2 127.374 habitantes	Resende Porto Real Quatis	Resende	430
	MP II.3 24.739 habitantes	Itatiaia	Itatiaia	43
				2.437

Fonte – Plano Diretor de Regionalização – PDR/RJ 2001/2004.

Através da exposição da NOAS e do PDR, demonstramos a divisão do território estadual em regiões e microrregiões de saúde e seus respectivos módulos assistenciais. Por esta abordagem, verificou-se qual é a realidade do processo de regionalização proposto e sobre o qual discutiremos no capítulo V. Além disso, demonstrou-se as dificuldades vivenciadas pela Comissão de Programação Pactuada e Integrada quando da tentativa de distribuir recursos financeiros, compatíveis com as necessidades de saúde identificadas nos diversos municípios.

Recortando nosso campo de estudos, o capítulo III busca caracterizar os nove municípios da Região Norte Fluminense, traçando seu perfil social, econômico, demográfico e de rede de serviços instalada, subsidiando as discussões subseqüentes relacionadas à factibilidade da implantação da NOAS na região, bem como os grandes desafios existentes na prestação da assistência à saúde vivenciados atualmente pelos municípios envolvidos.

CAPÍTULO III

➔ A Região Norte Fluminense

A região é composta por nove municípios, a saber:

- Campos dos Goytacazes;
- São Francisco de Itabapoana;
- São João da Barra;
- São Fidélis;
- Cardoso Moreira;
- Conceição de Macabu;
- Quissamã;
- Macaé;
- Carapebus.

A região teve, dentre as atividades econômicas mais relevantes até o final da década de 80, o cultivo e a indústria da cana-de-açúcar, a pecuária de corte e leiteira, além da pesca. Algumas atividades outras também se faziam presentes, tais como: cultivo de arroz, feijão, milho, frutas, mandioca, indústria de cerâmica e doces, além de beneficiamento e produção de derivados do leite.

Nas duas últimas décadas, a produção de álcool e a extração de gás e petróleo impulsionaram a economia da região. Isto se deu a partir da Lei nº 7.990, de 28/12/1989, republicada em 18/01/1990, que instituiu “para os Estados, Distrito Federal e Municípios, compensação financeira pelo resultado da exploração de petróleo ou gás natural, de recursos hídricos para fins de geração de energia elétrica, de recursos minerais em seus respectivos territórios, plataformas continental, mar territorial ou zona econômica exclusiva e dá outras providências”. Nesta lei, define-se que o montante a ser pago corresponde a 5% (cinco por cento) sobre o valor do óleo bruto, do xisto betuminoso e do gás extraído dos territórios específicos onde se fixar a lavra do petróleo ou se localizarem instalações marítimas ou terrestres, de embarque ou desembarque de óleo bruto ou de gás natural. Estes 5% serão divididos da seguinte forma:

- 70% (setenta por cento) aos Estados produtores;
- 20% (vinte por cento) aos Municípios produtores;

- 10% (dez por cento) aos Municípios onde se localizarem instalações marítimas ou terrestres de embarque e desembarque de óleo bruto e/ou gás natural.

Além dos royalties repassados, conforme especificado acima, a Lei nº 9.478/97 em seu artigo 50 introduz a participação especial como sendo outro tipo de participação governamental, paga nos casos em que o poço apresenta grande volume de produção ou grande rentabilidade. Esta lei, posteriormente também foi regulamentada pelo Decreto nº 2.705/98. “A participação especial será aplicada sobre a receita bruta da produção, deduzidos os royalties, os investimentos na exploração, os custos operacionais, a depreciação e os tributos previstos na legislação em vigor”. A distribuição dos recursos dar-se-á da seguinte maneira:

- 40% ao Ministério de Minas e Energia, para o financiamento de estudos e serviços de geologia e geofísica aplicados à prospecção de petróleo e gás natural, a serem promovidos pela Agência Nacional de Petróleo (ANP);
- 10% ao Ministério de Meio Ambiente, dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal, destinados ao desenvolvimento de estudos e projetos relacionados com a preservação do meio ambiente e recuperação de danos ambientais causados pelas atividades da indústria do petróleo;
- 40% para o Estado onde ocorrer a produção em terra ou confrontante com a plataforma continental onde se realizar a produção.
- 10% para o Município onde ocorrer a produção em terra ou confrontante com a plataforma continental onde se realizar a produção.

Com o crescimento da Indústria do Petróleo, os municípios da Região Norte do Estado do Rio de Janeiro passaram a contar com os valores dos royalties e das participações especiais em seus orçamentos municipais.

A Bacia de Campos¹³, localizada, em sua maior parte, na Região Norte Fluminense, responde atualmente por 80% da produção nacional do petróleo e gás natural; diariamente são mais de um milhão e cem mil barris de óleo por dia, explorados pela Petrobras, onde cerca de 95% da extração encontra-se em alto mar. A região ocupa o primeiro lugar na arrecadação dos royalties do Estado do Rio de Janeiro, passando de

aproximados 13 milhões de reais em 1998, para algo em torno de 299 milhões em 2000. O quadro a seguir demonstra esta evolução de valores, especificando-os por município:

Quadro 11 – Valores dos royalties do petróleo, por município da Região Norte Fluminense – 1998 a 2000.

Município	Valores dos royalties do petróleo (em milhões)			
	1998	1999	2000	Relação 2000/1998
Macaé	3.842	34.958	85.697	2.231 %
Carapebus	833	6.207	11.619	1.395 %
Conceição de Macabu	125	884	1.785	1.428 %
Quissamã	1.940	14.742	31.460	1.622 %
Campos dos Goytacazes	5.822	48.851	150.391	2.583 %
São Fidélis	159	1.069	2.160	1.358 %
São João da Barra	154	5.413	12.465	8.094 %
São Francisco de Itabapoana	161	1.049	2.170	1.348 %
Cardoso Moreira	111	749	1.527	1.376 %
Total da Região Norte Fluminense	13.147	113.923	299.282	2.276 %

Fonte: Agência Nacional do Petróleo – ANP e Secretaria de Estado da Fazenda/RJ – SEF/RJ

Como podemos verificar, houve uma evolução bem significativa dos valores repassados aos municípios em um curto período de tempo, onde em alguns municípios, o ano de 2000 significou uma elevação de mais de 2.583% comparativamente ao ano de 1998.

É importante que a análise dos valores apresentados subentenda que, eventualmente, aquele município que mais tenha recebido repasses em royalties, efetivamente, quando transformamos tal montante em valor per capita, não venha ocupar a primeira posição. Isto ocorre verdadeiramente na Região Norte Fluminense, onde existe uma grande diversidade demográfica entre os seus municípios. Os dados constantes no quadro 12 comprovam tal afirmativa.

No primeiro semestre de 2000 começaram a ser pagas as participações especiais a Estados e municípios em conformidade à Lei nº 9.478/97, apresentada anteriormente, gerando um gigantesco crescimento das receitas de participações governamentais. No Estado do Rio de Janeiro, apenas 5 municípios beneficiaram-se desta lei: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Macaé, Quissamã e Rio das Ostras, onde os quatro primeiros fazem parte da Região Norte Fluminense.

Quadro 12 – Relação de população por município e valor per capita dos royalties do petróleo/2000.

Município	População	Valores dos royalties do petróleo/2000 (em milhões)	Valor per capita/2000 (em reais)
Macaé	132.461	85.697	647
Carapebus	8.666	11.619	1.341
Conceição de Macabu	18.782	1.787	95
Quissamã	13.674	31.460	2.301
Campos dos Goytacazes	406.989	150.391	370
São Fidélis	36.789	2.168	59
São João da Barra	27.682	12.465	450
São Francisco de Itabapoana	41.145	2.170	53
Cardoso Moreira	12.595	1.527	121

Fonte: Organização própria a partir de dados constantes em demais quadros.

A elevação dos valores de participações governamentais, a partir da inclusão do montante relativo às participações especiais (iniciada no ano de 2000), pode ser observada no Quadro 13, através de um comparativo efetuado entre os valores arrecadados com royalties em 1999, e os valores arrecadados no 1º semestre de 2000, onde incluem-se, além dos royalties, também as participações especiais.

Quadro 13 – Receita de royalties, receita total, participações especiais – 1999 e 2000 (em milhões de reais).

Município	Receita de royalties em 1999	Receita total em 1999	Royalties e participações especiais 1º semestre de 2000
Campos dos Goytacazes	49	155	97
Macaé	35	92	55
Quissamã	15	31	20
Carapebus	6	13	7

Fonte: Relatório do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – Conselheiro Sérgio F. Quintella e ANP, Balanços Gerais dos Municípios

Como demonstrado, em 1999, as receitas de royalties dos municípios abordados equivaliam a mais de 30% do total de receitas; sendo que em alguns deles, este montante atingia valores próximos a 50%. Outro fato relevante pode ser observado quando comparamos o impacto dos valores de participações especiais sobre aqueles já relacionados aos royalties. Demonstração disso ocorre quando, ao avaliarmos apenas o primeiro semestre de 2000, identificamos que em todos os municípios tais valores suplantaram o montante relativo a todo o ano de 1999.

O Estado do Rio de Janeiro também foi beneficiado pelas Leis n° 7.990/89 e 9.478/97 – que especificam as normas para repasse de recursos financeiros a estados e municípios produtores de óleo, conforme já abordado. A seguir, relacionamos o PIB estadual – a preços básicos e em valores correntes – no período compreendido entre 1996 a 2001. Identificamos, após análise, que houve um crescimento de 78% entre os períodos.

Quadro 14 – Evolução do PIB estadual em valores correntes (em milhões de reais) – 1996 a 2001.

Ano	1996	1997	1998	1999	2000	2001
PIB em valores correntes	89.758	98.536	108.111	122.712	140.900	159.862

Fonte: Dados do PIB gerados pela Fundação CIDE – Estudo Sócio-Econômico – 2003 – TCE/RJ.

Analisando a participação regional na formação do PIB do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2001, a Região Metropolitana contribuiu com 61% destes valores. A Região Norte Fluminense como um todo alcança o percentual de 21%, estando em segundo lugar em matéria de participação. Entretanto, deste valor, 19% relacionam-se à Bacia de Campos, reiterando a afirmativa de que a Indústria do Petróleo é responsável por gigantesca parcela do PIB regional.

As participações subdividem-se da seguinte forma:

Quadro 15 – Participação das regiões no PIB estadual 2001 com a Capital e a Plataforma Continental – R\$ 160 bilhões.

Regiões	Participação das regiões (%)
Região Metropolitana	65
Bacia de Campos	19
Região Norte Fluminense	2
Região Serrana	3
Região do Médio Paraíba	6
Região da Baixada Litorânea	2
Região Centro-Sul Fluminense	1
Região Noroeste Fluminense	1
Região da Costa Verde ¹⁴	1

Fonte: Dados do PIB gerados pela Fundação CIDE – Estudo Sócio-Econômico – 2003 – TCE/RJ.

Para uma melhor visualização da participação das regiões na economia estadual, bem como a influência dos recursos oriundos da extração petrolífera nesta

participação, estaremos a seguir demonstrando como ficaria a nova redistribuição participativa caso excluíssemos dos cálculos a Bacia de Campos, que respondeu por 30,4 bilhões de reais no ano de 2001.

Quadro 16 – Participação das regiões no PIB estadual 2001, excluída a Bacia de Campos – R\$ 129,6 bilhões.

Regiões	Participação das regiões (%)
Região Metropolitana	80
Região Norte Fluminense	3
Região Serrana	4
Região do Médio Paraíba	8
Região da Baixada Litorânea	3
Região Centro-Sul Fluminense	1
Região Noroeste Fluminense	1
Região da Costa Verde	1

Fonte: Dados do PIB gerados pela Fundação CIDE – Estudo Sócio-Econômico – 2003 – TCE/RJ.

Buscando uma melhor caracterização dos municípios, em virtude das grandes diversidades existentes no que tange à estrutura demográfica, extensão territorial, rede instalada de serviços, representatividade econômica junto à região, bem como os seus distintos perfis sociais – fatores que possuem relevância no processo de implementação da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde – estaremos, a seguir, retratando cada um deles, a fim de melhor subsidiarmos as discussões futuras, pois, para que as políticas públicas formulem ações governamentais eficazes, torna-se necessária a identificação da realidade local, a fim de reconhecer os pontos fracos que demandem processos de intervenção. O fato de o repasse dos recursos dos royalties ter se dado de forma diferenciada entre os municípios da região¹⁵ cria mais um item de desigualdade – além dos diversos já existentes – que imputa uma grande responsabilidade aos gestores locais no que tange à formulação de um plano regional que supere essas variáveis, em busca de um processo mais equânime de atenção à saúde.

➔ Campos dos Goytacazes¹⁶

O maior município da região, ocupa uma área correspondente a 41,4% de todo o Norte Fluminense, totalizando 4.040,6 quilômetros quadrados.

O seu desenvolvimento econômico se deu a partir de século XIX, quando

o primeiro engenho a vapor na região, criado em 1830, modificou o processo de produção de açúcar, cujo escoamento foi facilitado com o aparecimento da ferrovia em 1837. Já em 1875, havia 245 engenhos de açúcar instalados na região, fazendo com que uma poderosa aristocracia agrária se formasse com poderes tais, que possibilitava a influência na política e no império.

A pecuária também sempre teve um papel importante na economia do município, e o café, em seus áureos tempos, impulsionou economicamente aos antigos distritos de Cardoso Moreira e Italva, hoje emancipados.

Nas três últimas décadas, a produção de álcool, a extração de gás e petróleo impulsionaram a economia da região, inclusive de Campos dos Goytacazes. Entretanto, algumas outras atividades, como o cultivo de arroz, feijão, milho, frutas, mandioca, indústria de cerâmica e doces, além de beneficiamento e produção de leite e derivados também possuem representatividade econômica. Além disto, o município concentra o maior número de estabelecimentos industriais do Norte Fluminense, entre os quais destacam-se as indústrias de produtos alimentares, química, transformação de produtos de minerais não-metálicos e a indústria mecânica.

A população municipal apresentou uma taxa média de crescimento, no período compreendido entre 1991 a 2000 de 0,88% ao ano. Em 2000, o município apresentava uma população de 406.989 habitantes, o que correspondia a 58,2% do total de toda a região. A seguir, podemos acompanhar o quantitativo de habitantes entre os anos 2000 a 2004.

Quadro 17 – População municipal x população regional. Anos 2000 a 2004. Campos dos Goytacazes.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	406.989	410.220	413.445	416.441	419.427
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	58,24%	57,98%	57,65%	57,39%	57,13%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

Segundo dados do Tribunal Regional Eleitoral (TRE), o município, no ano de 2002, tinha um contingente de 283.864 eleitores, que correspondia a 69% da população.

Os resultados obtidos quando do levantamento sobre o abastecimento de água demonstram que 67,7% dos domicílios possuem acesso à rede de distribuição. Dos

demais, 30,8% têm acesso à água através de poço ou nascente, enquanto apenas 1,4% a conseguem de outra forma.

Os resultados do Estudo Socioeconômico mostraram que o município ocupava a posição número 54 no que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)¹⁷, atingindo o valor de 0,752.

O mesmo estudo anteriormente citado, ao pesquisar os dados sobre educação, chegou ao número de 125.720 alunos matriculados nos ensinos infantil, fundamental e médio, no município, no ano de 2001. Sofrendo um aumento de 0,6% no número total de estudantes, no ano de 2002 havia 126.424 matrículas. Segundo o Plano Municipal de Saúde 2004/2007, Campos dos Goytacazes é um pólo educacional na região, contando com 150 escolas municipais, 131 escolas estaduais e 108 escolas particulares. O Centro Federal de Educação Tecnológica (CEFET), também existente no município, oferece 11 cursos técnicos e oito cursos superiores de tecnologia. O ensino superior, além daqueles já citados, oferta outros 26 cursos, ministrados por mais 12 instituições. Existe ainda uma vasta opção para a pós-graduação lato-sensu, enquanto cinco estabelecimentos de ensino ofertam cursos de mestrado e doutorado.

Apesar da ampla rede de ensino, dados apresentados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no ano de 2000, demonstram uma taxa de 5 de analfabetismo em jovens¹⁸, enquanto chega a 11,6% a taxa de analfabetismo na população adulta¹⁹. Partindo destes dados, o quadro 10 vem apresentar a situação dos chefes de família do município, no que tange à escolaridade.

Quadro 18 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Campos dos Goytacazes.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
13%	20%	33%	13%	16%	5%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Observamos que 33% da população pesquisada possui no máximo três anos de estudo; percentual semelhante àqueles que estudaram durante quatro a sete anos. Entretanto, apesar do município contar com um número expressivo de instituições de ensino e, por conseguinte, ser reconhecido como pólo educacional da região, apenas 5% desta mencionada população possui ou cursa o ensino superior.

A questão apresentada no que tange à escolaridade dos chefes de família,

repetir-se-á na análise do nível de renda dos mesmos. Apesar de ser o maior município da região, contando com o maior número de estabelecimentos industriais dentre os nove municípios do Norte Fluminense, apenas 4% da população possuem rendimentos superiores a 15 salários mínimos.

Quadro 19 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Campos dos Goytacazes.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
7%	3%	72%	11%	3%	4%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

A inserção no mercado de trabalho, bem como a caracterização do tipo de ocupação vivida por estas pessoas é representada no quadro a seguir.

Quadro 20 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Campos dos Goytacazes.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
39%	0%	1%	24%	2%	28%	6%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Podemos observar que a soma dos que trabalham por conta própria e dos que não possuem carteira assinada totaliza 52%, ultrapassando os 39% inseridos no mercado formal de trabalho.

Embora o município seja o que possui a maior rede de serviços de saúde dentre os da Região Norte Fluminense, ele compartilha da mesma forma de gestão municipal, em conformidade aos critérios estipulados pela Norma Operacional Básica (NOB) 96, que é a Gestão Plena da Atenção Básica, cujas especificidades já foram descritas anteriormente.

A rede de saúde local possui os seguintes quantitativos, classificados por tipos de unidade²⁰:

Quadro 21 – Distribuição da rede de saúde local. Campos dos Goytacazes.

Tipo de unidade	Total
Centro de saúde / Unidade básica	69
Clínica especializada / Ambulatório de especialidade	13
Consultório isolado	34
Hospital especializado	4
Hospital geral	9
Policlínica	7
Posto de saúde	37
Pronto socorro especializado	3
Pronto socorro geral	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	9
Unidade de vigilância sanitária / Epidemiologia isolado	1
Total	188

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde/SAS

O quadro a seguir relaciona o quantitativo de leitos no município, especificando-os por existentes e disponíveis ao SUS.

Quadro 22 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Campos dos Goytacazes.

Leito / Especialidade	Leitos existentes	Leitos disponíveis ao SUS
Clínica cirúrgica	428	330
Reabilitação	13	11
Clínica médica	566	417
Clínica obstétrica	111	109
Clínica pediátrica	215	215
Psiquiatria	272	244
Tisiologia	21	13
Cuidados prolongados	136	93
Psiquiatria – hospital/dia	4	4
Total	1.766	1.436

Fonte – Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

Em virtude do quantitativo de leitos hospitalares existentes no município, associado ao grau de complexidade de alguns deles, o papel de pólo da macrorregião do Norte Fluminense acabou por se definir espontaneamente. Posteriormente, no capítulo IV estaremos discutindo sobre o ônus econômico deste papel.

Já com relação ao atendimento à atenção básica aos seus municípios, Campos dos Goytacazes recebeu, em média, no ano de 2004, o montante de R\$ 458.779,17 mensais, referentes ao Piso da Atenção Básica (PAB) fixo.

O histórico da alta complexidade no município data de 1983, quando o primeiro hospital a ofertar este tipo de atendimento foi a Santa Casa de Misericórdia de Campos. A documentação reporta-se à 11/10/1983, fazendo referência ao processo 417-022-24.590/83 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

No ano de 1998 através da SAS/MS foi publicada a Portaria nº 49, de 23/04/98, que determina o cadastro da Fundação Benedito Pereira Nunes – Hospital Álvaro Alvim para os procedimentos de Alta Complexidade em Cardiologia – cirurgia cardíaca.

Em 1999 foram credenciados outros serviços, através de portarias publicadas pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) – Ministério da Saúde (MS), como podemos observar no quadro a seguir:

Quadro 23 – Capacidade instalada de serviços de alta complexidade em neurocirurgia e UTI tipo II. Campos dos Goytacazes.

Portaria	Estabelecimento hospitalar	Tipo de credenciamento
Portaria nº 479, de 19/08/99, da SAS/MS Assunto: Alta complexidade em neurocirurgia	Fundação Benedito Pereira Nunes – Hospital Escola Álvaro Alvim	Nível I
Portaria nº 491, de 25/08/99, da SAS/MS Assunto: UTI tipo II	Sociedade de Beneficência de Campos	UTI adulto – 7 leitos
	Fundação Benedito Pereira Nunes – Hospital Escola Álvaro Alvim	UTI adulto – 5 leitos
	Fundação Dr. João Barcelos Martins – Hospital Ferreira Machado	UTI adulto – 6 leitos UTI pediátrico – 8 leitos
Portaria nº 687, de 17/11/99, da SAS/MS Assunto: UTI tipo II	Santa Casa de Misericórdia de Campos	UTI adulto – 12 leitos UTI especializada – 12 leitos

Fonte – Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde

Já no ano de 2000, novos credenciamentos aconteceram, ampliando a oferta de procedimentos de alta complexidade no município. O quadro 24, a seguir, demonstra tal afirmação.

Quadro 24 - Capacidade instalada de serviços de alta complexidade em UTI tipo III, urgência/emergência, neurocirurgia e cardiologia. Campos dos Goytacazes.

Portaria	Estabelecimento hospitalar	Tipo de credenciamento
Portaria nº 11, de 17/01/00, da SAS/MS Assunto: UTI tipo III	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia Ltda	UTI adulto – 5 leitos UTI especializada – 4 leitos
Portaria nº 78, de 02/03/00, da SAS/MS Assunto: Referência para o atendimento de urgência e emergência	Fundação Dr. João Barcelos Martins – Hospital Ferreira Machado	Tipo III – adicional de 50%
Portaria nº 143, de 05/05/00, da SAS/MS Assunto: Alta complexidade em neurocirurgia	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	Nível I
Portaria nº 282, de 10/08/00, da SAS/MS Assunto: Alta complexidade em cardiologia	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia Ltda	

Fonte – Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde

Quadro 25 - Capacidade instalada de serviços de alta complexidade em oncologia, UTI tipo II e neurocirurgia. Campos dos Goytacazes.

Portaria	Estabelecimento hospitalar	Tipo de credenciamento
Portaria nº 95, de 22/01/01, da SAS/MS Assunto: Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON	Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinologia Ltda	CACON I com radioterapia (com pendências)
Portaria nº 488, de 23/10/01, da SAS/MS Assunto: UTI tipo II	Associação Fluminense dos Plantadores de Cana	UTI adulto – 8 leitos UTI neonatal – 10 leitos
Portaria nº 392, de 07/06/02, da SAS/MS Assunto: Alta complexidade em neurocirurgia	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	Nível II
Portaria nº 678, de 30/09/02, da SAS/MS Assunto: Sistema estadual de referência hospitalar para o atendimento à gestante de alto risco	Associação Fluminense dos Plantadores de Cana	

Fonte – Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde

Através do processo nº E 08/90.001/98 e em conformidade com o parecer da Comissão Intergestora Bipartite, foi autorizada a extensão do credenciamento do Hospital Manoel Cartucho de Castro / Santa Casa de Misericórdia de Campos dos Goytacazes para prestar serviços a pacientes sob cuidados prolongados, com disponibilização de 80 leitos. Tal determinação foi publicada no Diário Oficial do

Estado do Rio de Janeiro, de 05 de dezembro de 2000.

A posição econômica de Campos dos Goytacazes ocupa um papel de destaque na região em virtude da representatividade de seu Produto Interno Bruto (PIB). O município representa 45,7% do PIB da região²¹, alcançando no ano de 2000 o montante de R\$ 1.669.087 bilhão; já no ano de 2001 o PIB municipal foi de R\$ 1.666.447 bilhão, demonstrando um pequeno decréscimo.

→ São Francisco de Itabapoana¹⁶

O município ganhou sua autonomia após editada a Lei n° 2.379, de 18 de janeiro de 1995, do Estado do Rio de Janeiro, desmembrando-se de São João da Barra. Foi instalado em 1° de janeiro de 1997 e com uma área de 1.122 Km², é considerado o terceiro maior município da Região Norte Fluminense, representando 11,5% da área territorial total.

Em conformidade aos dados apresentados pelo Censo/IBGE 2000, o município, neste ano, tinha uma população de 41.145 habitantes, correspondendo a 5,9% da população da região. O quadro a seguir relaciona a evolução da população entre os anos de 2000 a 2004.

Quadro 26 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. São Francisco de Itabapoana.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	41.145	41.987	42.783	43.542	44.301
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	5,88%	5,93%	5,96%	6%	6,03%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

A taxa de crescimento populacional no município, “no período de 1991 a 2000, foi de 0,68% ao ano, contra 1,49% na região e 1,30% no Estado” (Estudo Socioeconômico 2003 – TCE/RJ).

A posição ocupada por São Francisco de Itabapoana, no ano de 2000, entre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, é o pior entre os da Região Norte Fluminense na pesquisa sobre o Índice de Desenvolvimento Humano, encontrando-se na 90ª posição, com o índice de 0,688.

Os resultados do Estudo Socioeconômico, no ano de 2003, sobre a área

da educação, mostraram que 13.182 alunos estavam matriculados nos ensinos infantil, fundamental e médio de São Francisco de Itabapoana. Já no ano de 2002, diante de um aumento de 2% no número de matrículas, este número elevou-se para 12.913 alunos.

No município não há nenhum estabelecimento que ofereça ensino especial, bem como ensino superior.

A pior colocação da região, no que tange ao IDH-M, é favorecida pelas taxas de analfabetismo encontradas no município, que alcançam o percentual de 29,6% para a população adulta e de 8,6% entre os jovens. A realidade educacional no município também pode ser observada no quadro que se segue, onde é demonstrado o número de anos estudados na população dos chefes de família.

Quadro 27 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. São Francisco de Itabapoana.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
33%	31%	26%	5%	4%	1%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Podemos observar que, enquanto apenas 5% da população alcançaram ou concluíram o ensino fundamental, a maioria absoluta de 64% é analfabeta ou semi-analfabeta. Esta situação refletir-se-á nos índices de renda dos chefes de família, como podemos avaliar a seguir:

Quadro 28 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. São Francisco de Itabapoana.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
13%	10%	71%	4%	1%	1%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Do grupo estudado, os dados demonstram que 23% da população de chefes de família ganham menos de um salário mínimo. Além desta realidade preocupante, a inserção da população no mercado formal de trabalho, no município de São Francisco de Itabapoana, ocorre apenas para 11% dos trabalhadores, conforme podemos avaliar a seguir.

Quadro 29 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. São Francisco de Itabapoana.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
11%	1%	2%	30%	1%	51%	4%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

No ano de 2000, o município possuía 19,9% de seus domicílios chefiados por mulheres.

Com relação ao sistema de saúde local, a forma de gestão é a Plena da Atenção Básica. A rede de saúde instalada apresenta, além de um hospital municipal, outras unidades, conforme o relato que se segue.

Quadro 30 – Distribuição da rede de saúde local. São Francisco de Itabapoana.

Tipo de unidade	Total
Centro de saúde / Unidade básica	18
Hospital geral	1
Pronto socorro geral	2
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	2
Total	23

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde/SAS

No que se refere à distribuição de leitos hospitalares para a população, o quadro abaixo especifica o quantitativo existente no único hospital público do município.

Quadro 31 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. São Francisco de Itabapoana.

Leito / Especialidade	Leitos existentes	Leitos disponíveis ao SUS
Clínica cirúrgica	9	9
Clínica médica	6	6
Clínica obstétrica	12	12
Clínica pediátrica	8	8
Tisiologia	2	2
Cuidados prolongados	1	1
Total	38	38

Fonte – Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

Para a oferta de ações e serviços relacionados à atenção básica, o

município recebeu, em média, mensalmente, no ano de 2004, a o valor de R\$ 36.286,67 relativos ao PAB fixo.

A participação de São Francisco de Itabapoana no PIB da Região Norte Fluminense representa 2,7% do total. No ano de 2000, o PIB atingiu 121.374 milhões, tendo sofrido um decréscimo para 99.690 milhões em 2001.

➔ São João da Barra¹⁶

Relatos históricos descrevem que, por volta de 1622, um grupo de pescadores vindos de Cabo Frio chegou até o local onde hoje se localiza o município. Ao encontrarem boas condições de pesca, resolveram ficar. Em 1630, foi então fundado o povoado de São João Batista do Paraíba do Sul.

Em 1677, o povoado tornou-se Vila de São João da Praia, sendo a única do Estado do Rio de Janeiro fundada exclusivamente por pescadores. Com a introdução do cultivo da cana-de-açúcar, o município passou a se destacar em virtude do porto, utilizado para escoamento da produção de açúcar do Norte Fluminense. Entretanto, na segunda metade do século XIX, a construção do Canal Macaé-Campos, bem como a implantação da ferrovia, concentraram a atividade de exportação do açúcar.

Em 1850, a vila foi elevada à categoria de cidade, recebendo o nome atual de São João da Barra. Com as modificações advindas da perda da importância de seu porto, o comércio, a agricultura e a pecuária passaram a desempenhar um papel relevante para a economia local.

Com uma área total de 457,8 quilômetros quadrados, o município representa 4,7% da área da Região Norte Fluminense.

Os dados divulgados pelo IBGE indicavam, que no ano de 2000, São João da Barra possuía uma população de 27.682 habitantes, representando 4% da população do Norte Fluminense. A taxa média geométrica de crescimento verificada entre o período de 1991 a 2000 foi de 3,2% ao ano; estes valores são maiores do que os identificados para a região, que foram de 1,49%, e do que os do Estado, cuja taxa de crescimento no mesmo período foi de 1,30%.

O quantitativo populacional existente no município entre os anos de 2000 a 2004 pode ser visualizado no quadro que se segue.

Quadro 32 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. São João da Barra.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	27.682	27.669	27.996	28.141	28.283
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	3,96%	3,91%	3,90%	3,88%	3,85%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

A posição de São João da Barra na pesquisa sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dentre os 92 municípios do Estado é a de número 81, cuja mensuração alcança a 0,723.

Os resultados apresentados pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, na análise sobre os dados relacionados à educação, mostraram que 8.801 alunos estavam matriculados nos ensinos infantil, fundamental e médio de São João da Barra no ano de 2001. Já no ano de 2002, diante de um aumento de 2,8% no número de matrículas, este montante elevou-se para 9.048 alunos. O ensino especial é ofertado por três estabelecimentos existentes no município, contemplando a 222 alunos em 2002. Não há oferta de ensino superior.

Os dados apresentados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), sendo abordado o ano de 2000, mostram existir uma taxa de 4,2% de analfabetismo entre os jovens e de 16,1% entre a população adulta, novamente sendo os melhores resultados dentre os demais municípios da microrregião. O quadro a seguir relaciona o número de anos estudados pelos chefes de família de São João da Barra.

Quadro 33 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. São João da Barra.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
17%	28%	33%	9%	11%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Analisando os dados apresentados, verificamos que a predominância de 4 a 7 anos de estudos (totalizando 33% da população de chefes de família) indica que o ensino fundamental é o nível preponderante dentre a população avaliada, a qual ainda apresenta taxa elevada de analfabetismo (17% sem ou com menos de 1 ano de estudo), ao mesmo tempo em que só 2% deste grupo cursa ou possui formação superior.

A questão da escolaridade impactará diretamente a questão da renda familiar, conforme se observa no quadro 34, onde os níveis mais altos de renda do chefe, a saber, entre 10 e 15 salários mínimos e superior a 15, não alcançam a mais de 3% desta população.

Quadro 34 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. São João da Barra.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
7%	5%	77%	8%	1%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Embora a grande maioria perceba entre 1 e 5 salários mínimos, a maior parte dos chefes de família, no ano estudado, trabalham por conta própria, encontrando-se portanto fora do mercado formal de trabalho, conforme demonstrado no quadro abaixo. Observa-se ainda, que apenas 1% da população municipal está classificada como empregadora.

Quadro 35 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. São João da Barra.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
28%	0%	2%	32%	1%	33%	4%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Além dos dados relativos aos indicadores sociais anteriormente apresentados, é importante ressaltar que no ano de 2000, 20,8% dos domicílios eram chefiados por mulheres.

A forma de gestão municipal é a Gestão Plena da Atenção Básica. Para prestar assistência à saúde neste modelo, o município recebe um valor mensal de R\$ 41.011,14, que representa o PAB fixo.

A oferta de serviços é prestada pelas unidades de saúde a seguir especificadas.

Quadro 36 - Distribuição da rede de saúde local. São João da Barra.

Descrição	Total
Centro de saúde / Unidade básica	9
Consultório isolado	2
Hospital geral	1
Policlínica	2
Pronto socorro geral	2
Unidade móvel terrestre	1
Total	17

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde / SAS.

Os leitos hospitalares disponíveis ao SUS subdividem-se da seguinte maneira:

Quadro 37 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. São João da Barra.

Leito / Especialidade	Leitos existentes	Leitos disponíveis ao SUS
Clínica cirúrgica	18	13
Clínica médica	14	14
Clínica obstétrica	14	10
Clínica pediátrica	16	10
Psiquiatria	1	1
Fora de possibilidade terapêutica	1	1
Total	65	50

Fonte – Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

A posição econômica de São João da Barra na Região Norte Fluminense representa 2,6% do PIB gerado. Observou-se uma diminuição do PIB local, que no ano de 2000 atingia a 100.805 milhões e em 2001 alcançou o montante de 95.256 milhões.

→ São Fidélis¹⁶

Com uma área total de 1.035,6 quilômetros quadrados – o que corresponde a 10,6% da área da Região Norte Fluminense – o município foi instalado desde 05 de março de 1855, quando foi desmembrado de Campos dos Goytacazes.

A Vila de São Fidélis de Sygmaringa atingiu ao auge do seu desenvolvimento entre 1864 a 1870. Possuía um vasto comércio, um porto fluvial, hospedarias, armazéns e representantes de firmas sediadas no Rio de Janeiro, que se incumbiam de comprar a produção da região, baseada na agricultura. Também era ponto

de parada para passageiros que vinham pela estrada de ferro, originários de diversos lugares, com destino a Campos ou São João da Barra e que acabavam por repousar ou pernoitar no município.

Em conformidade ao Censo IBGE 2000 a sua população no referido ano era de 36.789 habitantes, correspondendo a 5,3% do total da região. Enquanto a taxa média geométrica de crescimento da população do Estado, no período compreendido entre 1991 a 2000 era de 1,30% e a da Região Norte era de 1,49%, o município de São Fidélis cresceu no mesmo período apenas 0,69% ao ano.

O quadro abaixo relaciona a população estimada, por ano, até 2004.

Quadro 38 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. São Fidélis.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	36.789	37.043	37.254	37.471	37.687
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	5,26%	5,23%	5,19%	5,16%	5,13%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

No que se relaciona ao IDH-M, o município ocupava a 71ª posição dentre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, com o valor de 0,741.

Com relação à educação, o número total de matrículas nos ensinos infantil, fundamental e médio, em 2001, alcançou a 9.391 alunos. Quando comparamos os dados ao ano de 2002, observamos um crescimento de 5% no número de estudantes, com um total geral de 9.904 alunos. No ano de 2002, havia 6 estabelecimentos que ofertavam ensino especial aos 344 alunos matriculados. Já com relação à educação superior, não há instituição que ofereça tal serviço.

Os dados referentes às taxas de analfabetismo na população local demonstram que 17,1% da população adulta é analfabeta, bem como 3,8% da população jovem. Já no que tange à escolaridade dos chefes de família, o quadro a seguir demonstra a situação do município.

Quadro 39 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. São Fidélis.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
21%	24%	30%	11%	12%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Analisando os dados apresentados, é possível observar que 45% da referida população possui no máximo 3 anos de estudo e que apenas 2% cursam ou concluíram o ensino superior.

A pesquisa sobre a ocupação da população mostra que a categoria majoritária é aquela relacionada ao trabalho sem carteira assinada, alcançando 34% das pessoas. Observemos o quadro que se segue:

Quadro 40 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. São Fidélis.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
28%	1%	1%	24%	3%	34%	9%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

No que se refere à renda dos chefes de família, 9% recebem valor inferior a um salário mínimo ou não possuem rendimentos. O grupo predominante, aquele que abrange 78% da população, tem rendimentos na faixa de 1 a 5 salários mínimos.

Quadro 41 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. São Fidélis.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
4%	5%	78%	9%	2%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

É importante ressaltar que, no ano de 2002, 23,9% dos domicílios de São Fidélis eram chefiados por mulheres.

Conforme já mencionado, com uma população, que no ano de 2004, atingia o montante de 37.687 habitantes, o valor relacionado ao PAB fixo recebido pelo município, alcançou a média de R\$ 31.222,17 mensais, para o custeio das ações e serviços relacionados à atenção básica à saúde.

O município está habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica. As ações e serviços de saúde são desenvolvidos pela rede assistencial local, que conta com as seguintes unidades de saúde:

Quadro 42 – Distribuição da rede de saúde local. São Fidélis.

Tipo de unidade	Total
Centro de saúde / Unidade básica	11
Clínica especializada / Ambulatório de especialidade	3
Consultório isolado	9
Hospital geral	2
Policlínica	1
Posto de saúde	3
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	2
Unidade móvel terrestre	1
Total	32

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde / SAS.

Com relação à existência de leitos hospitalares disponíveis à população SUS dependente, o município possui a seguinte oferta:

Quadro 43 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. São Fidélis.

Leito / Especialidade	Leitos existentes	Leitos disponíveis ao SUS
Clínica cirúrgica	45	45
Clínica médica	111	74
Clínica obstétrica	30	30
Clínica pediátrica	24	24
Cuidados prolongados	3	3
Total	213	176

Fonte – Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

O PIB local representa 2,8% do PIB da Região Norte Fluminense. Os valores do PIB municipal calculados em 2000 foram de 111.974 milhões. No ano de 2001 houve queda do valor, totalizando 103.790 milhões.

➔ Cardoso Moreira¹⁶

O município, até recentemente, pertencia a Campos dos Goytacazes, tendo sido emancipado a partir da Lei Estadual n° 1.577, de 30 de novembro de 1989. Em 1° de janeiro de 1993 foi instalado. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) realizado pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ incluiu o município na Região Noroeste Fluminense. Entretanto, em decorrência de seu contexto histórico, assim como de sua proximidade geográfica, existe uma migração natural da população à sua antiga sede para utilização de serviços de saúde não existentes em seu local de residência. Vale

ressaltar que o Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, em seu Estudo Socioeconômico sobre o município, ano base 2003, também o inclui como integrante da Região Norte Fluminense. Da mesma forma, nas reuniões ordinárias do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região, a presença do gestor da saúde de Cardoso Moreira é uma constante, tendo em vista o compartilhamento dos mesmos problemas.

Possui uma área total de 517,2 Km², correspondendo a 5,3% da área da Região Norte Fluminense, tendo a sua principal via de acesso pela BR-356.

Apesar do café ter sido responsável pela prosperidade de Cardoso Moreira em meados do século XX, atualmente é a criação de gado leiteiro a atividade econômica predominante na região. O município possui uma agência de correios e uma agência bancária. Entretanto, não existe nenhum cinema, teatro, museu ou hotel.

A população local correspondia, no ano de 2000, a 1,8% da região, totalizando 12.595 pessoas. Em virtude de um processo de emigração, houve uma taxa negativa de crescimento populacional entre 1991 a 2000 e que atingiu a -0,20% ao ano. Esta tendência manteve-se nos anos subseqüentes, conforme demonstrado a seguir.

Quadro 44 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. Cardoso Moreira.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	12.595	12.546	12.546	12.534	12.509
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	1,80%	1,77%	1,75%	1,73%	1,70%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

Nos levantamentos relativos aos indicadores sociais, no ano de 2000, o município estudado apresentava um IDH-M de 0,706, ocupando a 89ª posição dentre os 92 municípios pertencentes ao Estado do Rio de Janeiro.

No ano de 2000, os dados relativos à educação demonstravam uma taxa de analfabetismo de 5,8% entre os jovens e de 23,5% entre os adultos. No tocante ao número total de alunos matriculados na rede pública nos ensinos fundamental e médio, no ano de 2001, este número atingiu a 3.457 alunos.

De acordo com o TCE/RJ, houve uma evolução favorável na oferta de vagas e matrículas disponibilizados no município, com um aumento de 3,5% do número de estudantes, que atingiram a 3.579 em 2002. Este fato apresenta importância significativa, se considerarmos a manutenção do quantitativo populacional entre os anos de 2001 e 2002, já demonstrado no quadro 44. É importante ressaltar que o município

não possui instituição voltada para o ensino superior, sendo necessário que a população que se disponha a frequentar o ensino universitário tenha que buscar este acesso em outros municípios.

Com relação à condição de escolaridade dos chefes de família, a situação do município pode ser observada no quadro que se segue.

Quadro 45 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Cardoso Moreira.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
28%	26%	30%	8%	7%	1%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Quando observamos os dados acima apresentados, detectamos o elevado grau de analfabetismo entre os chefes de família, representado por 28% da população, que possuem um ou menos de um ano de estudo.

O baixo índice de escolaridade dos chefes de família refletir-se-á no perfil de rendimentos desta mesma parcela da população, conforme pode ser visto no quadro abaixo. Do total deste grupo, 21,6% são mulheres.

Quadro 46 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Cardoso Moreira.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
5%	5%	83%	5%	1%	1%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Um total de 93% dos chefes de família ganham até o valor máximo de cinco salários mínimos. Entretanto, 10% da população recebem menos de um salário mínimo, como demonstrado anteriormente.

Na pesquisa sobre a inserção dos indivíduos junto ao mercado de trabalho, observamos que a maior parte não possui carteira assinada, conforme abaixo especificado.

Quadro 47 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Cardoso Moreira.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
24%	3%	2%	20%	3%	38%	10%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Além dos dados relacionados ao perfil social do município, a sua representatividade econômica junto à Região Norte Fluminense gira em torno de 1,1% do PIB regional. No ano de 2000, o PIB municipal atingiu o valor aproximado de 42,743 milhões, sofrendo um decréscimo no ano de 2001, cujo valor alcançou a 39,634 milhões.

A forma de habilitação da gestão da saúde do município, com base em critérios definidos pela Norma Operacional Básica (NOB) 96, é a Gestão Plena da Atenção Básica, onde o município é responsável direto pelas ações e serviços de saúde destinados à atenção básica de sua população. Os recursos financeiros mensalmente repassados ao município para a realização destas funções no ano de 2004, foram da ordem de R\$ 10.459,00.

Os atendimentos ambulatoriais são realizados pelo próprio município, no que tange aos procedimentos de menor grau de complexidade, pois apesar de Cardoso Moreira não dispor de serviço hospitalar – o que obriga à transferência de 100% dos casos com indicação de internação hospitalar – ele possui diversas unidades de atendimento de saúde que se dispõem da seguinte forma:

Quadro 48 – Distribuição da rede de saúde local. Cardoso Moreira.

Tipo de unidade	Total
Centro de saúde / Unidade básica	5
Clínica especializada / Ambulatório de especialidade	1
Policlínica	1
Posto de saúde	3
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	4
Unidade móvel terrestre	2
Total	16

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde / SAS.

→ Conceição de Macabu¹⁶

Com uma área total de 338,9 quilômetros quadrados, que corresponde a 3,5% da área da Região Norte Fluminense, o município teve a sua instalação datada de 04 de janeiro de 1953, desmembrando-se então de Macaé.

Em 2000, Conceição de Macabu tinha uma população de 18.782 habitantes, representando 2,7% de toda a Região Norte. Em 2002, o contingente populacional já alcançava a 19.216 pessoas. Entre os anos de 1991 a 2000 a sua taxa de crescimento foi de 1,14% ao ano. O quadro abaixo demonstra a população local entre os anos de 2000 a 2004.

Quadro 49 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. Conceição de Macabu.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	18.782	18.925	19.164	19.101	19.274
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	2,69%	2,67%	2,67%	2,63%	2,63%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

O município, no ranking estadual do IDH-M, ocupava, no ano de 2000, a 65ª posição, atingindo um valor de 0,738.

Os dados relativos à educação, em 2003, mostravam existir 5.999 alunos matriculados em Conceição de Macabu no ano de 2001. Já em 2002, este número evoluiu para 6.008 alunos, mostrando uma elevação de 0,2%. A existência de três estabelecimentos que ofertam ensino especial possibilitou a matrícula de 378 alunos no ano de 2002. Não há instituição que ofereça ensino superior.

Este último dado apresentado favorece a estatística registrada para o município, em que apenas 2% dos chefes de família, no ano de 2000, possuíam mais de 15 anos de estudo. Destas famílias, 24,6% eram chefiadas por mulheres. O perfil educacional deste grupo pode ser observado no quadro que se segue.

Quadro 50 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Conceição de Macabu.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
15%	21%	35%	13%	14%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

A taxa de analfabetismo no município encontra-se no percentual de 14,4% para a população adulta e 4,1% para a população de jovens.

A grande maioria dos chefes de família domiciliados em Conceição de Macabu possuem seus rendimentos compreendidos entre 1 e 5 salários mínimos. Entretanto, 11% desta mesma população não possuem rendimentos ou recebem menos de um salário mínimo.

Quadro 51 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Conceição de Macabu.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
8%	3%	75%	10%	2%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

No que se refere à ocupação, os dados sobre as categorias de emprego existentes no município estão distribuídos da seguinte maneira:

Quadro 52 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Conceição de Macabu.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
37%	0%	2%	17%	3%	33%	8%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

A oferta de serviços é prestada pelas unidades de saúde a seguir especificadas.

Quadro 53 - Distribuição da rede de saúde local. Conceição de Macabu.

Descrição	Total
Centro de saúde / Unidade básica	1
Clínica especializada / Ambulatório de especialidade	2
Consultório isolado	1
Hospital geral	1
Posto de saúde	10
Unidade de vigilância sanitária / Epidemiologia isolado	1
Total	16

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde/SAS.

Conceição de Macabu recebe um valor mensal de R\$ 15.917,50 para prestar atenção básica à saúde de sua população, que representa o PAB fixo municipal. O seu modelo de gestão é a Plena de Atenção Básica.

Os leitos hospitalares disponíveis ao SUS subdividem-se da seguinte maneira:

Quadro 54 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Conceição de Macabu.

Leito / Especialidade	Leitos existentes	Leitos disponíveis ao SUS
Clínica cirúrgica	8	8
Clínica médica	32	32
Clínica obstétrica	13	13
Clínica pediátrica	18	18
Total	71	71

Fonte – Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

A posição econômica de Conceição de Macabu na Região Norte Fluminense representa 1,7% do PIB. Observou-se uma elevação do PIB local, que no ano de 2000 atingia a 47.764 milhões e em 2001 elevou-se para 61.234 milhões.

→ Quissamã¹⁶

Com uma área total de 724,2 quilômetros quadrados – o que corresponde a 7,4% da área total da Região Norte Fluminense – até o ano de 1989 era sede distrital do município de Macaé. Neste ano, através da Lei nº 1.419, de 04 de janeiro, foi emancipado. A sua instalação, porém, se deu em 01 de janeiro de 1990.

A sua criação ocorreu em 1964, quando foi erguida a Capela Nossa Senhora de desterro em um local denominado Furado, nascendo assim a vila de Quissamã. Quando, em 1750, a cultura da cana foi introduzida na região de Campos, Quissamã também substituiu a então atividade de pecuária pela monocultura canavieira. O primeiro engenho de açúcar foi inaugurado em 1798 e posteriormente, outros sete engenhos foram construídos. Em 1877, foi inaugurado o Engenho Central no município, com o objetivo de melhorar a qualidade do açúcar produzido e diminuir a quantidade de mão-de-obra utilizada na produção; os pequenos engenhos da região foram fechados e toda a produção passou a ser entregue no Engenho Central, que a escoava pelo Canal

Campos-Macaé, inaugurado em 1861. Este fluxo durou apenas três anos, já que logo depois foi construída a estrada de ferro ligando os municípios.

Os dados do IBGE 2000 indicavam Quissamã com população de 13.674 habitantes, representando 2% da população do Norte Fluminense, na qual estavam presentes 102,7 homens para cada 100 mulheres. A taxa de crescimento verificada entre o período de 1991 a 2000 foi de 3,01% ao ano; estes valores são maiores do que os identificados para a região, que foram de 1,49%, e do que os do Estado, cuja taxa de crescimento no mesmo período foi de 1,30%.

O quantitativo populacional existente no município entre os anos de 2000 a 2004 pode ser visualizado no quadro que se segue.

Quadro 55 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. Quissamã.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	13.674	14.062	14.347	14.660	14.977
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	1,96%	1,99%	2%	2,02%	2,04%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

A posição ocupada por Quissamã, no ano de 2000, entre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro na pesquisa sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é a de número 74.

Entre os anos de 2001 e 2002 houve um aumento de 6% no número de estudantes matriculados nos ensinos infantil, fundamental e médio de Quissamã, elevando-se de 4.472 para 4.739 em 2002. Neste mesmo ano, o município contava com um estabelecimento de ensino especial, com 21 alunos matriculados e não havia oferta de ensino superior no município.

A taxa de analfabetismo local alcançava a 5% da população jovem e a 19,9% da população adulta.

Quadro 56 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Quissamã.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
19%	26%	35%	9%	9%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

A situação da escolaridade dos chefes de família pode ser observada no quadro acima.

A análise do quadro anterior nos permite observar que há uma predominância no percentual de chefes de família (35% da população) que possuem de quatro a sete anos de estudo.

Já a pesquisa sobre a inserção da população junto ao mercado de trabalho demonstra que a maior parte está formalmente inserida; enquanto apenas 1% está classificada como classe empregadora. Observamos o quadro que se segue:

Quadro 57 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Quissamã.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
52%	0%	1%	15%	1%	28%	3%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

No que se refere à renda dos chefes de família, 9% desta população não possuem rendimentos. A faixa predominante, isto é, 78% da população, percebe mensalmente entre 1 e 5 salários mínimos, conforme demonstrado a seguir.

Quadro 58 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Quissamã.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
9%	3%	78%	7%	1%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Cabe ressaltar, que no ano de 2000, o município possuía 20,8% de seus domicílios chefiados por mulheres.

A representatividade econômica junto à Região Norte Fluminense gira em torno de 1,9% do PIB total. Os valores do PIB municipal calculados em 2000 foram de 65.568 milhões, alcançando a 70.762 milhões em 2001.

No que tange à área da saúde, a forma de gestão municipal é a Gestão Plena da Atenção Básica. As ações e serviços de saúde são desenvolvidos pela rede própria municipal, que conta com as seguintes unidades de saúde:

Quadro 59 - Distribuição da rede de saúde local. Quissamã.

Descrição	Total
Centro de saúde / Unidade básica	11
Clínica especializada / Ambulatório de especialidade	1
Consultório isolado	1
Hospital geral	1
Unidade de apoio, diagnose e terapia (SADT isolado)	3
Unidade de vigilância sanitária / Epidemiologia isolado	1
Unidade móvel terrestre	1
Total	19

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde/SAS.

Destas 19 unidades, 16 possuem a administração direta da saúde, enquanto três delas são empresas privadas.

O quantitativo de leitos existentes no único hospital do município, de gestão pública, está distribuído da seguinte forma:

Quadro 60 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Quissamã.

Leito / Especialidade	Leitos existentes	Leitos disponíveis ao SUS
Clínica cirúrgica	7	7
Reabilitação	1	1
Clínica médica	16	16
Clínica obstétrica	5	5
Clínica pediátrica	5	5
Psiquiatria	1	1
Tisiologia	1	1
Total	36	36

Fonte – Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

A média de recursos financeiros destinados mensalmente ao custeio das ações e serviços de atenção básica de saúde, no ano de 2004, foi de R\$ 12.218,33, representando, por conseguinte, o valor do Piso de Atenção Básico fixo.

➔ Macaé¹⁶

O início de sua colonização ocorreu por volta de 1627, em torno da antiga Fazenda dos Jesuítas de Macaé, situada no Morro do Santana. Em 1759, após a expulsão dos jesuítas, surgiram novas fazendas e engenhos a partir da chegada de imigrantes. Em 1813, a área emancipada das regiões de Cabo Frio e Campos recebeu o

nome de São João de Macaé e foi instalada em 25 de janeiro de 1814.

A economia local, até por volta do início do século XX, baseava-se na produção de cana-de-açúcar e do café, nas atividades pesqueiras e na pecuária. Entretanto, a partir de 1974, a descoberta de petróleo na região trouxe uma mudança significativa da economia com elevado crescimento demográfico local.

É o segundo maior município da Região Norte Fluminense, correspondendo a 12,5% da área total, possuindo 1.219,8 quilômetros quadrados. O município contava, no ano de 2000, com uma população de 132.461 habitantes, que representava 19% do contingente populacional da região. O quadro a seguir demonstra o crescimento populacional entre os anos de 2000 a 2004.

Quadro 61 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. Macaé.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	132.461	136.146	140.530	144.209	147.940
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	18,96%	19,24%	19,6%	19,87%	20,15%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

As mudanças trazidas pela Indústria do Petróleo impactaram de maneira significativa o desenvolvimento do município. Observamos, por exemplo, que enquanto a taxa média de crescimento da Região Norte Fluminense entre os anos de 1991 a 2000 foi de 1,49% ao ano e a do Estado do Rio de Janeiro foi de 1,30%, Macaé atingiu o valor de 3,93% de crescimento anual. O raciocínio idêntico pode ser feito no que se refere à taxa de urbanização do município que alcançou a 95,1% da população, enquanto no restante da região correspondia a 85,1%.

A posição de Macaé na pesquisa sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal dentre os 92 municípios do estado é a de número 17, ocupando a melhor colocação entre os nove pertencentes à Região Norte Fluminense.

Os resultados do Estudo Socioeconômico, na análise sobre os dados relacionados à educação, mostraram que 42.943 alunos estavam matriculados nos ensinos infantil, fundamental e médio de Macaé no ano de 2001. Já no ano de 2002, diante de um aumento de 3% no número de matrículas, este montante elevou-se para 44.194 alunos. O ensino especial é ofertado por um dos seis estabelecimentos existentes no município, enquanto duas instituições ofertam o ensino superior, de acordo com dados de 2001 fornecidos pelo MEC.

Os dados apresentados pelo IPEA, em 2000, mostram existir uma taxa de 3,2% de analfabetismo entre os jovens e de 9% entre a população adulta, novamente sendo os melhores resultados dentre os demais municípios da região. O quadro a seguir relaciona o número de anos estudados pelos chefes de família de Macaé.

Quadro 62 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Macaé.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
10%	15%	31%	16%	20%	8%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Podemos observar que 8% da população possuem ou cursam o nível superior. Esta realidade traz resultados positivos na questão da renda familiar, quando comparamos o município com os outros da mesma região. Ao mesmo tempo em que Macaé apresenta os melhores índices de escolaridade na faixa compreendendo mais de 15 anos de estudos, também o é quando analisamos o percentual daqueles que possuem uma renda familiar superior a 15 salários mínimos, conforme observado no quadro que se segue.

Quadro 63 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Macaé.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
7%	1%	61%	18%	5%	8%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

A inserção no mercado de trabalho de Macaé apresenta uma predominância de pessoas (49%) inseridas no mercado formal, tendo em vista que 3% são empregadores e outros 48% apresentam outra forma de ocupação e/ou categoria de emprego.

Quadro 64 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Macaé.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
49%	0%	1%	20%	3%	23%	4%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Um total de 25,1% dos domicílios, no ano de 2000, eram chefiados por mulheres.

A forte economia de Macaé impacta o PIB da região, representando 40,6% do montante global. No ano de 2000, o PIB municipal alcançou a 996.663 milhões, sofrendo um acréscimo para 1.480.914 bilhões no ano de 2001.

O modelo de gestão adotado pela saúde do município é a Gestão Plena da Atenção Básica. No ano de 2004, a média de repasse financeiro mensal para o Fundo Municipal de Saúde no que tange ao Piso de Atenção Básica fixo atingiu a R\$ 120.172,50, visando ao custeio das ações e serviços de saúde ofertados na atenção básica à população.

O município conta uma rede assistencial distribuída da seguinte forma:

Quadro 65 - Distribuição da rede de saúde local. Macaé.

Descrição	Total
Centro de saúde / Unidade básica	35
Clínica especializada / Ambulatório de especialidade	9
Consultório isolado	9
Hospital especializado	1
Hospital geral	2
Policlínica	7
Posto de saúde	1
Pronto socorro especializado	2
Pronto socorro geral	1
Unidade de apoio diagnose e terapia (SADT isolado)	6
Unidade de vigilância sanitária / Epidemiologia isolado	1
Unidade móvel terrestre	1
Total	75

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde/SAS

O quadro a seguir especifica o número de leitos existentes no município e aqueles destinados ao atendimento da população SUS. Em virtude do grau de complexidade de alguns leitos hospitalares existentes, o papel de pólo da Microrregião Norte I acabou por se definir espontaneamente. Além da existência dos únicos seis leitos de UTI instalados nesta microrregião, a Portaria nº 571, de 14/10/99, do Ministério da Saúde/SAS, cadastrou a unidade hospitalar Irmandade São João Batista de Macaé – Casa de Caridade de Macaé – como serviço de alta complexidade em neurocirurgia nível I.

Quadro 66 – Capacidade instalada de leitos hospitalares. Data base: janeiro/2005. Macaé.

Leito / Especialidade	Leitos existentes	Leitos disponíveis ao SUS
Clínica cirúrgica	78	45
Clínica médica	166	74
Clínica obstétrica	31	21
Clínica pediátrica	51	46
Tisiologia	1	1
Cuidados prolongados	22	1
Psiquiatria – hospital/dia	25	15
Total	374	203

Fonte – Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

Já com relação ao atendimento à atenção básica de saúde aos seus municípios, Macaé recebeu, em média, no ano de 2004, o montante de R\$ 120.172,50 mensais, referentes ao Piso da Atenção Básica fixo.

→ Carapebus¹⁶

O município possui uma área total de 310,6 quilômetros quadrados, correspondendo a 3,2 % da área total da Região Norte Fluminense. Adquiriu sua autonomia municipal em 19/07/1995, a partir da Lei n° 2.471, tendo sido instalado em 01/01/1997.

Carapebus apresentava, em 2002, uma população de 8.666 habitantes, correspondendo a 1,2% do contingente populacional total da região.

O quadro abaixo descreve a população municipal entre os anos de 2000 a 2004, efetuando um comparativo com a população total da Região Norte Fluminense.

Quadro 67 – População municipal x população regional. 2000 a 2004. Carapebus.

	2000	2001	2002	2003	2004
População municipal	8.666	8.883	9.066	9.555	14.977
População da Região Norte Fluminense	698.783	707.481	717.131	725.654	734.141
Relação percentual	1,24%	1,26%	1,26%	1,32%	2,04%

Fonte – IBGE. Tabnet/Secretaria Estadual de Saúde/RJ.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), o município ocupava a 62ª posição entre os 92 municípios do Estado, no ano de 2000.

Com relação à educação, o número total de matrículas nos ensinos infantil, fundamental e médio, em 2001, alcançou a 2946 alunos. Quando comparamos os dados ao ano de 2002, observamos um crescimento de 7 % no número de estudantes, com um total geral de 3156 alunos. Ressaltamos, entretanto, que o município não dispõe de instituição voltada ao ensino superior.

Apesar da oferta de serviços educacionais à sua população, em conformidade ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ano base 2000, existe uma taxa de analfabetismo entre jovens de 5.6 %. Já na população adulta, o percentual de analfabetos chega a 15.9 %.

No que tange à escolaridade dos chefes de família, o quadro a seguir demonstra a situação do município.

Quadro 68 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe de família – 2000. Carapebus.

Sem ou com menos de 1 ano de estudo	De 1 a 3 anos de estudo	De 4 a 7 anos de estudo	De 8 a 10 anos de estudo	De 11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
18%	25%	35%	13%	8%	1%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Analisando os dados apresentados, verificamos que a predominância de 4 a 7 anos de estudos (totalizando 35 % da população de chefes de família) indica que o ensino fundamental é o nível preponderante dentre a população estudada, a qual ainda apresenta taxa elevada de analfabetismo (18 % sem ou com menos de 1 ano de estudo), ao mesmo tempo em que só 1 % deste grupo cursa ou possui formação superior.

A questão da escolaridade impactará diretamente a questão da renda familiar, conforme se observa no quadro 69, onde os níveis mais altos de renda do chefe de família, a saber, entre 10 e 15 salários mínimos e superior a 15, não alcançam a mais de 2% desta população.

Quadro 69 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000. Carapebus.

Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
4%	1%	84%	9%	1%	1%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Embora a grande maioria perceba entre 1 e 5 salários mínimos, a maior parte da população alvo, no ano estudado, encontra-se inserida no mercado formal de trabalho, conforme demonstrado no quadro abaixo. Observa-se ainda, que apenas 1% da população municipal está classificada como empregadora.

Quadro 70 – Distribuição das pessoas por ocupação e categoria de emprego – 2000. Carapebus.

Com carteira de trabalho assinada	Trabalhadores na produção para o próprio consumo	Não remunerados em ajuda a membro do domicílio	Conta própria	Empregadores	Outros sem carteira de trabalho assinada	Militares e funcionários públicos e estatutários
56%	1%	1%	18%	1%	21%	2%

Fonte – Estudo Socioeconômico – 2003 – TCE/RJ.

Além dos dados relativos aos indicadores sociais anteriormente apresentados, é importante ressaltar que no ano de 2000, 19% dos domicílios eram chefiados por mulheres.

A forma de gestão municipal é a Gestão Plena da Atenção Básica

Carapebus não dispõe de hospital conveniado ao SUS, resultando na transferência de 100 % dos pacientes que demandam internação hospitalar para municípios vizinhos. A rede que presta assistência ambulatorial é a seguinte:

Quadro 71 - Distribuição da rede de saúde local. Carapebus.

Descrição	Total
Centro de saúde / Unidade básica	4
Consultório isolado	1
Pronto socorro geral	1
Total	6

Fonte – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde / SAS

A média de recursos financeiros destinados mensalmente ao custeio das ações e serviços para a atenção básica de saúde, no ano de 2004, foi de R\$ 7.961,67, representando o valor do Piso de Atenção Básica fixo.

Com relação à análise dos indicadores econômicos do município, especificamente analisando a questão do Produto Interno Bruto (PIB), ele representa 0.8 % do PIB da Região Norte Fluminense (que por sua vez representa 3% do PIB estadual, excluídos os recursos oriundos da extração petrolífera). No ano de 2000, o valor do PIB Municipal representava algo em torno de 33.147 milhões; já em 2001, houve uma queda deste valor que alcançou o montante global de 30.906 milhões.

➔ Análises consolidadas

A abordagem realizada da Região Norte Fluminense demonstra que, apesar dos acréscimos de receitas originários dos royalties e participações especiais, os baixos índices do IDH-M no ranking estadual, comprovam a existência de relevantes problemas sociais, os quais sofrem variações significativas entre os diversos municípios estudados.

A seguir, o quadro 72 demonstra a colocação dos mesmos em níveis estadual e nacional, sabendo que o país possui um total de 5.561 municípios.

Quadro 72 – Escalonamento dos municípios da Região Norte Fluminense, no ranking do IDH-M estadual e nacional.

Município	IDH-M 2000	Ranking no Estado	Ranking nacional
São Francisco de Itabapoana	0,688	90	3.178
Campos dos Goytacazes	0,752	54	1.818
São João da Barra	0,723	81	2.573
Cardoso Moreira	0,706	89	2.895
São Fidélis	0,741	61	2.124
Macaé	0,790	17	815
Quissamã	0,732	74	2.374
Carapebus	0,741	62	2.134
Conceição de Macabu	0,738	65	2.192

Fonte: Estudo Sócio-Econômico – 2003 – Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – TCE/RJ.

Conforme registrado, São Francisco de Itabapoana é o que apresenta o pior índice, ocupando o 90º lugar no ranking estadual. Em contrapartida, Macaé ocupa o primeiro lugar da região, sendo o 17º colocado no estado.

Sendo a renda um dos indicadores avaliados na pesquisa do IDH-M, efetuamos a seguir, um comparativo entre os nove municípios no que se refere à classe de rendimentos dos chefes de família.

Como podemos observar, o município de São Francisco de Itabapoana apresenta o maior percentual de chefes de família sem rendimentos (13%), enquanto os municípios de São Fidélis e Carapebus apresentam os menores índices (4%). A concentração predominante de renda para todos os municípios localiza-se na faixa compreendida entre 1 e 5 salários mínimos.

Quadro 73 – Distribuição de domicílios por classe de renda do chefe da família – 2000

Município	Sem rendimentos	Inferior a 1 salário mínimo	Entre 1 e 5 salários mínimos	Entre 5 e 10 salários mínimos	Entre 10 e 15 salários mínimos	Superior a 15 salários mínimos
São Francisco de Itabapoana	13	10	71	4	1	1
Campos dos Goytacazes	7	3	72	11	3	4
São João da Barra	7	5	77	8	1	2
Cardoso Moreira	5	5	83	5	1	1
São Fidélis	4	5	78	9	2	2
Macaé	7	1	61	18	5	8
Quissamã	9	3	78	7	1	2
Carapebus	4	1	84	9	1	1
Conceição de Macabu	8	3	75	10	2	2

Fonte: Dados do PIB gerados pela Fundação CIDE – Estudo Sócio-Econômico – 2003 – TCE/RJ.

No estudo relativo à economia da região, os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé possuem relevante participação no PIB local: 45,8% e 40,6%, respectivamente, conforme demonstrado no quadro que se segue. Concomitantemente, também, são os que apresentam os índices mais elevados de chefes de família que recebem entre 5 e 10, 10 e 15 e superior a 15 salários mínimos. Esta situação influencia a que ambos ocupem as duas melhores posições no IDH-M (Quadro 72).

Quadro 74 – Participação por município no PIB da Região Norte Fluminense – Ano 2001.

Municípios	Participação dos municípios (%)
São Francisco de Itabapoana	2,7
São João da Barra	2,6
Macaé	40,6
São Fidélis	2,8
Conceição de Macabu	1,7
Quissamã	1,9
Carapebus	0,8
Cardoso Moreira	1,1
Campos dos Goytacazes	45,8

Fonte: Estudo Sócio-Econômico – 2003 – Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro – TCE/RJ.

No que tange à renda per capita dos diversos municípios estudados, novamente, os dois municípios já citados ocupam as primeiras posições.

Quadro 75 – Renda per capita média dos municípios de Niterói e da Região Norte Fluminense. Ano base 2000.

Município	Renda mensal per capita média (R\$)
São Francisco de Itabapoana	156,00
Campos dos Goytacazes	247,20
São João da Barra	177,30
Cardoso Moreira	166,10
São Fidélis	212,80
Macaé	392,90
Quissamã	181,90
Carapebus	203,20
Conceição de Macabu	213,90

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Outro aspecto de análise para avaliar as condições sociais destes municípios é a educação. Na economia moderna não há lugar para cidadãos que não apresentem um grau de escolaridade compatível com as demandas do mercado. Neste sentido, os baixos níveis de educação relacionam-se diretamente com o tipo de inserção do indivíduo no sistema produtivo, bem como em seu nível de renda. Apesar da expansão de matrículas ofertadas no sistema educacional básico, os indicadores de qualidade relacionados ao modelo brasileiro apresentam resultado insatisfatório. Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP), em relatório de 2003, 41% dos estudantes brasileiros não conseguem terminar o ensino fundamental e somente 33% dos jovens entre 15 e 18 anos completam o ensino médio.

A identificação da realidade local, demonstrada pelo quadro 76 reitera as afirmações acima citadas, quando comparadas àquelas do quadro 73.

Observa-se, analisando ambos os quadros, que o nível de escolaridade é refletido na renda. Citamos como exemplo o município de São Francisco de Itabapoana; enquanto o estarrecedor percentual de 64% dos chefes de família possui o máximo de três anos de estudos, 13% desta população não têm rendimentos e 10% recebem menos de um salário mínimo.

Novamente, Campos dos Goytacazes e Macaé apresentam os índices mais elevados de chefes de família com mais de 11 anos de estudos: 21% e 28% respectivamente. Posição semelhante é observada no que tange ao rendimento. Mais uma vez, o município de Macaé se destaca – dentre a região – no quesito educação. Tal fato torna-se mais relevante se considerarmos ser o município de Campos dos Goytacazes um pólo educacional.

Quadro 76 – Distribuição de domicílios por anos de estudo do chefe da família – 2000.

Município	Sem ou com menos de 1 ano de estudo	1 a 3 anos de estudo	4 a 7 anos de estudo	8 a 10 anos de estudo	11 a 15 anos de estudo	Mais de 15 anos de estudo
São Francisco de Itabapoana	33	31	26	5	4	1
Campos dos Goytacazes	13	20	33	13	16	5
São João da Barra	17	28	33	9	11	2
Cardoso Moreira	28	26	30	8	7	1
São Fidélis	21	24	30	11	12	2
Macaé	10	15	31	16	20	8
Quissamã	19	26	35	9	9	2
Carapebus	18	25	35	13	8	1
Conceição de Macabu	15	21	35	13	14	2

Fonte: Dados do PIB gerados pela Fundação CIDE – Estudo Sócio-Econômico – 2003 – TCE/RJ.

Os dados abordados repetidamente nos direcionam à observação da situação de destaque apresentada por Macaé e Campos dos Goytacazes no que tange a alguns quesitos, como: população, extensão territorial, renda per capita, educação, etc. Esta situação provavelmente influenciou – conjuntamente com outros fatores – a definição de que ambos ocuparão o posto de municípios pólo das microrregiões de saúde estipuladas pela NOAS-SUS/2002. A primeira microrregião será conformada pelos municípios de Macaé, Quissamã, Conceição de Macabu e Carapebus. Já a segunda será composta por Campos dos Goytacazes, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra e São Fidélis. O município de Cardoso Moreira, apesar de geograficamente pertencer à Região Norte Fluminense e, ao mesmo tempo, ter sido incluído, pelo PDR, junto à Região Noroeste, para fins deste estudo, será computado como membro integrante da Microrregião Norte II, pelos motivos já citados anteriormente.

Neste sentido, um fato interessante e que deve demandar uma análise aprofundada da situação assistencial já implantada é que, apesar do município de Campos dos Goytacazes apresentar a maior oferta de serviços de saúde da região – não só na atenção de baixa e média complexidades, mas também nos serviços especializados – e, portanto, ter sido inclusive indicado para ser o pólo da macrorregião formada pelas duas microrregiões existentes no Norte Fluminense, na análise dos dados diretamente relacionados à atenção à saúde (que são mortalidade infantil e esperança de vida ao

nascer) o mesmo apresenta os piores índices, conforme demonstrado no quadro que se segue.

Quadro 77 – Indicadores de longevidade e mortalidade da Região Norte Fluminense e Niterói. Ano base 2000.

Município	Mortalidade até 1 ano de idade (por 1.000 nascidos vivos)	Esperança de vida ao nascer (anos)
São Francisco de Itabapoana	20,3	69,1
Campos dos Goytacazes	25,5	66,8
São João da Barra	19,9	69,2
Cardoso Moreira	24,9	67,0
São Fidélis	20,3	69,1
Macaé	23,5	67,6
Quissamã	23,5	67,6
Carapebus	23,5	67,6
Conceição de Macabu	24,3	67,6

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

O município de São João da Barra é aquele que possui as melhores taxas relacionadas à mortalidade infantil e à expectativa de vida ao nascer, respectivamente, 19,9% e 69,2 anos. Entretanto, os índices insatisfatórios pelo município de Campos dos Goytacazes, no quesito mortalidade até 1 ano de idade, podem ser resultantes de alguns fatores:

- Grande extensão geográfica, dificultando o acesso de gestantes residentes em áreas extremas dos distritos mais distantes, às consultas de pré-natal e aos exames complementares;
- Pelos mesmos motivos anteriormente expostos há dificuldade no acompanhamento médico das crianças em geral, inclusive nas menores de 1 ano;
- Sendo Campos dos Goytacazes o único município da região a possuir uma UTI neonatal credenciada junto ao SUS, além de uma UTI pediátrica, acaba por receber pacientes graves oriundos de diversos municípios, que não apenas os da Região Norte Fluminense. Nos casos de óbitos dessas crianças, a liberação do corpo por parte da instituição hospitalar, só se dá mediante o registro do óbito no cartório de registro civil local, aumentando, portanto, a incidência da mortalidade infantil no município;

- Subnotificação de registros de óbitos ocorridos em áreas rurais de outros municípios circunvizinhos, onde ainda há a prática de enterrar “familiarmente” seus entes em caso de morte domiciliar.

Após a caracterização da Região Norte Fluminense e dos municípios que a compõem, o capítulo IV aborda questões relacionadas ao financiamento da assistência, principalmente no que tange à participação dos recursos federais e diante do atual interesse do Ministério da Saúde em estimular a expansão da atenção básica.

Buscando promover reflexões a respeito da responsabilidade dos municípios – tanto daqueles que são sede de módulos assistenciais, quanto daqueles que são municípios-pólo de microrregiões de saúde – demonstramos a situação orçamentária de Campos dos Goytacazes e Macaé, respectivamente municípios-pólo das microrregiões Norte II e Norte I, no custeio dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares dos anos 2002 e 2003. A partir de então traçaremos uma projeção da importância do financiamento da assistência para o sucesso ou insucesso da estratégia de regionalização.

CAPÍTULO IV

➔ O financiamento da assistência ambulatorial e hospitalar

A implementação da política de descentralização no modelo de saúde brasileiro, iniciada nos anos 90, foi motivada pelas demandas apresentadas pelo Movimento de Reforma Sanitária, as quais pleiteavam uma mudança das relações existentes entre Estado e sociedade na atenção à saúde. Tais mudanças vinham ao encontro das necessidades trazidas pela incorporação de novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento de patologias (Viana e outros, 2002), da mudança do perfil epidemiológico da população – já que doenças da modernidade passaram a conviver com aquelas características de países periféricos –, da conscientização dos cidadãos com relação à saúde como direito e não como favor.

Neste sentido, as transformações do perfil assistencial com vistas à integralidade, equidade e universalidade da atenção, perpassavam por uma integração entre dimensões diversas, as quais, apesar de distintas, interrelacionavam-se neste processo de descentralização: “a saúde como proteção social (Welfare dimension), como poder político e como mercado econômico (industrial dimension)” (Viana e outros, 2002). Já em 1990, estes fatores se apresentavam como pilares fundamentais na definição dos rumos do modelo assistencial proposto. Isto se justificava, em virtude da garantia constitucional à saúde se contrapor com a existência de grandes iniquidades na rede instalada de serviços, motivo pelo qual a política de descentralização não necessariamente significou uma maior eficiência na oferta assistencial.

Buscando a superação destes entraves, o aperfeiçoamento de técnicas gerenciais torna-se instrumento prioritário para a implementação do processo de descentralização. São os diversos saberes locais, o perfil político/administrativo e a estrutura econômica vigente que influenciarão no sucesso ou insucesso da política proposta. Tais fatores conformam as policy making de cada Estado ou município e respondem pela caracterização do modelo de saúde em vigor. Entretanto,

“suas configurações dependem de variantes como: formas anteriores de gerência e organização de serviços; arranjos políticos e as formas de expressão dos interesses no plano regional; do tipo de relações estabelecidas entre as esferas de poder – Executivo, Legislativo e Judiciário; do grau de associação e de capital social

criados e desenvolvidos; dos perfis de financiamento e do gasto local em saúde” (Viana e outros, 2002).

Após mais de uma década de vigência do Sistema Único de Saúde e das mudanças ocasionadas pelas diversas Normas Operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, a NOAS vem apresentar a regionalização como sendo a mais recente estratégia para a superação dos problemas identificados no setor. A sua edição vem definir as responsabilidades dos municípios com relação à atenção básica; ao mesmo tempo, elenca determinados procedimentos relacionados à média complexidade e à assistência hospitalar necessários à área de abrangência do módulo assistencial e que deverão estar presentes no município sede de módulo. Neste novo modelo proposto e para superação das questões relacionadas à capacidade instalada de serviços e recursos humanos, aos recursos financeiros disponíveis para a criação e/ou ampliação de serviços de saúde, à oferta de procedimentos de alta complexidade para pacientes residentes em municípios de pequeno porte – que por fim, resultarão na garantia da integralidade da atenção ao usuário SUS – adota-se o interrelacionamento entre gestores como sendo a melhor alternativa para o cumprimento dos preceitos constitucionais. Estas discussões intermunicipais embasarão a formulação de documentos como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que, por fim, normatizarão a assistência ambulatorial e hospitalar, a partir da adoção de fluxos pré-definidos de referência e contra referência.

Considerando as abordagens feitas acima, para que seja possível a migração de pacientes em busca dos procedimentos necessários à resolução dos seus problemas – que não estejam presentes em seu município de origem – é fundamental que se viabilizem recursos financeiros para o seu custeio. Esta afirmativa nos permite buscar reflexões pautadas na atual situação do financiamento da assistência à saúde, em especial na situação do Estado do Rio de Janeiro, para que posteriormente possamos explicitar o custeio da assistência nos municípios de Macaé e Campos dos Goytacazes, respectivamente os pólos da microrregião Norte I e II.

A partir de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 35, já estipulava os critérios a serem utilizados para a definição dos valores a serem repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios (capítulo I, pág 38). Posteriormente, a criação do PAB fixo e variável trouxe uma nova base de cálculo de transferências relacionadas à prestação de ações e serviços voltados à atenção básica de saúde.

Em 1999, o Governo Federal, com o propósito de estimular o aumento de procedimentos pouco ofertados na rede assistencial própria e/ou contratada ao SUS, criou o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) (Machado, 2002). Os recursos destinados a este fundo originavam-se daqueles não utilizados na assistência, ou seja, as sobras de tetos e acresciam-se como uma forma de pagamento – extra-teto financeiro de Estados e municípios. Aos poucos, o FAEC também passou a custear os procedimentos envolvidos em campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde, tais como cirurgias de catarata, hérnia, varizes e próstata, assim como os procedimentos relacionados ao controle do câncer de colo de útero. Após 3 anos de funcionamento, e depois de passar por uma série de modificações, atualmente o Fundo se divide em dois ramos:

1. Aquele que financia a ampliação da oferta de ações estratégicas de interesse do Ministério da Saúde e cujo valor não é computado dentro dos limites financeiros estaduais e municipais;
2. Aquele destinado ao financiamento de ações de alta complexidade, existindo limites financeiros para Estados e municípios.

Portanto, como mencionado, o FAEC é gerenciado pela esfera federal e não se destina à remuneração dos atendimentos de média complexidade, da mesma forma que não pode ser utilizado para custear procedimentos realizados em um determinado município, a um paciente oriundo de outro – salvo se o referido procedimento relacionar-se a um daqueles definidos como estratégicos.

A Constituição de 1988 e Lei 8.080 buscaram definir competências para cada esfera de governo; sendo o aspecto do financiamento de responsabilidade das três esferas. Entretanto, da mesma forma que a partir dos anos 90 ocorre progressiva transferência de responsabilidades para Estados e principalmente para os municípios, também houve diminuição do valor dos recursos federais destinados à assistência à saúde; enquanto em 1980, o governo federal era responsável por aproximadamente 80% dos gastos totais com ações e serviços de saúde, já em 1995 este percentual atingia a 58,8% (Machado, 2002).

Diante dessa instabilidade no percentual destinado ao custeio da assistência por parte de cada esfera de governo e buscando uma padronização de critérios que permitisse a alocação de recursos de forma contínua e programada, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de Setembro de 2000 (capítulo I, pág. 37). Sua criação tentava minimizar as heterogeneidades existentes entre os diversos

Estados e municípios do país, a fim de que os mesmos pudessem assumir as responsabilidades de gestão das políticas sociais, como participantes de um “Estado federativo, caracterizado pela efetiva autonomia política dos níveis subnacionais de governo” (Arretche, 2000).

Apesar da redução dos recursos federais ocorrida nas duas últimas décadas, conforme já mencionado, e da ampliação de responsabilidades administrativas e econômicas de Estados e municípios, é ainda no plano federal que são estabelecidos os tetos financeiros para os Estados, tomando como base de cálculo, a série histórica de produção e gastos. Já a definição dos tetos municipais se dá nas reuniões da CIB³, em que ocorre a divisão dos recursos estaduais entre os municípios integrantes daquele Estado. Ambos, Estados e municípios, em tese, não podem extrapolar o seu teto financeiro, salvo se definirem que esses gastos adicionais serão cobertos com recursos próprios.

A operação de pagamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares aos prestadores de serviços ao SUS – quer sejam públicos, privados, filantrópicos ou de ensino – se dá mediante a adoção de tabelas nacionais de remuneração de serviços, organizadas pela esfera federal (Machado, 2002). Apesar dos valores definidos nacionalmente, é facultado aos gestores municipais e estaduais, que possuem habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal, complementar os valores constantes da tabela, desde que, para tanto, assumam o ônus financeiro de tal decisão.

Os aspectos ligados ao financiamento do Setor Saúde devem ser abordados com bastante seriedade, pois em um modelo que está pautado em uma cooperação entre diversos gestores e compartilhamento de serviços instalados, os recursos financeiros destinados ao custeio destes devem ser suficientes, possibilitando a continuidade do modelo integracional. Conforme já demonstrado no capítulo II, pág 50/51, o elenco de procedimentos a ser ofertado pelo município-sede do módulo assistencial – com suficiência para toda a sua população, assim como para a dos municípios a ele adscritos – abrange diversas áreas, que passam pela odontologia especializada, exames laboratoriais, radiográficos e ultra-sonográficos, atenção fisioterápica e internações hospitalares.

Em virtude dos recursos econômicos necessários para a construção de instalações físicas, aquisição de equipamentos e materiais, contratação de recursos humanos para o manuseio dos diversos aparelhos necessários para possibilitar a oferta de todo o elenco especificado pela NOAS, não haveria possibilidade para os pequenos

municípios do país, principalmente aqueles que apresentam um PIB mais modesto, de disponibilizarem estes procedimentos à sua população, salvo referenciando-os a outro local que ofereça tais serviços.

Nesta análise, porém, deve-se avaliar o comportamento do Ministério da Saúde, efetuando um paralelo entre a proposta trazida pela NOAS e a prioridade clara para a atenção básica. É indiscutível a importância da saúde preventiva e das medidas de controle das doenças crônicas para a melhoria das condições de vida da população; da mesma forma o é a ampliação e a respectiva definição da responsabilidade dos municípios com relação à atenção básica a ser ofertada aos seus munícipes. Mas, no que tange à integralidade da atenção, com conseqüente oferta de serviços de média e alta complexidade – através de instrumentos gerenciados pela Programação Pactuada e Integrada e outros mecanismos que promovam uma migração intermunicipal, com fluxos definidos de referência e contra-referência – os dados pesquisados denotam um decréscimo do orçamento federal voltado para tais áreas. Os gastos voltados para a atenção básica, que representavam, em 1995, 16.2% do Orçamento de Custeio e Capital (OCC)²², evoluíram para 21.2% em 2001 e 22.8% em 2002; já com relação àqueles voltados para a média e alta complexidade decresceram de 69% em 1995, para 60.8% em 2001 e 58.3% em 2002 (Arretche, 2000).

Esta constatação nos leva a entender o aumento da responsabilidade dos municípios, no que tange ao custeio dos procedimentos de média e alta complexidade, e à relevância deste fato para o processo de implantação da NOAS. Afinal, se a proposta prevê a regionalização como estratégia para ampliar a oferta de ações e serviços de saúde a uma determinada população, independente destes existirem ou não em seu local de residência, resta saber como se dará o custeio de tais procedimentos para o município que os realiza.

➔ O faturamento hospitalar do município de Campos dos Goytacazes

Para aprofundarmos esta discussão, abordaremos dados relacionados ao faturamento hospitalar do município de Campos dos Goytacazes. Mas, antes disso, o quadro a seguir expõe a orçamentação definida para os Estados da Federação, visando ao custeio dos procedimentos de média e alta complexidade.

Quadro 78 – Valor financeiro global anual e per capita destinado aos procedimentos de alta e média complexidade para as Unidades da Federação.

Unidade da Federação	Valor Anual (em milhões-R\$)	População 2003	Valor per Capita
Rio de Janeiro	1.084,977	14.879.144	72,92
São Paulo	2.669,079	38.709.339	68,95
Rio Grande do Sul	712,986	10.511.009	67,83
Paraná	640,686	9.906.812	64,67
Distrito Federal	141,387	2.189.792	64,67
Mato Grosso do Sul	138,759	2.169.704	63,95
Santa Catarina	313,343	5.607.160	55,88
Minas Gerais	1.026,941	18.553.335	53,35
Goiás	293,351	5.306.424	55,28
Pernambuco	446,668	8.161.828	54,73
Mato Grosso	144,790	2.651.313	54,61
Alagoas	158,208	2.917.678	54,22
Bahia	725,650	13.440.544	54,14
Paraíba	184,224	3.518.607	52,36
Ceará	401,690	7.758.437	51,77
Sergipe	95,149	1.874.597	50,76
Tocantins	61,328	1.230.188	49,85
Espírito Santo	161,920	3.250.205	49,82
Piauí	145,633	2.923.695	49,81
Rio Grande do Norte	139,277	2.888.087	48,22
Maranhão	273,256	5.873.646	46,52
Rondônia	63,983	1.455.914	43,95
Pará	273,168	6.574.990	41,55
Acre	24,787	600.607	41,27
Roraima	14,355	357.296	40,18
Amazonas	119,223	3.031.079	39,33
Amapá	20,929	534.821	39,13
Brasil	10.477,760	176.876.251	59,24

Fonte: Portaria GM n° 2.038, de 04 de novembro de 2002 e Portaria GM n° 333, de 26 de março de 2003, do Ministério da Saúde.

Ressaltamos que, dentre os dados apresentados, existe, no valor financeiro global estipulado para o Rio de Janeiro, um montante de R\$ 228.863.988,00 o qual refere-se aos recursos destinados às Unidades Hospitalares Federais que foram municipalizadas e cujo valor per capita alcança a R\$ 15,38. Somando-se a este valor, àquele destinado ao próprio Estado do Rio de Janeiro, o total per capita alcança a R\$ 72,92, sendo considerado o primeiro lugar em nível de Brasil. Entretanto, se considerarmos que os recursos destinados às unidades federais municipalizadas não

podem ter outra destinação que não seja as próprias unidades, o Estado não possui autonomia para utilizá-los em ações e/ou procedimentos que julgar necessários. Assim sendo, se calcularmos o valor per capita do Rio de Janeiro, como sendo o montante financeiro possível de alocação em conformidade aos projetos de saúde definidos pela CIB, trabalharemos não com um montante de R\$ 72,92, mas sim com R\$ 57,54. Desta forma, o Rio de Janeiro decresce do primeiro para o sétimo lugar no que tange ao valor per capita destinado à saúde, ficando atrás de estados como o Mato Grosso do Sul.

A análise destes fatos é bastante relevante quando avaliamos o artigo 35 da Lei nº 8.080/90, em que se estipulam critérios para a alocação de recursos, dentre os quais encontram-se o perfil demográfico da região, assim como as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde local. Considerando tais critérios e efetuando um comparativo entre o Estado do Rio de Janeiro e o próprio Estado do Mato Grosso do Sul, obviamente os valores destinados ao primeiro ficam bem aquém do devido. Este fato acaba por refletir na orçamentação destinada aos municípios, influenciando diretamente na disponibilidade de recursos para custeio e investimento na rede assistencial local, com conseqüente impacto no processo de negociação para conformação das regiões de saúde criadas pela NOAS.

A insuficiência de financiamento resulta em ações de realocação de recursos financeiros entre os municípios como aquela descrita nas páginas 64/65 do Capítulo II, e adotada pela Comissão de Programação Pactuada e Integrada¹². Resumidamente, esta realocação acresce tetos financeiros de alguns municípios, decresce de outros e não considera o fato já confirmado da elevação das despesas relacionadas com a assistência à saúde motivada por aspectos ligados ao envelhecimento da população, ao aumento da capacidade tecnológica dos serviços e a outros fatores já abordados anteriormente. Assim sendo, a continuidade da oferta de serviços, no quantitativo suficiente para atender a toda a demanda, resultará em uma responsabilidade crescente do município de arcar com tais despesas ou então de ficar inadimplente com os prestadores de serviços ao SUS.

Para exemplificar esta realidade, nos reportaremos aos dados relativos ao faturamento ambulatorial e hospitalar dos municípios de Macaé e Campos dos Goytacazes nos anos de 2002, 2003 e 2004.

Em conformidade ao Capítulo III, à página 81, o município de Campos dos Goytacazes dispõe da maior oferta e diversidade de serviços da saúde da Região Norte Fluminense. Por conseguinte, em conformidade ao Plano Diretor de

Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, ele será sede do módulo assistencial composto por São Francisco de Itabapoana, São João da Barra, e o próprio município de Campos dos Goytacazes. Será pólo da Microrregião Norte II e ainda pólo da macrorregião composta pelas duas microrregiões – sendo a outra a Norte I, cujo pólo é Macaé.

Em virtude da relevância do município para o sistema de saúde regional, vários pacientes de outros municípios, historicamente, sempre se direcionaram para o pólo em busca de atendimento especializado, quer seja em nível de atenção hospitalar, nas áreas de urgência/emergência, neurocirurgia, cirurgia cardíaca, maternidade de alto risco e UTI neonatal, quer seja ambulatorialmente, no caso de procedimentos relacionados à hemodinâmica (cateterismos), quimioterapia, radioterapia, bem como os de terapia renal substitutiva.

No que se refere ao tratamento oncológico, existem três clínicas credenciadas junto ao SUS para realização do atendimento a diversos outros municípios, principalmente aos da Região Norte Fluminense. A seguir, nos quadros 79 e 80, relacionamos os valores referentes aos procedimentos de radioterapia e quimioterapia, por clínica credenciada, no ano de 2002, realizando um paralelo entre o montante relacionado aos pacientes de Campos dos Goytacazes e aos oriundos de outros municípios.

Quadro 79 – Demonstrativo de valores pagos em quimioterapia de pacientes do município de Campos dos Goytacazes x outros municípios. Ano base: 2002.

Clínica	Pacientes de Campos dos Goytacazes (em reais)	Pacientes de outros municípios (em reais)	Valor total (em reais)	Percentual de gastos de outros municípios
Hemoclin	406.614,22	53.613,88	460.228,10	11,65
Santa Maria	1.317.426,73	375.709,15	1.693.135,88	28,52
IMNE	368.844,44	91.102,95	459.547,39	24,70
Total	2.092.885,39	520.425,98	2.612.911,37	24,87

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Quadro 80 - Demonstrativo de valores pagos em radioterapia de pacientes do município de Campos dos Goytacazes x outros municípios. Ano base: 2002.

Clínica	Pacientes de Campos dos Goytacazes (em reais)	Pacientes de outros municípios (em reais)	Valor total (em reais)	Percentual de gastos de outros municípios
IMNE	84.471,25	28.863,50	113.334,75	25,47

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação de Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Na avaliação do quadro acima, observamos que, em média, 25% dos gastos relacionados à oncologia referem-se a pacientes de municípios distintos de Campos dos Goytacazes. Este percentual, conforme será demonstrado nas próximas páginas, se estenderá a outras áreas do atendimento, variando entre 15 a 20% do montante de gastos totais. Entretanto, é importante ressaltar que para se chegar a tais números, utilizaram-se informações repassadas pelos próprios usuários relacionadas a município de residência e, por conseguinte, os dados reais podem alcançar valores ainda maiores, haja vista o significativo número de pacientes que fornecem endereços de parentes ou pessoas domiciliadas no município realizador do procedimento.

Com relação à terapia renal substitutiva, existem dois serviços que prestam atendimento ao SUS, sendo também referência a municípios circunvizinhos. No quadro que se segue, relacionamos os valores dispendidos no ano de 2002, especificando-os percentualmente por clínica e por pacientes domiciliados em Campos dos Goytacazes e nos demais municípios.

Quadro 81 - Demonstrativo de valores pagos em terapia renal substitutiva de pacientes do município de Campos dos Goytacazes x outros municípios. Ano base: 2002.

Clínica	Pacientes de Campos dos Goytacazes (em reais)	Pacientes de outros municípios (em reais)	Valor total (em reais)	Percentual de gastos de outros municípios
Pró-Rim	1.939.994,95	365.397,19	2.305.392,14	15,85
IMNE	1.200.242,20	493.695,83	1.693.938,03	29,14
Total	3.140.237,15	859.093,02	3.999.330,17	21,48

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação de Secretaria Municipal de Saúde de campos dos Goytacazes.

Como já mencionado anteriormente, o município vem expandindo a sua capacidade instalada de serviços de alta complexidade em nível hospitalar. Naturalmente, esta realidade vem acompanhada de aumento da demanda por

procedimentos ambulatoriais especializados. A fim de exemplificarmos tal afirmativa, citamos o serviço de neurocirurgia que maximizará o quantitativo de exames solicitados de tomografia computadorizada; as clínicas de referência ao atendimento oncológico que demandarão mais cintilografias e tomografias computadorizadas; serviços de cirurgia cardíaca que necessitarão de exames de cateterismo cardíaco etc.

A resultante deste processo de ampliação dos serviços especializados será não só a elevação de gastos com os procedimentos de alta complexidade, bem como da média, já que é necessária a realização de uma série de exames ultrasonográficos, radiológicos e de patologia clínica, além de acompanhamento médico especializado. Em contrapartida a tais fatos, encontra-se a diminuição dos recursos federais do Orçamento de Custeio e Capital, voltados à média e alta complexidade – de 69% em 1995 para 58,3% em 2002 – elevando a responsabilidade dos municípios com o custeio de tais serviços.

Os dados relacionados a seguir baseiam-se em informações repassadas pelo Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, tanto no que tange ao processamento do faturamento ambulatorial, quanto do hospitalar. Os valores diferem daqueles contidos no programa Tabnet, disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. O motivo para as divergências de valores está no fato de que a informação repassada pelo Núcleo de Controle e Avaliação diz relação ao montante real de faturamento, entregue pelas diversas unidades prestadoras de serviços ao SUS, a partir de procedimentos efetivamente realizados. A partir da entrega do faturamento no referido setor da Secretaria Municipal de Saúde, são realizadas as adequações necessárias entre o valor real faturado pelos prestadores e o teto financeiro ambulatorial e hospitalar definido para o município pela Comissão Bipartite. Por conseguinte, quando do envio das informações relativas ao faturamento da Secretaria Municipal de Saúde para o Setor de Contas Médicas da Secretaria Estadual de Saúde, os valores apresentados já terão sofrido cortes, a fim de adequá-los ao teto financeiro do município.

O programa de faturamento da Secretaria Estadual de Saúde, por sua vez, efetuará uma série de verificações junto aos dados enviados pelo município, relacionados a quantitativos de procedimentos ambulatoriais e internações hospitalares realizados pelos diversos prestadores do município. Através deste processo são avaliados diversos pontos, tais como:

- Comparativo entre procedimentos apresentados e a capacidade instalada do hospital, em conformidade ao CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde);
- Compatibilidade entre procedimentos clínico-cirúrgicos apresentados pelo hospital e o grau de complexidade do serviço;
- Compatibilidade entre o número de diárias de UTI apresentadas e o quantitativo de leitos existentes no cadastro da Instituição;
- Compatibilidade entre as cobranças de materiais de órteses e próteses, com os procedimentos cirúrgicos informados na internação hospitalar;
- Compatibilidade entre os códigos dos procedimentos informados na AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e o CID (Código Internacional de Doenças) registrados;
- Compatibilidade entre os procedimentos autorizados na APAC (Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade) de oncologia e de diálise, e o período de cobrança e validade da autorização.

Posteriormente a este processo chegar-se-á aos valores finais a serem pagos pela Secretaria Estadual de Saúde aos prestadores de serviços dos municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e que serão disponibilizados no Tabnet.

Resumidamente, o processo de faturamento destes municípios é composto por seis fases:

- 1ª Fase – Os prestadores de serviços ao SUS entregam, na primeira semana de cada mês, no Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde o seu faturamento mensal referente ao mês anterior.
- 2ª Fase – O setor de faturamento municipal efetua os cortes financeiros necessários, a fim de adequar os valores apresentados pelos prestadores ao teto financeiro definido para o município.
- 3ª Fase – O faturamento é encaminhado ao Setor de Contas Médicas da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

- 4ª Fase – Os dados encaminhados passam por uma série de críticas, com base no sistema de faturamento vigente utilizado pela SES/RJ.
- 5ª Fase – O valor final aprovado é depositado diretamente na conta bancária dos prestadores de serviço/SUS.
- 6ª Fase – Os valores apresentados ao Setor de Contas Médicas da SES, no que tange ao faturamento hospitalar, depois que passam pelas críticas do sistema, são disponibilizados no Tabnet²³ e podem ser consultados no *site* da Secretaria Estadual de Saúde. Representam, pois, os valores aprovados para pagamento e não o montante real produzido pelos prestadores de serviços de saúde existentes no município.

A fim de demonstrar as divergências existentes entre a produção real do município de Campos dos Goytacazes referente ao faturamento hospitalar e os valores disponibilizados pelo Tabnet – que leva em consideração apenas os valores já ajustados pelo município, em conformidade ao seu teto – os quadros que se seguem contêm dados fornecidos pelo Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes, com relação aos valores apresentados pelos prestadores, ao montante bloqueado com vistas à adequação do teto financeiro municipal e, finalmente, aos valores enviados ao Setor de Contas Médicas da SES/RJ, nos anos de 2002, 2003 e 2004. Estaremos explicitando-os, efetuando um comparativo entre os dados existentes na Secretaria Municipal de Saúde e aqueles do Tabnet.

Em conformidade aos valores demonstrados no quadro 82, referente ao ano de 2002, houve um bloqueio de 19,80% sobre o montante total do faturamento hospitalar apresentado pelos prestadores de serviço do SUS, realizado no Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, motivado pela necessidade de adequação dos valores ao teto financeiro hospitalar definido para o município, previamente ao envio dos dados à Secretaria Estadual de Saúde.

Entretanto, nos dados apresentados pelo município encontram-se as internações não apenas de pacientes residentes no próprio, mas também aqueles residentes em outros municípios e que buscam – ou por demanda espontânea ou por referenciada – os serviços de maior complexidade existentes no pólo, já descritos anteriormente às páginas 82/83. Os dados informados pelo Núcleo de Controle e Avaliação não possuem a especificidade para identificar quais são esses pacientes e o

quanto tais internações representam dentro do montante global. Entretanto, através do Tabetnet é possível quantificar estes itens, embora o montante global apresentado esteja subnotificado em decorrência dos motivos anteriormente expostos.

Quadro 82 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2002.

Mês	Valor apresentado (em reais)	Valor bloqueado (em reais)	Valor enviado à SES (em reais)
Janeiro	1.780.660,94	21.727,11	1.758.933,83
Fevereiro	2.780.547,07	467.941,64	1.613.605,43
Março	1.900.883,40	62.283,69	1.838.599,71
Abril	1.903.718,95	215.130,75	1.688.588,20
Maio	2.081.547,17	467.941,74	1.613.605,43
Junho	2.313.802,14	625.200,52	1.688.601,62
Julho	2.352.805,82	642.825,08	1.709.980,74
Agosto	2.026.674,68	316.690,51	1.709.984,17
Setembro	2.304.763,99	642.883,86	1.661.880,13
Outubro	2.502.886,67	792.904,98	1.709.981,69
Novembro	2.173.720,95	482.166,79	1.694.544,16
Dezembro	2.150.131,88	465.124,00	1.685.007,88
Total	26.275.143,66	5.202.820,67	20.373.312,99

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação de Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Desta forma, o quadro 83 identifica o valor total aprovado para pagamento aos prestadores de serviços pela Secretaria Estadual de Saúde, em todos os meses do ano de 2002, referente ao faturamento hospitalar do município de Campos dos Goytacazes; quantifica o montante integral, bem como percentual, das internações do próprio município, dos demais que compõem a Região Norte Fluminense e ainda de outros municípios pertencentes a outras regiões.

Na análise dos dados, observamos que o mês de julho apresentou valores atípicos quando comparados aos demais meses. Esclarecemos que, durante o processo de faturamento, ainda em nível municipal, conforme já citado anteriormente, são efetuados cortes sobre o montante global apresentado, visando adequar os valores financeiros ao teto do município. No término deste processo, dois disquetes são encaminhados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria Estadual de Saúde; um deles com as AIH's aprovadas para pagamento e o outro com as AIH's bloqueadas. Caso exista vontade política do Gestor Estadual ou ainda sobre do Teto Financeiro Estadual,

o programa de faturamento da SES permite desbloquear parcial ou integralmente as AIH's constantes do disquete de cortes, elevando o pagamento dos prestadores para valores superiores ao estipulado no teto financeiro municipal – que no mês de julho/2002 era de R\$ 1.498.929,49.

Quadro 83 – Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2002.

Mês	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Campos dos Goytacazes (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
Janeiro	1.828.593,72	1.521.783,72	83,22	213.485,42	11,67	93.324,58	5,10
Fevereiro	1.645.786,86	1.340.299,01	81,44	147.567,48	8,97	157.920,37	9,60
Março	1.840.874,48	1.518.699,34	82,50	251.484,89	13,66	70.690,25	3,84
Abril	1.747.216,35	1.464.976,42	83,85	223.488,73	12,79	58.751,20	3,36
Mai	1.741.066,03	1.452.239,41	83,41	194.416,87	11,17	94.409,75	5,42
Junho	1.667.962,54	1.390.420,17	83,36	215.654,84	12,93	61.887,53	3,71
Julho	2.497.209,02	2.075.911,13	83,13	257.497,14	10,31	163.800,75	6,56
Agosto	1.666.518,52	1.376.054,39	82,57	229.799,89	13,79	60.664,24	3,64
Setembro	1.618.594,92	1.335.947,06	82,54	186.828,58	11,54	95.819,28	5,92
Outubro	1.471.986,61	1.180.865,60	80,22	220.039,09	14,95	71.081,92	4,83
Novembro	1.519.528,13	1.330.434,31	87,56	147.415,58	9,70	41.678,24	2,74
Dezembro	1.580.056,09	1.365.937,15	86,45	173.696,63	10,99	40.422,31	2,56
Total	20.825.393,27	17.353.567,71	83,33	2.461.375,14	11,82	1.010.450,42	4,85

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A persistência da situação de cortes financeiros por parte do município, por meses seqüenciais, ocasionou uma instabilidade financeira nas instituições credenciadas, tendo em vista não existir qualquer garantia de recebimento de serviços hospitalares e honorários profissionais de atendimentos devidamente realizados, quando os mesmos ultrapassassem o montante financeiro global do município. Motivados pela pressão dos fornecedores – de medicamentos, materiais de órteses e próteses, filmes para radiodiagnóstico etc – o conjunto de prestadores de serviços hospitalares conveniados ao SUS no município demandou o Ministério Público Estadual sob a alegação da inviabilidade da continuidade da prestação de serviços, em virtude do índice de inadimplência no qual se encontravam – incluindo, além de fornecedores, também funcionários. A interrupção coletiva do atendimento caracterizar-se-ia como

situação de calamidade pública. Foi com esta visão que o Ministério Público intermediou o Termo de Ajustamento de Conduta, assinado em 31/07/02, onde aos hospitais cabia a continuidade do atendimento aos usuários e ao Poder Público Municipal, o pagamento de todos os valores que excedessem o teto orçamentário destinado ao custeio das internações, no período compreendido entre julho a dezembro/2002.

Ao contrário do que possa ser entendido inicialmente, o Termo de Ajustamento de Conduta não se efetivou como ação includente aos serviços de saúde do pólo. Significou uma medida de exclusão aos pacientes oriundos dos municípios circunvizinhos que buscavam os atendimentos especializados – de caráter mais imediato –, cuja fonte de custeio era insuficiente. Neste caso, o sistema de saúde teve que ser co-subsidiado pelo orçamento local, que por sua vez não contempla o uso do erário público para viabilizar atendimentos que não sejam para seus municípios. Apesar disto, ficaram mantidos os atendimentos referentes a situações consideradas como urgência/emergência; casos outros, cuja resolução assume caráter eletivo, são protelados. O paciente que se encontra em estado estável, considerando não conseguir acesso ao sistema, torna-se refém de uma lógica perversa, a qual prevê o agravamento de seu quadro clínico como senha de entrada à porta hospitalar. Este fluxograma eleva os gastos em virtude dos seguintes fatos:

- Maior tempo de permanência hospitalar;
- Uso de medicamentos mais potentes e, por conseguinte, mais caros;
- Consumo elevado de materiais hospitalares.

Os itens citados, muito mais do que perpetuarem o processo de elevação de custos – e conseqüente cortes do faturamento apresentado em caráter progressivo – implica na negligência às condições de saúde da população adscrita.

No que se refere ao impacto efetivo do Termo de Ajustamento de Conduta sobre a operacionalização do processo de faturamento hospitalar local, resumidamente o que acontecia era o seguinte:

- No decorrer do mês, após avaliação médica realizada em um determinado paciente, sempre que o quadro clínico indicasse, era preenchido um laudo médico para solicitar a emissão de uma autorização de internação hospitalar (AIH)²⁴;

- O laudo citado era encaminhado ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde, o qual responsabilizava-se pela emissão da AIH;
- Os prestadores de serviços hospitalares ao SUS utilizavam as séries numéricas das AIH's fornecidas para digitarem o seu faturamento;
- Nos primeiros dias do mês, os disquetes do faturamento hospitalar referentes ao mês anterior, dos diversos prestadores, eram encaminhados ao Núcleo de Controle e Avaliação, o qual, por sua vez, cumpria todas as etapas do faturamento municipal já descritas anteriormente neste capítulo;
- Depois de encerrado o faturamento, o órgão encaminhava para o Fundo Municipal de Saúde a relação de todas as AIH's bloqueadas por falta de teto financeiro hospitalar e este, por sua vez, junto ao Gestor Municipal, providenciava o pagamento destas AIH's utilizando-se de recursos exclusivamente municipais.

Portanto, ao analisarmos o quadro 82, identificamos que entre julho a dezembro/2002 – os meses citados no Termo de Ajustamento de Conduta –, o município de Campos dos Goytacazes efetuou um pagamento total de R\$ 3.342.595,22 diretamente aos prestadores de serviços. Tais valores contemplavam, inclusive, atendimentos prestados a pacientes oriundos de outros municípios.

A situação se agravou muito no ano de 2003. Enquanto a busca dos atendimentos do pólo da macrorregião de Campos dos Goytacazes continuava por parte não só dos municípios circunvizinhos da Região Norte Fluminense, mas também de outros municípios – conforme demonstrado no quadro 83 – o funcionamento dos serviços de alta complexidade no município gerava custos hospitalares mais elevados, tornando mais díspares os valores definidos no teto hospitalar do município com a real necessidade local. Em virtude do não cumprimento do artigo 35 da Lei nº 8.080/90 – já citada anteriormente, que prevê a alocação de recursos financeiros compatíveis com as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área, bem como ao desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior – evidenciou-se uma distância crescente entre o valor apresentado pelas instituições hospitalares e o recurso existente para pagamento destes atendimentos, obrigando o município a realizar bloqueios constantes sobre o faturamento hospitalar mensal.

O quadro 84 demonstra o valor médio das AIH's das clínicas básicas de maior frequência de internações no município, nos anos compreendidos entre 1998 a 2004 e a sua evolução. Apesar disto, as últimas avaliações realizadas pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ, referentes ao desempenho técnico das instituições hospitalares – inclusive com identificação de quantitativo de pacientes oriundos de outros municípios e os custos gerados por estes atendimentos – com vistas a subsidiar revisões de Tetos Financeiros, data de 1998 (PDR/RJ 2001-2004).

Quadro 84 – Valor médio, em reais, de AIH das clínicas básicas dos anos 1998 a 2004.

Clínica	Ano							Percentual entre valores 1998 x 2004
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Médica	238,96	292,81	373,26	412,82	415,97	460,75	552,42	131,18
Pediátrica	264,78	329,49	421,08	424,40	576,71	636,39	745,26	181,46
Obstétrica	185,83	234,57	243,30	253,88	259,20	307,76	347,38	86,93
Cirúrgica	583,94	740,54	911,43	961,19	1.046,11	1.290,56	1.456,48	149,42

Fonte – DATASUS. Tabnet: Procedimentos Hospitalares do SUS/RJ.

Conforme citado anteriormente, o Termo de Ajustamento de Conduta assinado em 31/07/02 previa que o Poder Público Municipal efetuassem o pagamento de todos os valores que excedessem o teto orçamentário destinado ao custeio das internações, no período compreendido entre julho a dezembro/2002. Sendo assim, o ano de 2003 começou com um grande problema: quem iria custear os valores excedentes das AIH's?

Podemos observar, no quadro 85, o desempenho do faturamento hospitalar naquele ano.

Na análise dos valores bloqueados observamos um crescente entre os meses de janeiro a setembro. Na realidade, o que acontecia é que todas as AIH's bloqueadas em um determinado mês – por falta de teto orçamentário – eram rerepresentadas no faturamento do mês subsequente somando-se aos valores efetivamente realizados naquele próprio mês. Conseqüentemente, os bloqueios também eram gradativamente crescentes, tendo em vista que o teto financeiro no ano de 2003 permanecia inalterado.

Quadro 85 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2003.

Mês	Valor apresentado (em reais)	Valor bloqueado (em reais)	Valor enviado à SES (em reais)
Janeiro	2.604.578,03	919.570,27	1.685.007,76
Fevereiro	2.694.707,84	1.009.699,53	1.685.008,31
Março	2.846.812,62	1.161.805,46	1.685.007,16
Abril	3.098.018,40	1.413.009,50	1.685.008,90
Maiο	3.665.002,58	1.979.993,78	1.685.008,80
Junho	4.189.033,44	2.304.025,09	1.885.008,35
Julho	4.192.913,20	2.295.158,91	1.885.007,15
Agosto	4.141.841,54	2.256.833,26	1.885.008,28
Setembro	4.213.283,19	2.277.725,41	1.934.883,77
Outubro	2.464.894,56	530.008,12	1.934.886,44
Novembro	2.546.745,85	532.492,88	1.934.886,70
Dezembro	2.471.917,81	537.032,94	1.934.884,87
Total	39.129.749,06	17.217.355,15	21.819.606,49

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação de Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Os dados relativos aos meses de outubro, novembro e dezembro de 2003 e que, a princípio, podem parecer intrigantes, nada mais são do que o resultado da decisão política do Gestor Municipal em reassumir a prática adotada anteriormente – já respaldada pelo Ministério Público Estadual – de arcar com os valores que extrapolassem o teto financeiro municipal.

O quadro 86, abaixo especificado, apresenta os valores constantes do Tabnet relacionados aos valores aprovados para pagamento – segundo metodologia já descrita previamente – e a representatividade de outros municípios nestes gastos. Da mesma forma, identificamos valores totais de internações menores do que aqueles citados no Quadro 85, na coluna “Enviado à SES”. Como já explicamos, tais valores são definidos após o processo de faturamento existente no Setor de Contas Médicas da Secretaria Estadual de Saúde, em que são realizadas diversas análises críticas sobre as AIH’s apresentadas.

De forma semelhante, não podemos garantir que o percentual de internações de outros municípios seja efetivamente o constante do quadro, pois várias outras AIH’s já foram bloqueadas previamente em Campos dos Goytacazes.

Quadro 86 – Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2003.

Mês	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Campos dos Goytacazes (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
Janeiro	1.593.937,82	1.310.587,88	82,22	218.529,50	13,71	64.820,44	4,07
Fevereiro	1.651.573,23	1.348.882,47	81,67	272.636,98	16,51	30.053,78	1,82
Março	1.861.814,25	1.561.424,66	83,87	256.552,65	13,78	43.836,94	2,35
Abril	1.543.899,55	1.364.190,53	88,36	164.391,86	10,65	15.317,16	0,99
Mai	1.631.800,26	1.362.246,41	83,48	217.929,62	13,36	51.624,23	3,16
Junho	1.635.422,08	1.405.502,18	85,94	181.800,11	11,12	48.119,79	2,94
Julho	1.808.591,73	1.542.559,22	85,29	225.220,76	12,45	40.811,75	2,26
Agosto	1.957.207,31	1.711.133,47	87,43	197.481,25	10,09	48.592,59	2,48
Setembro	2.034.870,04	1.817.598,47	89,32	192.370,30	9,45	24.901,27	1,22
Outubro	1.944.726,92	1.676.075,53	86,19	233.783,30	12,02	34.868,09	1,79
Novembro	2.190.610,06	1.943.648,49	88,73	191.652,92	8,75	55.308,65	2,52
Dezembro	1.882.023,15	1.609.822,28	85,54	238.416,82	12,67	33.784,05	1,80
Total	21.736.476,40	18.653.671,59	85,82	2.590.766,07	11,92	492.038,74	2,26

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

No Quadro 87 que se segue está demonstrado o desempenho do faturamento hospitalar no município no ano de 2004.

Na avaliação dos dados apresentados nos diversos meses, identifica-se, nos meses de janeiro e fevereiro, uma queda do volume financeiro de internações considerada natural para os meses de férias escolares em que um grande contingente populacional desloca-se para as praias e profissionais médicos encontram-se em férias, tendo como resultante a protelação de cirurgias consideradas eletivas.

Já no Quadro 88, demonstramos os valores constantes do Tabnet referentes às internações do município no ano de 2004 e seus respectivos percentuais de internações para os demais municípios da Região Norte Fluminense, bem como de outras regiões.

Quadro 87 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2004.

Mês	Valor apresentado (em reais)	Valor bloqueado (em reais)	Valor enviado à SES (em reais)
Janeiro	2.087.783,55	152.896,63	1.934.88,87
Fevereiro	1.917.488,66	11.499,10	1.905.989,56
Março	2.536.288,30	601.403,09	1.934.885,21
Abril	2.933.728,66	882.146,66	1.958.300,49
Mai	2.933.728,66	882.146,66	1.958.300,49
Junho	3.294.243,77	1.276.777,84 ²⁵	1.958.300,38
Julho	3.535.899,67	1.328.225,75	2.122.492,67
Agosto	3.944.226,44	1.704.567,61	2.122.494,06
Setembro	4.156.751,53	2.013.025,62	2.122.493,44
Outubro	3.889.551,57	1.714.758,74	2.122.493,10
Novembro	3.767.369,23	1.572.860,59	2.151.381,62
Dezembro	3.918.352,79	1.652.264,01	2.192.817,88
Total	38.915.412,83	13.792.572,30	24.484.833,77

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação de Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Quadro 88 – Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2004.

Mês	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Campos dos Goytacazes (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
Janeiro	2.097.060,95	1.804.083,47	86,03	268.513,39	12,80	24.464,09	1,17
Fevereiro	1.977.511,34	1.730.474,66	87,51	221.506,71	11,20	25.529,97	1,29
Março	1.835.630,87	1.478.551,29	80,55	296.190,05	16,14	60.889,53	3,32
Abril	2.098.373,78	1.826.046,92	87,02	237.899,64	11,34	34.427,22	1,64
Mai	2.220.724,97	1.942.484,01	87,47	237.151,31	10,68	41.089,65	1,85
Junho	2.366.232,06	2.022.039,16	85,45	285.367,94	12,06	58.824,96	2,49
Julho	2.146.929,75	1.862.905,42	86,77	265.707,25	13,38	18.317,08	0,85
Agosto	2.173.692,24	1.912.986,06	88,01	236.248,81	10,87	24.457,37	1,13
Setembro	2.209.188,72	1.900.310,06	86,02	273.898,97	12,40	34.979,69	1,58
Outubro	2.326.835,34	1.986.570,86	85,38	292.665,89	12,58	47.598,59	2,05
Novembro	2.293.783,58	1.932.292,07	84,24	303.379,12	13,23	58.112,39	2,53
Dezembro	2.429.490,77	2.141.028,80	88,13	240.802,90	9,91	47.659,07	1,96
Total	26.175.454,37	22.539.772,78	86,11	3.159.331,98	12,07	476.349,61	1,82

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Se efetuarmos um comparativo entre os dados constantes do Tabetnet relacionados aos anos de 2002, 2003 e 2004, identificaremos um crescente no valor total de internações e um percentual médio de 15% de pacientes de outros municípios internados em Campos dos Goytacazes. Entretanto, não podemos deixar de considerar que tais valores relacionam-se apenas àqueles encaminhados à SES pelo município, após a realização das glosas necessárias, a fim de equiparar o valor apresentado ao teto financeiro municipal destinado ao custeio das internações. Por isso, no montante das AIH's bloqueadas por insuficiência de recursos, podem estar várias autorizações à pacientes residentes em outros municípios; casos estas fossem autorizadas para pagamento, o percentual de 15% poderia se tornar maior.

Quadro 89 – Valor total de internações no município de Campos dos Goytacazes x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Consolidado dos anos 2002, 2003 e 2004.

Ano	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Campos dos Goytacazes (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
2002	20.825.393,27	17.353.567,71	83,33	2.461.375,14	11,82	1.010.450,42	4,85
2003	21.736.476,40	18.653.671,59	85,82	2.590.766,07	11,92	492.038,74	2,26
2004	26.175.454,37	22.539.772,78	86,11	3.159.331,98	12,07	476.349,61	1,82

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

➔ O faturamento hospitalar do município de Macaé

Dando prosseguimento ao planejamento descrito anteriormente, estaremos a partir deste momento abordando o desempenho do município de Macaé, pólo da microrregião de saúde Norte I, a fim de verificarmos a situação existente entre o teto financeiro vigente, destinado ao custeio das internações hospitalares e os valores apresentados pelos prestadores de serviços locais. Conforme já citado previamente durante a caracterização do município, existem dois serviços de alta complexidade; um deles de caráter ambulatorial, ofertando tratamento de Terapia Renal Substitutiva (TRS) e o outro em nível hospitalar na área de neurocirurgia.

O Quadro 90 que se segue foi organizado de forma distinta ao Quadro 82 para que se possa identificar as sobras de teto financeiro existentes nos diversos meses, tendo em vista que o município não alcança o montante financeiro destinado ao custeio

das internações ali realizadas. Cabe ressaltar que os dados apresentados foram repassados pela Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria de Macaé, que é o setor responsável pelo faturamento ambulatorial e hospitalar do município.

Quadro 90 – Teto financeiro x valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde x sobra de teto. Ano base: 2002.

Mês	Teto Financeiro (em reais)	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor enviado à SES (em reais)	Sobra de Teto (em reais)
Janeiro	274.291,93	209.860,48	-----	209.860,48	64.431,45
Fevereiro	274.291,93	181.036,37	-----	181.036,37	93.255,56
Março	274.291,93	229.599,18	-----	229.599,18	44.692,75
Abril	274.421,19	245.045,52	-----	245.045,52	29.375,98
Mai	274.421,19	218.199,01	-----	218.199,01	56.222,18
Junho	274.421,19	233.356,12	-----	233.356,12	41.065,07
Julho	274.421,19	298.805,00	24.383,81 *	274.421,19	-----
Agosto	274.421,19	277.131,33	2.710,14 *	274.421,19	-----
Setembro	274.421,19	254.637,24	-----	254.637,24	19.783,95
Outubro	274.421,19	243.146,18	-----	243.146,18	31.275,01
Novembro	274.421,19	201.241,27	-----	201.241,27	73.179,92
Dezembro	274.421,19	210.940,37	-----	210.940,37	63.480,82
Total	3.292.666,50	2.802.998,07	27.093,95	2.775.904,12	516.762,69

Fonte: Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé

** Os valores bloqueados, em virtude do extrapolamento do teto financeiro para o custeio das internações, foram desbloqueados pelo Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde e, por conseguinte, integralmente recebidos pelos prestadores de serviços ao SUS. Entretanto, não conseguimos explicar por quais razões houve tal postura por parte da SES, principalmente se nos reportarmos ao Quadro 82, que demonstra todos os valores bloqueados pelo município de Campos dos Goytacazes nos 12 meses do ano de 2002, os quais não sofreram o desbloqueio total – em nenhum mês – vivenciado por Macaé.*

Utilizando a metodologia prévia de também explicitar os dados contidos no Tabnet, o Quadro 91 traz os valores referentes a todas as internações ocorridas no município no ano de 2002, relacionando-as pelos pacientes residentes em Macaé, por oriundos de outros municípios da região norte fluminense e ainda aqueles residentes em outras regiões de saúde, sempre quantificando financeiramente as internações ocorridas e o percentual representativo dos diversos grupos citados.

Quadro 91 – Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2002.

Mês	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Macaé (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
Janeiro	209.860,48	173.224,25	82,54	19.047,87	9,08	17.588,36	8,38
Fevereiro	181.036,37	137.735,98	76,08	18.416,62	10,17	24.883,77	13,75
Março	229.599,18	190.156,48	82,82	20.227,36	8,81	19.215,34	8,37
Abril	245.045,21	202.739,47	82,74	20.972,93	8,56	21.332,81	8,71
Mai	218.199,01	181.605,97	83,23	15.533,91	7,12	21.059,13	9,65
Junho	233.356,12	187.806,79	80,48	15.433,17	6,61	30.116,16	12,91
Julho	298.805,00	265.284,26	88,78	15.071,44	5,04	18.449,30	6,17
Agosto	277.131,33	237.174,65	85,58	10.987,91	3,96	28.968,77	10,45
Setembro	254.637,24	212.508,74	83,46	13.708,91	5,38	28.419,59	11,16
Outubro	243.146,18	216.748,69	89,14	14.095,74	5,80	12.301,75	5,06
Novembro	201.241,27	186.555,56	92,70	5.517,21	2,74	9.168,50	4,56
Dezembro	210.940,37	184.654,63	87,54	7.856,18	3,72	18.429,56	8,74
Total	2.802.997,76	2.376.195,47	84,77	176.869,25	6,31	249.933,04	8,92

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

A situação de sobra de teto financeiro para custeio das internações, na maior parte dos meses de 2003, manteve-se presente. O Quadro 92 pode comprovar esta afirmação.

Conforme observado, houve uma sobra de teto anual de R\$ 280.996,26 neste ano. Em contrapartida, os valores que extrapolaram o teto financeiro em alguns meses alcançaram um montante total de R\$ 130.388,80. Caso efetuássemos um comparativo entre ambos valores, identificaríamos que a sobra de teto existente seria capaz de cobrir os valores extrapolados nos diversos meses e ainda haveria uma sobra de R\$ 150.607,46. Neste ano, não houve desbloqueio por parte da SES.

Os dados encontrados no Tabetnet referentes ao ano de 2003 apresentam valores bastante distintos daqueles fornecidos pelo Setor de Faturamento da Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria do município de Macaé, conforme observado no Quadro 93.

Quadro 92 – Teto financeiro x valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde x sobra de teto. Ano base: 2003.

Mês	Teto Financeiro (em reais)	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor enviado à SES (em reais)	Sobra de Teto (em reais)
Janeiro	286.150,13	235.861,18	-----	235.861,18	50.288,95
Fevereiro	286.150,13	223.327,65	-----	223.327,65	62.822,48
Março	286.150,13	279.453,88	-----	279.453,88	6.696,25
Abril	286.150,13	230.309,62	-----	230.309,62	55.840,51
Maio	286.150,13	293.642,03	7.493,02	286.149,01	-----
Junho	286.150,13	279.199,59	-----	279.199,59	6.950,54
Julho	286.150,13	297.292,52	11.145,21	286.147,31	-----
Agosto	286.150,13	253.312,15	-----	253.312,15	32.837,98
Setembro	302.219,27	324.679,20	22.459,93	302.219,27	-----
Outubro	302.219,27	383.475,41	81.260,57	302.214,84	-----
Novembro	302.219,27	236.659,72	-----	236.659,72	65.559,55
Dezembro	302.219,27	310.249,34	8.030,07	302.219,27	-----
Total	3.498.078,12	3.347.462,29	130.388,80	3.217.073,49	280.996,26

Fonte: Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

Quadro 93 – Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2003.

Mês	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Macaé (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
Janeiro	235.861,18	196.074,56	83,13	16.372,21	6,94	23.414,41	9,93
Fevereiro	223.327,65	205.103,74	91,84	8.429,89	3,77	9.794,02	4,39
Março	274.146,09	213.299,77	77,81	13.305,90	4,85	47.540,42	17,34
Abril	223.821,35	196.883,86	87,96	14.117,02	6,31	12.820,47	5,73
Maio	273.346,93	245.662,18	89,87	8.536,27	3,12	19.148,48	7,01
Junho	275.207,09	230.777,20	83,86	14.177,33	5,15	30.252,56	10,99
Julho	282.015,51	251.890,66	89,32	12.357,52	4,38	17.767,33	6,30
Agosto	23.623,51	21.566,29	91,29	1.098,05	4,65	959,17	4,06
Setembro	459.657,90	400.102,28	87,04	21.122,12	4,60	38.433,50	8,36
Outubro	248.111,80	224.887,15	90,64	9.254,90	3,73	13.969,75	5,63
Novembro	239.000,32	216.698,23	90,67	3.145,49	1,32	19.156,60	8,02
Dezembro	301.931,74	259.919,12	86,09	18.539,17	6,14	23.473,45	7,77
Total	3.060.051,07	2.662.865,04	87,02	140.455,87	4,59	256.730,16	8,39

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Os valores autorizados para pagamento foram menores do que aqueles apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS – e registrados na coluna Valor enviado à SES do Quadro 92 – nos meses compreendidos entre março a agosto. Já no mês de setembro, apesar do relatório fornecido pelo município indicar uma produção total de R\$ 324.679,20 e um valor enviado de R\$ 302.219,27, o Tabnet informa um pagamento de R\$ 459.657,90. A explicação para tal fato pode estar relacionada ao valor aprovado para pagamento pela SES no mês de agosto ter sido de apenas R\$ 23.623,51, contrapondo-se aos R\$ 253.312,15 produzidos pelo município. Por conseguinte, parte desta diferença foi paga junto ao faturamento encaminhado no mês de setembro. Novamente, os meses de outubro, novembro e dezembro apresentaram valores informados do Tabnet menores do que aqueles produzidos pelos prestadores, segundo informações repassadas pela Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria.

O ano de 2004 foi marcante para o município de Macaé no que tange à assistência de saúde, pois no mês de maio, iniciaram-se as atividades do Hospital Público Municipal, com atendimento tanto na área ambulatorial quanto hospitalar. Em razão de o hospital não estar cadastrado junto ao DATASUS não se faz a notificação dos procedimentos realizados e, da mesma forma, não há faturamento destes atendimentos. Por conseguinte, os valores a seguir relacionados e fornecidos pela coordenadoria, constantes do Quadro 94, não incluem os gastos existentes com os pacientes internados no mencionado hospital. Por tal motivo, o total de sobre de teto financeiro para internação no ano alcança os valores mais elevados desde o ano de 2002, atingindo a expressiva monta de R\$ 748.389,14, o que equivale a mais de dois meses do teto financeiro definido para o município pela CIB para custeio das internações hospitalares.

As diferenças existentes entre os valores informados pelo município e os constantes do Tabnet mantêm-se presentes, conforme observado no Quadro 95 a seguir²⁶.

Entretanto, os argumentos citados acima não justificam o fato de que nos meses de maio, junho e julho de 2004 os valores constantes do Tabnet e autorizados para pagamento são superiores àqueles enviados pelo município de Macaé, os quais podem ser verificados no Quadro 94.

Quadro 94 – Teto financeiro x valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à internação hospitalar x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde x sobra de teto. Ano base: 2004.

Mês	Teto Financeiro (em reais)	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor enviado à SES (em reais)	Sobra de Teto (em reais)
Janeiro	302.219,27	271.539,01	-----	271.539,01	30.680,26
Fevereiro	302.219,27	244.515,02	-----	244.515,02	57.704,25
Março	302.219,27	272.376,13	-----	272.376,13	29.843,14
Abril	302.219,27	228.510,11	-----	228.510,11	73.709,16
Maio	302.219,27	298.082,59	-----	298.082,59	4.136,68
Junho	302.219,27	326.075,26	23.857,81	302.219,27	-----
Julho	302.219,27	300.721,66	-----	300.721,66	1.497,61
Agosto	302.219,27	282.519,55	-----	282.519,55	19.699,72
Setembro	325.307,21	241.327,17	-----	241.327,17	83.980,04
Outubro	325.307,21	186.370,05	-----	186.370,05	138.937,16
Novembro	325.307,21	180.649,97	-----	180.649,97	144.657,24
Dezembro	325.307,21	161.765,15	-----	161.765,15	163.542,06
Total	3.718.983,00	2.970.593,86	23.857,81	2.970.595,68	748.389,14

Fonte: Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

Quadro 95 – Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Ano Base 2004.

Mês	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Macaé (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
Janeiro	260.904,51	205.885,65	78,91	18.456,56	7,07	36.562,30	14,01
Fevereiro	244.065,86	199.284,69	81,65	13.159,81	5,39	31.621,36	12,96
Março	269.231,64	231.953,65	86,15	13.502,78	5,02	23.775,21	8,83
Abril	227.950,42	200.244,31	87,85	5.971,96	2,62	21.734,15	9,53
Maio	322.394,56	256.568,41	79,58	18.467,31	5,73	47.358,84	14,69
Junho	304.945,90	260.495,67	85,42	12.029,46	3,94	32.420,77	10,63
Julho	301.153,77	242.124,07	80,40	12.896,98	4,28	46.132,72	15,32
Agosto	276.854,03	234.751,37	84,79	17.409,18	6,29	24.693,48	8,92
Setembro	233.393,34	211.885,43	90,78	6.292,74	2,70	15.215,17	6,52
Outubro	179.617,84	148.472,43	82,66	17.704,71	9,86	13.440,70	7,48
Novembro	178.528,58	148.576,13	83,22	12.498,67	7,00	17.453,78	9,78
Dezembro	153.235,04	139.484,80	91,03	5.891,02	3,84	7.859,22	5,13
Total	2.952.275,49	2.479.726,61	83,99	154.281,18	5,23	318.267,70	10,78

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Efetuada um comparativo do consolidado, presente no quadro 96, com aquele relacionado ao município de Campos dos Goytacazes, observamos que em Macaé o percentual de internações de pacientes de outras regiões, que não a Norte, é bem maior. A explicação para tal fato está no quantitativo de população flutuante em Macaé, que exerce atividades laborativas direta ou indiretamente ligadas à Petrobras e que utilizam os serviços de saúde do município.

Quadro 96 – Valor total de internações no município de Macaé x valor de internações com pacientes do próprio município, dos demais municípios da Região Norte e de outras regiões – Consolidado dos anos 2002, 2003 e 2004.

Ano	Valor total de internações (em reais)	Valor de internações do município de Campos dos Goytacazes (em reais)	Relação percentual entre internações do município x total	Valor de internações dos demais municípios da Região Norte (em reais)	Relação percentual entre internações da Região Norte x total	Valor de internações de outros municípios de outras regiões (em reais)	Relação percentual entre internações de outras regiões x total
2002	2.802.997,76	2.376.195,47	84,77	176.869,25	6,31	249.933,04	8,92
2003	3.060.051,07	2.662.865,04	87,02	140.455,87	4,59	256.730,16	8,39
2004	2.952.275,49	2.479.726,61	83,99	154.281,18	5,23	318.267,70	10,78

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

➔ O faturamento ambulatorial do município de Campos dos Goytacazes

Os dados abordados nos quadros anteriores relacionavam-se ao faturamento de internações hospitalares. A partir de agora, entretanto, estaremos discorrendo sobre a produção ambulatorial, a fim de identificarmos a situação do financiamento de tais serviços, objetivando consubstanciar as discussões relativas ao processo de regionalização da assistência ambulatorial.

Atualmente, Campos dos Goytacazes recebe um montante de R\$ 42.741,81, mensalmente, dentro do seu teto financeiro ambulatorial, oriundos da Programação Pactuada e Integrada (PPI), em que alguns municípios realocam recursos próprios para o pólo, a fim de que este último realize procedimentos voltados à atenção médica especializada (exames e cirurgias ambulatoriais) não constantes no município de origem. Necessariamente, não há a obrigatoriedade do pertencimento à mesma região de saúde, conforme observamos na relação que se segue, dos municípios que pactuam com Campos dos Goytacazes. São eles:

Quadro 97 – Relação de municípios que alocam recursos financeiros da Programação Pactuada e Integrada para Campos dos Goytacazes.

Município	Região de saúde a qual pertence
Aperibé	Noroeste Fluminense
Bom Jesus do Itabapoana	Noroeste Fluminense
Cambuci	Noroeste Fluminense
Cardoso Moreira	Noroeste Fluminense
Conceição de Macabu	Norte Fluminense
Itaocara	Noroeste Fluminense
Itaperuna	Noroeste Fluminense
Laje de Muriaé	Noroeste Fluminense
Macaé	Norte Fluminense
Natividade	Noroeste Fluminense
Porciúncula	Noroeste Fluminense
Quissamã	Norte Fluminense
São Francisco de Itabapoana	Norte Fluminense
Santo Antônio de Pádua	Noroeste Fluminense
São Fidélis	Norte Fluminense
São João da Barra	Norte Fluminense
São José de Ubá	Noroeste Fluminense
Varre-Sai	Noroeste Fluminense

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde – CPS (Centro de Programação em Saúde)

Diferentemente do que ocorre com o pólo da Microrregião II, no caso do município de Macaé, não existe qualquer repasse dos municípios circunvizinhos para o seu teto ambulatorial com vistas a garantir a migração referenciada para a realização de procedimentos ambulatoriais, embora seja notório o baixo nível de complexidade do restante dos municípios da Microrregião Norte I.

Conforme abordado previamente neste capítulo, dois problemas são bastante relevantes para o estudo da atenção ambulatorial regionalizada. Um deles faz referência à diminuição dos investimentos da esfera federal para as ações de média e alta complexidade, transferindo para Estados e municípios cada vez mais a responsabilidade pelo custeio deste tipo de atenção, que progressivamente tem sofrido elevação de seus custos. O segundo fator refere-se ao mecanismo adotado para a conformação da Programação Pactuada e Integrada. Lembramos que a CIB/RJ solicitou a criação da Comissão de Programação Pactuada e Integrada, a qual, no ano de 2000, buscou em conjunto ao Centro de Programação em Saúde (CPS) da SES/RJ, definir o quantitativo de serviços necessários ao atendimento populacional de cada município, com base em metas assistenciais programadas, quantificando-os financeiramente. A

soma de todos estes tetos conformaria o Teto Financeiro Global do Estado do Rio de Janeiro.

Caso os cálculos para o reajuste deste teto financeiro fossem aceitos pelo Ministério da Saúde, seria possível a adoção de um sistema de compensação financeira intermunicipal que custeasse os atendimentos originários de migrações espontâneas. Em razão de não terem sido concedidos os acréscimos necessários para a implementação da nova programação, optou-se por realizar apenas uma pactuação formal entre gestores para custeio de procedimentos ambulatoriais previamente definidos referentes àqueles serviços não realizados no município de origem. Tal metodologia, conforme citado previamente no capítulo II gerou aumento de recursos nos tetos ambulatoriais de 57 municípios e diminuição para 34 deles. Entretanto, a PPI não impede a migração espontânea de pacientes em busca de municípios que ofertem maior complexidade de atenção à saúde, e que por diversas vezes não são questionados com relação ao local de procedência – como o é para o caso de realização de consultas, exames e procedimentos de menor grau de complexidade – e por outras, fornecem endereços de parentes residentes no local ou ainda citam qualquer nome de rua e número – como condição obrigatória para realização de exames de maior grau de complexidade ou tratamentos ambulatoriais especializados, tais como quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva.

Segundo já informado, dentro do valor do repasse financeiro destinado ao Teto Ambulatorial do município de Campos dos Goytacazes, encontra-se o montante de R\$ 42.741,81, que se refere à Programação Pactuada e Integrada (PPI) efetuada por outros municípios no intuito de garantir exames e procedimentos ambulatoriais de maior grau de complexidade aos seus pacientes. Tal fato não ocorre com Macaé, isto é, não existe alocação de recursos dentro do seu Teto Ambulatorial, oriundo de PPI, para viabilizar atendimento especializado a outros municípios circunvizinhos.

Embora as pactuações formais não impeçam o fluxo migratório espontâneo de pacientes, é bastante importante a identificação da realidade a respeito dos valores apresentados pelos prestadores de serviços, do montante aprovado para pagamento e do quantitativo de pacientes atendidos de outros locais, pois considerando os serviços de referência existentes em ambos os municípios, caso não exista uma situação econômica aceitável, a regionalização da assistência tornar-se-á uma proposta teórica, sem viabilidade de implantação.

Para relatarmos o mecanismo informacional presente no Tabnet relacionado ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é importante esclarecermos que, de forma semelhante ao que ocorre no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), a consulta ao Tabnet não mostrará, na maioria das vezes, a realidade vivenciada pelo município. Para tanto, apresentaremos os valores fornecidos pelos setores de faturamento do Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes e da Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

O Quadro 98, a seguir apresenta os dados do faturamento ambulatorial do ano de 2002, repassados pelo setor competente de Campos dos Goytacazes, explicitando-os entre o montante total realizado pelos prestadores de serviços ao SUS, o valor total aprovado para encaminhamento ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde – ajustado em conformidade ao Teto Financeiro Ambulatorial destinado ao município – e a soma total das glosas efetuadas mês a mês.

Quadro 98 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2002.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor enviado à SES (em reais)
Janeiro	1.539.184,19	171.652,25	1.367.531,94
Fevereiro	1.377.682,30	197.617,27	1.180.065,03
Março	1.362.878,04	153.993,15	1.208.884,89
Abril	1.418.601,12	209.716,85	1.208.884,84
Maiο	1.395.823,44	188.938,60	1.206.884,84
Junho	1.397.066,92	190.181,01	1.206.885,91
Julho	0,00	0,00	0,00
Agosto	1.632.978,23	386.761,81	1.246.216,42
Setembro	1.477.777,58	183.460,89	1.294.316,69
Outubro	1.454.498,84	208.281,67	1.246.217,17
Novembro	1.403.511,32	109.191,91	1.294.319,41
Dezembro	1.380.231,18	4.569,45	1.375.661,73
Total	15.840.233,16	2.004.364,86	13.835.868,30

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Já o Quadro 99 apresenta as informações constantes no Tabnet. É importante ressaltar que a coluna denominada Valor Apresentado, em tese, deverá conter os mesmos valores apresentados pelos prestadores e especificados do quadro

anterior, pois diferentemente do que ocorre com o faturamento hospitalar, o que é informado é o valor total apresentado e não o valor já ajustado pelo município de origem. Já na coluna Valor Aprovado, o que é informado é o montante autorizado para pagamento pelo município, após passar pelas diversas críticas contidas no sistema de faturamento estadual relacionadas à existência ou não de serviços constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ao quantitativo máximo de atendimentos permitidos em razão da capacidade instalada vigente etc.

Quadro 99 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2002.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Aprovado (em reais)	Diferença (em reais)
Janeiro	1.400.487,86	1.392.232,77	8.255,09
Fevereiro	1.815.975,00	1.774.794,56	41.180,44
Março	1.624.667,17	1.517.786,77	106.880,40
Abril	1.462.097,51	1.259.590,77	202.506,74
Maio	1.469.775,67	1.374.511,67	95.264,00
Junho	1.426.966,11	1.411.080,17	15.885,94
Julho	1.546.713,74	1.313.999,49	232.714,25
Agosto	1.630.481,36	1.435.412,11	195.069,25
Setembro	1.648.237,70	1.388.429,34	259.808,36
Outubro	1.643.405,73	1.441.259,61	202.146,12
Novembro	1.591.182,15	1.471.111,83	120.070,32
Dezembro	1.538.667,64	1.502.296,68	36.370,96
Total	18.798.657,64	17.282.505,77	1.516.151,87

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Analisando os valores dos quadros anteriores, esperava-se que as colunas denominadas Valor Apresentado fossem equivalentes nos níveis municipal e estadual. Entretanto, tal fato não ocorre. Apesar de pensarmos em algumas explicações possíveis, não existe maneira de descobrir os motivos para tal diferença analisando-se as informações disponíveis. Na realidade, ao estudarmos o banco de dados do Tabnet, sequer se imagina que tais diferenças possam existir e apenas aqueles que conseguem acessar ambas as fontes de informação (SMS e SES) são capazes de identificar as divergências.

No que tange ao faturamento ambulatorial do ano de 2003, o Quadro 100 apresenta os valores fornecidos pelo Núcleo de Controle e Avaliação de Campos dos Goytacazes. Observando os dados contidos no quadro, identifica-se uma elevação dos

valores apresentados pelos prestadores, com conseqüente aumento do montante bloqueado pelo Setor de Faturamento. Tal fato justifica-se pela criação de novos serviços especializados no município, assim como a ampliação da demanda não referenciada de outros municípios por atendimentos de maior complexidade existentes no pólo – já citados previamente, quando da caracterização do município. Pelo fato do teto ambulatorial manter-se estagnado, o resultado deste processo é a elevação das glosas efetuadas.

Já os dados constantes no Quadro 101 retratam a informação presente no Tabetnet relacionada ao faturamento do mesmo ano. Cabe lembrar que, dentro dos valores apresentados, incluem-se o faturamento relacionado aos procedimentos custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), o qual não é computado em nível municipal em virtude de o Sistema de Faturamento local não possibilitar a compactação de dados relacionados à produção ambulatorial corriqueira, juntamente com aquela voltada aos procedimentos estratégicos, tais como: cirurgias ambulatoriais de catarata, exames pré-operatórios para estas cirurgias, preventivos ginecológicos, exames para detecção de diabetes etc.

Quadro 100 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2003.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor Enviado à SES (em reais)
Janeiro	1.386.891,59	11.229,09	1.375.662,50
Fevereiro	1.390.974,00	15.311,34	1.375.662,66
Março	1.360.707,50	0,00	1.360.707,50
Abril	1.505.385,98	99.017,96	1.406.368,02
Maio	1.647.012,71	240.645,01	1.406.367,70
Junho	1.649.137,34	171.239,66	1.427.459,05
Julho	1.743.657,17	263.381,49	1.427.459,33
Agosto	1.851.367,94	296.285,30	1.442.761,69
Setembro	1.768.546,34	211.300,84	1.442.760,76
Outubro	1.770.745,14	225.354,20	1.442.761,37
Novembro	1.741.992,21	240.204,16	1.442.762,10
Dezembro	1.759.506,40	218.672,14	1.442.675,23
Total	19.575.924,32	1.992.641,19	16.993.407,91

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes

Como o faturamento municipal exclui os procedimentos do FAEC dentro do Valor Apresentado, diferentemente do que ocorre no faturamento estadual, existirá sempre uma diferença entre ambos, independente do quesito ligado às críticas do programa voltadas ao CNES. Ressalta-se ainda que, como a Secretaria de Estado de Saúde detém consigo todo o orçamento destinado aos municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, existe a possibilidade de autorizar pagamentos de valores previamente bloqueados nas Secretarias Municipais, em conformidade com razões técnicas ou políticas, desde que exista sobra de recursos financeiros do teto de alguns municípios, resultado de uma produção realizada pelos prestadores de serviços ser menor do que o teto definido para o custeio de tais procedimentos.

A exemplo de razões técnicas citamos o fato de que alguns municípios de maior complexidade, capazes de ofertar serviços de alto custo – tais como quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva – eventualmente efetuam bloqueios sobre o faturamento apresentado pelas clínicas especializadas, gerando a possibilidade de suspensão do atendimento, o que ocasionaria um grave problema de saúde pública, haja vista o estado delicado destes pacientes. Por conseguinte, mesmo que existam cortes no nível municipal, motivados pela insuficiência no teto financeiro, há a possibilidade de autorização para pagamento por parte do Estado.

Quadro 101 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2003.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Aprovado (em reais)	Diferença (em reais)
Janeiro	1.530.394,48	1.497.184,89	33.209,59
Fevereiro	1.530.777,29	1.473.182,58	57.594,71
Março	1.509.093,50	1.408.208,22	100.885,28
Abril	1.573.128,29	1.455.139,05	117.989,24
Maiο	1.779.787,77	1.579.592,23	200.195,54
Junho	1.790.049,63	1.522.654,87	267.394,76
Julho	1.848.588,31	1.571.242,98	277.345,33
Agosto	1.870.304,98	1.628.944,43	241.360,55
Setembro	1.823.313,15	1.645.004,65	178.308,50
Outubro	1.851.646,29	1.652.647,38	198.998,91
Novembro	1.792.954,41	1.587.112,53	205.841,88
Dezembro	1.971.815,79	1.611.938,62	359.877,17
Total	20.871.853,89	18.632.852,43	2.239.001,46

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

O Quadro 102 demonstra todo o faturamento ambulatorial do município de Campos dos Goytacazes no ano de 2004, através de dados fornecidos pelo Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria de Saúde.

A observação dos dados nos permite identificar uma elevação dos valores glosados pelo município, em decorrência de uma maior produção ambulatorial – conforme identificado na coluna Valor Apresentado – com a manutenção do teto ambulatorial municipal.

Um dos motivos principais de exacerbação dos gastos neste ano de 2004 foi em decorrência de tratamentos oncológicos, em que o valor estipulado pela Bipartite para o município e destinado ao custeio deste tipo de agravo era bastante insuficiente, conforme demonstraremos a seguir.

Quadro 102 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2004.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor Enviado à SES (em reais)
Janeiro	1.696.764,68	175.921,75	1.442.626,97
Fevereiro	1.771.961,01	268.029,40	1.447.256,62
Março	2.005.417,99	480.744,28	1.442.629,29
Abril	1.956.371,49	461.876,67	1.442.628,58
Mai	2.068.375,65	568.897,91	1.442.629,17
Junho	2.141.156,58	651.487,96	1.442.628,29
Julho	2.003.494,50	618.716,82	1.460.960,72
Agosto	2.214.701,59	725.938,98	1.460.958,08
Setembro	2.280.394,38	696.196,58	1.485.006,17
Outubro	2.101.073,14	506.452,78	1.485.004,27
Novembro	2.132.384,69	559.796,57	1.485.002,91
Dezembro	1.999.908,71	373.326,62	1.542.160,48
Total	24.372.004,41	6.087.386,32	17.579.491,55

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes.

Vale lembrar que o município é pólo para o tratamento oncológico e atende a pacientes de toda a Região Norte Fluminense, possuindo três serviços privados que ofertam quimioterapia e um serviço, também privado, que disponibiliza radioterapia.

Quadro 103 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência oncológica x teto financeiro municipal x diferença. Ano base: 2004.

Mês	Valor Apresentado Oncologia (em reais)	Teto Financeiro Municipal (em reais)	Diferença Valor apresentado / Teto Financeiro (em reais)
Janeiro	342.377,00	199.156,69	143.220,31
Fevereiro	346.155,28	199.156,69	146.998,59
Março	365.759,03	199.156,69	166.602,34
Abril	336.412,37	199.156,69	137.255,68
Mai	332.114,98	199.156,69	132.958,29
Junho	350.669,14	199.156,69	151.512,45
Julho	372.542,34	199.156,69	173.385,65
Agosto	354.930,05	199.156,69	155.773,36
Setembro	368.074,02	199.156,69	168.917,33
Outubro	359.516,28	199.156,69	160.359,59
Novembro	356.396,60	199.156,69	157.239,91
Dezembro	199.928,69	199.156,69	772,00
Total	4.084.875,78	2.389.880,28	1.694.995,50

Fonte: Núcleo de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes

Em virtude dos constantes bloqueios financeiros que vinham acontecendo durante todo o ano de 2004, as clínicas se reuniram e, no mês de dezembro, diminuíram o atendimento para pacientes residentes em outros municípios que não Campos dos Goytacazes, alegando impossibilidade de continuar o atendimento em virtude do não recebimento pelos serviços prestados. Essa situação prolongou-se pelos primeiros meses do ano de 2005, exigindo a interferência do Ministério Público.

Mais uma vez, a seguir, relacionamos os dados constantes do Tabnet. Conforme já explicado anteriormente, os valores da coluna Valor Apresentado diferem entre a Secretaria de Saúde de Campos e a Secretaria de Estado de Saúde.

É importante que novamente seja abordado que a análise dos dados disponibilizados no Tabnet não possibilita a identificação da realidade vigente em nível municipal, no que tange aos problemas de saúde locais ou loco-regionais, no caso dos municípios-pólo. Muito menos esclarece as bases de decisões internas na esfera estadual, ou nos dá subsídios para decifarmos qual é o montante disponibilizado a mais para cada município, sob forma de desbloqueio de valores previamente cortados nos faturamentos locais e quais foram os critérios utilizados para tal alocação.

Quadro 104 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Campos dos Goytacazes referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2004.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Aprovado (em reais)	Diferença (em reais)
Janeiro	1.957.374,81	1.606.875,95	350.498,86
Fevereiro	1.857.675,63	1.587.093,23	270.582,40
Março	2.085.934,27	1.614.052,47	471.881,80
Abril	2.047.439,62	1.592.463,38	454.976,24
Maiο	1.962.269,58	1.522.561,77	439.707,81
Junho	2.191.716,94	1.701.686,31	490.030,63
Julho	2.184.173,50	1.696.112,06	488.061,44
Agosto	2.279.681,00	1.738.687,38	540.993,62
Setembro	2.258.544,69	1.727.482,17	531.062,52
Outubro	2.090.775,84	1.725.109,54	365.666,30
Novembro	2.143.224,79	1.708.351,47	434.873,32
Dezembro	2.096.864,45	1.744.692,25	352.172,20
Total	25.155.675,12	19.965.167,98	5.190.507,14

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

➔ O faturamento ambulatorial do município de Macaé

A partir deste ponto, mudaremos o nosso foco de abordagem, que até este momento concentrava-se no faturamento ambulatorial de Campos dos Goytacazes. O Quadro 105 demonstra os dados fornecidos pela Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria do município de Macaé.

Apesar de existir um valor de cortes em todos os meses, em decorrência do valor apresentado ser maior do que o teto financeiro disponível para o município, segundo informações repassadas pelo setor responsável pelo faturamento municipal, a Secretaria de Estado de Saúde efetuou o pagamento de todos os valores glosados por falta de teto, com exceção dos meses de julho, agosto e dezembro daquele ano, os quais, juntos, totalizaram um montante de R\$ 209.561,54 sem desbloqueio. Em contrapartida, o valor desbloqueado pela SES e, conseqüentemente, pago por este órgão aos prestadores de serviços de Macaé, alcançou a R\$ 546.327,92.

Quadro 105 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2002.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor Enviado à SES (em reais)
Janeiro	312.864,23	9.754,72	303.109,51
Fevereiro	312.477,98	14.104,20	298.373,78
Março	360.103,30	54.208,04	305.895,26
Abril	375.190,28	70.826,31	304.363,97
Maiο	390.819,01	84.926,64	305.892,37
Junho	367.215,05	65.208,17	302.006,88
Julho	377.474,86	56.350,02 *	321.124,84
Agosto	386.266,06	67.530,98 *	317.735,08
Setembro	417.456,68	92.916,27	324.540,41
Outubro	388.088,47	77.713,90	310.374,57
Novembro	418.741,68	76.669,67	342.072,01
Dezembro	400.731,83	85.680,54 *	315.051,32
Total	4.507.429,43	755.889,46	3.750.540,00

Fonte: Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

* *Apenas nestes meses os cortes efetuados não foram desbloqueados por parte da SES, como ocorreu nos demais nove meses.*

Já no montante disponível no Tabnet, em virtude do acréscimo de valores apresentados por prestadores, os quais realizam procedimentos custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) – que não são computados quando do processamento do faturamento ambulatorial, tendo em vista não impactarem o orçamento municipal, já que são custeados com recursos da União, sob forma de extrateto – e acréscimos outros não identificáveis, a maior parte dos valores constantes da coluna Valor Apresentado são maiores do que aqueles informados pelo setor de faturamento da Coordenadoria de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde no Quadro 105. De forma semelhante estão os dados da coluna Valor Aprovado, no qual apenas no mês de julho/2002 o valor aprovado para pagamento constante no Tabnet foi menor do que aquele informado no faturamento municipal. Tais dados são identificados a seguir:

Quadro 106 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2002.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Aprovado (em reais)	Diferença (em reais)
Janeiro	321.125,53	315.202,66	5.922,87
Fevereiro	325.990,33	319.704,81	6.285,52
Março	371.517,61	364.225,04	7.292,57
Abril	356.589,68	342.740,00	9.849,68
Maiο	371.427,63	365.527,42	5.900,21
Junho	373.990,32	368.021,60	5.968,72
Julho	370.229,74	319.056,67	51.173,07
Agosto	404.851,02	352.425,65	52.425,37
Setembro	415.149,29	412.128,66	3.020,63
Outubro	390.136,12	384.278,89	5.857,23
Novembro	448.934,05	447.923,95	1.010,10
Dezembro	410.803,45	334.207,05	76.596,40
Total	4.560.744,77	4.325.442,40	235.302,37

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

No ano de 2003, os valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS foi bem maior do que aqueles referentes a 2002 e, segundo informado pela Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria, não houve nenhum desbloqueio efetuado pelo setor de faturamento da SES sobre os montantes glosados em nível municipal, em virtude da insuficiência de teto financeiro. Desta maneira, o montante total de glosa alcançou a R\$ 1.029.023,80.

Lembramos ainda que tanto em 2002, 2003, quanto 2004, não existe nenhuma alocação de recursos dentro do teto de Macaé para custeio de atendimentos ambulatoriais relacionados a pacientes de municípios circunvizinhos, garantidos através de PPI, embora saibamos que em virtude do seu nível de complexidade ele acaba por assumir um papel de referência para Quissamã, Carapebus, Conceição de Macabu – integrantes da Região Norte Fluminense – além de atender pacientes de Casimiro de Abreu, Rio das Ostras e outros.

Esta tendência também se manteve nos dados mostrados pelo Tabnet, em que apesar da continuidade da diferença existente nas colunas informadas pelo município e Estado, quer sejam nos valores apresentados ou aprovados, elevou-se a diferença existente entre ambas as colunas do Tabnet. Isto demonstra que por algum

motivo, a SES não mais desbloqueava, na mesma proporção, aquelas glosas existentes por falta de teto orçamentário, conforme já havia feito no ano de 2002.

Quadro 107 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2003.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor Enviado à SES (em reais)
Janeiro	336.632,47	34.781,15	301.851,32
Fevereiro	363.354,55	72.878,59	290.475,96
Março	358.722,34	52.327,52	306.394,82
Abril	367.651,52	57.015,61	310.635,91
Maio	429.799,27	121.947,21	307.852,06
Junho	463.236,73	100.907,15	362.329,58
Julho	458.018,59	69.762,57	388.256,02
Agosto	476.036,47	89.806,92	386.229,55
Setembro	482.217,31	109.526,05	372.691,26
Outubro	466.494,08	93.917,88	372.576,20
Novembro	475.940,40	105.336,50	370.603,90
Dezembro	503.363,80	120.816,67	382.547,13
Total	5.181.467,53	1.029.023,82	4.152.443,71

Fonte: Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

Quadro 108 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2003.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Aprovado (em reais)	Diferença (em reais)
Janeiro	345.715,25	310.933,52	34.781,73
Fevereiro	379.948,29	312.061,90	67.886,39
Março	371.764,25	319.931,30	51.832,95
Abril	381.776,43	325.056,82	56.719,61
Maio	446.677,77	356.248,51	90.429,26
Junho	482.917,16	382.056,15	100.861,01
Julho	474.246,86	404.522,54	69.724,32
Agosto	488.097,81	398.417,32	89.680,49
Setembro	518.975,53	409.544,23	109.431,30
Outubro	493.910,19	392.162,07	101.748,12
Novembro	498.619,53	414.161,43	84.458,10
Dezembro	527.974,38	396.940,13	131.034,25
Total	5.410.623,45	4.422.035,92	988.587,53

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Os motivos que explicam o não desbloqueio podem ser diversos: mudança de vontade política do gestor estadual, diminuição dos recursos orçamentários livres da SES (possivelmente resultantes de sobras nos tetos financeiros de outros municípios do Estado) e que possibilitavam o pagamento dos bloqueios realizados em nível municipal, questionamento por parte de alguns gestores – que tiveram acesso a estas informações – de quais os critérios utilizados na definição dos desbloqueios etc.

Os recursos para custeio da atenção hospitalar no município, no ano de 2004, com a inauguração do Hospital Público Municipal, sofreram uma sobra significativa, conforme já citamos anteriormente quando abordamos assistência hospitalar. Isto se deu em virtude da Instituição ainda não ter cadastro junto ao DATASUS e, por conseguinte, ser inteiramente custeada pela municipalidade.

Entretanto, uma situação inversa ocorreu na atenção ambulatorial. O fato de se ter ampliado a assistência de saúde local, não só contemplando a população municipal, inclusive aquela caracteristicamente flutuante – em decorrência da atividade petrolífera – e também a dos municípios vizinhos, a partir da inauguração do hospital, aumentou o quantitativo de serviços auxiliares de diagnose e terapia. Isto ocorreu porque muitas das vezes alguns serviços não existiam no hospital ou, em outras, pelo fato da capacidade instalada de determinados serviços não ser suficiente para atender a toda demanda externa, resultando na necessidade destes pacientes serem encaminhados para prestadores de serviços credenciados ao SUS, impactando o custo mensal apresentado à Secretaria de Saúde para cobrança. Neste caso, considerando que o teto financeiro manteve-se inalterado, o quantitativo glosado torna-se ainda maior. Este fato pode ser identificado analisando-se o Quadro 109, logo abaixo, no qual o valor total glosado alcança a R\$ 2.311.277,69 no ano, contra R\$ 1.029.023,80 do ano de 2003.

Os dados mostrados pelo Tabnet também apresentam esta situação, com uma diferença significativa entre os valores apresentados – os quais mantêm-se superiores àqueles constantes da mesma coluna do Quadro 108 – e aqueles aprovados. Novamente, a diferença entre os custos vigentes relacionados aos serviços executados pelos prestadores e o teto financeiro ambulatorial do município de Macaé não consegue ser coberta pela SES, diferentemente do que aconteceu no ano de 2002.

Quadro 109 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores bloqueados pela Secretaria Municipal de Saúde x valores enviados ao Setor de Contas Médicas da Secretaria de Estado de Saúde. Ano base: 2004.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Bloqueado (em reais)	Valor Enviado à SES (em reais)
Janeiro	454.815,80	93.055,73	361.760,07
Fevereiro	462.635,37	100.943,26	361.692,11
Março	527.777,06	139.698,86	388.078,20
Abril	559.012,29	175.127,96	383.884,33
Maio	556.204,57	173.048,86	383.155,71
Junho	594.777,45	211.992,32	382.785,13
Julho	624.888,59	241.374,75	383.513,84
Agosto	620.541,47	243.032,75	377.508,72
Setembro	603.156,64	226.000,70	377.155,94
Outubro	623.520,13	246.265,27	377.254,86
Novembro	605.520,61	229.905,66	375.614,95
Dezembro	614.565,34	230.831,57	383.733,77
Total	6.847.415,32	2.311.277,69	4.536.137,63

Fonte: Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé.

Quadro 110 – Valores apresentados pelos prestadores de serviços ao SUS do município de Macaé referentes à assistência ambulatorial x valores aprovados pela Secretaria de Estado de Saúde x diferença. Ano base: 2004.

Mês	Valor Apresentado (em reais)	Valor Aprovado (em reais)	Diferença (em reais)
Janeiro	475.171,20	396.078,76	79.092,44
Fevereiro	477.953,84	399.119,63	78.834,21
Março	555.810,24	408.951,90	146.858,34
Abril	594.748,51	404.958,75	189.789,76
Maio	586.212,06	397.638,09	188.573,97
Junho	626.150,72	404.433,27	221.717,45
Julho	640.019,22	409.589,04	230.430,18
Agosto	653.174,99	397.509,80	255.665,19
Setembro	610.857,47	379.349,66	231.507,81
Outubro	623.275,97	370.384,05	252.891,92
Novembro	627.289,45	396.587,67	230.701,78
Dezembro	626.108,63	390.851,71	235.256,92
Total	7.105.772,30	4.755.452,33	2.350.319,97

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Avaliando todas as informações apresentadas neste capítulo tanto no que se refere ao faturamento ambulatorial ou hospitalar, de Campos dos Goytacazes ou de Macaé, concluímos que os tetos financeiros para ambas as áreas é insuficiente para o primeiro município. Já para o segundo, enquanto há uma sobra de recursos para custeio da atenção hospitalar – principalmente no ano de 2004 – existe um déficit progressivo de orçamento na área ambulatorial coincidentemente mais significativo no ano de 2004.

Após demonstrarmos duas fontes distintas de informações relacionadas ao faturamento de internações hospitalares ocorridas nos anos de 2002, 2003 e 2004 nos municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé, respectivamente os pólos das microrregiões Norte II e I, fica claro que os dados disponibilizados pelo Tabnet, que espelham os valores autorizados para pagamento aos prestadores de serviços ao SUS por parte da Secretaria Estadual de Saúde, não refletem a realidade dos valores efetivamente realizados por tais prestadores e apresentados localmente em nível municipal. Esta situação é claramente evidenciada ao observarmos os diversos quadros demonstrativos dos faturamentos ambulatoriais e hospitalares, organizados a partir de informações fornecidas pelos setores específicos dos municípios estudados, bem como de dados coletados no Tabnet. Por conseguinte, só se terá a verdadeira noção do problema referente ao custeio das internações e dos procedimentos ambulatoriais – quer sejam estas locais, regionais ou oriundos de outras regiões de saúde – se forem considerados os dados municipais. Jamais será possível a identificação de problemas voltados ao financiamento de serviços – que conseqüentemente impactam de forma decisiva ao processo de implementação da NOAS – se analisarmos apenas os dados constantes do Tabnet, tendo em vista que os valores já foram ajustados previamente, em nível municipal, ao teto financeiro de cada município. De forma semelhante, não é possível identificar se houve sobra de teto financeiro de um determinado município, já que não existe dentro do programa a informação do quanto é este montante. Posteriormente, discutiremos a alternativa de realocação destas sobras mediante uma visão de teto financeiro regional.

Agregando-se aos fatos acima expostos, a não divulgação destes dados facilita o processo de faturamento da SES, que detém para si a informação de quantos municípios apresentaram sobras do seu teto financeiro e qual é este montante, podendo, por conseguinte, optar por qual ou quais municípios, dentre os que extrapolaram o mesmo teto, receberão a realocação destes recursos. A ignorância permite, pois, a implementação de decisões políticas a respeito de quem será beneficiado a cada mês,

sem que isto resulte em qualquer tipo de manifestação contrária pelo conjunto dos municípios preteridos.

Neste capítulo, buscamos demonstrar a situação econômica dos dois municípios pólo, tanto no que se refere aos dados apresentados pelos setores responsáveis pelo faturamento de ambos municípios, quanto aqueles fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde e disponíveis no Tabnet. A nossa intenção é não só, como citado anteriormente, expormos a diferença existente entre as duas fontes de informação, mas também, alertarmos quanto à insuficiência de informações relacionadas aos critérios para desbloqueios realizados pela SES. Além de demonstrarmos que diante da insuficiência crescente de recursos financeiros – motivada inclusive pela diminuição progressiva dos recursos federais voltados à atenção de média e alta complexidade – torna-se árdua a tarefa de criar condições viáveis que possibilitem a implementação da NOAS na região.

No capítulo V, discutiremos a respeito de outros fatores presentes em nível regional que cursam de forma a dificultar esta implementação. Os mesmos perpassam pela capacidade instalada de serviços locais, cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, conformação dos Conselhos de Saúde municipais, exercendo o papel do controle social, dentre outros.

CAPÍTULO V

➔ Os entraves a serem superados

A descentralização promovida pelo processo de redemocratização brasileira ocorrida em 1985 e consolidada com a Constituição de 1988 trouxe avanços significativos no âmbito da gestão, mas, em contrapartida, fez vir à tona uma série de entraves voltados à implantação das políticas sociais, decorrentes das disparidades administrativas e econômicas existentes entre os mais de 5.560 municípios brasileiros.

Na saúde, a obrigatoriedade do cumprimento dos preceitos constitucionais de equidade, universalidade e integralidade da atenção se depara com a vigência de uma rede assistencial extremamente heterogênea, gerando, por conseguinte, acessos diferenciados ao sistema. A fim de equacionar os problemas advindos com a municipalização, Mendes (1998) propôs a instituição de sistemas microrregionais de serviços de saúde, otimizando os recursos já existentes. Posteriormente, a NOAS editada em 2001 e revista em 2002 propôs a organização de espaços territoriais – com mensuração e identificação de clientela adscrita – e, ao mesmo tempo, elencou uma série de obrigações de responsabilidade de todos os municípios envolvidos, cuja intenção estava na ampliação das ações voltadas à atenção básica, as quais, reconhecidamente, abrangem a maior parte dos eventos de saúde existentes. Como exemplo, citamos a cobertura vacinal, a atenção ao pré-natal e à saúde da mulher, criança e adolescente, o acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes, o controle dos casos de tuberculose e hanseníase etc. Além disso, mediante a organização do território estadual em módulos, microrregiões, macrorregiões e regiões de saúde – com responsabilidades pré-definidas a cada uma delas – seria possível otimizar a capacidade instalada de serviços e de recursos humanos já existentes, maximizando a oferta e minimizando os recursos financeiros necessários para a criação de novos serviços destinados ao atendimento da população.

Apesar de, inicialmente, a NOAS ter promovido uma mobilização entre Estados e municípios com vistas ao planejamento das mudanças necessárias para adequação às recomendações da Norma, efetivamente ela não foi implementada em nenhum local do Brasil. Esta realidade foi identificada pelo próprio Ministério da Saúde

“Os aspectos nucleares da NOAS não se efetivaram ou só aconteceram parcialmente. Dentre eles, podem ser destacados os seguintes impasses: falha de

iniciativa de qualificação das microrregiões de saúde, pouco interesse dos municípios pela habilitação em gestão plena do sistema municipal, fragilidade dos espaços de negociação e planejamento regional, excesso de instrumentos normativos (PDR, PPI, PDI, Termo de Compromisso etc), discordâncias em relação à forma de alocação dos recursos” (Ministério da Saúde, 2004).

Na Região Norte Fluminense não ocorreu de forma diferente. Apesar de algumas reuniões realizadas entre os nove municípios da região – à época com a presença constante de Cardoso Moreira – e outras entre a região e a Secretaria de Estado de Saúde, quando da formulação do Plano Diretor de Regionalização, a NOAS não foi implantada. Os motivos são diversos e a proposta deste capítulo é abordá-los. Além da difícil situação pela qual atravessam os municípios pólo, em virtude da insuficiência de financiamento para a assistência ambulatorial e hospitalar, conforme demonstrado no capítulo IV, e da dificuldade no acesso a dados informacionais que subsidiem discussões coletivas, em virtude das divergências entre os valores disponibilizados no Tabnet e aqueles fornecidos pelos setores de faturamento das Secretarias Municipais de Saúde – os quais retratam a realidade local – certamente outras questões político-administrativas colaboram para a manutenção da realidade de saúde em nível regional.

Na discussão sobre propostas organizacionais que possibilitem um maior acesso do cidadão aos serviços de saúde, mediante a existência de oferta assistencial que considere a demanda existente, com atenção de qualidade voltada ao atendimento humanizado, que persiga a otimização dos recursos disponíveis e que avalie a melhoria do bem estar do indivíduo diante do aumento do grau de proteção social ofertado pelo Estado (Lobato, 2004), há um longo caminho a percorrer.

Nos estudos voltados à regionalização, Pestana e Mendes (2004) defendem a Regionalização Cooperativa, que

“assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da cooperação é dado pela associação intermunicipal e o componente gerencial explicita-se em mecanismos: de planejamento, controle e avaliação compartilhados de redes microrregionais de atenção à saúde”.

Para que este processo possa existir é necessária a confiança mútua, vontade política e reconhecimento de cada gestor a respeito de sua responsabilidade social, a fim de possibilitar o enfrentamento dos desafios relacionados ao financiamento para investimentos necessários à ampliação ou construção de unidades de saúde, aquisição de novos equipamentos e adequação dos recursos humanos existentes. É

através deste inter-relacionamento que existe a perspectiva de um planejamento centrado nos programas de saúde de abrangência regional, possibilitando a ideal organização da rede assistencial e, inclusive, da distribuição dos equipamentos em seus níveis tecnológicos diferenciados, a partir da mensuração da população a ser coberta que, em conformidade ao preconizado pelo Ministério da Saúde, deve girar em torno de 100.000 a 150.000 pessoas por microrregião de saúde (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo Pestana e Mendes (2004),

“... a regionalização cooperativa recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde ao agregar, num sistema cooperativo, um conjunto de municípios. Além de garantir uma melhoria na eficiência e na qualidade, especialmente pela via da construção de uma escala adequada, a regionalização cooperativa pode impactar positivamente a equidade ao desconcentrar recursos excessivamente articulados em poucos pólos estaduais e pode determinar um aumento na satisfação dos usuários, reduzindo os custos sociais altíssimos (ainda que nunca contabilizados), impostos por grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas microrregiões. Agregue-se a isso os benefícios psicossociais de uma interiorização de recursos de maior densidade tecnológica. Mas o objetivo fundamental é garantir o acesso pronto dos usuários a serviços de qualidade, ao menor custo social e econômico possível”.

Ainda segundo este autor, a operacionalidade da regionalização baseia-se em alguns princípios:

1. Integralidade da atenção à saúde;
2. Equidade;
3. Participação social;
4. Qualidade dos serviços;
5. Eficiência;
6. Gestão da demanda;
7. Financiamento solidário;

A seguir, nos propomos a desenvolver observações relacionadas a alguns destes princípios, bem como tecer comentários acerca de outros dados, os quais assumem papel relevante na condição atual, na qual a NOAS ou a própria regionalização cooperativa, ainda não conseguiram ser implantadas na Região Norte Fluminense.

➔ A rede assistencial local

Conforme já citado anteriormente, a heterogeneidade da região vai muito além de sua demografia e extensão territorial; perpassa por um perfil financeiro impactado pelas receitas geradas pelos royalties do petróleo, da capacidade instalada dos serviços de saúde, das *policy making* de cada um deles, dentre outros fatores.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002), além de ampliar as responsabilidades dos municípios com relação à atenção básica, há a necessidade de estabelecer a “regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”, através da organização de

“espaços/recortes espaciais (...), de forma a tornar racional o atendimento, garantindo que a sociedade tenha acesso aos procedimentos necessários, em qualquer tipo de atenção à saúde, no município de residência ou fora dele, por meio de estabelecimento de compromissos entre os administradores, para o atendimento de referências intermunicipais” (Davanzo e Fonseca, 2002).

Naturalmente, a fim de otimizar a implementação da Norma há que se instituir processos de planejamento e programação, que subsidiem a alocação de recursos financeiros “contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população” (NOAS-SUS 01/2002). Para tal fim, realizamos um levantamento dos serviços hospitalares existentes na região, avaliando a suficiência dos mesmos para a população-alvo. Neste sentido, utilizamos como parâmetro a Portaria 1.101, do Gabinete do Ministro da Saúde, datada de 12/06/2002, a qual apresenta os valores de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, a fim de “orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas...”.

A seguir, estaremos relacionando estes dados por município da região, informando os leitos de internação contratados ao SUS, por clínica especificada na referida portaria, realizando um paralelo entre quantitativo recomendado x quantitativo existente²⁷ e a diferença encontrada para mais ou para menos.

Para melhor visualização, faremos este demonstrativo por microrregião de saúde, definida pela Secretaria de Estado de Saúde, em seu Plano Diretor de Regionalização (PDR). A Microrregião Norte I compreendendo os municípios de Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã, totalizando 191.934 habitantes

(IBGE – Censo Demográfico 2000). A microrregião Norte II, composta por Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra, perfazendo um total de 529.698 habitantes. É importante ressaltar que esta divisão apresentada pelo PDR/RJ 2001-2004 não contempla o município de Cardoso Moreira, que foi incluído na região noroeste fluminense. Entretanto, em decorrência do contexto histórico da região – o mesmo foi distrito de Campos dos Goytacazes até 1989 –, bem como de sua proximidade geográfica, existe uma migração natural daquela população à sua antiga sede para utilização dos serviços de saúde não existentes no seu município de residência. Portanto, para cálculo das necessidades da rede assistencial da região, estaremos computando a população de Cardoso Moreira. Vale ressaltar que o Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, em seu estudo socioeconômico sobre o município, ano base 2003, também o inclui como integrante da Região Norte Fluminense. Da mesma forma, nas reuniões ordinárias do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região, a presença do gestor da saúde de Cardoso Moreira é uma constante, tendo em vista o compartilhamento dos mesmos problemas.

Microrregião Norte I

Como podemos observar, analisando o quadro 111, Carapebus não possui serviço hospitalar credenciado junto ao SUS. Conseqüentemente, 100% desta sua demanda é direcionada para outro(s) município(s).

Já Conceição de Macabu apresenta déficit em cinco clínicas. Em outras delas existe um quantitativo a maior na mesma proporção do número de leitos recomendado, o que significa que provavelmente existe uma ociosidade de leitos das clínicas médica, obstétrica e pediátrica.

Destacamos a situação de déficit de leitos diagnosticada em Macaé e a relevância deste problema quando lembramos que o município ocupa a posição de pólo de referência para o atendimento da microrregião em questão. Se não há quantitativo de leitos suficiente para atender a própria demanda interna, há que se planejar a reorganização/ampliação da capacidade instalada vigente, a fim de se criar condições adequadas ao cumprimento do papel de pólo microrregional.

Com relação a Quissamã, observamos que do total de nove clínicas apresentadas, cinco delas encontram-se com déficit de leitos.

Quadro 111 – Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião Norte I.

Leitos por clínica	Município											
	Carapebus			Conceição de Macabu			Macaé			Quissamã		
	QR	QD	Dif.	QR	QD	Dif.	QR	QD	Dif.	QR	QD	Dif.
Clínica cirúrgica	4	0	-4	9	8	-1	67	45	-22	7	7	0
Reabilitação	1	0	-1	3	0	-1	21	0	-21	2	1	-1
Clínica médica	8	0	-8	16	32	+16	119	74	-45	12	16	+4
Clínica obstétrica	3	0	-3	6	13	+7	42	21	-21	4	5	+1
Clínica pediátrica	4	0	-4	8	18	+10	62	46	-16	6	5	-1
Psiquiatria	4	0	-4	9	0	-9	68	0	-68	7	1	-6
Tisiologia	0	0	0	0	0	0	2	1	-1	0	0	0
Cuidados prolongados	2	0	-2	3	0	-3	25	1	-24	3	0	-3
Psiquiatria – hospital/dia	0	0	0	2	0	-2	15	12	-3	1	0	-1

Fonte: Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ. Dados coletados em fevereiro/2005.

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

Após demonstração discriminada individualmente, estaremos a seguir, no quadro 112, realizando um consolidado de leitos por clínica, de toda a região, dando seguimento à mesma lógica de apresentação: quantitativo recomendado x quantitativo disponível ao SUS.

Quadro 112 – Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião I.

Leitos por clínica	Quantitativo recomendado	Quantitativo disponível ao SUS	Diferença
Clínica cirúrgica	87	60	-27
Reabilitação	27	1	-26
Clínica médica	155	122	-33
Clínica obstétrica	55	39	-16
Clínica pediátrica	80	69	-11
Psiquiatria	87	1	-86
Tisiologia	11	1	-10
Cuidados prolongados	33	1	-32
Psiquiatria hospital/dia	18	12	-6

Fonte: Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ. Dados coletados em fevereiro/2005.

Como já denotavam os estudos individuais, a região apresenta um déficit importante de leitos, presente em todas as clínicas estudadas.

Microrregião Norte II

Os dados demonstrados no quadro 113 permitem as seguintes conclusões:

A análise dos leitos existentes em Campos dos Goytacazes demonstra que das clínicas estudadas, o município apresenta, em seis delas, quantitativo a maior do que aquele preconizado pela Portaria 1.101 para atendimento à sua população.

Já no que tange a Cardoso Moreira, o município não possui unidade hospitalar credenciada junto ao SUS, fazendo com que 100% de sua própria demanda voltada à internação seja direcionada às instituições hospitalares de outros municípios.

É interessante, ao observarmos o município de São Fidélis, que nas clínicas cirúrgica, médica e obstétrica, o quantitativo de leitos a maior ultrapassa o próprio quantitativo recomendado, pressupondo existir uma capacidade ociosa dos leitos instalados nas referidas clínicas.

Quadro 113 – Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião Norte II.

Leitos por clínica	Município														
	Campos dos Goytacazes			Cardoso Moreira			São Fidélis			São Francisco de Itabapoana			São João da Barra		
	QR	QD	Dif.	QR	QD	Dif.	QR	QD	Dif.	QR	QD	Dif.	QR	QD	Dif.
Clínica cirúrgica	189	330	+141	6	0	-6	17	45	+28	20	9	-11	13	13	0
Reabilitação	59	11	-48	2	0	-2	5	0	-5	6	0	-6	4	0	-4
Clínica médica	337	417	+80	10	0	-10	30	74	+44	36	6	-30	23	14	-9
Clínica obstétrica	119	109	-10	4	0	-4	11	30	+19	13	12	-1	8	10	+2
Clínica pediátrica	177	215	+38	5	0	-5	16	24	+8	19	8	-11	12	10	-2
Psiquiatria	193	244	+51	6	0	-6	17	0	-17	20	0	-20	13	1	-12
Tisiologia	5	13	+8	0	0	0	0	0	0	1	2	+1	0	0	0
Cuidados prolongados	71	93	+22	2	0	-2	6	3	-3	8	1	-7	5	1	-4
Psiquiatria – hospital/dia	34	4	-30	1	0	-1	3	0	-3	4	0	-4	3	1	-2

Fonte: Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ. Dados coletados em fevereiro/2005.

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

Com relação a São Francisco de Itabapoana, das nove clínicas estudadas, um total de oito delas não atendem as necessidades recomendadas.

Por fim, no município de São João da Barra a situação assemelha-se ao caso de São Francisco de Itabapoana, já que apenas uma clínica atende a necessidade recomendada.

Conforme realizado anteriormente, faremos um consolidado das informações apresentadas da Microrregião Norte II, dividindo-as por clínica.

Quadro 114 – Quantitativo recomendado x leitos disponíveis ao SUS na Microrregião II.

Leitos por clínica	Quantitativo recomendado	Quantitativo disponível ao SUS	Diferença
Clínica cirúrgica	245	397	+152
Reabilitação	76	11	-65
Clínica médica	436	511	+75
Clínica obstétrica	155	161	+6
Clínica pediátrica	229	257	+28
Psiquiatria	249	245	-4
Fisiologia	6	15	+9
Cuidados prolongados	92	98	+6
Psiquiatria hospital/dia	45	5	-40

Fonte: Tabnet – Secretaria de Estado de Saúde/RJ. Dados coletados em fevereiro/2005.

Quando efetuamos um comparativo entre os consolidados das microrregiões I e II, observamos que a I apresenta déficit em todas as clínicas estudadas, diferentemente da região II, que possui apenas três delas deficitárias. Entretanto, um dado relevante a ser considerado é que esta situação de melhor posicionamento da região II em relação à I não se estende homogeneamente aos cinco municípios que a compõe, mas sim decorre da oferta de leitos a maior existente no município de Campos dos Goytacazes, presente em seis das nove clínicas avaliadas.

Um outro ponto digno de nota é que a recomendação do quantitativo de leitos para psiquiatria hospital/dia não é seguida por nenhum município da região norte fluminense, influenciando negativamente a implementação da política de redirecionamento do modelo assistencial brasileiro em saúde mental, que define a desospitalização como estratégia prioritária. Tais orientações surgiram a partir da promulgação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, a qual não conseguiu ser cumprida pelas instituições hospitalares que já eram credenciadas ao SUS e que possuíam leitos de psiquiatria já instalados.

Mediante o conhecimento desta realidade referente à rede assistencial – que se mantém aquém do necessário para o atendimento das reais necessidades da população adscrita – é possível identificar os entraves existentes para a consolidação dos critérios 1, 2 e 6 apontados por Pestana e Mendes, quais sejam: integralidade da atenção à saúde, equidade e gestão da demanda, respectivamente.

➔ O orçamento da saúde na região

Para que se tentasse minimizar as heterogeneidades existentes entre os diversos estados e municípios do país, a fim de que os mesmos pudessem assumir as responsabilidades de gestão das políticas sociais como participantes de um “Estado federativo, caracterizado pela efetiva autonomia política dos níveis subnacionais de governo” (Arretche, 2000), algumas medidas foram instituídas. Como exemplo, citamos a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, que determinava o vínculo de repasse das três esferas de governo para o sistema de saúde, criando um patamar mínimo e obrigatório de recursos, oriundos da receita de impostos, a serem repassados em nível federal, estadual e municipal e que deveriam ser destinados às ações e serviços públicos de saúde. Entretanto a Emenda, de caráter nacional, não abrange as receitas oriundas de repasses outros, a exemplo de royalties. Desta feita, a maior fonte individual geradora de recursos financeiros para a maioria dos municípios da região Norte Fluminense, não é abarcada pela Emenda Constitucional 29. Vale dizer, que aproximadamente metade do orçamento do município de Quissamã no ano de 1999 (quadro 13), oriundo de royalties, ficaria desobrigado do cálculo percentual para aplicação em ações e serviços de saúde. Raciocínio semelhante poderia ser feito com o restante dos municípios da região. A situação tornar-se-ia mais impactante se pensarmos que, conforme demonstrado no quadro 11, os valores de repasse sofreram um acréscimo de mais de 100% entre os anos de 1999 e 2000.

Um outro exemplo do significado expressivo destes recursos é se calcularmos 7% – base inicial de repasse já no ano de 2000 – sobre o montante de 150 milhões recebidos pelo município de Campos dos Goytacazes referente à extração de petróleo e gás natural, concluiremos que um total de 10 milhões e 500 mil reais deixou de ser aplicado em saúde, já que tais valores não foram contemplados pela Emenda.

Além dos dados expostos, um outro motivo que dificulta o cumprimento das responsabilidades sociais dos gestores estaduais e municipais é a falta de

fiscalização por parte da esfera federal do atendimento às regras definidas, com conseqüente penalização dos entes federativos que descumprirem-nas. Citamos o preenchimento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que tem como principal objetivo a coleta e a sistematização de informações sobre as receitas totais e despesas com ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo. Sua criação se deu a partir da assinatura da Portaria Interministerial nº 529 pelo Ministro da Saúde e Procurador Geral da República, em 30 de abril de 1999; devendo ser cumprida por Estados e municípios. A partir do ano de 2000, o SIOPS seria um dos instrumentos a serem avaliados quando da fiscalização do percentual de recursos aplicados e definidos pela Emenda Constitucional 29. Entretanto, conforme o quadro 115, que se segue, observamos que diversos municípios encontram-se inadimplentes com tal informação, mas que, apesar disto, não sofreram quaisquer penalizações, inclusive no que tange ao repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais. Desta forma, as responsabilidades não são compartilhadas por todos, o que vem ao encontro do que Arretche afirma quando diz que “o grau de sucesso de um programa de descentralização está diretamente associado à decisão pela implantação de regras de operação que efetivamente incentivem a adesão do nível de governo ao qual se dirigem”, mesmo que, a princípio, este incentivo se dê através de sanções financeiras e/ou administrativas, já que “as regras constitucionais e a existência de uma estratégia eficientemente desenhada e implementada por parte de um nível de governo mais abrangente são componentes decisivos” (Arretche, 2000) no sucesso de um programa.

Quadro 115 – Percentual de recursos próprios aplicados em saúde, segundo municípios.

Município	Ano 2000	Ano 2001	Ano 2002	Ano 2003	Ano 2004
Campos dos Goytacazes	32,79	6,35	-1,61	Não informado	Não informado
Carapebus	44,18	43,47	37,40	Não informado	Não informado
Cardoso Moreira	17,68	16,84	23,29	25,06	Não informado
Conceição de Macabu	10,40	29,30	35,74	45,22	33,37
Macaé	21,38	36,79	19,88	32,60	50,82
Quissamã	37,55	Não informado	Não informado	Não informado	Não informado
São Fidélis	7,54	14,17	22,05	17,70	17,73
São João da Barra	28,79	25,79	Não informado	Não informado	Não informado
São Francisco de Itabapoana	Não informado	22,92	18,56	21,44	28,87

Fonte: DATASUS / Ministério da Saúde/SIOPS. Dados coletados em novembro/2005.

Uma observação importante ao analisarmos o quadro 115, referente ao ano de 2000, é que os maiores percentuais de recursos próprios aplicados em saúde são de Carapebus, Quissamã, Campos dos Goytacazes, São João da Barra e Macaé, respectivamente; ultrapassando em muito a exigência dos 7% para repasse naquele ano, em conformidade à Emenda Constitucional 29. Coincidentemente os municípios anteriormente mencionados são os mesmos a receberem os maiores montantes de recursos financeiros oriundos dos royalties. Vale dizer que a análise primeira, na qual os municípios investem muito mais do que são obrigados constitucionalmente, pode ser mais bem aprimorada no sentido de entendermos que uma parcela significativa – em alguns casos como o de Carapebus e Quissamã atingem valores próximos a 50% - destes recursos não são considerados no cálculo do repasse.

Os dados apresentados demonstram existir, a partir de 2001, uma correlação entre o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, com o grau de capacidade instalada de leitos hospitalares existentes em cada município, consubstanciando a hipótese de que aqueles municípios que não possuem oferta própria de serviços internamente são obrigados a viabilizar a internação para seus munícipes em áreas circunvizinhas, tendo que arcar com tais custos por vezes em caráter privado quando não os consegue via SUS – em decorrência do estrangulamento orçamentário vivenciado pelos municípios pólo, que leva à indisponibilidade na oferta de procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Ressaltamos que a persistência dessa situação atende aos interesses do setor privado e também a interesses políticos. No primeiro caso, relaciona-se à obrigatoriedade do gestor municipal em garantir assistência à saúde à sua população – mesmo que em caráter privado – quando não houver disponibilidade de oferta na rede própria/credenciada e na vigência de situações emergenciais ou ainda motivadas por demandas judiciais, fato este que ocorre rotineiramente. Além disso, em alguns casos de procedimentos ambulatoriais realizados por especialidades médicas pouco comuns em municípios do interior, assim como para determinados exames de maior nível de complexidade, não há interesse por parte dos responsáveis pelos serviços em efetuar credenciamento junto ao SUS. O que propõem é a disponibilidade destes por um preço equivalente a 2 a 3 vezes a tabela do SUS, a serem pagos com recursos da municipalidade.

No segundo caso, os interesses políticos se referem à manutenção da prática do acesso aos serviços de saúde como favor e não como direito garantido constitucionalmente. Sendo assim, diante do enfrentamento da insuficiência ou ausência

dos recursos necessários para atender à demanda do paciente, os familiares recorrem a influências políticas que possam garantir o atendimento em serviços privados, mediante autorização por parte do gestor, que se encarregará de assumir os encargos financeiros deste atendimento. Vale ressaltar que a concessão de tal benesse tornar-se-á um trunfo político a ser utilizado sempre que necessário.

Buscando compactar esta colocação, o quadro 116 faz um paralelo, tomando como base o percentual de recursos próprios aplicados em saúde no ano de 2001, ordenando os nove municípios segundo o montante aplicado e ao mesmo tempo relacionando quantas são as clínicas, dentre as nove estudadas anteriormente, em que o município apresenta o quantitativo de leitos recomendados pela Portaria 1.101 para sua população.

Quadro 116 – Comparativo entre percentual de recursos próprios aplicados em saúde por município da Região Norte Fluminense x capacidade instalada de leitos hospitalares. Ano base 2001.

Município	Clínicas que possuem quantitativo de leitos recomendado	Clínicas que não possuem quantitativo de leitos recomendado	Percentual de recursos próprios aplicados em 2001	Posição
Campos dos Goytacazes	6	3	6,35	8°
Carapebus	0	9	43,47	1°
Cardoso Moreira	0	9	16,84	6°
Conceição de Macabu	3	6	29,30	3°
Macaé	0	9	36,79	2°
Quissamã	2	7	*	-----
São Fidélis	4	5	14,17	7°
São João da Barra	1	8	25,79	4°
São Francisco de Itabapoana	1	8	22,92	5°

Fonte – Organização própria, a partir de dados constantes em outros quadros desta dissertação.

* Não há registro sobre recursos aplicados em saúde no SIOPS nos anos de 2001 a 2004.

Como discutido previamente, a rede assistencial instalada é insuficiente para atender a demanda da região. A situação mais grave encontra-se na microrregião norte I, composta pelos municípios de Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé e Quissamã. O quadro 117 demonstra, anualmente, as despesas totais com saúde por habitante e por município da Microrregião Norte I, relacionando o montante de recursos financeiros próprios destinado a tal fim. Considerando que os dados citados foram retirados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, apenas

registramos aqueles devidamente constantes do Sistema e informados pelos próprios municípios.

Quadro 117 – Despesas totais por habitante x despesas por habitante com recursos próprios em saúde em reais. Microrregião Norte I.

	Macaé	Carapebus	Quissamã	Conceição de Macabu
Ano 2000 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	139,43	460,08	558,20	112,86
Ano 2000 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	103,60	396,43	516,35	41,57
Relação (2) / (1)	74,3%	86,2%	92,5%	36,8%
Ano 2001 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	280,67	608,19	Não informado	232,12
Ano 2001 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	257,23	537,15	Não informado	146,82
Relação (2) / (1)	91,7%	88,3%	-----	63,2%
Ano 2002 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	220,77	718,18	Não informado	232,12
Ano 2002 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	201,03	626,72	Não informado	200,39
Relação (2) / (1)	91,1%	87,3%	-----	86,3%
Ano 2003 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	457,44	Não informado	Não informado	308,62
Ano 2003 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	400,46	Não informado	Não informado	271,58
Relação (2) / (1)	87,5%	-----	-----	88%
Ano 2004 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	773,23	Não informado	Não informado	297,37
Ano 2004 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	733,85	Não informado	Não informado	221,79
Relação (2) / (1)	94,9%	-----	-----	74,6%

Fonte: SIOPS – DATASUS. Dados coletados em novembro/2005.

Os dados apresentados, tomando por base o ano 2000 – no qual todos os municípios alimentaram o SIOPS –, subsidiam algumas conclusões relevantes, as quais acabam por ter influência sobre os princípios 1, 2, 4, 5, 6 e 7 de Pestana e Mendes (2004):

- A despesa total com saúde vem crescendo gradativamente em todos os municípios analisados, demonstrando uma tendência mundial do aumento de custos na área assistencial, quer seja pelo aumento da expectativa de vida – com ampliação da camada de idosos – quer seja pelo contínuo avanço da tecnologia ligada ao setor. Em nível de Brasil, ressaltamos ainda a conscientização da população referente aos seus direitos – garantidos constitucionalmente – aumentando a demanda por tratamentos anteriormente não reivindicados;
- Apesar da Lei 8.080 especificar a responsabilidade dos três níveis de governo no custeio das ações e serviços de saúde, observa-se que os municípios vêm assumindo uma responsabilidade cada vez maior no financiamento da assistência, o que pode ser confirmado através da análise dos percentuais de recursos próprios dos municípios quando comparados com os recursos totais destinados à saúde por habitante/ano. Neste sentido, um dos critérios citados por Pestana e Mendes (2004), que é o do financiamento solidário – no qual a União, os Estados e os municípios devam ter responsabilidades compartilhadas –, assume uma posição bastante unilateral, a partir do momento que cada vez mais o município vem arcando com as despesas assistenciais;
- Quando analisamos os gastos com saúde nos municípios desta microrregião, observamos que Conceição de Macabu possui as menores despesas e coincidentemente também apresenta o menor valor per capita de royalties (R\$ 95,00); dentre os leitos hospitalares, apresenta oferta suficiente de leitos em clínica médica, obstetrícia e pediatria, o que comprovadamente é capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde da população;

- Já o município de Carapebus apresenta o segundo valor mais elevado dentre as despesas com saúde e é responsável pelo custeio aproximado de 87% destas. Como já citado anteriormente, não possui hospital credenciado, o que o torna responsável pelo direcionamento de 100% da sua população para outros municípios. Com relação aos outros municípios, ocupa o segundo lugar em relação aos valores per capita em royalties e participações especiais (R\$ 1.341,00);
- Com referência a Quissamã, além de ocupar a primeira colocação no valor per capita de royalties (R\$ 2.301,00), durante o ano informado (2000) também ocupou a primeira posição no montante de recursos totais destinados à saúde, respondendo por 92,5% dos mesmos através de recursos próprios.

A explicação para gastos tão elevados é que como o pólo da microrregião é o município de Macaé – que possui déficit de leitos para a sua população em todas as clínicas pesquisadas – nem sempre, ou melhor, na maior parte das vezes, não se consegue garantir a internação do outros munícipes pelo SUS, o que obriga o gestor a custear o tratamento em caráter particular, elevando em muito os custos com a atenção à saúde.

O quadro 118, segundo o mesmo processo de análise já realizado, mostra as despesas com saúde dos municípios da Microrregião Norte II.

A avaliação deste quadro demonstra, de forma semelhante àquela da Microrregião Norte I, que a maioria dos municípios vêm arcando com a maior parte das despesas com saúde. Podemos observar que o município de Cardoso Moreira, que não possui capacidade instalada de leitos hospitalares, assim como os municípios de São Francisco de Itabapoana e São João da Barra, principalmente, além de São Fidélis, apresentam elevados gastos com a assistência à saúde, quando comparados com Campos dos Goytacazes – nos anos de 2001 e 2002. Novamente a explicação baseia-se nos argumentos expostos para a Microrregião Norte I, na qual a dificuldade em viabilizar as internações hospitalares no pólo – em virtude do déficit de teto financeiro existente e demonstrado anteriormente – obriga o gestor a custear o tratamento em caráter particular.

Quadro 118 – Despesas totais por habitante x despesas por habitante com recursos próprios em saúde em reais. Microrregião Norte II.

	Cardoso Moreira	Campos dos Goytacazes	São Fidélis	São Francisco de Itabapoana	São João da Barra
Ano 2000 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	169,73	91,33	66,83	Não informado	144,84
Ano 2000 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	112,30	71,41	22,15	Não informado	123,07
Relação (2) / (1)	66,2%	78,2%	33,1%	-----	85%
Ano 2001 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	191,28	39,07	84,28	122,45	191,11
Ano 2001 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	114,50	20,77	59,50	89,90	162,93
Relação (2) / (1)	60%	53,2%	70,6%	73,4%	85,3%
Ano 2002 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	202,99	16,63	134,02	150,95	Não informado
Ano 2002 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	177,30	-5,32	96,46	118,61	Não informado
Relação (2) / (1)	87,3%	0%	72%	78,6%	-----
Ano 2003 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	241,81	Não informado	108,84	152,67	Não informado
Ano 2003 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	203,72	Não informado	78,09	137,10	Não informado
Relação (2) / (1)	84,2%	-----	71,7%	89,8%	-----
Ano 2004 Despesa total com saúde por habitante em reais (1)	Não informado	Não informado	120,59	201,96	Não informado
Ano 2004 Despesa com recursos próprios em saúde por habitante em reais (2)	Não informado	Não informado	89,47	172,35	Não informado
Relação (2) / (1)	-----	-----	74,2%	85,3%	-----

Fonte: SIOPS – DATASUS. Dados coletados em novembro/2005.

Ao compararmos os gastos efetuados pelos municípios integrantes da microrregião, observamos que existe naqueles dados informados, uma situação irregular no município de Campos dos Goytacazes e que já havia sido demonstrada no quadro 115. Trata-se do montante de recursos financeiros aplicados, que está aquém ao estipulado pela Emenda Constitucional 29. Esta situação pode ser percebida nos valores destinados à saúde nos anos de 2001 e 2002, que são menores do que todos os demais municípios. Esta inadequação às normas impacta a todos os municípios da região; de forma mais intensa aos da Microrregião Norte II, mas também à Norte I e justifica-se no fato de que, apesar da existência de leitos suficientes na maior parte das clínicas estudadas, os mesmos são destinados não apenas aos munícipes próprios, mas também aos circunvizinhos. Entretanto, a baixa aplicação de recursos financeiros na área da saúde acaba por afetar negativamente a assistência, pois enquanto as despesas se elevam progressivamente, enquanto o quantitativo de pacientes a serem atendidos se eleva (em decorrência do direcionamento de outros municípios), enquanto existe estímulo para criação/ampliação de serviços especializados (cumprindo o seu papel de pólo da região Norte Fluminense), os recursos destinados ao custeio diminuem. Isto faz com que as instituições hospitalares passem a negar o atendimento aos casos eletivos, tendo em vista não haver recursos financeiros suficientes para o pagamento das internações efetuadas. A resultante deste processo é que a restrição ao acesso incidirá principalmente sobre aqueles municípios que necessitem utilizar o pólo, já que, diante da obrigatoriedade do gestor municipal em garantir a assistência à sua população, a alternativa viável é a compra de serviços em caráter privado, elevando desta forma os gastos per capita com saúde.

A análise do município de São João da Barra torna-se prejudicada pelo fato de só terem sido informados os dados dos anos de 2000 e 2001.

São Fidélis apresenta os menores valores destinados à saúde, bem como do montante per capita dos royalties (R\$ 59,00). Possui quantitativo de leitos suficientes nas clínicas cirúrgica, médica, obstétrica e pediátrica, possibilitando a assistência à maior parte dos problemas de saúde de sua população (37.687 habitantes), com menor necessidade de encaminhamento a municípios vizinhos.

Com relação a Cardoso Moreira, apesar de possuir apenas 12.509 habitantes e receber em torno de R\$ 121,00 per capita de royalties, gasta o dobro do valor de São Fidélis. A explicação encontra-se no fato do município não possuir hospital

credenciado, sendo necessário o encaminhamento de sua população, integralmente; o que por diversas vezes ocasiona a necessidade de custeio, em caráter particular de algumas internações, caso não exista disponibilidade de internações pelo SUS nos municípios de referência.

As despesas registradas no município de São Francisco de Itabapoana demonstram um valor crescente entre os anos de 2001 e 2004, provavelmente tentando sanar dentre outros problemas, aqueles oriundos da insuficiência da capacidade instalada de leitos hospitalares presentes em oito das nove clínicas estudadas.

➔ A participação social

A busca pela efetiva participação da comunidade na política de saúde advém desde a promulgação da Constituição Federal Brasileira de 1988. Posteriormente, publicou-se a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que criou em cada esfera de governo a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A primeira ocorrerá de quatro em quatro anos, com a “representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (Lei nº 8.142/90). Com relação ao Conselho de Saúde, trata-se de um órgão colegiado composto paritariamente de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cuja atuação dar-se-á em caráter permanente e deliberativo, atuando “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”. A sua organização, bem como as respectivas normas de funcionamento serão definidas em regimento próprio, devidamente aprovadas pelo próprio Conselho.

A Lei nº 8.142/90 permitiu, através da participação da comunidade, que a sociedade tivesse formalmente um “papel decisivo nos momentos de deliberações e controle das ações do poder público que dizem respeito à vida sociopolítica” (Krüger, 1998). Sendo assim, existem duas possibilidades de participação e cobrança; uma delas através do fornecimento de “subsídios às autoridades gestoras do sistema, propondo ou reivindicando medidas específicas de interesse da coletividade, atuando na tomada de decisão com a formulação de políticas de saúde”; a outra faz referência ao controle, a posteriori, dos atos praticados pelos administradores (Carvalho, 2001).

Ressaltamos que esta ação da sociedade faz parte da democracia participativa, onde é permitido ao povo exercer o seu poder político junto ao Estado – opinando, rejeitando, denunciando –, “em busca dos interesses sociais” (Carvalho, 2001). Desta feita, o Conselho de Saúde se apresenta como um novo “locus” de debates e de aprendizado sobre a responsabilidade da população em acompanhar os atos dos administradores públicos, não só no que se refere à “construção de realidades exigidas pelo bem comum” (Carvalho, 2001), mas também no controle econômico e financeiro da aplicação dos recursos do SUS. Para tanto, é fundamental que os conselheiros tenham “o conhecimento do aparato legal que estabelece determinações e orientações para a formulação e fiscalização das políticas municipais de saúde” (Krüger, 1998), para que sejam capazes, plenamente, de atuarem de forma participativa e concomitantemente representativa de seu grupamento social, possibilitando assim o exercício da democracia representativa ampliada. No espaço do Conselho, “o cidadão, além de ser alguém que exerce direitos, cumpre deveres ou goza de liberdades com relação ao Estado, é também titular, ainda que parcialmente de uma função ou poder público” (Benevides, 1994).

Para a consolidação do controle social sobre o sistema de saúde brasileiro, há que se vencer obstáculos seculares oriundos de um passado histórico permeado por escravidão, ditaduras militares, desrespeito aos direitos de cidadania e extrema desigualdade social. A existência de tais obstáculos afeta de maneira contundente o arranjo organizacional dos espaços de discussão entre Estado e sociedade, que perpassam por fatores vários, tais como nível educacional, cultura participativa, condição econômica, etc., que inclusive caracterizam de forma plural a sociedade civil no Brasil. Não bastasse a nossa herança, que foi responsável por problemas já mencionados, as transformações impostas pelo neoliberalismo durante a década de 90 estimularam a fragilização das lutas pelos interesses coletivos de larga abrangência. O que se verifica são reivindicações pontuais voltadas para o atendimento às necessidades de categorias isoladas. Neste sentido, há uma heterogeneidade de demandas oriundas de grupamentos sociais distintos e que hoje não se relaciona apenas a questões relativas ao trabalho tradicional. Perpassam pelo enfrentamento da informalidade do mercado e das discussões ligadas à identidade étnica e de gênero, além de outras (Costa, 2002) e que resultam em uma situação bastante complexa, haja vista a possível fragmentação da atuação, da força e da representatividade desta sociedade civil – aqui citada apenas como “esfera distinta do mercado e do Estado” (Costa, 2002) – junto ao Poder Público, quando da formulação, implementação e avaliação de políticas

sociais de abrangência universal (a exemplo da saúde), acabando por favorecer aos interesses neoliberais – cujo discurso delega ao Estado Social a responsabilidade pela crise econômica global, pleiteando a redução de sua atuação no “processo de provisão e regulação social” (Bravo e Pereira, 2002). Na medida em que se acredita ser o mercado capaz de promover o aquecimento da economia e conseqüentemente o desenvolvimento, representantes de organizações civis são levados a reformular “seus parâmetros de eficácia, substituindo a solidariedade e a democracia interna pela otimização da equação custo/benefício de suas ações” (Costa, 2002), o que vai de encontro às idéias do movimento de reforma sanitária surgido em meados da década de 70.

Após a implantação do SUS e de sua operacionalização, vários problemas foram identificados; relacionam-se à elevação de custos na área da saúde, à existência de uma rede de serviços organizada sem considerar as necessidades demográficas e/ou epidemiológicas e a progressiva ampliação da cobertura de ações e serviços de saúde motivada pela conscientização da população com relação à saúde como direito. Buscando resolver estas questões foi publicada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02), onde a regionalização passa a ser encarada como a estratégia eleita para garantir a assistência à saúde integralmente em todos os níveis de complexidade.

A NOAS, entretanto, não prevê de que forma se dará a participação e o controle social neste processo de regionalização. Sabe-se que será necessária a formulação de um plano operativo que venha a coordenar a ampliação e/ou remodelamento dos serviços de saúde existentes, definir fluxos migratórios e de referência e contra-referência para os pacientes, conformar módulos assistenciais através da junção de diversos municípios e naturalmente definir questões ligadas ao financiamento destas ações. Na formulação deste plano considerar-se-ão as necessidades de saúde da população, escalonando-as por prioridade, para posterior intervenção. Neste sentido, a NOAS não define de que forma os Conselhos de Saúde atuarão junto deste processo, deixando em aberto as questões ligadas à estrutura organizacional definida por lei e relativa ao controle social da política de saúde.

Esta realidade se apresenta como um fator negativo para o processo de formulação do plano operativo, previamente citado, principalmente se considerarmos as indefinições surgidas diante da reforma do Estado e da implementação da política de descentralização, voltada à municipalização da saúde. Segundo Souza, Monnerat e

Senna, a proposta da municipalização se encontrava diretamente voltada à promoção de maior justiça social, através da redução das desigualdades e promoção da equidade no acesso aos serviços sociais. Sendo assim, a esfera municipal passa a ser responsável pelas funções de coordenação e gestão da política de saúde em sua área de abrangência e, por conseguinte, o controle social exercido no âmbito do Conselho de Saúde daquele nível passa a ser identificado

“não somente como uma luta legal por um direito adquirido, mas como a potencialidade e a criatividade dos usuários na elaboração da política, já que são estes os que realmente sabem, por perceberem no cotidiano, como deve ser uma política pública de saúde e quais as falhas atuais dos serviços de saúde” (Bravo, 2002).

Ora, somando-se ao fato de que com o resgate das bases federativas do país, os Estados e municípios passam a ter autonomia política e fiscal e que a NOAS não define de que forma os Conselhos de Saúde atuarão conjuntamente no processo decisório de formulação do plano de trabalho de impacto regional, torna-se preocupante o grau de participação e controle social no processo de regionalização – já que um planejamento mais eficaz de ações, com conseqüente ampliação da oferta e do acesso dos usuários aos serviços de saúde, é diretamente proporcional ao número de atores sociais efetivamente envolvidos junto ao processo de gestão.

A seriedade dos fatos levantados pauta-se nos problemas já existentes quando abordamos apenas um município e o processo de relacionamento vigente entre Estado e sociedade. Conforme já abordado anteriormente, historicamente herdamos a falta de experiência participativa; ao mesmo tempo, a nossa cultura política permite um convívio pacífico entre forças distintas, quer sejam patrimoniais, clientelistas ou burocráticas, o que acaba por atuar como “fator de impedimento a um processo de modernização da sociedade brasileira, na superação das formas mais arcaicas de poder, de construção de uma ética pública, e o fortalecimento da sociedade civil” (Seibel, 1997). Ao mesmo tempo, não existe nenhuma definição quanto à obrigatoriedade de capacitação dos Conselheiros de Saúde, no intuito de socializá-los com a estrutura do Sistema Único de Saúde e ao mesmo tempo apresentá-los aos ideais da reforma sanitária e à história da saúde pública deste país. A ampliação do conhecimento dos conselheiros nos aspectos relacionados ao modelo vigente, instrumentalizar-los-ia na participação das deliberações e fiscalizações referentes às decisões políticas no espaço do Conselho. Entretanto, enquanto não se implantar esta capacitação como norma, sempre existirá um desnivelamento entre os membros participantes, que em parte

decorrem inclusive da própria estrutura de composição do Conselho, em que participam não só usuários pertencentes a organizações comunitárias ou a outras associações representativas, mas também representantes do governo, dos prestadores de serviço e dos profissionais de saúde, os quais teoricamente tendem a apresentar um melhor padrão socioeconômico/cultural. Certamente, esta especificidade de determinados grupamentos acaba por criar um modelo injusto de disputa dentro do “locus” do Conselho, quando do momento decisório relacionado a propostas divergentes: uma defendida pelos usuários – com menor poder econômico e político e portadores de nível educacional mediano –, a outra apresentada pelos prestadores de serviço – de elevado poder econômico, com nível educacional superior, na maioria das vezes, portadores de representatividade política e detentores de uma grande arma de barganha, dentro de um sistema que continua atuando através de favorecimentos e privilégios, que é o chamado serviço de saúde (consultas, exames, internações cirúrgicas etc).

Além dos problemas internos a um único Conselho, a problematização da NOAS no que tange ao controle social pauta-se na própria conformação de nove Conselhos de Saúde totalmente distintos, bem como são os próprios municípios envolvidos.

O quadro a seguir mostra a composição numérica dos Conselhos, bem como seu ano de criação, além de especificar a população de cada município.

Quadro 119 – Criação, composição dos Conselhos Municipais de Saúde x população residente/2004.

Município	População	Ano de criação	Número de Conselheiros titulares
Macaé	147.940	1991	26
Carapebus	9.743	1997	12
Conceição de Macabu	19.274	1991	18
Quissamã	14.977	1991	24
Campos dos Goytacazes	419.427	1991	40
São Fidélis	37.687	1996	20
São João da Barra	28.283	1991	12
São Francisco de Itabapoana	44.301	1997	12
Cardoso Moreira	12.509	1993	18

Fonte: Tabnet – SES/RJ. Dados obtidos junto às Secretarias Municipais de Saúde.

Na análise dos dados, observamos que não há um padrão definido de proporcionalidade entre população residente x número de conselheiros. Exemplo disto pode ser verificado comparando o município de São Francisco de Itabapoana, que

embora possua apenas 12 conselheiros, contempla uma população de 44.301 habitantes; em contrapartida, apesar de Carapebus apresentar um número idêntico de conselheiros, a sua população total é de 9.743 habitantes.

Outra observação relevante para o processo de inter-relacionamento entre os diversos Conselhos, com vistas ao controle social junto à NOAS, é a diferença existente nos anos de criação de cada Conselho de Saúde, pois, apesar de sabermos que tal diferença coincide com a criação dos sistemas de saúde locais e ao cumprimento das exigências para tal, existe uma tendência esperada de haver discrepância nas atuações dos diversos Conselhos junto ao Estado – no que tange a sua participação na formulação, execução e no controle das políticas de saúde – oriundo do próprio período de experiência no exercício do papel específico do Conselho.

Além de ser necessário defender a participação da sociedade no processo de regionalização, na conformação dos módulos assistenciais, no planejamento do plano de trabalho, no escalonamento dos problemas de saúde por ordem de prioridade, no processo de implementação das ações, no controle da aplicação de recursos financeiros para os fins propostos e, por fim, na análise do aumento da proteção social gerada pela nova estratégia – ocasionando um aumento do bem estar dos indivíduos em virtude da melhoria na oferta da assistência à saúde (Lobato, 2004) –, os Conselhos de Saúde devem criar instrumentos que possibilitem a integração coletiva entre todos e a socialização indistinta das informações relativas ao cumprimento do papel do conselheiro para enfim, terem condições de atuar junto ao Estado na formulação da política.

Ao adotar este tipo de postura, certamente não mais haverá depoimentos semelhantes ao abaixo descrito, emitido por um conselheiro quando este foi questionado quanto ao seu entendimento da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde:

“... eles falam tudo numa linguagem, já parecem que fazem para a gente não entender. Estas leis não são divulgadas. A comunidade que não tem Conselho e Conselho Local o povo nunca irá saber que lei é, porque não é divulgado (...) se for perguntar mesmo no fundo o que é o SUS, até mesmo para mim a gente não sabe. É o Sistema Único de Saúde, mas detalhe a gente não sabe ...” (Krüger, 1998).

Na pesquisa realizada sobre a conformação da estrutura representativa dos Conselhos de Saúde da Região Norte Fluminense, identificamos que todos eles cumprem as normas referentes à paridade, com 50% dos membros representando o segmento dos usuários, enquanto os outros 50% distribuem-se pelos demais segmentos.

No quadro 120, podemos verificar tal distribuição nos diversos municípios envolvidos, bem como a representatividade dos segmentos junto à Presidência dos Conselhos de Saúde.

Quadro 120 – Perfil dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte Fluminense.

Município	Número de Conselheiros por segmento					Categoria do presidente do Conselho
	Poder Público	Prestadores de Serviço	Usuários	Profissionais de Saúde	Outros	
Macaé	5	4	13	4		Poder Público **
Carapebus	2	2	6	2		Poder Público **
Conceição de Macabu	2	2	9	5		Poder Público **
Quissamã	3	3	12	6		Profissionais de Saúde
Campos dos Goytacazes	5	5	20	5	5 *	Poder Público **
São Fidélis	3	2	10	5		Poder Público **
São João da Barra	3	1	6	2		Poder Público **
São Francisco de Itabapoana	4	1	6	1		Poder Público **
Cardoso Moreira	3	3	9	3		Poder Público **

* Representam a categoria das instituições formadoras de recursos humanos.

** O representante do poder público que preside o Conselho de Saúde é o próprio Secretário Municipal.

Fonte: Organização própria a partir de dados obtidos junto às Secretarias Municipais de Saúde.

Observando o quadro anterior, é predominante a participação do Poder Público junto à presidência do Conselho de Saúde através do próprio Secretário Municipal. Tal fato ocorre em oito, dos nove municípios estudados. Esta constante acaba por tornar-se um motivo de preocupação, pois sabendo ser o “locus” do Conselho um espaço de arena política e de lutas, o desempenho da função da Presidência acaba por se transformar em uma arma a favor dos interesses do Estado. Esta análise já permeia o pensamento de alguns conselheiros, como demonstra o depoimento que se segue:

“A grande dificuldade é que quem alavanca o trabalho do Conselho Municipal de Saúde é o gestor e quando o gestor não tem interesse no trabalho do Conselho, ele acaba não trabalhando, porque o gestor é quem solicita e marca as

reuniões do Conselho... Os Conselheiros ficam muito longe e alheios às reais necessidades da saúde, eles não são informados do que está se passando na saúde, somente aquilo que na hora da reunião o Presidente do Conselho (que é o gestor) passa... se ele não passa tudo, fica difícil! Através do Conselho, deveria ser filtrado tudo que diz respeito à saúde, porém não é isso que acontece. Às vezes, o Conselho fica lá discutindo o sexo dos anjos e as políticas ficam de lado. Acaba não se decidindo nada” (Coelho, 2003).

Além dos argumentos apresentados no depoimento acima, e após a verificação da predominância de Secretários de Saúde junto à Presidência do Conselho, a importância da capacitação dos conselheiros com relação às suas funções encontra-se no fato, não apenas de participarem da política como porta-vozes dos diversos problemas vivenciados pelos variados segmentos envolvidos, mas também – no caso do processo de conformação dos módulos assistenciais previstos pela NOAS – impedir que as divergências políticas que porventura possam existir entre os vários sistemas organizacionais, venham obstaculizar o desenvolvimento de políticas públicas de alcance ampliado para a população adscrita.

➔ A cooperação intergestores

Novamente, abordando o estudo sobre a Regionalização Cooperativa de Pestana e Mendes (2004), observamos que este elenca vários critérios que julga relevantes para a sua operacionalização. Dentre estes, citamos fluxos viários, contigüidade intermunicipal, subsidiariedade econômica e social, herança e identidade cultural e disposição política de cooperação.

Com relação aos dois últimos critérios citados, sabemos que os mesmos, além de se constituírem como pilares importantes no processo de implementação e consolidação da regionalização, também fazem parte das variantes que influenciam o processo de gestão da política de saúde em nível municipal, caracterizando de forma peculiar o perfil político/assistencial de cada um deles. Segundo Viana (1995), são relevantes as formas anteriores de gerência e organização de serviço, os perfis de financiamento e do gasto local em saúde, o grau de associação e de capital social criados e desenvolvidos, dentre outros. Além disso, a capacidade gerencial de cada município também é dependente de fatores diversos, dentre os quais estão incluídos os

recursos humanos satisfatórios, suporte tecnológico adequado, aperfeiçoamento de práticas de controle e avaliação sobre as ações resultantes do planejamento de saúde.

Dentre os municípios abordados, encontramos uma grande diversidade nos processos de policy-making locais, assim como nos padrões de relacionamento Estado/sociedade, influenciado pelos mecanismos de controle social (Bravo e Pereira, 2002).

Contribuindo para as variantes das policy-making é importante registrarmos as realidades políticas dos municípios integrantes da região Norte Fluminense, tanto no que se refere às atuais administrações – definidas nas eleições municipais de 2004 – quanto nas antigas, conforme demonstrado no quadro 121.

Quadro 121 – Perfil político da Região Norte Fluminense.

Município	Partido político	
	Administração anterior	Administração atual
Campos dos Goytacazes	PDT	PDT
Carapebus	PMDB	PMDB
Cardoso Moreira	PMDB	PMDB
Conceição de Macabu	PSB	PMDB
Macaé	PSDB	PSDB
Quissamã	PSDB	PSC
São Fidélis	PMDB	PMDB
São Francisco de Itabapoana	PMDB	PMDB
São João da Barra	PMDB	PMDB

Fonte: Jornal campista “Folha da Manhã”, janeiro/2005.

É certo que o perfil político do gestor local, principalmente em vigência de um controle social pouco significativo – influenciado por um processo histórico já citado –, estará fortemente ligado à sua base de sustentação e certamente sofrerá influências do contexto político loco-regional, sendo por vezes inclusive afetado pela estrutura estadual e federal.

Neste sentido, ao observarmos a estrutura da Microrregião I, encontraremos a seguinte realidade:

- Macaé – município pólo – PSDB;
- Conceição de Macabu – PMDB;
- Carapebus – PMDB;
- Quissamã – PSC.

Atualmente, o PSC e o PSDB são partidos aliados politicamente, mas que por sua vez apresentam uma significativa rivalidade política com o PMDB em nível regional.

Já a situação da Microrregião II ainda é mais preocupante, conforme podemos observar a seguir:

- Campos dos Goytacazes – município pólo – PDT;
- Cardoso Moreira – PMDB;
- São Fidélis – PMDB;
- São João da Barra – PMDB;
- São Francisco de Itabapoana – PMDB.

Existe uma forte oposição entre o PDT e a Direção Estadual do PMDB, que já alcançou as páginas da imprensa escrita por diversas vezes. Atualmente, existe um embate judicial entre ambos os partidos, que culminou inclusive com a cassação do Prefeito eleito de Campos dos Goytacazes.

Além da rivalidade política entre os diversos partidos – que acaba por influenciar o processo de cooperação entre os gestores da saúde envolvidos – é extremamente importante que exista um sentimento de credibilidade para com a política proposta da regionalização e dos benefícios assistenciais por ela trazidos.

➔ A NOAS na visão dos gestores municipais

No intuito de conhecer as opiniões dos Secretários de Saúde da gestão passada – anterior a 2005 – e conseqüentemente subsidiar as conclusões relativas aos motivos que impactaram de maneira negativa o processo de implementação da NOAS na Região Norte Fluminense, realizamos uma pesquisa com estes gestores mediante a aplicação de questionário objetivo (Anexo I) em que cada Secretário, além de caracterizar a rede assistencial do seu próprio município, expõe a sua opinião sobre a Norma, assim como explicita, por ordem de importância, os quesitos que influenciam, a seu ver, o processo de implementação da mesma na região.

Ao tabularmos os dados obtidos com o questionário, somos capazes de identificar o perfil de atenção à saúde de cada município envolvido, a sua conduta diante da responsabilidade na oferta integral de serviços à população, o que cada gestor pensa sobre a NOAS e sobre as perspectivas e dificuldades que incidem sobre sua implantação.

Não foi possível contactar o gestor de Cardoso Moreira, tendo em vista ter sido o questionário apresentado aos Secretários de Saúde da gestão passada. Portanto, as tabulações feitas a seguir representam 88,89% do universo de municípios da Região Norte Fluminense. O questionário apresenta nove perguntas com oferta de opções a serem marcadas pelos gestores. Uma delas, elenca nove fatores a serem enumerados, conforme grau de importância, relacionados aos fatores que dificultam a implantação da NOAS na região. O quadro 123 demonstra as respostas apresentadas pelos gestores às perguntas objetivas formuladas, ao passo que o quadro 122 espelha os eventos que, na opinião daqueles gestores, concorrem para que o processo de implementação da NOAS na Região Norte Fluminense não seja ainda uma realidade. Ressaltamos que alguns gestores não responderam integralmente ao questionário apresentado e, por conseguinte, alguns itens não foram computados quando da consolidação dos dados.

Entre as alternativas escolhidas para justificar a não implantação da NOAS destacam-se: os entraves econômicos relacionados aos tetos financeiros municipais, as divergências político-partidárias e a falta de apoio do Governo Estadual, enquanto a distância geográfica entre municípios possui a propriedade de ser o fator de menor influência.

Quadro 122 – Demonstrativo dos fatores que dificultam a implantação da NOAS.

Alternativas	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
Distância geográfica entre municípios				2				1	3
Divergências político-partidárias	1	1						2	2
Entraves econômicos no que concerne aos tetos financeiros dos municípios	4	1			1				
Diferenças existentes na rede de assistência à saúde entre os municípios			1	2	3				
Dificuldade no suporte administrativo para formulação das microrregiões		2	1			1	2		
Falta de apoio do Governo Estadual	1	1	3					1	
Dificuldade em formular fluxos de referência e contra-referência		1	1	2	1	1			
Baixo investimento de recursos municipais no setor da saúde						2	3		1
Diferenças na organização dos sistemas de saúde dos municípios envolvidos					1	2	1	2	

Fonte: Organização própria a partir de dados constantes no questionário aplicado.

A análise dos dados constantes nestes quadros indica que para as ações e serviços de atenção básica há oferta suficiente para atendimento local à população, ao mesmo tempo em que ocorre a dependência de prestação de serviços por outros municípios no que se refere aos serviços de média e alta complexidade, assim como é elevado o índice de pagamento de serviços em caráter particular.

Quadro 123 – Consolidado das respostas obtidas mediante aplicação do Questionário aos Gestores Municipais.

Quesito	Resposta	Quantitativo
Em relação às ações e serviços de atenção básica	O município dispõe de oferta suficiente para atendimento à população	8
Em relação aos serviços de média complexidade	O município possui oferta suficiente para atendimento à população	2
	O município não possui oferta suficiente para toda a sua população, necessitando utilizar-se de outro (s) município (s)	5
	O município não realiza tais serviços, dependendo integralmente de outro (s) município (s)	1
Em relação aos serviços de alta complexidade	O município possui oferta suficiente para atendimento à população	1
	O município não realiza tais serviços, dependendo integralmente de outro (s) município (s)	6
Conduta da Secretaria de Saúde, pelo gestor de saúde, quando o município não dispõe de um determinado serviço para atendimento ao seu usuário *	Orienta o paciente a procurar outro município	2
	Encaminha o paciente a outro município, após contato prévio entre as respectivas Secretarias de Saúde	5
	Efetua pagamento do serviço em caráter particular	7
Conhecimento dos gestores de saúde em relação à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS)	Afirmam conhecê-la integralmente	5
	Afirmam conhecê-la parcialmente	3
A respeito da NOAS como instrumento de regionalização	Acreditam que ela traga alguma melhoria na atenção à saúde dos municípios envolvidos	3
	Acreditam que ela traga significativas melhorias no acesso aos serviços de saúde não ofertados pelo município de origem do paciente	5
Acerca da implantação da NOAS	Acreditam que sua implantação é possível, mas é preciso superar alguns entraves	8

Fonte: Organização própria a partir de dados constantes no questionário aplicado.

* Por ser um processo dinâmico, houve indicação de mais de uma resposta a este quesito, o que justifica o quantitativo ser superior ao número de questionários respondidos.

➔ A proposta do financiamento regional da atenção à saúde

Em conformidade ao questionário respondido pelos gestores, todos os municípios envolvidos dispõem, suficientemente, de ações e serviços de atenção básica para sua população. No que tange à atenção de média complexidade, a maior parte deles oferta parcialmente tais procedimentos, necessitando complementá-los mediante alternativas diversas – as quais variam de município para município. Já a atenção de alta complexidade é ofertada apenas por Macaé e Campos dos Goytacazes.

Na avaliação da assistência hospitalar, os estudos demonstrados previamente detectam a insuficiência de capacidade instalada para atendimento à população adscrita, com super utilização do município de Campos dos Goytacazes, tanto em decorrência da oferta de leitos hospitalares, quanto pelos serviços de alta complexidade existentes. A resultante deste processo envolve o extrapolamento constante dos tetos financeiros – tanto ambulatorial, quanto hospitalar – conforme já demonstrado nos quadros anteriores. Por conseguinte, buscando encontrar alternativas que minimizem tais problemas dentro da própria região, o conjunto de municípios propôs à Secretaria de Estado de Saúde a conformação de um teto financeiro regional, subdividindo-o em uma fração para custeio da assistência ambulatorial e outra para a área hospitalar. Desta forma, quando um ou mais municípios extrapolassem o seu teto financeiro em uma determinada área assistencial, o Estado poderia (e deveria) utilizar recursos financeiros que sobraram do faturamento de outros municípios da região, para minimizar o déficit existente naqueles outros.

A sugestão do teto regional foi feita mais de uma vez à SES, inclusive durante reuniões da mesma com o Consórcio da Região Norte Fluminense. Apesar disto, a proposta até hoje não foi colocada em prática e não existe nenhuma resposta oficial, por parte da Secretaria Estadual, quanto à possibilidade ou prazo para sua implantação. Acreditamos que a falta de interesse para com este processo esteja no fato de que dando continuidade à atual rotina, é possível utilizar-se da sobra de tetos municipais, em conformidade aos interesses estaduais, sem, contudo permitir que os municípios tomem conhecimento desta realidade, já que muitos dados não são disponibilizados no Tabnet, por serem de conhecimento exclusivo do Setor de Contas Médicas da Secretaria Municipal de Saúde local.

Para comprovarmos a situação do financiamento regional, sem, contudo efetuar uma demonstração muito extensa de dados, optamos por abordar, a seguir, o

faturamento hospitalar dos municípios da Região na relação entre tetos municipais x valores aprovados para pagamento x déficit ou sobra de recursos financeiros. Os períodos avaliados foram três meses, escolhidos aleatoriamente, nos anos de 2002, 2003 e 2004. É importante ressaltarmos que, no que tange às especificações dos tetos ambulatoriais e hospitalares dos meses em questão, utilizamos como fonte de pesquisa a tabela de tetos financeiros formulada pelo Centro de Programação em Saúde (CPS/RJ) (Anexo II), a partir das definições oriundas das Reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, ocorridas no espaço da Secretaria de Estado de Saúde, mensalmente. Tais tabelas são encaminhadas a todas as Secretarias Municipais de Saúde e não estão disponíveis no *site* da SES/RJ.

Inicialmente, no quadro 124, demonstramos os dados relativos ao faturamento hospitalar dos municípios da Microrregião Norte II.

Com relação a São Fidélis, observamos que, no que tange aos dados demonstrados, existe uma sobra de teto financeiro destinado ao custeio de internações em sete dos nove meses estudados, gerando, neste período, uma sobra total de R\$ 45.435,56.

Já no que se refere a Cardoso Moreira, observamos que não existe especificação de teto para a assistência hospitalar, o que se justifica pelo fato de o município não possuir serviço credenciado ao SUS nesta área.

Quadro 124 – Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte II.

Mês	Município											
	Cardoso Moreira			São Fidélis			São Francisco de Itabapoana			São João da Barra		
	Teto AIH (em reais) (5)	Total AIH Aprovado (em reais) (6)	Diferença (em reais) (5)/(6)	Teto AIH (em reais) (5)	Total AIH Aprovado (em reais) (6)	Diferença (em reais) (5)/(6)	Teto AIH (em reais) (5)	Total AIH Aprovado (em reais) (6)	Diferença (em reais) (5)/(6)	Teto AIH (em reais) (5)	Total AIH Aprovado (em reais) (6)	Diferença (em reais) (5)/(6)
Janeiro 2002	----	----	----	82.462,52	74.396,07	8.066,45	49.498,17	34.219,80	15.278,37	13.813,85	20.120,27	6.306,42
Abril 2002	----	----	----	82.462,52	80.194,68	2.267,84	49.498,17	35.048,50	14.449,67	13.813,85	41.011,23	27.197,38
Julho 2002	----	----	----	82.462,52	77.997,03	4.465,49	49.498,17	29.273,12	20.225,05	13.813,85	18.403,94	4.590,09
Abril 2003	----	----	----	82.462,52	69.225,96	13.418,66	49.498,17	25.438,74	24.059,43	32.484,98	21.375,63	11.109,35
Maiο 2003	----	----	----	82.462,52	75.134,89	7.509,73	49.498,17	25.339,15	24.159,02	32.484,98	27.191,51	5.293,47
Novembro 2003	----	----	----	87.019,58	81.204,49	5.815,09	52.826,93	32.704,08	20.122,85	34.514,42	24.781,67	9.732,75
Junho 2004	----	----	----	87.019,58	87.072,98	-53,40	52.826,93	38.220,27	14.606,66	34.514,42	18.961,12	15.553,30
Julho 2004	----	----	----	87.019,58	87.889,37	-869,79	52.826,93	27.114,50	25.712,43	34.514,42	23.186,52	11.327,90
Setembro 2004	----	----	----	102.079,00	97.263,51	4.815,49	57.059,01	19.331,22	37.727,79	36.903,21	27.200,65	9.702,56

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No município de São Francisco de Itabapoana houve sobra de teto financeiro em todos os nove meses estudados, totalizando R\$ 196.341,27, os quais poderiam ser transferidos para outros municípios no caso da aprovação do teto regional.

O município de São João da Barra também apresentou sobra do montante de recursos voltados para custeio das internações em seis dos nove meses, alcançando o montante de R\$ 62.719,33. Mesmo que subtraíssemos dos valores extrapolados nos meses de janeiro, abril e julho de 2002 – R\$ 38.093,89 – ainda existiria uma sobra de R\$ 24.625,44.

Na área hospitalar, apenas o município de Campos dos Goytacazes extrapola o teto financeiro ligado ao setor. Os demais municípios, além de possuírem insuficiência de capacidade instalada para cobertura da população alvo, também não dispõem de serviços de maior grau de complexidade, resultando, pois, no direcionamento dos pacientes para o pólo, impactando significativamente o faturamento dos prestadores de serviços locais e conseqüentemente gerando déficits entre os valores apresentados e os aprovados. Neste caso específico, as soluções advêm de duas vertentes: a criação do teto financeiro regional – permitindo que os recursos não utilizados por um determinado município sejam utilizados por outro(s) – e o aumento do Teto Hospitalar do município de Campos dos Goytacazes, considerando a não adequação dos valores proporcionalmente à criação de novos serviços.

Já na análise dos dados da atenção ambulatorial, abordada no quadro 125, observamos que, no que tange ao município de São Fidélis, o montante apresentado – que significa o quantitativo realizado pelos prestadores – é superior ao valor aprovado pela SES para pagamento e, por conseguinte, não gerou sobra de teto. Sendo assim, diante da realidade identificada junto ao financiamento da assistência ambulatorial, não haveria possibilidade de transferência de recursos do teto específico para outros(s) município(s) da região, caso fosse aprovada a proposta de financiamento regional.

O município de Cardoso Moreira possui uma realidade semelhante a de São Fidélis. Os valores aprovados para pagamento, relacionados aos procedimentos ambulatoriais, foram superiores ao teto financeiro, gerando déficit em sete dos nove meses estudados, nos quais o montante aprovado foi menor do que aquele apresentado.

Importante ressaltar que não foi possível a identificação do teto ambulatorial do município supracitado no mês de setembro de 2004.

Quadro 125 – Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte II.

Mês	Município															
	Cardoso Moreira				São Fidélis				São Francisco de Itabapoana				São João da Barra			
	Teto Ambulatorial (em reais) (1)	Valor Apresentado (em reais) (2)	Valor Aprovado (em reais) (3)	Diferença (em reais) (2)/(3)	Teto Ambulatorial (em reais) (1)	Valor Apresentado (em reais) (2)	Valor Aprovado (em reais) (3)	Diferença (em reais) (2)/(3)	Teto Ambulatorial (em reais) (1)	Valor Apresentado (em reais) (2)	Valor Aprovado (em reais) (3)	Diferença (em reais) (2)/(3)	Teto Ambulatorial (em reais) (1)	Valor Apresentado (em reais) (2)	Valor Aprovado (em reais) (3)	Diferença (em reais) (2)/(3)
Janeiro 2002	12.432,74	14.160,52	12.879,85	-1.280,67	47.060,56	51.100,07	49.422,00	-1.678,07	37.065,13	45.071,08	44.530,88	-540,20	33.255,05	36.618,80	36.751,80	133,00
Abril 2002	12.432,74	14.634,97	12.393,60	-2.241,37	47.060,56	45.065,33	41.943,77	-3.121,56	37.065,13	39.378,55	39.378,55	-----	33.255,05	40.757,54	40.163,75	-593,79
Julho 2002	12.432,71	14.050,47	14.050,47	-----	55.468,92	66.161,74	57.073,10	-9.088,64	37.065,13	39.996,12	39.565,62	-430,50	47.641,24	53.832,82	48.545,55	-5.287,27
Abril 2003	12.960,60	14.812,02	13.000,14	-1.811,88	56.958,90	74.703,94	53.498,70	-21.205,24	40.655,80	40.454,94	38.616,42	-1.838,52	48.818,94	65.941,33	49.086,60	-16.854,73
Mai 2003	12.960,60	18.014,23	15.969,59	-2.044,64	56.958,90	72.416,31	53.190,23	-19.226,08	40.655,80	40.523,67	39.419,84	-1.103,83	48.818,94	87.991,82	52.070,31	-35.921,51
Novembro 2003	16.958,95	17.738,10	17.018,80	-719,30	58.805,99	69.950,93	69.950,93	-----	49.148,28	63.140,98	63.140,98	-----	51.952,29	106.676,72	88.870,30	-17.806,42
Junho 2004	16.958,95	31.662,88	17.242,35	-14.420,53	58.805,99	81.613,43	60.987,48	-20.625,95	49.148,28	61.779,00	49.701,10	-12.077,90	51.952,29	88.536,99	50.137,29	-38.399,70
Julho 2004	16.958,95	34.499,20	34.499,20	-----	58.805,99	80.202,97	68.040,19	-12.162,78	49.148,28	56.030,13	56.030,13	-----	51.952,29	82.418,75	59.982,51	-22.436,24
Setembro 2004	-----	34.158,76	16.958,37	-17.200,39	59.696,29	83.286,82	59.776,32	-23.510,50	50.335,76	53.938,94	48.024,86	-5.914,08	52.480,47	92.237,57	53.478,98	-38.758,59

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

No caso do município de São Francisco de Itabapoana, a análise dos dados demonstrados expõe uma situação no mínimo intrigante no que tange ao custeio dos procedimentos ambulatoriais. É fato de que houve déficit em seis dos nove meses estudados e nos três meses restantes o valor aprovado foi equivalente àquele apresentado, não existindo, pois, sobra de recursos a serem transferidos. Entretanto, caso observemos os meses de janeiro/2002, novembro/2003 e julho/2004, é possível identificar que o montante autorizado para pagamento foi bem superior ao teto ambulatorial vigente para o município. Questionamo-nos, então: qual o critério para aprovação destes valores? Com qual recurso financeiro a Secretaria de Estado de Saúde custeou tal pagamento, já que, teoricamente, todos os recursos disponíveis no Teto Financeiro Estadual Global estão subdivididos entre os seus 92 municípios? Existe alguma ligação entre o fato do Gestor Municipal ser do PMDB, partido idêntico ao da Governadora?

O município de São João da Barra também apresentou déficit no montante de recursos voltados ao custeio da atenção ambulatorial em oito dos nove meses estudados. Neste período, apenas o mês de novembro/2003 se destaca no comparativo efetuado entre o valor aprovado para pagamento e o teto do município.

Após a demonstração anterior, evidentemente é possível constatar que existe um déficit em todos os municípios da região nos Tetos Financeiros voltados à assistência ambulatorial. Tal realidade pode ser decorrente do decréscimo do orçamento federal voltado para tal área – conforme citado no capítulo IV –, o qual não consegue ser suprido por recursos municipais. A manutenção dessa situação é um forte entrave para a implementação da NOAS no Norte Fluminense, tendo em vista não existir perspectiva de transferências intermunicipais que viabilizem e garantam os movimentos migracionais em busca da assistência recomendada. As soluções passíveis para este problema relacionam-se ao aumento de aporte financeiro para custeio dos procedimentos.

Diante das soluções propostas, o conjunto de municípios da região deverá vencer as relutâncias da Secretaria de Estado de Saúde em colocar em prática o Teto Regional, tendo em vista que, ao adotar tal medida, não mais haverá possibilidade da SES utilizar-se das sobras existentes no 92 municípios do Estado da forma que melhor lhe convier, como até então vem sendo feito.

No quadro 126 efetuaremos um comparativo entre os diversos valores apresentados pelos municípios da Microrregião Norte I, no que tange à assistência hospitalar.

Observamos que o município de Carapebus não possui nenhum registro de dados relativos a tal assistência, haja vista não possuir hospital em sua rede credenciada.

A realidade encontrada ao estudarmos o município de Quissamã demonstra que houve sobra de recursos financeiros em oito dos nove meses, gerando um valor global de sobra de R\$ 70.271,88 e que caso subtraíssemos do valor de R\$ 1.847,17, extrapolado no mês julho/2004, ainda ficaríamos com uma sobra de R\$ 68.427,71, os quais poderiam estar disponíveis no Teto Regional.

Com relação a Conceição de Macabu, houve sobra em todos os meses, gerando um valor a ser transferido de R\$ 67.802,70.

No caso do município de Macaé, as informações já foram apresentadas em quadros anteriores, constantes do capítulo IV. No que se refere à assistência hospitalar houve sobra de teto em seis dos nove meses estudados, totalizando R\$ 300.685,14. Mesmo se descontássemos os valores extrapolados em dois meses e que alcançaram a R\$ 31.350,83, ainda existiria uma sobra de recursos de R\$ 269.334,31.

Na abordagem da assistência ambulatorial, verificamos uma realidade distinta daquela apresentada para a área hospitalar, conforme podemos observar no quadro 127.

Os dados relacionados a Carapebus demonstram existir, entre os valores apresentados a aprovados, um déficit em oito dos nove meses estudados.

No que se refere ao município de Quissamã, o valor aprovado para pagamento, especialmente nos meses de janeiro e abril de 2002, maio e novembro de 2003 e nos três meses de 2004, são muito superiores àqueles constantes do teto ambulatorial do município, apesar de permanecer um déficit existente em oito dos nove meses avaliados.

Novamente os questionamentos previamente efetuados com relação aos critérios de pagamento de valores que extrapolaram o teto financeiro se aplicam, sabendo-se que o então Prefeito do município pertencia ao PSDB, sendo, portanto, considerado partido de oposição à Governadora.

Os estudos relativos ao município de Conceição de Macabu demonstram situação semelhante aos demais. Não houve sobra de teto no custeio dos procedimentos

ambulatoriais; ao contrário, houve déficit em seis meses. Os meses de julho de 2002 e novembro de 2003 se destacam pelo valor aprovado pela SES ser bem maior do que o teto existente.

No caso do município de Macaé, conforme já citado, existe déficit no montante de recursos destinados à assistência ambulatorial, o que nos leva a reiterar a importância deste fato para o processo de regionalização, tendo em vista que a insuficiência do teto financeiro para custeio de tais ações impactará negativamente as pactuações intergestores, com vistas à normatização dos fluxos migracionais.

Quadro 126 – Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte I.

Mês	Município								
	Carapebus			Conceição de Macabu			Quissamã		
	Teto AIH (em reais) (5)	Total AIH Aprovado (em reais) (6)	Diferença (em reais) (5)/(6)	Teto AIH (em reais) (5)	Total AIH Aprovado (em reais) (6)	Diferença (em reais) (5)/(6)	Teto AIH (em reais) (5)	Total AIH Aprovado (em reais) (6)	Diferença (em reais) (5)/(6)
Janeiro 2002	----	----	----	28.573,04	18.061,56	10.511,48	24.455,75	16.331,67	8.124,08
Abril 2002	----	----	----	28.573,04	19.586,07	8.986,97	24.455,75	----	24.455,75
Julho 2002	----	----	----	28.573,04	19.733,40	8.839,64	24.455,75	20.993,53	3.462,22
Abril 2003	----	----	----	28.573,04	20.660,41	7.912,63	24.455,75	17.514,37	6.941,38
Maiο 2003	----	----	----	28.573,04	25.196,39	3.376,65	24.455,75	16.914,79	7.540,96
Novembro 2003	----	----	----	31.498,30	30.794,57	703,73	26.428,12	16.885,20	9.542,92
Junho 2004	----	----	----	31.498,30	28.816,21	2.682,09	26.428,12	21.229,37	5.198,75
Julho 2004	----	----	----	31.498,30	19.522,49	11.975,81	26.428,12	28.275,29	-1.847,17
Setembro 2004	----	----	----	34.739,16	21.925,46	12.813,70	28.312,57	23.306,75	5.005,82

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quadro 127 – Valor comparativo entre tetos financeiros x valores apresentados e aprovados x diferença em reais. Microrregião Norte I.

Mês	Município											
	Carapebus				Conceição de Macabu				Quissamã			
	Teto Ambulatorial (em reais) (1)	Valor Apresentado (em reais) (2)	Valor Aprovado (em reais) (3)	Diferença (em reais) (2)/(3)	Teto Ambulatorial (em reais) (1)	Valor Apresentado (em reais) (2)	Valor Aprovado (em reais) (3)	Diferença (em reais) (2)/(3)	Teto Ambulatorial (em reais) (1)	Valor Apresentado (em reais) (2)	Valor Aprovado (em reais) (3)	Diferença (em reais) (2)/(3)
Janeiro 2002	8.271,02	38.132,40	33.965,70	-4.166,70	19.542,00	24.192,68	24.192,68	-----	15.993,33	33.854,69	24.366,05	-9.488,64
Abril 2002	8.271,02	36.027,40	36.027,40	-----	19.542,00	26.733,03	19.851,41	-6.881,62	15.929,42	37.906,83	37.906,83	-----
Julho 2002	8.271,02	28.779,85	6.494,79	-22.285,06	19.542,00	35.459,75	35.373,19	-86,56	15.929,42	43.118,58	15.806,75	-27.311,83
Abril 2003	8.810,49	30.312,79	6.267,35	-24.045,44	20.252,32	28.189,16	19.237,70	-8.951,46	21.178,46	43.268,41	30.704,38	-12.564,03
Maio 2003	8.810,49	31.483,86	6.795,10	-24.688,76	20.252,32	38.023,88	27.808,04	-10.215,84	21.178,46	85.833,44	40.435,02	-45.398,42
Novembro 2003	13.511,10	39.269,06	22.383,25	-16.885,81	28.592,79	44.285,37	44.285,37	-----	25.080,26	76.194,54	52.582,97	-23.611,57
Junho 2004	13.511,10	35.681,97	12.164,57	-23.517,40	28.592,79	37.642,58	29.161,64	-8.480,94	25.080,26	80.995,48	40.140,13	-40.855,35
Julho 2004	13.511,10	46.729,81	21.396,78	-25.333,03	28.592,79	32.056,00	32.056,00	-----	25.080,26	71.850,77	47.432,77	-24.418,00
Setembro 2004	13.671,01	101.364,38	24.802,15	-76.562,23	29.023,41	32.603,18	27.046,44	-5.556,74	25.303,75	84.984,37	37.952,98	-47.031,39

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta dessa dissertação buscou demonstrar a realidade da assistência à saúde na Região Norte Fluminense, abordando principalmente os aspectos voltados ao financiamento das ações e serviços, assim como as demais vertentes ligadas à Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), que traz a regionalização como estratégia escolhida para suplantiar os diversos desafios surgidos com a criação de nosso Sistema Único de Saúde.

Buscando uma compreensão histórica da conformação do nosso modelo, o Capítulo I discorreu sobre o sistema de proteção social brasileiro em suas áreas de concentração e nos avanços conquistados, os quais suplantaram as questões ligadas ao acesso diretamente dependente da cidadania regulada. O transcorrer do capítulo abarcou o período que vai desde o início do século XX até a criação do Sistema Único de Saúde e seus princípios, assim como a legislação infraconstitucional que se seguiu. Neste ponto, já se discute as grandes variações ocorridas nas fontes de financiamento da Seguridade Social e, conseqüentemente, do SUS, comprovando que as questões voltadas ao custeio da assistência remontam há aproximadamente duas décadas. Para tentar minimizar este problema, a Emenda Constitucional n° 29 definiu um percentual mínimo de repasse oriundo dos orçamentos federal, estaduais e municipais, tentando garantir o cumprimento do princípio do financiamento tripartite do SUS. Entretanto, foi possível identificar no Capítulo V que as determinações da Emenda não são cumpridas por alguns municípios da Região Norte Fluminense e que até o período pesquisado não houve a adoção de quaisquer medidas punitivas com vistas a corrigir tal situação e, automaticamente, de melhorar e garantir o aporte de recursos financeiros para custeio da assistência à saúde.

Ainda no primeiro capítulo, relacionamos as grandes dificuldades de operacionalização do SUS, voltadas a um processo de descentralização das ações e serviços de saúde, mediante a adesão de diversos entes federativos da União com características bem diversas, as quais envolvem capacidade instalada de serviços, capacitação de recursos humanos, disponibilidade de recursos tecnológicos, presença de sociedades com maior ou menor grau de participação política etc. Agrega-se a isso, a necessidade em ofertar a assistência de forma integral, equânime e universal, diante da atualidade que se apresenta com uma ampliação da camada de idosos – em virtude do

aumento da expectativa de vida – com elevados índices de utilização do sistema e conseqüente aumento dos gastos; além disso o contínuo avanço da tecnologia na atenção médica impulsiona cada vez mais o consumo de novos equipamentos, demandando mais recursos financeiros para aquisição destes.

Na vigência desta realidade surge a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), identificando a regionalização como mecanismo capaz de garantir assistência à saúde de forma integral em todos os níveis de complexidade, permitindo a transposição dos limites de demarcação municipal unindo diversos sistemas organizacionais e garantindo aos pacientes o acesso aos serviços necessários para resolução de seus problemas, através de termos de compromisso que viabilizem os processos de migração, a partir de referências previamente definidas. Entretanto, os problemas relacionados à oferta integral de serviços de saúde aos cidadãos remontam desde muito antes da criação do SUS e a cidadania regulada é um forte exemplo dessa afirmação. Após a promulgação da Constituição de 1988 e apesar da integralidade constar como um dos princípios do SUS, também não foi possível alcançá-la. As diversidades entre os municípios eram significativas nos quesitos capacidade instalada, recursos humanos e tecnológicos, fazendo com que a garantia ao acesso não ocorresse de forma universal.

Diante da edição da Norma e da perspectiva da resolução dos problemas apresentados, observamos que a mesma não foi implantada em nível nacional. A nossa pesquisa buscou acompanhar os diversos vértices do sistema de saúde da Região Norte Fluminense, a fim de identificar quais foram os motivos loco-regionais que impediram a implantação da NOAS na região.

Dentre as informações contidas no Capítulo IV, por exemplo, identifica-se a insuficiência de recursos financeiros para custeio das internações hospitalares no município de Campos dos Goytacazes – pólo da macrorregião de saúde –, a qual pode ser demonstrada através da análise dos valores totais contidos nos quadros relacionados aos anos de 2002, 2003 e 2004. Coincidentemente o quadro 84 apresenta o valor médio das internações realizadas no município nas clínicas médica, pediátrica e obstétrica no período compreendido entre 1998 e 2004, cujo percentual de elevação dos valores alcança uma média de 137%. Entretanto, apesar desta realidade comprovadamente identificada, não há reajuste dos tetos municipais – decorrente da correção de valores – desde 1998, o que ocasiona a insuficiência de recursos citada anteriormente.

Outro ponto importante é a impossibilidade de conhecer a real situação dos municípios ao se avaliar os dados disponibilizados Sistema de Informações Hospitalares do SUS, já que eles apresentam valores ajustados previamente pelos setores respectivos das Secretarias Municipais de Saúde no que tange ao faturamento hospitalar. Neste sentido, tantos pesquisadores quanto técnicos pertencentes a grupos de trabalho que objetivem a busca por soluções que minimizem os efeitos causados pelo atual modelo de financiamento do setor saúde, estarão pautados em dados irreais. Para traçar um novo modelo de atenção à saúde é necessário considerar a atual situação econômica do custeio da área hospitalar e gastos oriundos com a migração de pacientes de municípios com menor grau de complexidade, em direção aos pólos. Além disso, é importante identificar o impacto dos eventos ocorridos em determinadas épocas, a exemplo da inauguração do Hospital Público de Macaé no ano de 2004, que pelo fato do mesmo não ser cadastrado ao SUS e, por conseguinte, não gerar faturamento, resultou no aumento da sobra de teto para custeio de internações naquele município, que no ano de 2003 era de R\$ 280.996,26 e elevou-se para R\$ 748.389,14 em 2004.

Já os serviços ambulatoriais possuem custeio insuficiente em todos os municípios pesquisados. Tal fato merece uma análise criteriosa, no sentido de se discutir a diminuição de recursos orçamentários federais voltados aos procedimentos de média e alta complexidade, em detrimento da elevação de recursos destinados à atenção básica. Vale ressaltar, que dentro do processo de discussão quanto à implementação da Norma, as referências traçadas – mediante pactos firmados entre gestores – só se manterão efetivas se houver garantias do custeio dos atendimentos prestados à população alvo do módulo assistencial ou da microrregião, tendo em vista que os municípios que vierem a ser sede de módulo ou pólo já não possuem recursos suficientes para o custeio da atenção ambulatorial prestada a sua própria população.

A situação da capacidade instalada da rede de saúde é um outro ponto relevante neste processo. Tanto no que diz respeito aos recursos para investimentos necessários à sua adequação, quanto para o custeio dos novos serviços que vierem a ser produzidos. Agrega-se a isso, a necessidade de um planejamento eficiente e que contemple as reais necessidades de cada município e da região, possibilitando uma melhor racionalidade na aplicação de recursos e com maximização de resultados favoráveis a serem obtidos. Talvez, mediante a resolução das inadequações da rede de serviços e adoção de medidas que supram a carência de recursos humanos, administrativos e tecnológicos, cada município possa aumentar o número de internações

em seus hospitais locais – excetuando-se Carapebus e Cardoso Moreira – em conformidade ao nível de complexidade exigido, minimizando as transferências para os municípios pólo, utilizando de forma mais abrangente o seu teto para atenção hospitalar e ofertando a assistência a qual o indivíduo necessita mais próximo do seu local de moradia.

O enfrentamento das questões orçamentárias, bem como a organização de um plano de trabalho que contemple as necessidades de saúde em nível regional – e que avalie as situações relativas à capacidade instalada de rede assistencial, recursos humanos disponíveis, fluxos viários, contigüidade geográfica (Pestana e Mendes, 2004), recursos tecnológicos existentes – dependem crucialmente da disposição política para a cooperação intergestores. Diante desta afirmação, a Região Norte Fluminense apresenta um grande desafio quando se analisa a estrutura política dos municípios envolvidos e grande diversidade relacionada ao quantitativo populacional, orçamentos municipais impactados pelos royalties do petróleo e extensão geográfica, além, é claro, das estruturas dos sistemas de saúde vigentes.

Além disso, conforme já abordado anteriormente, é fundamental a integração entre os Conselhos Municipais de Saúde envolvidos, para o exercício do controle social sobre a política de saúde a ser implantada regionalmente, participando da formulação do plano de trabalho e atuando efetivamente no processo de implementação das ações programadas. Apesar da NOAS não definir de que forma se dará a participação dos Conselhos no processo de regionalização, caberá aos mesmos exercerem a prerrogativa, garantida por lei, de participarem ativamente no processo decisório.

É necessário também que os Secretários e Prefeitos adotem um posicionamento conjunto diante dos problemas relacionados à área assistencial. Afinal, as dificuldades que impactam, a princípio, o município de Campos dos Goytacazes, acabam por afetar a população de toda região, a partir do momento que dificultam o acesso da população circunvizinha aos serviços especializados.

Por outro lado, há indícios que diversos problemas ligados ao Sistema Único de Saúde são de caráter nacional. Em matéria publicada no jornal campista O Diário, na edição de 06/08/2005, veiculava-se o tema “Prestar serviços ao SUS: missão impossível?”, que seria abordado por representantes das Santas Casas e dos Hospitais Beneficentes no XV Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, realizado em Brasília entre os dias 10 e 12 de agosto do corrente ano. Ainda em

conformidade à matéria, um levantamento feito pela Confederação das Santas Casas de Misericórdia, hospitais e entidades filantrópicas (CMB) em 2004, identificou que, sob a alegação de falta de teto financeiro, cerca de 1,2 milhão de internações encontravam-se sem pagamento pelos gestores municipais por todo o Brasil. Segundo Benedito Marques, Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Campos e Presidente da Federação das Misericórdias e Entidades Filantrópicas e Beneficentes do Estado do Rio de Janeiro:

“Estamos tendo que bancar os prejuízos na expectativa de que haja reversão através de um entendimento com o governo federal. Em Campos, além do aumento populacional, a reformulação da instituição e de equipamentos e a procura de municípios circunvizinhos nos tornam necessitados da ajuda no governo municipal com convênio de complementação financeira em face do descompasso entre a AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e o teto financeiro.”

Como é possível observar pela manchete do jornal, a situação do financiamento vem sendo discutida por diversos segmentos da sociedade, os quais buscam uma solução para o problema que efetivamente afeta a um grupamento bem significativo da população.

Em outra matéria, publicada pelo também jornal municipal Folha da Manhã, no dia 21/08/2005, o Secretário de Saúde Wilson Cabral estaria decidido a recorrer à Justiça, caso o Governo do Estado não fizesse a correção dos valores repassados ao município. Segundo a matéria, Campos dos Goytacazes deixaria de receber, em média, R\$ 60,89 por habitante/ano se comparado aos valores de Niterói, cujo número populacional é equivalente ao primeiro – sendo este um dos critérios elencados no artigo 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios – totalizando uma perda em torno de R\$ 24,4 milhões por ano.

Outras abordagens da mesma reportagem são bem interessantes:

“O teto de cada município é estabelecido a partir do número de habitantes e de procedimentos efetuados. É a série histórica que se baseia nos atendimentos realizados em determinados períodos, sendo que os serviços quantificados até hoje são basicamente os mesmos de quando foi implantado o SUS, na década de 90.”

Era quando a rede hospitalar estava sucateada e poucos serviços eram desenvolvidos pela rede pública – acrescenta Mackoul, confirmado pelo Secretário Cabral e pelo Provedor da Santa Casa de Misericórdia, Benedito Marques.

No período em que relações políticas entre Governos Estadual e Municipal eram boas, o estadual pagava à municipalidade pelos serviços realizados. Quando Benedita da Silva (PT) assumiu o Governo do Estado, com a saída de Anthony Garotinho para concorrer à Presidência da República, os serviços executados e que não estavam dentro do teto deixaram de ser pagos.”

Mediante a citação acima, notamos que existe o questionamento acerca do não cumprimento dos critérios especificados no, já citado, artigo 35 da Lei nº 8.080/90, o que certamente favorece à atual situação de insuficiência do teto financeiro destinado ao custeio das ações e serviços de saúde. Além disso, aborda-se o fator político como sendo um elemento atuante na definição da destinação orçamentária para pagamento de valores excedentes àqueles especificados pelo teto municipal, questão já relacionada nesta dissertação no capítulo V, quando chamávamos a atenção para a inexistência de critérios ou fontes de acesso a informações que possibilitassem esclarecimentos referentes às liberações de recursos efetuadas pela Secretaria de Estado de Saúde, quando do seu processo específico de faturamento ambulatorial e hospitalar.

Provavelmente, como resultante da matéria citada anteriormente, no dia 04/09/2005, o jornal Folha da Manhã publicou nova reportagem, na qual abordava diversos temas relacionados à área da saúde. Uma das partes citava a opinião do Subsecretário Estadual de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde, Wilson de Maio: *“Sem mais dinheiro do Governo Federal, de nada vai adiantar o município de Campos alterar sua condição de Plena de Atenção Básica para Plena do Sistema”*. Segundo Wilson, o Ministério da Saúde há sete anos não *“envia dinheiro novo”* para o Estado do Rio de Janeiro e que o fato de Campos, apesar de ter um número de habitantes bem próximo de Niterói, receber menos recursos, não se dá pelo seu enquadramento no sistema, mas principalmente por ter em sua rede, unidades que eram federais, como o Hospital Pedro Ernesto.

Um outro assunto refere-se ao fato de que *“o Secretário de Saúde Wilson Cabral, que já tem autorização do Conselho Municipal de Saúde para cobrar na justiça dos governos estadual e federal a parcela que cabe a cada esfera por todos os procedimentos que são realizados em Campos e financiados exclusivamente com recursos da municipalidade, quer tentar mais uma vez a negociação”*.

Por fim, a matéria também se refere a uma notificação extrajudicial recebida pelo Secretário de Saúde e encaminhada pelas três instituições do município que prestam atendimento a pacientes portadores de câncer, ameaçando paralisar os seus atendimentos em virtude da *“falta de pagamento de serviços, executados com autorização da Secretaria Municipal de Saúde, que compreendem o período de 2004-2005. Questionado sobre a situação em questão, Wilson de Maio informou que poderá determinar uma auditoria especial nessas instituições, ao mesmo tempo em que criticou “o Ministério da Saúde por aumentar a tabela ao invés do teto financeiro”*.

As notícias apresentadas demonstram a existência de instabilidades importantes no Sistema de Saúde de Campos dos Goytacazes. Entretanto, dentro da proposta de um modelo de atenção regionalizada, tais problemas afetam toda a Região Norte Fluminense. Decerto, conforme demonstrado nas respostas obtidas com o questionário apresentado aos Secretários de Saúde da gestão anterior, existe a confiança de que a NOAS trará melhorias na atenção à saúde à população adscrita, embora se faça necessária a superação de alguns entraves – conforme abordagens realizadas no decorrer desta dissertação – elencados por grau de importância pelos gestores.

Diante desta realidade que se apresenta, a implementação da Norma é certamente um árduo desafio, demandando vertentes distintas de ação: a busca pela elevação do teto financeiro deve reunir cada vez mais adeptos, que compreendam a situação agônica e complexa na qual se encontram os serviços de saúde localizados nos municípios pólo e a inviabilidade de se implementar a regionalização em tais condições; a necessidade de se aperfeiçoar os mecanismos de controle e avaliação, a fim de subsidiar um processo de planejamento que considere as reais necessidades de saúde da população; um envolvimento cooperativo dos diversos gestores da Região Norte Fluminense, suplantando possíveis divergências político-partidárias em busca de soluções coletivas, tal como a proposta do Teto Financeiro Regional; a mobilização dos vários segmentos da sociedade civil organizada em prol do comprometimento de cada gestor diante de sua responsabilidade social em garantir uma assistência à saúde universal, integral e equânime à sua população, cumprindo, desta forma, os princípios inerentes ao nosso Sistema Único de Saúde.

ANEXO I

Município:

Nome do Secretário:

Data em que assumiu o cargo:

1) Com relação às ações/serviços de atenção básica, o seu município:

- Possui oferta suficiente para toda a sua população
- Não possui oferta suficiente para toda a sua população, necessitando utilizar-se de outro (s) município (s)

2) Caso oferte parcialmente serviços de atenção básica, em qual (is) área (s) existe (m) problema (s) de oferta?

- Consulta médicas
- Procedimentos odontológicos
- Procedimentos de enfermagem
- Ações de vigilância sanitária
- Não sabe informar

3) Com relação aos serviços de média complexidade:

- Possui oferta suficiente para toda a sua população
- Não possui oferta suficiente para toda a sua população, necessitando utilizar-se de outro (s) município (s)
- Não realiza tais serviços, dependendo integralmente de outro (s) município (s)
- Não sabe informar

4) Com relação aos serviços de alta complexidade:

- Possui oferta suficiente para toda a sua população
- Não possui oferta suficiente para toda a sua população, necessitando utilizar-se de outro (s) município (s)
- Não realiza tais serviços, dependendo integralmente de outro (s) município (s)
- Não sabe informar

- 5) Quando o município não dispõe de um determinado serviço para atendimento ao seu usuário, a conduta da Secretaria de saúde, pelo gestor de saúde é:
- Orienta o paciente a procurar outro município
 - Encaminha o paciente a outro município, após contato prévio entre as respectivas Secretarias de Saúde
 - Efetua pagamento do serviço em caráter particular, através de abertura de processo
 - Nenhuma
 - Não sabe informar
- 6) Conhece a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS)?
- Sim. Conhece integralmente
 - Sim. Conhece parcialmente
 - Já ouviu falar sobre ela, mas não sabe muito bem do que se trata
 - Não conhece
- 7) Para o caso de conhecê-la, o que pensa da NOAS como instrumento de regionalização?
- Não acredita que ela possibilite mudanças dos sistemas de saúde locais
 - Acredita que ela traga alguma melhoria na atenção à saúde dos municípios envolvidos
 - Acredita que ela traga significativas melhorias no acesso aos serviços de saúde não ofertados pelo município de origem do paciente
 - Não é importante
- 8) Para o caso de conhecê-la, o que pensa sobre sua implantação?
- Acredita que sua implantação ocorrerá com facilidade
 - Acredita que sua implantação é possível, mas é preciso superar alguns entraves
 - Não acredita na sua implantação

9) Quais seriam os fatores que mais dificultariam tal implantação?

(Favor numerar de 1 a 9, sendo o número 1 o mais importante fator e assim seqüencialmente)

- () Distância geográfica entre municípios
- () Divergências político-partidárias
- () Entraves econômicos no que concerne aos tetos financeiros dos municípios
- () Diferenças existentes na rede de assistência à saúde entre os municípios
- () Dificuldade no suporte administrativo para formulação das microrregiões
- () Falta de apoio do Governo Estadual
- () Dificuldade em formular fluxos de referência e contra-referência
- () Baixo investimento de recursos municipais no setor da saúde
- () Diferenças na organização dos sistemas de saúde dos municípios envolvidos

ANEXO II

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - MAIO DE 2003
LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS MENSIS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - TETO MAIO 2003
APROVADO EM REUNIÃO DA CIB EM 14/04/2003

Região / Municípios	PAB Fixo (1)	MÉDIA ALTA PARCIAL	ONCO TOTAL	HEMOTERAPIA	TRS FAEC (2)	TRS AJUSTE CIB	TRS TOTAL	REFS. INTERM. SIA	IMPACTO PT 2038 SIA	ATENÇÃO PSICOS. EXTRA-HOSP	REFS. PT 333/PROTEÇÃO	MÉDIA E ALTA TOTAL SIA
Total do Estado	12.289.110,88	17.793.373,88	3.528.412,61	2.362.819,66	9.419.700,50	389.826,57	9.779.527,07	795.281,70	155.272,40	459.700,00	229.073,00	26.525.259,57
Norte Fluminense	706.875,00	826.400,23	199.156,69	99.334,25	521.520,26	29.626,62	551.146,88	44.377,01	29.984,95	4.900,00	0,00	1.312.188,50
Campo dos Goytacazes	451.940,00	528.416,29	199.156,69	87.778,12	368.798,37	20.127,96	388.926,33	43.363,78	19.703,08	4.900,00	0,00	947.855,37
Carapebus	7.402,00	8.271,02	-	-	-	-	-	-	539,47	-	-	8.810,49
Conceição de Macabu	15.768,00	19.542,00	-	6.419,50	152.721,89	9.498,66	162.220,55	983,23	710,32	-	-	20.252,32
Macaé	113.455,00	142.980,62	-	-	-	-	-	-	2.424,69	-	-	167.568,22
Quissamã	11.718,00	14.946,19	-	5.136,63	-	-	-	-	349,04	-	-	21.178,46
São Fidélis	30.870,00	41.923,93	-	-	-	-	-	-	1.489,98	-	-	56.958,90
São Francisco de Itabapoana	34.992,00	37.065,13	-	-	-	-	-	-	3.590,67	-	-	40.665,80
São João da Barra	40.330,00	33.255,05	-	-	-	-	-	-	1.177,70	-	-	48.518,94
Serrana	710.910,00	972.917,88	286.402,27	92.594,56	427.034,95	9.823,97	436.859,92	69.216,10	3.631,96	49.600,00	0,00	1.504.739,06
Bom Jardim	19.067,00	23.664,92	-	-	-	-	-	282,00	572,10	-	-	32.176,09
Cachoeiras de Macacu	41.228,00	50.979,23	-	-	-	-	-	-	209,74	-	-	51.188,97
Cartagão	16.660,00	20.265,29	-	-	-	-	-	-	144,55	-	-	26.457,11
Carمو	12.821,00	17.609,89	-	-	-	-	-	-	-	20.700,00	-	43.452,81
Cordeiro	15.685,00	20.115,22	-	-	-	-	-	1.180,00	61,00	1.400,00	-	25.352,56
Duas Barras	8.636,00	10.914,65	-	-	-	-	-	280,55	366,11	-	-	11.591,31
Guapimirim	32.626,00	41.561,16	-	-	-	-	-	-	-	1.400,00	-	42.961,16
Macuco	3.969,00	6.260,14	-	-	-	-	-	153,85	155,06	-	-	6.569,05
Nova Friburgo	145.073,00	204.825,73	-	40.755,14	103.280,48	3.025,69	106.306,17	153,85	155,06	-	-	280.153,82
Petropolis	241.783,00	337.543,07	177.966,95	34.324,76	231.945,06	-	231.945,06	21.294,54	228,47	16.100,00	-	597.669,80
Santa Maria Madalena	8.655,00	11.198,57	-	-	-	-	-	23.898,85	-	-	-	13.546,82
São José do Vale do Rio Preto	16.468,00	17.346,66	-	-	-	-	-	160,84	1.225,61	-	-	18.733,11
São Sebastião do Alto	8.897,00	9.475,97	-	-	-	-	-	-	569,79	-	-	12.018,84
Sumidouro	11.929,00	15.643,81	-	-	-	-	-	-	-	10.000,00	-	25.643,81
Teresopolis	116.787,00	173.886,10	88.445,42	17.514,66	91.809,41	6.798,28	98.607,69	11.985,47	79,23	-	-	301.557,08
Trajano de Moraes	10.606,00	11.627,48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.676,74

(1) VALORES ATUALIZADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE EM OUTUBRO DE 2001.

(2) COLUNA APENAS PARA EXPLICAÇÃO, OS VALORES ESTÃO EMBUTIDOS NA COLUNA MÉDIA ALTA PARCIAL.

(3) PARA SER UTILIZADO NO SIA OU SIH, CONFORME DECISÃO DO GESTOR.

(4) COLUNA APENAS PARA EXPLICAÇÃO, VALORES ESTÃO EMBUTIDOS NA COLUNA "SIH TOTAL".

(5) VALORES SOMAM NA COLUNA MÉDIA ALTA TOTAL (TETO GLOBAL).

PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - MAIO DE 2003
 LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS MENSAIS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - TETO MAIO 2003
 APROVADO EM REUNIÃO APROVADO EM REUNIÃO DA CIB EM 14/04/2003

Região / Municípios	REFS.CARDIO ALTA COMPLEXIDADE ¹⁰	CÂM COMP.INTERMUNICIPAL ¹¹	IMPLEMENT. PORTARIOS ¹²	IMPACTO PT 2038 SH ¹³	REFS. INTERMUN. SH ¹⁴	SIH TOTAL	UNIDADES FED. E DESCENTR.	TFD ¹⁵	UNIDADES GESTÃO EST.	CÂM. COMP. INTERESTADUAL	FIDEPS ¹⁶	TETO ALTA + MÉDIA (T.GLOBAL)
Total do Estado	1.107.021,35	2.193.641,39	2.469.208,59	48.398,90	10.717.974,55	36.866.237,95	19.162.369,72	88.066,98	1.504.635,67	84.156,09	2.894.381,92	90.414.770,21
Porto Fluminense	21.384,29	57.887,80	347.672,82	12.716,39	248.920,05	2.188.815,35	0,00	0,00	0,00	0,00	150.000,00	3.730.295,94
Jampou dos Goytacazes	21.384,29	48.102,03	344.894,75	11.839,71	176.725,99	1.685.008,67	0,00	0,00	0,00	0,00	150.000,00	2.652.450,34
Jarapebus	-	135,95	-	-	-	0,00	-	-	-	-	-	8.946,44
Conceição de Macabu	-	-	-	-	2.703,78	28.573,04	-	-	-	-	-	48.825,31
Itacaré	-	3.773,25	2.778,07	876,68	55.375,99	266.150,13	-	-	-	-	-	457.491,51
Quiteseamá	-	-	-	-	5.741,61	24.455,75	-	-	-	-	-	45.634,2
São Fidélis	-	1.990,88	-	-	-	82.644,62	-	-	-	-	-	141.594,38
São Francisco de Itabapoana	-	2.950,84	-	-	9.362,40	49.498,17	-	-	-	-	-	93.104,81
São João da Barra	-	944,86	-	-	10,30	32.464,98	-	-	-	-	-	82.248,71
Serrana	234.996,22	219.220,59	203.725,20	90,10	691.576,47	3.294.739,26	500.237,98	0,00	0,00	0,00	95.312,00	5.949.245,11
Som Jardim	-	2.911,58	-	-	1.769,64	39.280,33	-	-	-	-	-	73.368,0
Sachoeiras de Macacu	-	8.404,06	-	-	613,21	52.988,21	-	-	-	-	-	112.591,2
Canitaçáo	-	1.418,09	-	-	1.343,92	34.073,83	-	-	-	-	-	61.949,0
Carrio	-	42.899,45	212,10	-	29.367,18	178.982,04	-	-	-	-	-	265.314,3
Cordeiro	-	447,75	-	-	4.081,24	35.884,17	-	-	-	-	-	61.684,4
Duas Barras	-	3.453,47	-	-	45,37	12.334,53	-	-	-	-	-	27.368,3
Guapimirim	-	83,52	1.429,67	-	1.022,59	33.257,70	-	-	-	-	-	76.302,3
Macuco	-	195,19	-	-	-	0,00	-	-	-	-	-	6.784,2
Nova Friburgo	-	84.269,84	67.450,50	-	52.987,71	544.081,14	250.000,00	-	-	-	-	1.309.231,1
Petrópolis	-	1.309,42	15.636,60	-	386.409,50	1.698.045,92	250.237,98	-	-	-	-	2.630.223,5
Santa Maria Madalena	-	1.670,14	-	-	3.287,57	23.192,68	-	-	-	-	-	38.048,9
São José do Vale do Rio Preto	-	16.575,95	-	-	2.459,81	29.723,23	-	-	-	-	-	50.126,4
São Sebastião do Alto	-	424,02	516,09	90,10	19.044,88	24.564,45	-	-	-	-	-	53.586,2
Sumidouro	-	54.931,36	118.480,24	-	-	17.966,47	-	-	-	-	-	43.434,2
Teresópolis	-	226,76	-	-	66.585,92	550.287,22	-	-	-	-	-	1.002.087,6
Trajano de Moraes	-	-	-	-	2.557,94	21.257,35	-	-	-	-	-	37.160,8

NOTAS

1. A comunidade mundial, reunida em Alma-Ata, em 12 de setembro de 1978, realizou a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Como resultante deste encontro, idealizou-se a conhecida Declaração de Alma-Ata, na qual uma das principais metas dos governos seria “a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para essa meta seja atingida, ...”.

2. A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

3. A CIB é a integração de representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). A Bipartite também pode operar através de subcomissões regionais.

4. A Norma Operacional Básica (NOB)-SUS 01/96 estipula duas condições de gestão para municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

Dentre algumas das responsabilidades do primeiro modelo, citamos:

- a) Elaboração de programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus municípios, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência

interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

- e) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
- f) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- g) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.

Com relação ao segundo modelo, destacamos abaixo algumas de suas responsabilidades:

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
- d) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
- e) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal.
- f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo Teto Financeiro Global do Município.

- g) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.
- h) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

5. O Piso de Atenção Básica (PAB), criado a partir da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.121, de 06/03/98 (Diário Oficial nº 46, de 10/03/98, pág. 21), se divide em partes fixa e variável. A parte fixa é calculada com base no valor per capita – definido pelo Ministério da Saúde, com a concordância do Conselho Nacional de Saúde – e multiplicado pela população de cada município, fornecida pelo IBGE. O valor resultante será repassado de forma automática do Fundo de Saúde (federal ou estadual) ao Fundo de Saúde Municipal.

6. A Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), condição de gestão criada pela NOAS, definiu uma série de procedimentos assistenciais que deveriam ser instituídos por todos os municípios brasileiros, na tentativa de ampliar a oferta da atenção básica à população, com conseqüente impacto favorável sob as condições de saúde. O conjunto destes procedimentos, a serem ofertados pelos municípios qualificados no novo modelo de gestão, deveriam ser acrescidos àqueles já cobertos pelo Piso da Atenção Básica. Dentre as responsabilidades constantes desse modelo de gestão, citava-se:

- a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.
- b) Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.

- d) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível e atenção.
 - e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES.
 - f) Desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS.
 - g) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
 - h) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.
 - i) Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado.
- 7.
- a) Retratamento endodôntico em dente permanente uniradicular;
 - b) Tratamento endodôntico em dente decíduo uniradicular;
 - c) Retratamento endodôntico em dente decíduo uniradicular;
 - d) Tratamento endodôntico em dente permanente uniradicular;
 - e) Retratamento endodôntico em dente biradicular;
 - f) Tratamento endodôntico em dente permanente biradicular;
 - g) Retratamento endodôntico em dente permanente triradicular;
 - h) Tratamento de perfuração radicular;
 - i) Tratamento endodôntico em dente permanente triradicular;
 - j) Tratamento endodôntico em dente decíduo multiradicular;
 - k) Retratamento endodôntico em dente decíduo multiradicular;

- l) Radiografia peri-apical, interproximal (bite-wing);
- 8. Ácido úrico (dosagem sangüínea);
Bilirrubina total e frações (dosagem sangüínea);
Colesterol total (dosagem sangüínea);
Creatinina (dosagem sangüínea);
Fosfatase alcalina;
Glicose (dosagem sangüínea);
Potássio;
Sódio;
Transaminase oxalacética – TGO (aspartato amino transferase);
Transaminase pirúvica – TGP (alamina amino transferase);
Uréia (dosagem sangüínea);
Gama-glutamil transferase – gama gt;
Triglicerídeos;
Colesterol (LDL);
Colesterol (HDL);
Colesterol (VLDL);
Curva glicêmica – 2 dosagens – oral;
Curva glicêmica clássica 5 dosagens – oral;
Pesquisa de larvas (método de Baermann ou Rugai);
Pesquisa de oxiurus com coleta por swab anal;
Pesquisa de protozoários pelo método da hematoxilina férrica;
Pesquisa de sangue oculto nas fezes;
Parasitológico de fezes (métodos de concentração);
Parasitológico de fezes – coleta múltipla com líquido conservante;
Fator Rh (inclui du Fraco);
Grupo ABO – determinação;
Fração do hemograma – plaquetas – contagem;
Prova do laço;
Retração do coágulo;
Tempo de coagulação (Celite);
Tempo de coagulação (Lee White);

Tempo de sangramento (Duke);
Teste de falcização;
Tripanossoma – pesquisa;
Velocidade de hemossedimentação (VHS);
Hematócrito;
Dosagem de hemoglobina;
Eritrograma (eritrócitos, hemoglobina, hematócrito);
Tipagem sanguínea – grupo ABO fator Rh (inclui du Fraco);
Leucograma;
Tempo de sangramento de IVY;
Hemograma completo;
Coagulograma (tempo de sangramento, tempo de coagulação,
prova do laço, retração do coágulo e contagem de plaquetas);
Fator reumatóide, teste do látex;
Proteína reativa (pesquisa);
Toxoplasmose, HA;
Treponema pallidum, reação de hemaglutinação;
VDRL (inclusive quantitativo);
Citomegalovirus, EIE;
Rubéola, anticorpos IGG;
Rubéola, HA;
Pesquisa sorológica para anti-HBS (Elisa);
Pesquisa sorológica para anti-HCV (Elisa);
Toxoplasmose, IFI-IGG;
Toxoplasmose, IFI (IGM);
Anticorpos anti-HIV1 + HIV2 (Elisa);
Baciloscopia direta para pesquisa de BAAR (diagnóstico da
tuberculose);
Baciloscopia direta para pesquisa de BAAR (controle do
tratamento);
Baciloscopia direta para pesquisa de BAAR (diagnóstico da
hanseníase);
Bacterioscopia (por lâmina);
Exame a fresco;

- Secreção vaginal (bacterioscopia);
 - Secreção vaginal (exame a fresco);
 - Cultura para identificação de bactérias;
 - Cultura de urina com contagem de colônias;
 - Streptococcus beta – hemolítico do grupo A (pesquisa);
 - Antibiograma;
 - Elementos normais e sedimento da urina;
 - Fungos (exame direto);
 - Monília (exame direto);
- 9.** Crânio: PA + lateral;
- Seios da face: F.N. + M.N. + lateral;
 - Adenóides: lateral;
 - Coluna cervical: AP + LATERAL + T.O ou flexão;
 - Coluna dorsal: AP + lateral;
 - Coluna lombo-sacra;
 - Braço (Rx simples);
 - Antebraço (Rx simples);
 - Cotovelo (Rx simples);
 - Mão: duas incidências (Rx simples);
 - Punho: AP + lateral + oblíquos;
 - Coxa (Rx simples);
 - Perna (Rx simples);
 - Articulação tíbio-társica (Rx simples);
 - Calcâneo (Rx simples);
 - Joelho (Rx simples);
 - Pé ou pododáctilos (Rx simples);
 - Tórax (PA);
 - Tórax (PA e perfil);
 - Abdomen simples (AP);
- 10.** Ecografia ginecológica;
- Ecografia obstétrica;
- 11.** Atendimento a alterações motoras (fisioterapia por sessão);
- Alterações sensitivas (fisioterapia por sessão);

Reeducação ventilatória em doenças pulmonares;

12. A Comissão de Programação Pactuada e Integrada era composta por seis técnicos, sendo três deles representantes do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RJ) e outros três da Secretaria de Estado de Saúde (SES/RJ), que se reuniam quinzenalmente.

13. 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.

14. A Região da Costa Verde, recentemente criada, é formada pelos municípios de Itaguaí, Mangaratiba, Angra dos Reis e Paraty. Os dois últimos formavam, sozinhos, a extinta Região da Baía da Ilha Grande.

15. O cálculo do valor per capita demonstra uma variação de até 4.242% entre o município de São Francisco de Itabapoana (per capita mais baixo – R\$ 53,00) e o de Quissamã (per capita mais elevado – R\$ 2.301,00).

16. Os dados abordados neste tópico foram pesquisados em um estudo realizado pelo Tribunal de Contas do Rio de Janeiro (TCE/RJ), denominado Estudo Socioeconômico 2003, à exceção daqueles relativos à população, os quais foram extraídos do Censo Demográfico 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

17. 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, 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 conseqüente 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 a 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 sócio-econômicas da população e que são preponderantes na escala situacional que os mesmos ocupam no ranking estadual.

18. População jovem, para fins de análise sobre analfabetismo, é aquela compreendida entre 7 a 24 anos, segundo metodologia pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

19. População adulta, para fins de análise sobre analfabetismo, é aquela cuja faixa etária é superior a 25 anos, segundo metodologia pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

20. Conforme estipulado pelo Manual do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, a caracterização dos diversos tipos de unidade divide-se da seguinte forma:

- a) Unidade de Saúde da Família: Unidade pública específica para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam as diretrizes do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Quando a equipe funcionar em unidade não específica deverá ser informado o Serviço/Classificação.
- b) Posto de Saúde: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.
- c) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde: Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser

permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.

- d) Policlínica: Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.
- e) Clínica Especializada/Ambulatório Especializado: Clínica Especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. (Centro Psicossocial/Reabilitação etc..)
- f) Consultório: sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais de saúde de nível superior.
- g) Unidade Móvel Fluvial: Barco/navio, equipado, como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico.
- h) Unidade Terrestre Móvel: Veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente.
- i) Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência e Emergência: Veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde.(PTMS/GM 824, de 24/Jun/1999).
- j) Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia: Unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.
- k) Farmácia: unidade pública isolada para dispensação de medicamentos de alto custo/alta complexidade.
- l) Unidade de Vigilância Sanitária: Unidade Operacional estruturada em espaço físico próprio ou não, para desenvolvimento de ações relacionadas à Vigilância Sanitária.

- m) Centro de Parto Normal: Unidade intra-hospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico puerperal, conforme especificações da PT/MS 985/99.
- n) Hospital Dia: – Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.
- o) Pronto Socorro Geral: Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato. Podendo ter ou não internação.
- p) Pronto Socorro Especializado: Unidade destinada à prestação de assistência em uma ou mais especialidades, a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato
- q) Unidade Mista: Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina. Geralmente nível hierárquico 5.
- r) Hospital Geral: Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo Ter ou não SIPAC.
- s) Hospital Especializado: Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Podendo ter ou não SIPAC Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual.

21. Para análise da participação municipal na formação do Produto Interno Bruto regional não serão considerados os recursos oriundos da extração de petróleo e gás, computando apenas aquilo que foi produzido no próprio município.

22. Orçamento de Custeio e Capital é o valor do orçamento global de um determinado ano, deduzidos os valores para o pagamento de pessoal e de dívidas, interna e externa, e livre de gastos destinados ao saneamento básico. São os recursos que o Ministério tem à sua disposição, para financiar as ações e serviços de saúde.

23. Tabnet é um aplicativo desenvolvido pelo DATASUS, onde podem ser montadas tabelas definidas por quem consulta as diferentes bases de dados disponíveis relacionadas ao Sistema Único de Saúde.

24. O quantitativo numérico de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) destinado a cada município, mensalmente, é definido com base na NOB-SUS 01/91, que especifica ser o referente a 1/12 do montante de 8% da população municipal.

25. Outra observação interessante é o acréscimo dos valores dos bloqueios a partir do mês de junho do citado ano. Novamente houve interrupção do pagamento dos valores extrapolados do teto financeiro por parte do Gestor Municipal, a partir do citado mês, em decorrência do período eleitoral. A explicação para tal fato se dá pelas determinações da própria lei eleitoral, que impede a adoção de quaisquer práticas que possam angariar votos para determinado partido ou candidato três meses antes e três meses depois do pleito eleitoral e considerando que o Secretário de Saúde desincompatibilizou-se de seu cargo no mês de abril daquele ano para concorrer a uma vaga no Poder Legislativo, decidiu-se pela suspensão da prática em vigor, em atenção aos pareceres dos Procuradores do município que alertavam sobre a possibilidade de tal procedimento ser considerado motivo para um processo futuro movido por adversários políticos, o qual afetaria neste caso não apenas a pessoa do Secretário de Saúde, mas também ao candidato da situação ao Poder Executivo, em caso de vitória eleitoral.

26. A explicação para tal fato se encontra, conforme citado às páginas 125/126, pelo processo de faturamento realizado pela Secretaria de Estado de Saúde, em que as AIH's apresentadas passam por várias críticas analisando-se diversos aspectos. Naqueles casos em que se observam irregularidades há um bloqueio das respectivas internações, tendo como resultado uma diferença entre valores apresentados pelo município e valores autorizados para pagamento pelo setor competente da SES.

27. Considerados os leitos existentes aqueles contratados ao SUS, constantes do Tabnet em pesquisa feita no mês de fevereiro de 2005.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, Luiz Odorico M. de. SUS Passo a Passo: Gestão e Financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: UVA, 2001.
2. ARRETCHE, Marta T. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 1999.
3. ARRETCHE, Marta T. Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
4. BECK, Ulrich. O que é Globalização. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
5. BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e Democracia. In: Revista Lua Nova. São Paulo: CEDEC, n° 33, p. 7-16, 1994.
6. BONFIM, Regina Lúcia Dodds. Sistema Único de Saúde (SUS) – Organização e financiamento. 1ª edição. Rio de Janeiro: FGV Management – Cursos de Educação Continuada, 2002.
7. BRANDÃO, André Augusto. Os Novos Contornos da Pobreza Urbana. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
8. Brasil. Emenda Constitucional n° 29, 13/09/2000.
9. Brasil. Lei n° 10.216, 06/04/2001.
10. Brasil. Lei n° 6.229, 17/07/1975.
11. Brasil. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.
12. Brasil. Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
13. Brasil. Lei n° 10.216, de 06 de abril de 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna. Brasília, 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.101/GM, 12/06/2002.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à 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. 2ª edição. Brasília, 2002.

17. BRAVO, Maria Inês S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: Bravo, Maria Inês S. e Pereira, Potyara A. P. (organizadoras). Política social e democracia. 2ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
18. CARVALHO, Antônio Ivo. Política de Saúde e Organização Setorial do País. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz – Curso de Especialização à Distância.
19. CARVALHO, Guido Ivan de. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90). Campinas: Editora da UNICAMP, 2001.
20. CASTRO, Maria Helena G. de. Interesses, Organizações e Políticas Sociais. Cadernos de Pesquisa nº 14; Campinas: NEPP-UNICAMP, 1989.
21. COELHO, Maria Clélia Pinto. O Conselho Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes: gestão 1998/2000. Dissertação de mestrado, da Universidade Estadual do Norte Fluminense, 2003.
22. Constituição Federal Brasileira. 1988.
23. Controle, Regulação e Avaliação. Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde.
24. COSTA Sérgio. As cores de Ercília; esfera pública, democracia, configurações pós-nacionais. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.
25. COSTA, Jurandir Freire. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.
26. DAVANZO, Áurea Maria Queiroz e FONSECA, Rinaldo Barcia. Estudo para o regionalismo do SUS. In: Negri, Barjas e Viana, Ana Luíza d'Ávila (orgs). O Sistema único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime e Cealag, 2002.
27. DINIZ, Eli. Reformas Econômicas, Elites Empresariais e Democracia no Brasil. In: Kirchner, Ana Maria; Gomes, Eduardo R. e Cappellin, Paola (orgs). Empresa, Empresários e Globalização. Rio de Janeiro: Relume Damará: FAPERJ, 2002.
28. Documento CEBES, 1980.
29. Estudo socioeconômico 2003. Campos dos Goytacazes. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
30. Estudo socioeconômico 2003. Carapebus. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
31. Estudo socioeconômico 2003. Cardoso Moreira. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.

32. Estudo socioeconômico 2003. Conceição de Macabu. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
33. Estudo socioeconômico 2003. Macaé. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
34. Estudo socioeconômico 2003. Quissamã. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
35. Estudo socioeconômico 2003. São Fidélis. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
36. Estudo socioeconômico 2003. São Francisco de Itabapoana. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
37. Estudo socioeconômico 2003. São João da Barra. TCE/RJ. Secretaria Geral de Planejamento.
38. FARIA, Vilmar e CASTRO, M. Helena G. de. Política Social e Consolidação Democrática no Brasil. Cadernos de Pesquisa nº 10; Campinas: NEPP-UNICAMP, 1988.
39. FLEURY, Sônia. Estado sem Cidadãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
40. KRÜGER, Tânia Regina. “O desconhecimento da Reforma Sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde”. Item revisado do capítulo 2 “Do legal ao real: o processo de implementação do SUS”. Dissertação de mestrado: A estratégia conselhistas na área da saúde: a dicotomia entre o plano legal e o real. UDESC/SC, 1998.
41. LINDBLOM, Charles E. O Processo de Decisão Política. Trad. Sérgio Bath. Brasília: Ed. UNB, 1981.
42. LOBATO, Lenaura. Avaliação de Políticas Sociais: Notas Sobre Alguns Limites e Possíveis Desafios. Revista Trabalho, Educação e Saúde, 2004.
43. MACHADO, Cristiani V. Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências. In: Negri, Barjas e Viana, Ana Luíza d’Ávila (orgs). O Sistema único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime e Cealag, 2002.
44. MANSUR, Marília Coser. O Financiamento Federal da Saúde: Tendências da Década de 1990. Dissertação de Mestrado; Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
45. MENDES, Eugênio V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: Mendes, Eugênio V. (org). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

46. PESTANA, Marcus e MENDES, Eugênio V. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte, 2004.
47. Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2001/2004. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento.
48. Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes – 2004/2007.
49. SEIBEL, E. Cultura política e gestão pública: os limites político-administrativos para a efetivação de políticas públicas. Florianópolis, 1997.
50. SIMMEL, Georges. Sociologia. São Paulo: Ed. Ática, 1983.
51. SOUZA, Hércio de. A LDO e a Política Ambiental. Nota Técnica n° 62. Instituto de Estudos Socioeconômicos – INESC. Brasília: 2002.
52. SOUZA, Rosimary; MONNERAT, Gisele L.; SENNA, Mônica C. M.. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: Bravo, Maria Inês S. e Pereira, Potyara A. P. (organizadoras). Política social e democracia. 2ª edição. Rio de Janeiro: UERJ, 2002.
53. VIANA, Ana Luíza. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. Revista de Administração Pública, 1995.
54. VIANA, Ana Luíza; HEIMANN, Luíza; LIMA, Luciana; OLIVEIRA, Roberta; RODRIGUES, Sérgio. Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96. In: Negri, Barjas e Viana, Ana Luíza d'Ávila (orgs). O Sistema único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime e Cealag, 2002.
55. VIANNA, Maria Lúcia T. W. A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil: estratégias de bem estar e políticas públicas. Rio de Janeiro: Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.