

DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DA REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO NORTE FLUMINENSE

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

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

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

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

PALAVRAS-CHAVE: federalismo; regionalização; acesso; pactuação.

ABSTRACT: After the publication of the Operational Health Care Rule (NOAS), the regionalization plays an important role as a strategy to expand the access to the health services. In spite of the difficulty in operationalizing the Rule, the Health Ministry reasserted the choice of the regionalized model at the moment of editing the Pact for Health.

This study evaluates the impact of this model on the hospital care in Northern Region of the Rio de Janeiro State between the years 2002 and 2007, following the advances in the assistance to the population.

The worked methodological dimensions analyze the legislative instruments which coordinate the formation of the health regions, the supply of hospital beds, the programmed and realized number of hospital admissions and the aspects about the flotation.

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

KEYWORDS: federalism; regionalization; access; pact.

APRESENTAÇÃO

A compreensão dos desafios instituídos a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Brasileira de 1988 é o ponto de partida para a construção desta discussão.

Em um primeiro momento, acredita-se que os preceitos de equidade, universalidade e integralidade na assistência à saúde possam transformar o SUS em um modelo perfeito de proteção social, a ser implantado também por outras nações. No decorrer da abordagem observa-se que a sua criação se deu conjuntamente à própria redação da citada carta Magna, como forma de consolidar uma vitória na retomada das bases federativas e da democracia no Brasil. No entanto, não é

possível apagar o passado, nem o legado das políticas prévias, a despeito de todo o movimento social ocorrido.

Junto com o SUS adveio a necessidade de superar um modelo estrutural organizado pelos governos prévios, o qual se caracterizava pela centralização da gestão, priorização da medicina curativa e hospitalocêntrica concentração de serviços de saúde voltados para interesses políticos e econômicos, sem planejamento e/ou análises prévias quanto às necessidades loco regionais (FLEURY, 1994). Ao mesmo tempo em que era imperativo a assistência universal, integral e equânime, Cordeiro (1991) assinalava a dificuldade em organizar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada diante da herança de uma estrutura de grandes iniquidades espaciais na oferta de serviços de saúde.

Na tentativa de regular a operacionalização das ações, garantindo o acesso como direito de cidadania, a descentralização assumiu um papel fundamental. Esperava-se assim, minimizar os problemas motivados pela extensa área territorial do país, detentor de grandes variações nos seus padrões demográficos e epidemiológicos e com uma rede instalada de serviços de saúde extremamente heterogênea, carecendo de políticas que considerassem as especificidades regionais. Para tanto, a municipalização foi o caminho encontrado para se colocar em prática a estratégia da descentralização (OLIVEIRA, 2006). Houve a transferência de diversas unidades de saúde de instâncias governamentais distintas (estaduais e federais) para os municípios, os quais passaram a geri-las, conjuntamente às suas unidades próprias, contribuindo para a descentralização ocorrida na década de 90.

A avaliação do processo demonstrou a existência de dificuldades no acesso da população aos serviços de saúde. Isso se dava principalmente na assistência de média e alta complexidades. Identificava-se ainda, uma baixa resolutividade da atenção primária à saúde, responsável pela resolução dos problemas mais comuns da população. Parte disso, conforme alertado por Souza (2001) resulta da grande concentração de serviços especializados em poucos municípios ou ainda a completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

Assim, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) foi criada no sentido de promover uma maior equidade no acesso da população às

ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção, enfatizando o processo de regionalização e sendo capaz de organizar e distribuir adequadamente os serviços pelo território (VIANA et al, 2008).

Ao se publicar a NOAS, o Ministério da Saúde não só buscava um novo arranjo organizacional nos sistemas de saúde loco-regionais, mas também estimulava o processo de cooperação entre os gestores. Afinal, a regionalização prevê um planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, articulados entre si, para atendimento de populações definidas.

Segundo Souza (2002), após a publicação da NOAS, observou-se uma grande mobilização por parte dos gestores estaduais e municipais. Até o final de 2001, todos os estados já haviam esboçado os seus planos para operacionalizá-la, buscando uma organização da rede de serviços em prol da melhoria do acesso da população.

A despeito disso, efetivamente ela não foi implementada em nenhum local do Brasil (OLIVEIRA, 2006). Mendes (2004), ao opinar sobre o insucesso da Norma, afirma que não basta a criação de uma normativa para superar os problemas presentes no SUS. O ponto central não está nas normas, mas sim no dilema econômico.

Na tentativa de elucidar os problemas inerentes à não implementação da NOAS na Região Norte Fluminense, este estudo pesquisou alguns pontos considerados relevantes neste processo, quais sejam: diversidade entre os municípios envolvidos, formulação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), realocação de recursos financeiros e uma discussão sobre o cumprimento da Emenda Constitucional 29 no nível regional.

O aprendizado acumulado poderá auxiliar os enfrentamentos trazidos no Pacto pela Saúde editado em 2006, demonstrando a escolha do Ministério da Saúde pelo modelo regionalizado.

As dimensões metodológicas trabalhadas, partindo da abordagem teórica que discute a regionalização na vigência da autonomia dos entes subnacionais, perpassarão pela estrutura da oferta de serviços no âmbito loco-regional, os aspectos voltados às especificidades municipais e o cumprimento da Emenda Constitucional 29.

Na apresentação dos dados, o estudo se concentrou na assistência hospitalar. Fatores como capacidade instalada de leitos regionais, número programado e realizado de internações e tetos financeiros serão abordados.

O período pesquisado, 2002 a 2007, compreende o espaço temporal entre a edição da NOAS e o ano seguinte à publicação do Pacto pela Saúde. A intenção é acompanhar os avanços na assistência à população adscrita, o que, em última instância, avalia o ganho no acesso ao sistema de saúde.

O FEDERALISMO E A CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Alguns dos principais desafios na consolidação do SUS dizem respeito às tensões existentes entre a necessidade de se instituir um sistema único de saúde em um país de fortes disparidades regionais (parte também por herança histórica) e cujos estados e municípios são entes soberanos, dotados de autonomia tal qual a instância federal.

A estratégia da municipalização acontecia simultaneamente à retomada do federalismo na real acepção da palavra. Até então, apesar do nome República Federativa do Brasil, a ditadura militar, estruturara o país como um Estado centralizado e unitário. A esse respeito, Kugelmas e Sola (1999) fazem uma análise da história recente do federalismo no Brasil, identificando três períodos distintos: o primeiro deles de caráter fortemente centralizado, vigente no período ditatorial; o segundo, presente na década de 80, estimulava a descentralização como base para o novo modelo federalista defendido pela constituição; já o terceiro, presente na década de 90 e denominado federalismo predatório, caracterizava-se pela falta de cooperação entre os entes federativos e pela tendência à recentralização.

Na opinião de Souza (2002), os períodos distintos acima citados, se justificam em virtude do federalismo brasileiro ainda se encontrar em construção, permeado por tensões e conflitos na descentralização das políticas e na definição dos papéis das três esferas do governo. Não se pode esquecer, que a recuperação das bases do Estado federativo e a definição constitucional de autonomia também para os governos estaduais e municipais, trouxe mudanças significativas. A autoridade política, até então sob a égide do governo central, foi compartilhada pelos demais

níveis, sendo soberana por si só e independente das demais. Em virtude das inúmeras variações nas relações intergovernamentais é que Abrucio (2004) ressalta a complexidade envolvida entre o federalismo e a descentralização, perpassando por práticas de cooperação, competição, conflitos e acordos.

Segundo Souza (2001), o federalismo brasileiro busca um certo equilíbrio entre os governos subnacionais, marcados por expressivas desigualdades entre si. São tais desigualdades que interferem no nível de capacidade fiscal e administrativa dos entes federativos e que, conjuntamente à cultura cívica local, tornam-se fatores determinantes no processo de descentralização (ARRETCHE, 1999). Os diversos resultados alcançados após a implementação de políticas públicas, em especial na área da saúde, justificam-se em virtude das diferenças existentes no que se refere ao desenvolvimento político, econômico e social, na capacidade de arrecadação tributária e no porte. Exatamente por isso é que se consideram fundamentais as estratégias de indução implementadas pelos níveis de governo interessados em descentralizar, já que delas se espera a atuação na melhoria da qualidade da ação destes entes, superando os obstáculos estruturais presentes.

A despeito dos esforços para implementar a descentralização, no trabalho apresentado por Viana, Lima e Oliveira (2002) chamam a atenção as considerações feitas por Couto e Silva (1998), sobre a tendência à recentralização a partir de 1990. Os autores definem que a descentralização advinda com a Constituição Federal de 1988, baseava-se em alguns aspectos: autonomia dos governos estaduais nos campo fiscal, discriminação das receitas tributárias de cada nível de governo, aumento da participação dos governos subnacionais na carga tributária e a criação da Seguridade Social. No entanto, a partir da década de 1990, verificou-se uma inversão dessa tendência, em decorrência dos desequilíbrios financeiros dos governos subnacionais, motivados pela diminuição das transferências oriundas de tributos como Impostos de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), o que levou à perda de autonomia dos estados em razão do crescente endividamento.

Segundo Couto e Silva (1998), assiste-se no Brasil a uma frustração das políticas descentralizadoras, a exemplo da saúde e da educação. Dentre os motivos que podem explicar tal insucesso, encontram-se: a) os conflitos intergovernamentais

gerados pelo repasse de recursos escassos, interferindo negativamente nas perspectivas de cooperação entre gestores (necessária para garantir a atenção regionalizada, integral e hierárquica); b) a inexistência de definição acerca das ações e competências de cada esfera de governo no âmbito das políticas; c) a ausência de mecanismos que permitam a criação de propostas descentralizadoras variáveis, que respeitem as desigualdades locais e regionais e minimizem a variabilidade das capacidades financeiras e administrativas dos municípios, a fim de que os mesmos possam assumir responsabilidades semelhantes na gestão.

No caso da saúde, Viana, Lima e Oliveira (2002) chamam a atenção para o desafio de se instituir uma política descentralizadora em um país, a exemplo do Brasil, marcado por um histórico de falta de cultura participativa da sociedade, com uma frágil capacidade de regulação e marcado por conflitos constantes entre os entes federativos, que disputam recursos financeiros escassos. Isso acaba por dificultar a organização de pactos cooperativos e intergestores.

Estudos feitos por Banting e Corbett (2003) demonstraram que países federativos cuja autoridade se concentra no nível central e que foram capazes de desenvolver estratégias eficientes de coordenação entre os entes federais, assim como implementar sistemas de transferências interregionais, lograram uma redução nas variações existentes no acesso aos serviços de saúde entre regiões, assim como diminuíram os custos dos sistemas de saúde. Por isso mesmo, no caso de enfraquecimento do governo federal – resultando na dificuldade de instituir e difundir uma agenda em nível nacional – é possível que isso afete negativamente a implementação da política de saúde.

Especificamente no caso brasileiro, alguns autores concluem que há uma situação de certa ingovernabilidade, provocada pelas características presentes em nosso arranjo federativo e que levam ao enfraquecimento do poder central (ARRETCHE, 2002; ALMEIDA, 2001; STEPAN, 1999; KUGELMAS E SOLA, 1999 e ABRUCIO, 1998). Dentre razões abordadas, destacam-se: a autonomia garantida constitucionalmente aos governos subnacionais, os quais podem elaborar políticas próprias; a fragmentação do sistema partidário; a descentralização de recursos fiscais para estados e municípios; a ampla gama de competências instituídas aos demais entes federativos (LIMA, 2007).

Para estabelecer critérios de transferência de recursos para os municípios (novos atores estratégicos no processo de descentralização), que permitissem a eles disponibilizar serviços e prestar atendimento à saúde da população e, ao mesmo tempo, organizar a atuação das três esferas de governo no desempenho de suas funções gestoras, instituíram-se normas e portarias regulamentadoras. Após a promulgação das leis nº 8.080 e 8.142, ambas em 1990, editaram-se as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/91, 01/93 e a 96.

Aliás, diversos autores já discorreram sobre os problemas inerentes ao financiamento de nosso sistema de saúde e os impactos sobre a equidade e a assistência. Por exemplo, Artman e Rivera (2003) afirmam que a fragmentação do sistema de saúde evidenciada durante o processo de descentralização ocorrido na década de 90, associou-se muitas vezes a um maior grau de iniquidade em razão dos critérios de alocação de recursos financeiros, que privilegiavam os municípios mais populosos e com maior capacidade na rede instalada de serviços.

Os autores relatam que a lógica do financiamento atrelado à série histórica de produção perpetua a concentração de recursos nos lugares mais desenvolvidos. Esta lógica data do período do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a qual, por sua vez, foi transferida junto com o Órgão, ao Ministério da Saúde. Souza (2002) descreve que, em razão da primeira alocação de recursos ter se baseado na situação deixada pelo INAMPS, o que se viu foi uma significativa desigualdade na divisão de recursos entre os estados, privilegiando aqueles de maior capacidade instalada de serviços de saúde, construídos para atendimento da população previdenciária da época.

Assim, uma vez que a alocação de recursos financeiros baseia-se na série histórica do quantitativo de serviços produzidos, depreende-se que esta lógica contribui para a manutenção de iniquidades e inviabiliza a ampliação da rede de saúde de outros estados/municípios, em razão da insuficiência no financiamento (ARTMAN E RIVERA, 2003).

O percentual atual de recursos públicos destinados à Saúde é resultado de uma série de fatores ocorridos após a criação do Sistema de Seguridade Social, o qual abrange a Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Na verdade, junto às definições constitucionais sobre as fontes que compoem o Orçamento da

Seguridade Social (OSS) normatizou-se que as mesmas se constituiriam em um orçamento unificado. Posteriormente, por meio de lei complementar, dispôs-se que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social deveriam ser destinados ao SUS a partir de 2000. De fato, isso não aconteceu (UGÁ E PORTO, 2008).

Entre os motivos que contribuíram para tal fato, destacam-se, além da utilização de recursos para o custeio de atividades não relacionadas com a Seguridade Social (a exemplo do pagamento de Encargos Previdenciários da União – EPU), a premência da eliminação do déficit fiscal resultando em uma diminuição de percentual de recursos públicos destinados à provisão de políticas sociais (UGÁ E MARQUES, 2005). Assim, com propriedade, Lima (2007) enfatiza que a Seguridade serviu de instrumento de ajuste no processo de estabilização. Os recursos desvinculados da área social foram utilizados pela União, não só para amortizar as dívidas como também para desafogar as contas do Orçamento Fiscal com despesas previdenciárias próprias.

Por todos esses fatores, o que se verifica é que apenas 17% do orçamento é repassado, representando cerca de 5% da despesa total efetiva federal (UGÁ E MARQUES, 2005). Soma-se a isso a renúncia fiscal verificada no Estado Brasileiro (UGÁ, 1997), que também contribui negativamente para o financiamento da saúde.

Com a edição da Norma, tentou-se superar as significativas diversidades interregionais e intermunicipais, as quais não foram corrigidas com as Normas Operacionais Básicas anteriores. Campos e Brandão (2003) afirmam que as NOBs 93 e 96, ao ampliarem o nível de autonomia municipal sem criarem instrumentos que coordenassem a cooperação entre os entes subnacionais, acabaram por intensificar o conflito redistributivo existente entre os municípios menores – com rede assistencial insuficiente para atendimento à sua população – e aqueles com estruturas mais completas. Esta competição, segundo os autores, resultava em barreiras ao acesso dos usuários aos serviços de saúde do nível regional. Assim, propunha-se a organização de redes funcionais hierarquizadas, desenhadas a partir de acordos firmados entre os gestores públicos, representando um pacto negociado de garantia de acesso à população.

Segundo a NOAS, o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, no nível de complexidade necessário para a resolução de seus problemas, dar-se-ia

mediante fluxos de inter-relacionamento, garantindo a assistência e otimizando os recursos disponíveis.

Para assegurar o atendimento ao cidadão, instituiu-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que divide o território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acesso (SOUZA, 2001). É neste plano que constarão os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relações intermunicipais.

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

Aliás, com relação à PPI, vale a pena citar que ela já era recomendada na Norma Operacional Básica – NOB-SUS 96, a qual definia claramente a necessidade de negociação entre os gestores municipais, sempre que o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município (NOB-SUS/96). Assim, os recursos destinados ao pagamento dos atendimentos prestados entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços, ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos ao seu teto financeiro.

A NOAS, ao consolidar a PPI, normatiza os pactos entre os diversos gestores municipais de saúde visando a garantia do acesso da população aos serviços de média e alta complexidade e às internações hospitalares não disponíveis naquele determinado município, devendo ser disponibilizado 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. Neste sentido, utilizar-se-ão

critérios capazes de estimar as interações, bem como o nível de complexidade delas, diante dos fluxos de referência pré-definidos e acordados.

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE FLUMINENSE

A região é formada por oito municípios, divididos em duas microrregiões de saúde. Faz fronteira com o Estado do Espírito Santo e com as regiões Noroeste Fluminense, Serrana e Baixada Litorânea. A sua extensão territorial corresponde a 21% da área total do Estado.

Como é possível observar na tabela a seguir, Campos dos Goytacazes representa o município de maior contingente populacional e de extensão territorial da região, seguido por Macaé. Ambos ocupam a posição de pólo de saúde para as microrregiões nas quais estão inseridos, sendo que o primeiro município também ocupa o lugar de pólo da macrorregião.

O IDH-M¹, dentro do ranking estadual, traduz as grandes variações existentes entre os integrantes da Região. São Francisco de Itabapoana apresenta o maior contingente de pobres entre os oito municípios. Já Macaé é o que possui o menor número, sendo, inclusive, o único a apresentar uma proporção de pobres inferior à média estadual (Caderno de Informações em Saúde, 2009).

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

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

Fonte: Elaboração do autor com base em IBGE – População estimada 2008 e IDH-M/2000.

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

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 e a pesca. Algumas outras atividades também se faziam presentes, tais como: o cultivo de arroz, feijão, milho, frutas, mandioca, indústria de cerâmica e doces, além de beneficiamento e produção de derivados do leite (OLIVEIRA, 2006).

Nas duas últimas décadas, a produção de petróleo e gás natural na Bacia de Campos² impulsionou a economia da região. Como exemplo, cita-se o município de Macaé, que servindo como base de apoio à extração, vive um processo acelerado de crescimento. Tanto o seu PIB quanto sua arrecadação, ambos na avaliação per capita, alcançam um valor mais de duas vezes superior à média estadual (Estudo Socioeconômico TCE/RJ, 2003).

A indústria do petróleo não só trouxe desenvolvimento econômico para a região. Também ampliou as disparidades intermunicipais em razão de beneficiar significativamente mais uns municípios em detrimento de outros. A explicação para este fato se encontra na própria Lei nº 7.990, a qual define a compensação financeira para entes da Federação em virtude da exploração de recursos naturais localizados em seu território. Editada em 1989 e republicada em 1990, esta lei foi seguida pela de nº 9.478/97, que 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.

Conforme já abordado, as relevantes diferenças no montante de recursos financeiros repassados aos municípios, como resultado dos royalties e de participações especiais, acentuaram as disparidades interregionais, as quais puderam ser identificadas na tabela anterior, percebidas pelas condições socioeconômicas locais e mensuradas pelo IDH-M.

No primeiro semestre do ano 2000 começaram a ser pagas as participações especiais a Estados e municípios, gerando um grande crescimento das receitas de participações governamentais. O Estado do Rio de Janeiro foi bastante beneficiado pela lei e, em especial, a Bacia de Campos, que responde por aproximadamente 80% da produção nacional de petróleo e gás natural. No Estado, apenas cinco municípios foram contemplados: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Macaé,

Quissamã e Rio das Ostras. Os quatro primeiros são integrantes da Região Norte Fluminense, enquanto o último pertence à Baixada Litorânea.

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

Variável por ano	Município								
	Campos dos Goytacazes**	Carapebus*	Conceição de Macabu*	Macaé*	Quissamã*	São Fidélis**	São Francisco de Itabapoana**	São João da Barra**	
1999	População	405.374	8.511	18.718	129.686	13.394	36.730	41.076	27.580
	Valor corrente (R\$)	57.049.478,33	6.290.172,43	850.661,97	37.219.526,00	15.900.697,84	1.020.794,37	986.767,90	5.361.638,18
	Valor per capita (R\$)	140,73	739,05	45,45	287,00	1.187,17	27,79	24,02	194,40
2000	População	408.147	8.778	18.828	134.479	13.878	36.831	41.194	27.755
	Valor corrente (R\$)	157.870.442,17	10.692.436,23	1.655.384,56	90.351.754,70	32.271.214,42	1.986.461,48	1.920.246,11	12.263.029,70
	Valor per capita (R\$)	386,80	1.218,05	87,92	671,86	2.325,39	53,93	46,61	441,83
2001	População	410.938	9.054	18.939	139.449	14.379	36.933	41.312	27.931
	Valor corrente (R\$)	200.261.211,38	13.383.153,80	2.062.639,17	113.194.863,52	33.598.003,95	2.474.368,29	2.435.114,08	15.546.845,80
	Valor per capita (R\$)	487,33	1.478,15	108,91	811,73	2.336,57	67,00	58,94	556,61
2002	População	413.749	9.338	19.050	144.603	14.899	37.035	41.430	28.108
	Valor corrente (R\$)	348.260.944,92	20.370.812,17	2.885.456,36	194.061.125,21	48.529.278,63	3.462.626,93	3.578.242,92	5.125.955,15
	Valor per capita (R\$)	841,72	2.181,43	151,47	1.342,03	3.257,27	93,50	86,37	182,36
2003	População	416.580	9.631	19.162	149.947	15.437	37.138	41.549	28.287
	Valor corrente (R\$)	475.182.177,54	24.245.167,22	3.765.757,31	256.136.554,11	63.064.726,98	4.518.908,78	4.669.539,09	30.695.016,17
	Valor per capita (R\$)	1.140,68	2.517,28	196,52	1.708,18	4.085,28	121,68	112,39	1.085,15
2004	População	419.429	9.934	19.275	155.489	15.995	37.240	41.668	28.466
	Valor corrente (R\$)	549.607.310,98	23.889.909,09	3.195.219,81	293.831.875,82	66.083.508,29	3.834.263,79	3.962.072,55	38.452.755,73
	Valor per capita (R\$)	1.310,37	2.404,89	165,77	1.889,73	4.131,55	102,96	95,09	1.350,83
2005	População	422.298	10.246	19.389	161.235	16.573	37.343	41.787	28.646
	Valor corrente (R\$)	678.425.571,67	27.959.213,68	3.754.253,87	346.291.967,80	72.982.583,90	4.505.104,66	4.655.274,81	44.611.137,74
	Valor per capita (R\$)	1.606,51	2.728,84	193,63	2.147,74	4.403,76	120,64	111,40	1.557,30
2006	População	425.187	10.568	19.503	167.194	17.172	37.447	41.907	28.828
	Valor corrente (R\$)	852.565.850,92	33.076.809,90	4.163.214,31	408.416.988,96	91.565.639,24	4.995.857,27	5.162.385,87	54.963.765,14
	Valor per capita (R\$)	2.005,16	3.130,04	213,47	2.442,77	5.332,38	133,41	123,19	1.906,60
2007	População	428.095	10.899	19.618	173.373	17.792	37.550	42.027	29.011
	Valor corrente (R\$)	780.099.183,21	28.447.909,09	3.337.859,89	353.801.517,16	124.388.669,93	4.005.431,99	4.138.946,44	45.948.760,90
	Valor per capita (R\$)	1.822,26	2.610,06	170,15	2.040,69	6.991,24	106,67	98,48	1.583,84
2008	População	431.023	11.242	19.733	179.781	18.435	37.654	42.147	29.195
	Valor corrente (R\$)	1.168.608.263,49	35.326.724,96	4.742.815,06	501.680.924,82	146.634.654,42	5.691.378,12	5.881.090,71	161.427.752,79
	Valor per capita (R\$)	2.711,24	3.142,51	240,35	2.790,52	7.954,16	151,15	139,54	5.529,29
2009	População	433.972	11.595	19.849	186.425	19.101	37.758	42.268	29.380
	Valor corrente (R\$)	938.458.487,36	22.745.005,61	3.760.509,26	365.247.504,11	90.926.791,95	4.512.611,36	4.663.031,80	168.329.125,44
	Valor per capita (R\$)	2.162,49	1.961,70	189,45	1.959,22	4.760,30	119,51	110,32	5.729,34

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

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

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

Em destaque se encontra o município de São João da Barra, cujo valor per capita mais do que triplicou nos anos de 2008 e 2009, quando comparado ao ano de 2007. Por outro lado, ressalva deve ser feita ao valor observado no ano de 2002, justificado pelo afundamento da plataforma da Petrobras P-36, noticiado nacionalmente pelos meios de comunicação e que era a principal fonte resultante dos repasses de royalties e de participações especiais para o mencionado município.

A tabela 3 demonstra a significativa dependência dos municípios para com estes recursos, a qual pode ser percebida pelo percentual dos mesmos junto à receita total municipal (que compreende as Receitas Tributárias Próprias³, as Receitas de Transferências Estaduais⁴ e as Receitas de Transferência da União⁵).

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

Tabela 3 – Relação percentual de recursos de royalties e participações especiais sobre receita total. Ano 1999 a 2008, por município da Região Norte Fluminense.

Variável por ano	Campos dos Goytacazes**	Carapebus*	Conceição de Macabu*	Macaé*	Quissamã*	São Fidélis**	São Francisco de Itabapoana**	São João da Barra**
1999	Receita total	155.631	13.983	8.493	92.774	31.285	14.169	18.564
	Royalties e P.E.	57.049	6.290	850	37.219	15.900	3.020	5.361
	Percentual	36,66	44,98	10,01	40,12	50,82	21,31	28,88
2000	Receita total	271.636	21.492	11.142	162.905	53.528	17.971	28.330
	Royalties e P.E.	157.870	10.692	1.655	90.351	32.271	1.986	12.263
	Percentual	58,12	49,75	14,85	55,46	60,29	11,05	43,29
2001	Receita total	381.115	26.273	15.187	229.711	69.789	27.859	36.754
	Royalties e P.E.	200.261	13.383	2.062	113.194	33.598	2.474	15.546
	Percentual	52,55	50,94	13,58	49,28	48,14	8,88	42,30
2002	Receita total	524.123	38.332	20.217	343.006	93.275	29.942	26.945
	Royalties e P.E.	348.260	20.370	2.885	194.061	48.529	3.462	5.125
	Percentual	66,45	53,14	14,27	56,58	52,03	11,56	19,02
2003	Receita total	725.561	42.469	18.568	513.101	122.746	24.023	55.150
	Royalties e P.E.	475.182	24.245	3.765	256.136	63.064	4.518	30.695
	Percentual	65,49	57,09	20,28	49,92	51,38	18,81	55,66
2004	Receita total	759.447	43.345	18.514	536.166	119.976	28.819	64.035
	Royalties e P.E.	549.607	23.889	3.195	293.831	66.083	3.834	38.452
	Percentual	72,37	55,11	17,26	54,80	55,08	13,30	60,05
2005	Receita total	940.690	47.580	21.411	626.441	122.579	31.561	71.473
	Royalties e P.E.	678.425	27.959	3.754	346.291	72.982	4.505	44.611
	Percentual	72,12	58,76	17,53	55,28	59,54	14,27	62,42
2006	Receita total	1.166.672	53.720	23.723	742.653	135.814	38.920	83.292
	Royalties e P.E.	852.565	33.076	4.163	408.416	91.565	4.995	54.963
	Percentual	73,08	61,57	17,55	54,99	67,42	12,83	65,99
2007	Receita total	1.220.953	51.827	27.617	885.570	187.625	39.911	89.634
	Royalties e P.E.	780.099	28.447	3.337	353.801	124.388	4.005	45.948
	Percentual	63,89	54,89	12,08	39,95	66,30	10,03	51,26
2008	Receita total	1.672.261	65.044	34.927	1.150.732	227.329	50.140	198.382
	Royalties e P.E.	1.168.608	35.326	4.742	501.680	146.634	5.691	161.427
	Percentual	69,88	54,31	13,58	43,60	64,50	11,35	81,37

Fonte: Elaboração do autor com base em Estudo Socioeconômico dos Municípios. TCE/RJ.

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

Outra abordagem trata do Índice de Qualidade dos Municípios (IQM) – Carências⁶, também disponibilizado pela Fundação Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro – CIDE (2001). Enquanto Macaé e Campos dos Goytacazes ocupam as últimas posições no ranking estadual – revelando baixa porcentagem de carências – Carapebus e São Francisco de Itabapoana ocuparam, respectivamente, a 8ª e 16ª posição dentre os municípios mais carentes do Estado. Neste caso, vale lembrar o valor per capita significativo recebido pelo município de Carapebus e que, a princípio, não se reflete nas condições de vida da população.

Em seu trabalho, Pacheco (2005) externa a preocupação com relação ao uso dos recursos dos royalties e de participações especiais. Segundo ele, uma vez que a exploração do petróleo na região tem um prazo de duração limitado, há que se atrelar sua aplicação em investimentos voltados para diversificação da base econômica produtiva, a fim de que possam beneficiar não só a geração presente, mas também às futuras. No que se refere à aplicação dos recursos, a única restrição é a de que não sejam utilizados em pagamento de pessoal e quitação de dívidas, salvo aquelas realizadas com a União.

A preocupação do autor é bastante pertinente, se considerarmos que já no ano de 2003, dos oito municípios da região, cinco deles possuíam mais da metade da sua receita composta pelos recursos oriundos do petróleo (tabela 3).

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

Como mencionado, após a publicação da NOAS, observou-se uma grande mobilização por parte dos gestores estaduais e municipais.

No caso do Rio de Janeiro, em decorrência do grande contingente populacional de seus noventa e dois municípios e da necessidade de organizá-los em regiões, microrregiões e módulos assistenciais⁷, no mês de julho de 2001 foram realizadas as Oficinas Descentralizadas de Planejamento da Regionalização da Assistência à Saúde nas nove regiões do Estado. Os trabalhos se dividiram em dois grupos; um deles discutia sobre a atenção

básica, enquanto o outro avaliava a regionalização da média e alta complexidades, assim como a conformação dos módulos assistenciais.

A partir da identificação das principais dificuldades, estas oficinas buscaram a formulação de 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 constituiu-se no Plano Estratégico Regional, que serviu de base para a construção do Plano Diretor de Regionalização, cuja vigência era de 2001 a 2004. Neste PDR, além do planejamento organizacional da estrutura de saúde vigente, estavam presentes projeções relacionadas a mudanças estruturais necessárias para proporcionar uma ampliação ou otimização do acesso do usuário aos serviços de saúde.

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

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

Os dados apresentados se referem ao ano de 2005, já que informações anteriores sobre capacidade instalada de serviços não se encontram disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A tabela 4 demonstra a realidade dos leitos hospitalares disponíveis ao SUS na Microrregião I, vigente no mês de dezembro.

Dentre os municípios da Microrregião Norte I, composta por Carapebus, Macaé, Quissamã e Conceição de Macabu, este último possui a menor receita per capita, mantendo significativa distância para os demais (já que não se beneficia das transferências relativas à participação especial). No entanto, a análise do número de leitos recomendados e disponíveis ao SUS demonstra que ele é o único a apresentar uma relação positiva entre os leitos. Isso ocorre às custas das principais clínicas básicas (médica, obstétrica e pediátrica), havendo déficit de apenas um leito na clínica cirúrgica.

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

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

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

Já a Microrregião Norte II, conforme tabela 5, é composta por quatro municípios: Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra.

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

Tabela 4 – Número recomendado de leitos hospitalares, número de leitos disponíveis ao SUS, segundo especialidade, por município da Microrregião Norte I. Período: dez/2005.

Leitos por clínica	Município														
	Carapebus			Conceição de Macabu			Macaé			Quissamã			Total		
	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif
Clínica cirúrgica	5	0	-5	9	8	-1	70	44	-26	7	7	0	91	59	-32
Clínica médica	8	0	-8	16	32	+16	126	84	-42	13	16	+3	163	132	-31
Clínica obstétrica	3	0	-3	6	13	+7	45	21	-24	5	5	0	59	39	-20
Clínica pediátrica	4	0	-4	8	18	+10	66	37	-29	7	5	-2	85	60	-25
Psiquiatria	5	0	-5	9	0	-9	72	0	-72	7	1	-6	93	1	-92
Psiquiatria – hospital/dia	1	0	-1	2	0	-2	13	0	-13	1	0	-1	17	0	-17
Outros	5	0	-5	8	0	-8	63	1	-62	6	1	-5	82	2	-80
Leitos totais	30	0	-30	56	71	15	442	187	-255	45	35	-10	573	293	-280

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

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

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

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

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

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

Apesar de Campos dos Goytacazes dispor, como já foi dito, de uma situação favorável no número de leitos existentes e disponíveis ao SUS e conseguir suprir a deficiência de leitos verificada em sua microrregião, ele não comporta o atendimento da demanda identificada na Microrregião Norte I, a qual não é suprida pelo pólo Macaé.

O Caderno de Informações em Saúde 2009 – disponível no site da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) – descreve a realidade loco-regional e agrupa dados importantes para a discussão sobre a regionalização no Estado. Neste registra-se que, no ano de 2008, a Região Norte apresentava um quantitativo de leitos gerais SUS (excetuando-se os leitos de psiquiatria, leitos crônicos e hospital-dia) inferior aos parâmetros da Portaria 1.101, sendo que apenas três municípios atingiam tal parâmetro para leitos gerais: São Fidélis, Conceição de Macabu e Quissamã.

Tabela 5 – Número recomendado de leitos hospitalares, número de leitos disponíveis ao SUS, segundo especialidade, por município da Microrregião Norte II.
Período: dez/2005.

Leitos por clínica	Município														
	Campos dos Goytacazes			São Fidélis			São Francisco de Itabapoana			São João da Barra			Total		
	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif	QR	QD	Dif
Clínica cirúrgica	192	330	+138	17	45	+28	21	9	-12	13	12	-1	243	396	+153
Clínica médica	343	426	+83	31	74	+43	37	19	-18	23	14	-9	434	533	+99
Clínica obstétrica	121	109	-12	11	30	+19	13	12	-1	8	10	+2	153	161	+8
Clínica pediátrica	180	211	+31	16	24	+8	19	4	-15	12	10	-2	227	249	+22
Psiquiatria	196	244	+48	18	0	-18	21	0	-21	13	1	-12	248	245	-3
Outros	173	112	-61	16	3	-13	20	1	-19	11	1	-10	220	117	103
Leitos totais	1.205	1.432	227	109	176	67	131	45	-86	80	48	-32	1.525	1.701	+176

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

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

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

Notadamente, o documento revela que ao se aplicar o cálculo da necessidade de leitos de UTI – como sendo de 4 a 10% do número de leitos gerais – teoricamente não haveria carência na região. Tal afirmativa tem respaldo, utilizando a base de cálculo de 4% (percentual mínimo) e comparando-a aos 84 leitos cadastrados, uma vez que a necessidade seria de 79 leitos.

Com relação aos leitos gerais do município de Campos dos Goytacazes há, no ano de 2008, um quantitativo um pouco aquém do recomendado, embora com relação aos de UTI exista uma concentração de 91,7% de todos aqueles existentes na região. Seguramente este montante seria suficiente para atendimento de sua própria demanda.

Diante dessa colocação, efetuou-se um comparativo entre o quantitativo de leitos registrados no CNES em dezembro/2008 com aqueles existentes no mesmo mês de 2005. Os números acusam uma diminuição no quantitativo disponível ao SUS na Microrregião Norte II, principalmente às custas dos municípios de Campos dos Goytacazes e São Fidélis. Enquanto no primeiro houve uma diminuição de 133, o segundo apresentou uma queda de 72 leitos. São João da Barra, que já apresentava déficit em praticamente todas as clínicas, desativou os seus 10 leitos de pediatria. Com isso, a Região, que em 2005 apresentava um saldo positivo de 176 leitos, em 2008 totalizava um déficit de 53.

REALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

O impacto negativo gerado pela insuficiência de leitos afeta todo o Norte Fluminense haja vista uma maior dificuldade em suprir a demanda da Microrregião Norte I, cuja capacidade deficitária instalada mantém-se inalterada entre os anos avaliados. Esta constatação demonstra que não houve mudanças positivas na rede de saúde, apesar do modelo proposto na regionalização prever um planejamento adequado da rede assistencial, que possa suprir as demandas da população referenciada e cujas alterações fossem previstas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e no de Investimentos (PDI).

Um motivo que, possivelmente, interferiu na manutenção da condição deficitária dos leitos da Microrregião Norte I e na diminuição dos existentes na Norte II foi a impossibilidade de reajustes reais nos tetos financeiros municipais destinados ao custeio da atenção hospitalar. O resultado impactou negativamente a implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) na região.

É fato que durante a organização do PDR 2001/2004, a fim de garantir o acesso da população aos serviços de média e alta complexidades não existentes em diversos municípios, concomitantemente se buscou a consolidação da PPI. Para acelerar o processo, instituiu-se a Comissão de Programação Pactuada e Integrada em nível estadual⁸, 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 implementação 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 (OLIVEIRA, 2006).

A metodologia de trabalho pautava-se em duas vertentes:

a) A revisão do teto financeiro global do Estado → Após a análise do quantitativo de serviços necessários para a assistência à saúde da população, quer seja esta no âmbito ambulatorial ou hospitalar, e com base em cálculos de parâmetros ideais de cobertura, a comissão de PPI aprovou uma proposta que integrava o quantitativo físico calculado com o quantitativo populacional de cada município, conformando assim o teto financeiro 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.

Todavia, os acréscimos necessários ao cumprimento da nova programação não foram concedidos e também não havia perspectiva de aumento a curto e médio prazo. Em decorrência desta constatação, a equipe

teve que se dedicar à segunda vertente. Efetivamente, esta foi a única possível de ser implementada. Consistia em:

b) 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, mas sim identificados no momento da consolidação do faturamento de cada município. Em especial no caso das internações hospitalares, as migrações registrar-se-iam mediante a apresentação de séries numéricas diferenciadas, específicas e individualizadas por ente federativo.

Em virtude da situação de recursos limitados para o Estado, os trabalhos se fixaram apenas no âmbito da assistência ambulatorial. Efetuaram-se realocações de acordo com os pactos de referências dos procedimentos ambulatoriais que os municípios não realizavam.

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

A proposta final aprovou um cronograma de revisões quadrimestrais de pactuação intermunicipal e definiu os novos tetos financeiros, apenas para a assistência ambulatorial. No caso das internações hospitalares, não foi possível formular uma PPI, pois para tanto seria necessário um aumento do teto financeiro estadual destinado à atenção hospitalar, fato este que não ocorreu.

Refletindo sobre a proposta da regionalização e o papel das redes de saúde na atenção à população adscrita, é importante saber se o acesso à internação teve alguma melhora.

Como não se encontram dados disponíveis nos sistemas de informação sobre demanda reprimida ou não atendida quando da busca pelo serviço de saúde, propõe-se um cálculo para análise. A metodologia utilizada para avaliar se o quantitativo necessário de internações hospitalares foi atendido a partir da regionalização, seguiu os seguintes passos: a) identificação do quantitativo populacional, por município, nos anos de 2002, 2005 e 2007; b) identificação da população usuária de planos de saúde, por município e por ano, através da consulta à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Este quantitativo será subtraído da população total do município e o resultado final, utilizado

como valor de referência a ser atendido pela rede SUS; c) adotado o percentual de 8% sobre o total da população sem plano de saúde, como cálculo da necessidade de internações/ano, já que a Portaria 1.101 do Ministério da Saúde utiliza como parâmetro os percentuais compreendidos entre 7 a 9%; d) uma vez identificado o quantitativo programado de internações, faz-se um comparativo com o montante existente na base do SIH, referente às internações pagas pelo Ministério da Saúde para municípios da região. Para isso pesquisou-se o histórico das internações de residentes, por município, da Região Norte, independente do local de ocorrência das internações; e) o registro da diferença se deu através do percentual positivo (no caso das internações realizadas serem em maior número do que as programadas) ou negativo (quando as internações realizadas ficaram aquém do quantitativo programado para a população).

A tabela 6 demonstra nos anos de 2002, 2005 e 2007 as informações já mencionadas. Para o cálculo do número de beneficiários de planos de saúde, utilizou-se a média dos quatro meses informados pela ANS para cada ano, a saber: março, junho, setembro e dezembro.

Tabela 6 – População total e com plano de saúde, quantitativo de internações, internações programadas e realizadas por município – Microrregiões Norte I e II. Anos: 2002, 2005 e 2007.

	Ano	Microrregião Norte I				Microrregião Norte II			
		Carapebus	Conceição de Macabu	Macaé	Quissamã	Campos dos Goytacazes	São Fidélis	São Francisco de Itabapoana	São J. B.
População (IBGE)	2002	9.338	19.050	144.603	14.899	413.749	37.035	41.430	28.000
	2005	10.246	19.389	161.235	16.573	422.298	37.343	41.787	28.000
	2007	10.899	19.618	173.373	17.792	428.095	37.550	42.027	29.000
Média do número de beneficiários de planos de saúde	2002	339	1.463	52.543	504	47.086	2.113	412	1.000
	2005	674	2.349	79.568	820	61.454	2.542	536	1.000
	2007	1.040	2.853	99.116	1.280	78.690	2.954	972	1.000
Quantidade estimada de internação/ano (8% da população)	2002	720	1.407	7.365	1.152	29.333	2.794	3.281	2.000
	2005	766	1.363	6.533	1.260	28.868	2.784	3.300	2.000
	2007	789	1.341	5.941	1.321	27.952	2.768	3.284	2.000
Quantitativo de internações registradas no SIH de municípios da Região Norte	2002	222	1.424	7.466	978	30.251	3.324	2.612	2.000
	2005	162	1.420	4.656	932	30.695	3.128	2.040	1.000
	2007	266	1.019	6.496	1.196	30.347	3.254	2.055	1.000
Diferença percentual	2002	-69,16	+1,21	+1,37	-15,1	+3,13	+18,97	-20,39	-3,00
	2005	-78,85	+4,19	-28,73	-26,03	+6,33	+12,36	-38,18	-2,00
	2007	-66,28	-24,01	+9,35	-9,46	+8,57	+17,56	-37,42	-1,00

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

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

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

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

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

Apesar do número de leitos hospitalares da Microrregião Norte II ser superior ao recomendado, graças à capacidade instalada de Campos dos Goytacazes, o quantitativo de internações hospitalares ficou aquém do programado. Possivelmente porque, diante da necessidade de suprir o déficit existente na Norte I, além de dar assistência à sua própria clientela adscrita, o pólo não consegue atender toda a demanda. Mesmo porque, não foi planejado para tal. Sobrepõe-se a tal fato, a insuficiência de recursos financeiros para custeio das internações, fato que será abordado a posteriori.

Campos dos Goytacazes e São Fidélis foram os únicos, em ambos os anos, em que o quantitativo realizado foi maior do que o programado. Déficits significativos foram identificados, como os do município de Carapebus e o de São Francisco de Itabapoana, suscitando preocupação sobre a situação do contingente da população que não obtém acesso aos serviços de saúde.

No caso de Conceição de Macabu, a avaliação do período mostrou um percentual positivo nos anos de 2002 e 2005, tornando-se negativo em 2007, a despeito do aumento do número médio de beneficiários usuários de planos de saúde. Se esta clientela aumenta, menor será o número de pessoas a se utilizarem das internações hospitalares do SUS. Mesmo assim, houve um déficit entre o quantitativo de internações estimadas para a população SUS/dependente e o quantitativo efetivamente realizado.

Entre os oito municípios da região, cinco deles apresentaram situação semelhante no ano de 2007: houve menos internações do que o esperado. Os que não se enquadraram nessa realidade foram Campos dos Goytacazes, São Fidélis e Macaé.

As dificuldades no acesso à internação hospitalar assumem proporções diferenciadas, de acordo com o município avaliado. Informações colhidas indicam a existência de um sistema alternativo para a solução dos problemas identificados. Trata-se do custeio de internações na rede privada, utilizando-se de recursos municipais próprios para pagamento. Isso justificaria o fato delas não aparecerem no sistema do SUS e ao mesmo tempo de não se ter notícias locais a respeito de grande mobilização da população por atendimento hospitalar.

Essa situação, no entanto, gera dúvidas: qual o critério de escolha para autorizar uma internação na rede privada? Como se define qual a unidade privada que receberá o usuário? O Conselho de Saúde é participado desse fluxo?

A tabela abaixo foi organizada a partir da coleta de dados do ano de 2007, no qual avaliou-se o montante de royalties per capita recebido por cada município e a despesa total com saúde por habitante. Dentro dessa despesa, assinala-se ainda a participação com serviços de terceiros – pessoa jurídica.

Dos municípios da Microrregião Norte I, os valores mais elevados de royalties também correspondem, proporcionalmente, às maiores despesas com saúde por habitante. Outrossim, os elevados percentuais destinados ao pagamento de despesas com serviços de terceiros observados nos municípios de Carapebus e Quissamã, sugerem que o déficit percebido no quantitativo de internações realizadas, na realidade são compensados na rede privada de saúde.

Tabela 7 – Valor de royalties e despesa total com saúde por habitante. Percentual de despesas com serviços de terceiros – pessoa jurídica, sob o total de despesas com saúde. Por município. Ano 2007.

Município	Valor de royalties per capita (em reais)	Despesa total com saúde por habitante (em reais)	Percentual de despesas com serviços de terceiros – pessoa jurídica
Campos dos Goytacazes **	1.822,26	258,30	21,95
Carapebus *	2.610,06	1.321,42	23,34
Conceição de Macabu *	170,15	288,14	3,19
Macaé *	2.040,69	702,06	9,62
Quissamã *	6.991,24	1.908,28	42,95
São Fidélis **	106,67	144,07	27,07
São Francisco de Itabapoana **	98,48	204,15	6,93
São João da Barra **	1.583,84	648,77	4,31

Fonte: Elaboração do autor com base em InfoRoyalties, a partir da Agência Nacional do Petróleo.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS/ Ministério da Saúde

* Municípios integrantes da Microrregião Norte I

** Municípios integrantes da Microrregião Norte II

Conceição de Macabu, por sua vez, apresenta além do menor valor de royalties, também a menor despesa com saúde por habitante. Como enfrenta um déficit de internações hospitalares identificado no ano de 2007, provavelmente uma parcela da população não consegue acessar o sistema de saúde, tanto junto ao SUS, quanto na rede privada.

Macaé dispende valores menores do que Quissamã e Carapebus com saúde. Também é menor o percentual destinado a serviços de terceiros. É provável que a população seja em sua maior parcela atendida na rede SUS do próprio município ou referenciada para outros municípios que detenham serviços de maior nível de complexidade. Importante ressaltar que apesar da insuficiência de leitos para atendimento à clientela SUS (demonstrada na tabela 4), isso não cria uma situação de gravidade, já que mais de 50% da população do município possui plano de saúde, utilizando-se da rede conveniada para internações.

A Microrregião Norte II é basicamente dividida em dois grupos. O primeiro deles inclui Campos dos Goytacazes e São Fidélis. Ambos apresentaram, nos três anos da pesquisa, situação favorável (na avaliação quantitativa) no quadro de internações hospitalares. Nota-se que, independente do quantitativo recebido de royalties, os recursos destinados às despesas com saúde, por habitante, são baixas quando comparadas aos demais municípios. Provavelmente porque possuem uma boa rede de serviços de saúde, credenciados ao SUS, que dá conta de boa parte do atendimento.

No quesito leitos hospitalares, a situação para ambos se apresenta equivalente, já que possuem a melhor relação de leitos existentes x leitos recomendados. Mesmo assim, também quando é feito um comparativo com São Francisco de Itabapoana e com São João da Barra, os percentuais de recursos destinados a serviços de terceiros induzem ao pensamento de que ainda há a necessidade de se efetuar pagamentos fora da rede conveniada ao SUS.

O segundo grupo, formado por São João da Barra e São Francisco de Itabapoana, caracteriza-se pelo percentual negativo entre internações realizadas x internações programadas, pelo déficit significativo de leitos hospitalares (segundo recomendações da Portaria 1.101) e pelo baixo percentual aplicado em despesas com serviços de terceiros. Os aspectos descritos apontam para problemas de acesso da população em nível local.

Percebe-se que, a despeito da formação de duas microrregiões de saúde, não se solucionou o problema da rede instalada de leitos hospitalares na Microrregião I (identificada desde 2002).

A dificuldade de acesso em uma microrregião acaba por sobrecarregar o município de Campos dos Goytacazes, que, além de ser a sede da Microrregião Norte II, também é o pólo da macrorregião. Os dados demonstram que ele não dá conta de resolver o problema da demanda regional (medida pela diferença entre as internações programadas e aquelas realizadas).

Alguns municípios, principalmente São Francisco de Itabapoana e São João da Barra, apesar de disporem de uma unidade hospitalar instalada, apresentam graves problemas locais, que dificultam o acesso da população ao serviço e que resultam na transferência dos pacientes para outros municípios (principalmente Campos dos Goytacazes). Os dados apresentados no Caderno de Informações em Saúde (SESDEC, 2009) apontam que mais de 50% das internações de ambos ocorrem fora do local de residência.

Diante da realidade exposta e das dificuldades de alguns municípios em viabilizar internações hospitalares para seus pacientes, a provável solução encontrada foi custear o atendimento na rede assistencial privada. No entanto, não se dispõe de dados objetivos e reais, já que não há registros nos sistemas de informação do SUS.

O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29 NO NÍVEL REGIONAL

Mendes (2004), conforme já citado, acredita que um dos motivos do insucesso na implantação da NOAS se encontra no dilema econômico presente no SUS.

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

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

Uma nova tentativa para resolver os problemas financeiros do setor, buscando uma estabilidade orçamentária, foi a aprovação da EC 29 em 13 de setembro de 2000. Em seu próprio texto tornava-se clara a intenção de assegurar os recursos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde, estabelecendo os percentuais mínimos de participação de cada ente federativo, quais as fontes de recursos da União a serem destinadas e as formas de fiscalização e controle das despesas (MANSUR, 2001). Conforme a redação da Emenda, até o final de 2004 os Estados e o Distrito Federal deveriam destinar 12% dos impostos e outras receitas arrecadadas – em conformidade aos artigos 155, 157 e 159 da Constituição – enquanto os municípios destinariam 15% do produto da arrecadação dos impostos e outros recursos, especificados nos artigos 156, 158 e 159 da CFB, para financiar as ações e serviços de saúde. Com relação à participação da União, de acordo com a Emenda, ela

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.

O montante de recursos esperado não se consolidou. Seguindo a determinação da EC 29, o Ministério da Fazenda deveria basear-se no valor apurado do ano anterior para definir os orçamentos a serem aplicados entre os anos de 2001 a 2004. Apesar disso, conforme nos chama a atenção Faveret (2002), no momento de decidir o orçamento da saúde para 2001, o referido ministério ao invés de utilizar como base o ano de 2000 optou pelo ano de 1999, resultando em uma significativa diminuição das receitas para o Ministério da Saúde.

De fato, o que se observou a partir da Emenda Constitucional 29 foi um menor percentual (9%) para o nível federal, enquanto os municípios ficaram com a obrigatoriedade da aplicação em saúde de 15% sobre as receitas próprias, superando os 12% destinados aos estados. Pierson (1994), em seu trabalho, chama a atenção para evidências que demonstram o impacto da descentralização fiscal na redução de despesas com as políticas sociais por parte do governo central. No âmbito da Região Norte Fluminense, análises do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) comprovam que, em sua maioria, os municípios ultrapassam o percentual definido, o que pode ser visualizado a seguir.

Tabela 8 – Percentual de recursos próprios aplicados em Saúde por ano, segundo municípios da Região Norte Fluminense. Período: 2002 a 2009.

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

Fonte – Elaboração do autor com base em SIOPS – indicadores Municipais. Consulta feita em julho/2010.

A análise simples dos números registrados na tabela acima induz a uma conclusão equivocada. Ao se verificar, por exemplo, a coluna do ano de 2005, são significativos os percentuais de recursos próprios destinados à saúde, muito acima

dos 15% definidos pela Emenda. Carapebus e São João da Barra destinaram mais de 50%, alcançando os maiores percentuais.

Mas a EC 29, de caráter nacional, ao especificar o patamar mínimo e obrigatório de recursos oriundos da receita de impostos a serem aplicados em saúde, deixa de fora outras receitas a exemplo dos royalties. Assim, a grande fonte geradora de recursos financeiros para a maioria dos municípios da Região Norte Fluminense não é abarcada pela Emenda. Vale dizer que aproximadamente 70%, 54%, 65% e 81% dos orçamentos dos municípios de Campos dos Goytacazes, Carapebus, Quissamã e São João da Barra, respectivamente, ficam desobrigados do cálculo percentual para aplicação em ações e serviços de saúde, já que são recursos advindos de royalties.

Um exemplo do significado expressivo destes recursos é, ao se fazer um cálculo de 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, conclui-se que um total de 10 milhões e 500 mil reais deixaram de ser aplicados em saúde, já que tais valores não foram contemplados pela Emenda.

Após as ressalvas anteriores é possível adquirir um novo olhar sobre o cumprimento da EC 29 na Região Norte e os elevados percentuais de aplicação de recursos que alguns municípios destinam à saúde. Em resumo, para alguns deles, a parcela sobre a qual incide os 15% não chega a 50% do montante da receita total municipal.

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O próprio Ministério da Saúde, de acordo com Pestana e Mendes (2004), identificou fatos positivos quando o modelo de municipalização veio consolidar a descentralização das políticas de saúde.

No entanto, o modelo não foi capaz de evitar a continuidade das significativas desigualdades nas redes instaladas de serviços de saúde. Isso levou o Ministério a recorrer à estratégia da regionalização como meio de induzir a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas.

Como descrito, a NOAS não alcançou os objetivos pretendidos. Mendes (2003) atribui isso ao uso inadequado dos fundamentos da regionalização, tornando o processo bastante burocratizado. A esse fator sobrepõem-se outros: o foco na gestão da oferta, a responsabilização difusa, além da visão hierárquica do sistema.

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

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

É interessante a discussão trazida por Fleury e Ouverney (2007) sobre a concepção de redes. Nela, os autores ressaltam que os avanços advindos com a democracia, ampliando o campo das políticas sociais e o surgimento de sujeitos políticos que cobrem do Estado o atendimento de suas demandas, contrasta com a incapacidade governamental de oferecer soluções, em tempo hábil, a esta nova realidade.

No campo da saúde, a incapacidade pode ser retratada nos aspectos estruturais (de rede instalada de serviços), de recursos humanos (escassez de profissionais de saúde), gerenciais (baixa autonomia de planejamento, controle e avaliação) e financeiros. A noção de rede então se encontra na cooperação de atores distintos que possuam objetivos comuns e que troquem recursos entre si a fim de alcançá-los. Apesar deles manterem relações independentes e de natureza não hierárquica, têm consciência de que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns.

Mas a despeito dos interesses comuns que norteiam a organização em rede, não se pode esquecer que os atores são autônomos e que possuem perfis institucionais distintos. Essa constatação se apresenta como o grande dilema na manutenção da estratégia de formação de redes e na implementação real do modelo cooperativo. Isso porque atores com maior quantidade de recursos (sejam estes físicos, financeiros ou administrativo-gerenciais) tendem a ditar as regras do jogo, pleiteando para si próprios um maior grau de poder.

Como o estabelecimento de uma estrutura hierarquizada desconstrói a dinâmica cooperativa da rede, o desafio está em instituir instrumentos que possibilitem a coexistência de poderes, a manutenção da autonomia dos municípios envolvidos, o controle das atividades realizadas e que todo o processo seja facilmente visualizado por todos os integrantes da própria rede.

Uma vez sendo possível o monitoramento por parte dos atores envolvidos, fica mais fácil o planejamento coletivo, o controle das ações e serviços produzidos, a análise dos resultados alcançados e, naturalmente, a realização da prestação de contas (accountability) relativa aos recursos empregados (FLEURY E OUVÉRY, 2007).

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

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

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

NOTAS

1. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) propôs o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) como um indicador para avaliar as condições de vida da população nos diferentes países. Ele baseia-se em três indicadores: o nível educacional, 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.

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

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

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

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

6. O Índice de Qualidade dos Municípios (IQM) foi criado pela Fundação CIDE em 1998 para medir as condições de atrair investimentos e os efeitos resultantes deles.

O IQM-Carências é um índice formatado a partir de um conjunto de indicadores que demonstram o nível de carência da população de cada município do Estado do Rio de Janeiro. Analisam-se atributos referentes à educação, saúde, habitação, saneamento, renda, segurança, mercado de trabalho, esporte, cultura, lazer e participação comunitária.

7. 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 endodontia;

- Exames laboratoriais;
 - Exames radiológicos;
 - Ultra-sonografia obstétrica e ginecológica;
 - Procedimentos fisioterápicos;
 - 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.
8. A Comissão de Programação Pactuada e Integrada, cuja formação foi solicitada pela Comissão Intergestora Bipartite, 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, Fernando L. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC. Texto-base apresentado no Seminário Políticas Públicas e Pacto Federativo: a descentralização no Brasil. Curso de Aperfeiçoamento para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Escola Nacional de Administração Pública, novembro de 2004 (mimeo).
- ABRUCIO, Fernando L. Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 1998.
- ALMEIDA, Maria H. T. Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB), 51:13-34, 2001.
- ARRETCHE, Marta T. Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
- ARRETCHE, Marta T. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 45(3):431-458, 2002.
- ARRETCHE, Marta T. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 14(40):114-141, 1999.
- ARTMANN, Elizabeth; RIVERA, Francisco. J. U. Regionalização em saúde e mix público-privado. Agência Nacional de Saúde: Documento Técnico. Julho de 2003.
- BANTING, Keith; CORBETT, Stan. Federalismo y políticas de atención a la salud. In: Fórum das Federações/Institucional Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Federalismo y Políticas de Salud. Descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada. Ontário/México, 2003.
- Brasil. Emenda Constitucional nº 29. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde. Diário Oficial da União, 14 set. 2000.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília, 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, 12/06/2002.
- 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.
- CAMPOS, Francisco C. C.; BRANDÃO, Maria H. C. Avançando na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: a busca do federalismo cooperativo. Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):358-363, 2003.

- CORDEIRO, Hésio. O Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.
- COUTO E SILVA, Mônica M. A. O processo de endividamento dos Estados: problemas e limites à descentralização e à autonomia. Dissertação de Mestrado; Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- Estado do Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
- FAVERET, Ana C. S. C. Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- FLEURY, Sônia. Estado sem Cidadãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- FLEURY, Sônia; OUVÉRY, Assis M. Gestão de Redes. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- KUGELMAS, Eduardo; SOLA, Lourdes. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. Tempo Social, 11(2):63-83, 1999.
- LIMA, Luciana Dias de. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde; a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007.
- MANSUR, Marília C. O Financiamento Federal da Saúde: Tendências da Década de 1990. Dissertação de Mestrado; Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- MENDES, Eugênio V. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS. Brasília: CONASS (CONASS Documenta 6), 2004.
- MENDES, Eugênio V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. Brasília: CONASS, 2003.
- OLIVEIRA, Jaira Calil S. Regionalização da Assistência à Saúde: um estudo dos limites à implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – na região norte do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado; Universidade Federal Fluminense, 2006.
- PACHECO, Carlos A. G. O impacto dos *royalties* do petróleo no desenvolvimento econômico dos municípios da região norte fluminense. Anais do 3º Congresso Brasileiro de P&D em Petróleo e Gás. Instituto Brasileiro de Petróleo e Gás, 2005.
- PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio V. Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.
- PIERSON, Paul. Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- SOUZA, Renilson R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):451-455, 2001.
- SOUZA, Renilson R. O sistema público de saúde brasileiro. 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.
- STEPAN, Alfred. Para uma nova análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do demos. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 42(2):197-251, 1999.
- Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro. Secretaria Geral de Planejamento. Estudo Socioeconômico, 2003.
- UGÁ, Maria A. D. Propostas de Reforma do Setor Saúde nos Marcos do Ajuste Macroeconômico. Tese de Doutorado; Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- UGÁ, Maria A. D.; MARQUES, Rosa M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

- UGÁ, Maria A. D.; PORTO, Silvia M. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia (organizadora). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- VIANA, Ana L. d'Á; IBAÑEZ, Nelson; ELIAS, Paulo E. M.; LIMA, Luciana D.; ALBUQUERQUE, Mariana V.; IOZZI, Fabíola L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. São Paulo em Perspectiva, 22(1):92-106, jan/jun, 2008.
- VIANA, Ana L. D'Ávila; LIMA, Luciana Dias; OLIVEIRA, Roberta Gondin. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):493-507, 2002.