



Universidade Candido Mendes

MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

**JOSÉ ROBERTO CRESPO DE SOUZA**

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA PRECURSORA DO  
HOSPITAL FERREIRA MACHADO**

Campos dos Goytacazes

2003



Universidade Candido Mendes

**JOSÉ ROBERTO CRESPO DE SOUZA**

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA PRECURSORA DO  
HOSPITAL FERREIRA MACHADO**

Dissertação apresentada com vistas a  
obtenção do Título de Mestre em  
Planejamento Regional e Gestão de  
Cidades da Universidade Candido  
Mendes – Campos.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> ANGELA MOULIN S. PENALVA SANTOS

Campos dos Goytacazes

2003

**JOSÉ ROBERTO CRESPO DE SOUZA**

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA PRECURSORA DO  
HOSPITAL FERREIRA MACHADO**

Dissertação apresentada com vistas a  
obtenção do Título de Mestre em  
Planejamento Regional e Gestão de  
Cidades da Universidade Cândido  
Mendes – Campos.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr<sup>a</sup>. Angela Moulin S. Penalva Santos  
Universidade Cândido Mendes

Prof. Dr. Aluizio Gomes da Silva Júnior  
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. José Luís Viana da Cruz  
Universidade Federal Fluminense

Campos

2003

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da UCAM – CAMPOS

001/2003

Souza, José Roberto Crespo de.

Regionalização da saúde: a experiência precursora do Hospital Ferreira Machado. / José Roberto Crespo de Souza. – 2003.

108 f. : il.

Orientador(a): Angela Moulin S. Penalva Santos

Dissertação de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades – Universidade Cândido Mendes – Campos. Campos dos Goytacazes, RJ, 2003.

Bibliografia: f. 82 – 85.

1. Regionalização da Saúde – Campos dos Goytacazes, RJ 2. Hospital Ferreira Machado – Campos dos Goytacazes RJ – atendimento 3. Saúde Pública – descentralização I. Universidade Cândido Mendes – Campos. II. Título.

CDU – 323.174

**À minha esposa Angela e meus filhos,  
Roberta e Rafael, pela compreensão  
e relevante participação.**

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelo dom da vida e por ter me permitido vencer mais esta etapa.

À Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, pela ajuda dispensada.

À UCAM, meus professores e colegas de turma, pelo convívio e companheirismo construídos durante o curso.

À Profª Rosélia Piquet, pela maneira ética e profissional na condução do curso.

À Profª Angela Penalva, pela forma serena e otimista de mostrar os caminhos na elaboração da dissertação.

Ao Prof. Dr. Aluizio Gomes, pela amizade, apoio e contribuição na linha do trabalho.

Ao CEFET Campos, pelo apoio logístico.

Ao Prof. Hélio Júnior de Souza Crespo, meu irmão, pelo incentivo, reflexões críticas e colaboração em todos os momentos.

Ao Prof. José Augusto Brunoro Costa, pela disponibilidade e grande ajuda.

À Dra. Jaira Calil, Sub-Secretária de Saúde, pelo apoio e informações importantes.

Aos funcionários do Hospital Ferreira Machado, Márcia e Petrócio, pelo desprendimento e disposição em servir.

**“Compreender a vida como serviço é a arte mais refinada e plena de alegria verdadeira. Da mesma forma como a virtude, o serviço traz a recompensa em si mesmo.”**

*Gandhi*

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO, p. 14

INTRODUÇÃO, p.15

1 A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE: um modelo em construção, p. 18

1.1 O SUS EM CAMPOS, p. 27

2 ASPECTOS TEÓRICOS: o papel das Normas Operacionais, p. 31

2.1 NOB – 96, p. 32

2.2 NOAS – 2001, p. 36

2.3 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, p. 44

3 PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO, p. 50

3.1 CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE, p. 55

3.2 FINANCIAMENTO, p.60

3.3 O HOSPITAL FERREIRA MACHADO, p. 65

3.3.1 HISTÓRICO, p. 65

3.3.2 ESTRUTURA, p.65

3.3.3 SEU PAPEL NA REGIONALIZAÇÃO, p. 67

CONCLUSÃO, p. 79

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, p. 82

ANEXOS



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 Princípios Elementares do SUS, p. 19
- Quadro 2 Parâmetros principais da Lei Orgânica da Saúde, p. 21
- Quadro 3 Fontes de Recursos do Estado e Municípios, p. 24
- Figura 1 Mapa da região Norte Fluminense dividida em microrregiões, p. 54
- Quadro 4 Receitas e Despesas com Saúde do Estado do Rio de Janeiro – 2001, p. 61
- Quadro 5 Evolução do orçamento de Campos dos Goytacazes (R\$ Milhões), p. 63
- Gráfico 1 Internações em Clínica Médica, por Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes, p. 69
- Gráfico 2 Internações em Pediatria, por Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes, p. 70
- Gráfico 3 Internações em Clínica Cirúrgica, por Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes, p. 72
- Gráfico 4 Internações por AIDS, dos Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes, p. 74
- Gráfico 5 Internações por TCE dos Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes, p. 76
- Gráfico 6 Internações por AVC, dos Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes, p. 77

## **LISTA DE TABELAS**

- Tabela 1 Evolução dos percentuais de gastos aplicados no setor Saúde, previstos pela EC. 29, p. 25
- Tabela 2 Teto Financeiro PAB da região Norte Fluminense, p. 60
- Tabela 3 Receitas e gastos absolutos com a Saúde nos municípios estudados - 2001, p. 62
- Tabela 4 Receitas e gastos per capita com a Saúde nos municípios estudados - 2001, p. 62
- Tabela 5 Teto per capita de repasse financeiro do Ministério da Saúde aos Municípios do Norte Fluminense – 2003, p. 64
- Tabela 6 Internações no HFM do município de Campos dos Goytacazes, p. 67
- Tabela 7 Internações no HFM de municípios adjacentes, p. 67
- Tabela 8 Internações em Clínica Médica no HFM, por municípios, p. 68
- Tabela 9 Internações em Pediatria no HFM, por municípios, p. 70
- Tabela 10 Internações em Clínica Cirúrgica no HFM, por municípios, p. 71
- Tabela 11 Internações por AIDS no HFM, por municípios, p. 74
- Tabela 12 Internações por TCE no HFM, por municípios, p. 75
- Tabela 13 Internações por AVC no HFM, por municípios, p. 77

## LISTA DE SIGLAS

ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS	Consórcios Intermunicipais de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DIP	Doenças Infecto Parasitárias
DST/AIDS – CTA	Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Centro de Testagem Anônima
EC	Emenda Constitucional
ECD	Epidemiologia e Controle de Doenças
FAE	Fração Ambulatorial Especializada
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde
GPAB-A	Gestão Plena de Atenção Básica – Ampliada
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HFM	Hospital Ferreira Machado
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleo de Atendimento Psicossocial
NIDE	Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico

NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCN	Programa de Combate as Carências Nutricionais
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TFAE	Teto Financeiro de Assistência Estadual
TFAM	Teto Financeiro de Assistência Municipal
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## RESUMO

Este trabalho apresenta o perfil de atendimento do Hospital Ferreira Machado – H.F.M. no período compreendido entre 2000 e 2002, tomando por base todas as internações contidas neste espaço de tempo. Dessa forma identificamos a origem das internações nos serviços do hospital, procurando com isso caracterizá-lo como unidade que busca responder aos princípios da regionalização da saúde. Esta análise utiliza como pressuposto teórico as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde – M.S. contidas nas Normas Operacionais de 1996 e 2001 que dizem respeito a regionalização e o papel do município como o gestor mais importante do sistema de saúde. Procura colocar em destaque o plano diretor de regionalização do Estado e os caminhos percorridos para sua implantação, dando ênfase a região Norte-Fluminense como foco principal de discussão. Este trabalho contribui na identificação de avanços e limites do processo de regionalização implementado pelos municípios em questão.

O município de Campos dos Goytacazes confirma a condição de pólo regional, pois apresenta capacidade instalada para resolver adequadamente os problemas de sua região. Os municípios menores desse pólo regional têm procurado assumir as diretrizes propostas pelo M.S. buscando evoluir em suas condições de gestão, embora continuem aquém de suas necessidades. Na questão orçamentária os municípios investigados têm apresentado uma elevação no seu investimento em saúde. Observamos um crescimento no número de atendimentos no serviço de emergência do hospital, em sua maioria de Campos, o que indica necessidade de estudos complementares na sua rede de assistência ambulatorial e da região. Os municípios-pólo têm cumprido seu papel social, efetuando atendimentos não pactuados de outras cidades, o que repercute no seu teto orçamentário. Percebemos um modelo incipiente de integração entre as secretarias de saúde da região, como consequência o consórcio intermunicipal de saúde não consegue deslanchar. Assim, ainda é necessário um grande esforço de participação dos governos para vencer os desafios regionais e uma maior mobilização da sociedade para que os seus anseios na questão saúde possam alcançar os índices desejados.

## **ABSTRACT**

This work presents the profile of attendance of the Ferreira Machado Hospital - H.F.M. in the years between 2000 and 2002, taking as a basis all the internments in this period of time. In that way we identified the origin of the internments in the services of the hospital, seeking with that to characterize it as unit that looks for answering the principles of the regionalization of the health. This analysis uses as theoretical presupposition the guidelines proposed by the Ministry of Health - MH contained in the operational norms of 1996 and 2001 which regards the regionalization and the role of the municipal district as the most important manager of the health system. It tries to highlight the guiding plan of regionalization of the State and the steps taken to its implementation, giving emphasis to the Northern area of Rio de Janeiro State, as the main, focus of this discussion. This work shows the identification of progresses and limits of the process of regionalization implemented by the municipal districts in subject.

The municipal district Campos of Goytacazes confirms the condition of regional pole, because it presents capacity installed to solve the problems of its area appropriately. The smaller municipal districts of that regional pole have been trying to assume the guidelines proposed by MH looking for the development of its administration conditions, although it needs more. Concerning the budget, the investigated municipal districts have been presenting arise in its investment in health. We observed a growth in the number of attendances in the service of emergency of the hospital, most of them in Campos, what indicates a need of complementary studies in its the net of ambulatorial attendance and of the area. The municipal district-pole has been playing its social role in the area, attending people from other cities, what rebounds in its budgetary plan. We noticed an incipient model of integration among the health units of the area, as a consequence the intermunicipal consortium of health cannot succeed. Thus, it is still necessary a great effort of the government to face the regional challenges and a larger mobilization of the society so that the needs related to the health issue can be fulfilled.

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de minhas indagações enquanto profissional atuante no Sistema de Saúde Pública desta região.

Como médico, que sempre exerceu atividades assistenciais na ponta do sistema, passamos a atuar no H.F.M. a partir da sua reabertura, que também coincidiu com a implantação no Brasil de um novo modelo de saúde, que propunha para o país uma outra lógica no atendimento.

Dessa forma, passamos a perceber que, cada vez mais era necessário um grande empenho da sociedade para que toda uma massa desassistida pudesse ter acesso ao Sistema de Saúde.

Assim, ao longo de toda carreira profissional buscamos estar atentos aos movimentos sociais e participar das várias ações, como: Conselho de Saúde, Associações de Classe, Sindicatos, Conferências Municipais com o objetivo de dar nossa contribuição para um Sistema de Saúde mais justo e eficaz em nossa região.

Dentro dessa lógica vimos nos aprofundando nos conhecimentos da evolução do Sistema Único de Saúde – S.U.S. em nossa região, na medida em que cada dia novos desafios começam a se apresentar para a sua plena instalação.

Empenhados nesta proposta elaboramos este trabalho como dissertação do nosso mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, realizado na Universidade Cândido Mendes – Campos, onde pesquisamos as bases teóricas da Regionalização da Saúde, tomando como base a região Norte – Fluminense, mais especificamente o papel do único hospital público da região – H.F.M., situado no município de Campos dos Goytacazes, e o que ele representa para a região.

## INTRODUÇÃO

A política de saúde a partir da década de 80, no Brasil, começa a sofrer grandes transformações onde o modelo anteriormente existente, que beneficiava apenas as pessoas inseridas no mercado de trabalho, passa com o advento do movimento sanitário a um modelo mais justo, com a construção de um projeto de saúde pública que beneficiasse toda sociedade, legitimado na Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esta nova proposta nasce num momento em que a conjuntura político-econômica internacional e nacional é bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, mesmo assim a reforma sanitária brasileira é construída, apesar da contra-corrente das tendências hegemônicas de reformas dos estados nos anos 80, sua implementação nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa.

Embora essas dificuldades façam parte deste momento, a descentralização em saúde toma corpo com a transferência não apenas de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para estadual e municipal. Dessa forma a década de 90 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro, para um cenário em que milhares de gestores passam a constituir atores fundamentais no campo da saúde. Assim, a descentralização passa a ser a única diretriz organizativa do SUS, que não entra em choque com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90.

Nessa perspectiva o avanço da descentralização depende de outros aspectos para a sua consolidação como adequado aporte financeiro; fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos, com isso a consolidação do SUS necessita de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e de sua complexidade, o que nos últimos anos vem sendo aperfeiçoado com a elaboração de várias normas operacionais.

Dentro dessa lógica, o Estado do Rio de Janeiro viveu um momento peculiar pois a capital apresentava a maior rede pública do país e possuía em seus quadros o dr. Gilson Cantarino, um técnico estudioso, que acompanhou toda a trajetória de implantação do Sistema



Único, mesmo assim a municipalização da saúde na capital só agora começa a se organizar, com a criação de Centros de Referências, formando uma maior hierarquização ao sistema.

Com a implantação das duas Normas Operacionais de 1996 e 2001, a Secretaria de Estado de Saúde se vê na obrigação de organizar o papel da regionalização da saúde, dividindo o Estado em regiões e microrregiões, procurando com isso oferecer aos usuários um melhor acesso ao sistema, ao mesmo tempo que consolida o município como o grande gestor de atenção à saúde de seus habitantes.

Este novo modelo fortalece cada vez mais o compromisso do município com a sua população na medida em que os recursos disponíveis estão atrelados a contra-partidas municipais. Simultaneamente ao aprofundamento da municipalização da saúde, o norte-fluminense começa a vislumbrar uma mudança na infra-estrutura dessas cidades.

O nosso trabalho procura levantar o papel da regionalização da saúde observando o atendimento do único hospital público da região, situado em Campos dos Goytacazes, município considerado pólo regional e que conta com o maior aporte financeiro advindo da receita dos Royalties. Embora o HFM tenha sido criado para preencher uma lacuna da cidade durante vários anos, qual seja a Emergência, com as dificuldades existentes na região para dar resolutividade às demandas do SUS, passou a ser obrigado a atender todas que ali chegavam, isso em muitas vezes descaracterizando a sua missão principal.

Procuramos então dividir o nosso tema em três (03) tópicos distintos.

No primeiro procuramos discutir a Descentralização da Saúde, o seu papel como um novo modelo para a melhoria das condições de vida da população, as dificuldades e avanços que começam a se apresentar ao longo dos anos.

No segundo capítulo procuramos conhecer as bases teóricas das Normas Operacionais de 1996 e 2001 onde se aprofunda o papel do gestor municipal como o grande condutor das transformações da saúde de sua população, buscando mostrar que o compromisso social dos governos vem crescendo a cada dia e que os usuários começam a tomar consciência do seu papel nas mudanças estruturais da saúde.

Já o terceiro capítulo está afeito ao Plano Regional de Saúde com o trabalho da Secretaria de Estado de Saúde – S.E.S. procurando criar mecanismos que dêem aos municípios condições de atender as demandas de suas populações, criando uma rede hierarquizada para as patologias que os municípios menores não derem conta. Nessa perspectiva, introduzimos um trabalho de pesquisa de todas as internações do H.F.M. e procuramos observar o que representava esta unidade no contexto da região.

## 1. A DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE:

### UM MODELO EM CONSTRUÇÃO

Foi a Constituição de 1988 o grande marco de transformação do acesso à Saúde no Brasil. O Congresso Constituinte aproveitou as transformações que vinham ocorrendo nos anos anteriores, por meio de intensas discussões da base da sociedade, e que se materializaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e fizeram de suas resoluções o arcabouço para a configuração constitucional adotada para a Saúde no país.

Assim, a partir de 1990 um novo modelo de saúde é implantado no país, o chamado SUS, onde entre outras ações tenta colocar em prática o preceito básico da Constituição que diz; “*A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação*” (Art. 196, Const. 1988).

Neste prisma, este novo modelo tenta impor ações em que o cidadão tenha garantido a equidade, a integralidade e a universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde, constituído por uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo também como diretriz básica à participação popular (Art. 198, Const. 1988), que diz: “*as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

*I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*

*II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*

*III – participação da comunidade.*

§ 1º *O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;*

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da união, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º,

II – no caso dos estados e do distrito federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º;

§ 3º Lei complementar que será reavaliada pelo menos a cada 5 anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União”

**Deste modo, a Constituição de 1988 concretizou os chamados princípios éticos / doutrinários e organizacionais / operativos, como demonstrado no quadro abaixo, que mesmo interdependentes devem estar em constante interação:**

Quadro 1: Princípios Elementares do SUS

<b>Princípios éticos/doutrinários</b>	<i>Princípios organizacionais/operativos</i>
<i>Universalidade dos serviços:</i> acesso à Saúde como direito público subjetivo, integrante dos direitos da cidadania. A Universalidade é o princípio segundo o qual “A saúde é direito de todos e dever do Estado ...” (CF, 1196, caput)	<i>Descentralização dos serviços:</i> redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados com base no entendimento de que o nível central, a União, só deve executar aquilo que o nível local, os municípios e estados, não podem ou não conseguem. A gestão do Sistema (SUS) passa a ser de Responsabilidade da União, dos estados e municípios, agora entendidos como os gestores do SUS.

*Cont.*

<p><i>Equidade na prestação dos serviços:</i> a política pública de saúde deve ser redistributiva com o objetivo de corrigir desequilíbrios sociais e regionais. Deve dar-se tratamento desigual para situações desiguais, ou seja, a cada um segundo suas necessidades objetivando proporcionar uma maior uniformidade.</p>	<p><i>Regionalização e hierarquização da rede:</i> distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade. Exige ações articuladas entre estados e municípios, sendo-lhes facultada a criação de consórcios.</p>
<p><i>Integralidade da assistência:</i> direito de as pessoas serem atendidas na íntegra em suas necessidades. É "... entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema." (Lei 8.080, 7º., II)</p>	<p><i>Participação social:</i> institucionalização da Democracia participativa e do conseqüente controle social na área de Saúde com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.</p>

Fonte: Ministério da Saúde – 2000, SUS - Descentralização

Este sistema trouxe como proposta de política pública a descentralização, cabendo, então, a cada esfera de governo (Federal, Estadual e Municipal) papel próprio em que as políticas a serem desenvolvidas possam chegar à comunidade. Como o poder local vem ao longo destes anos assumindo posições que deveriam dar conta das necessidades de sua população, a cidade passa a ter uma importância vital, pois é nela que repercute todas as desigualdades nos diversos níveis, seja econômico, político ou social. Assim, a saúde passa a ter um papel fundamental de transformação social, pois com a sua municipalização, o poder local passa a ser o gestor das políticas que deveriam criar os mecanismos para minimizar as diferenças entre os cidadãos.

No Brasil, a descentralização se dá tanto pelo processo de democratização quanto pela crise fiscal e financeira do estado, criando com isso um processo abrangente de redefinição de competências das esferas de governo na área social, cuja premissa da gestão é transferir a responsabilidade das políticas sociais para as esferas subnacionais.

Entre os objetivos da descentralização está a maior democratização, mais eficácia e maior justiça social, aperfeiçoando com isso as relações intergovernamentais, capacitando os governos subnacionais para as suas funções e possibilitando o controle social do poder público pela população organizada. Embora todos esses aspectos sejam extremamente relevantes o grande desafio é descentralizar a decisão, o que implica em reforçar a autonomia dos governos locais e distribuir a estas instâncias administrativas, recursos financeiros compatíveis com as atribuições governamentais. Desse modo o governo edita em 1990 a Lei

Orgânica da Saúde (leis 8080 e 8142), que propõe algumas diretrizes para transferência de recursos e para habilitação de estados e municípios.

Quadro 2: Parâmetros principais da Lei Orgânica da Saúde

<b>Crítérios para a transferência de recursos (Lei 8.080, art. 35)</b>	<b>Pré-requisitos para habilitação (Lei 8.142, art. 4º)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Perfil demográfico da região;</li> <li>II. Perfil epidemiológico da população a ser coberta;</li> <li>III. Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;</li> <li>IV. Desempenho técnico econômico e financeiro no período anterior;</li> <li>V. Níveis de participação do setor Saúde nos orçamentos estaduais e municipais;</li> <li>VI. Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;</li> <li>VII. Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>I. Fundo de Saúde;</li> <li>II. Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o decreto nº 99.438, de 07 de agosto de 1990;</li> <li>III. Plano de Saúde;</li> <li>IV. Relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4 do art. 33 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990;</li> <li>V. Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;</li> <li>VI. Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde – 2000, SUS - Descentralização

Ao mesmo tempo, que a descentralização valoriza a participação popular, pode gerar um grande dilema pois não garante que ela seja benéfica aos grupos mais vulneráveis, que na maioria das vezes não estão organizados e portanto pode elevar as desigualdades regionais, principalmente com relação aos menos favorecidos. O que observamos é que este modelo não conseguiu, ainda, superar o peso do clientelismo e paternalismo existente na cultura brasileira, com isso a democratização da gestão pode ser significativamente ampliada.

Embora a descentralização seja uma proposta, os obstáculos à sua concretização são complexos e mesmo a Constituição de 1988 deixa a desejar na questão da distribuição das competências entre as esferas do governo, o que só começa a se modificar em relação à saúde, a partir da década de 90, com a edição de 04 (quatro) Normas Operacionais Básicas – NOB. As duas últimas - NOB/SUS/96 e NOAS/2001-, reforçam o papel dos municípios criando um conjunto de responsabilidades e recursos que visa intensificar este processo de descentralização.

Na elaboração da Constituição de 1988 a descentralização financeira se faz com o objetivo de beneficiar estados e municípios com transferências de recursos, embora o aumento da receita se dê efetivamente e principalmente para os municípios, os problemas persistem nestes locais, com contínua pressão ao governo federal na busca de mais recursos, ou mais transferências. A falta de uma articulação pactuada entre as 3 esferas de governo demonstrava que muito haveria de ser feito, já que a forma desorganizada refletia a tendência de redução de gastos pelo governo federal e aumento das despesas dos estados e municípios. O que se vê, são estados e municípios, principalmente os últimos, passando a assumir responsabilidades sem estarem preparados administrativa e economicamente para tais tarefas; apesar de que com o passar dos anos isto realmente vem a ocorrer com a maioria dos municípios brasileiros, procurando se capacitar em todos os níveis para poder oferecer uma melhor qualidade na gestão pública.

O S.U.S constitui verdadeiramente o único exemplo de política federal descentralizada onde o repasse de recursos para estados e municípios é feito sem anormalidades, e de acordo com Buss<sup>1</sup> (2002, p. 5), *“é reconhecido internacionalmente como um dos maiores avanços em saúde pública das Américas, principalmente se levarmos em consideração as dimensões continentais e diversidades regionais e culturais do país”*.

Um dos aspectos que até hoje é motivo de muita luta, é o financiamento público do programa que continua centralizado e dependente de fontes que compõem o orçamento da seguridade social, além da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF. Todas essas transferências estão limitadas a tetos financeiros, calculados considerando-se a população de cada unidade da Federação e principalmente a extensão e complexidade da rede de serviços. Para atender a todas as necessidades de saúde da população e tentar cumprir com suas obrigações, os municípios recebem mensalmente do governo federal uma quantia fixa para a atenção básica (o Piso da Atenção Básica – PAB) que representa hoje R\$ 1,00 (um) per capita/mês de repasse. Para garantir o uso adequado do recurso, a gestão municipal precisa efetuar a prestação de contas e apresentar o relatório de gestão com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

Um outro tipo de repasse é feito através de alguns programas desenvolvidos no município, a PAB variável. Em caso de ter a cidade agente comunitário contratado, o município recebe do Ministério da Saúde cerca de R\$ 2.200,00 por agente/ano para garantir o

---

<sup>1</sup> Buss, Paulo. A Saúde no Brasil, avanços, impasses e retrocessos – Súmula RADIS – ENSP, fev./2002, p. 5.

salário do funcionário designado para a função; já onde existem Programas de Saúde da Família, os municípios recebem aproximadamente R\$ 36.000,00/ano.

O Ministério destina ainda verbas para custear a assistência especializada (internação hospitalar, exames laboratoriais, exames especializados – ultrassonografia, tomografia computadorizada). Um dado importante a ressaltar é que os recursos liberados aos municípios para as ações de saúde, vêm de transferências da União e de Estados além dos recursos oriundos do respectivo tesouro.

O Sistema em meio a instabilidades e incertezas, ainda segundo Buss, mostra-se com horizontes promissores nos últimos anos, com a quase universalização do atendimento e isto se deve a quatro programas governamentais prioritários, criados a partir da NOB/96: Programa de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde; Programa de Combate as Carências Nutricionais (PCCN), incluindo o de Bolsas Alimentação, que cobre cerca de 2,7 milhões de crianças pequenas e 800 mil mulheres; Programa de Assistência Farmacêutica Básica e o Programa de Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Um outro avanço diz respeito à vinculação de recursos para a saúde a partir da Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000, que mesmo sendo uma novidade é fruto de uma longa discussão no Congresso Nacional, onde propõe a vinculação de receitas nos 03 (três) níveis de governo, para a saúde, o que já ocorria em relação à educação.

Desta forma o artigo 198 § 2 da Constituição Federal e o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT - define os valores mínimos para serem aplicados em ações e serviços de Saúde, por Estados e Municípios, como relacionados no quadro a seguir:

### Quadro 3: Fontes de Recursos do Estado e Municípios

Para o Distrito Federal

Base de Cálculo Estadual

Base de Cálculo Municipal

ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota – parte FPE	Quota – parte FPM
Quota – parte do IPI – exportação (75%)	Quota – parte do IPI – exportação (25%)
Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (75%)	Quota – parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 – Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

Fonte: Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde

A Emenda Constitucional 29 cria um cenário de estabilidade financeira e afasta a possibilidade de colapso ou descontinuidade para o setor. Para tanto propõe que o orçamento do Ministério da Saúde para o ano 2000 deveria ter, no mínimo 5% a mais de recursos do que foi empenhado no ano de 1999, quando o valor chegou a 20,3 bilhões. A partir de 2001, o orçamento será o valor apurado no ano anterior mais a variação nominal do PIB (Produto Interno bruto).

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios terão que aumentar gradativamente ano a ano, os seus orçamentos em saúde entre 2001 e 2004. Neste último ano os Estados e o Distrito Federal deverão estar destinando à saúde 12% do que arrecadam com os Impostos sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS, sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA, sobre herança (transmissão causa mortis) e o valor líquido das transferências constitucionais (cota-parte do ICMS).

Já os municípios devem aplicar no setor, a partir de 2004, 15% do que arrecadarem com os Impostos Predial e Territorial Urbano (IPTU), Sobre Serviços (ISS), Sobre Transmissão Intervivos e das Transferências derivadas de impostos (Imposto de Renda, Imposto de Produtos Industrializados e ICMS).

A Emenda prevê uma aplicação mínima de 7% em 2000, que serão acrescidos ao longo dos 5 (cinco) anos com pelo menos um quinto por ano, conforme indicado na tabela abaixo. A fiscalização da aplicação da Emenda é obrigação dos Conselhos de Saúde, das Assembléias Legislativas, das Câmaras Municipais, dos Tribunais de Conta e do Ministério Público.



Tabela 1: – Evolução dos gastos percentuais aplicados no setor saúde previstos pela E.C. 29 segundo os Estados e Municípios – 2000 – 2004.

Ano	Gastos percentuais (%)	
	Estadual	Municipal
2000	7,0	7,0
2001	8,0	8,6
2002	9,0	10,2
2003	10,0	11,8
2004	12,0	15,0

Fonte: Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / M.S. 2001

Em janeiro de 2001, com a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/ SUS 01/2001, reforça-se o papel do município na atenção básica, que já vinha estabelecido na NOB/SUS/96, confirmando a descentralização como o instrumento de transformação da política de saúde com ações fortes no processo de regionalização da assistência, fortalecimento da capacidade de gestão do sistema e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Apesar de ser considerada como um passo importante para a consolidação e fortalecimento do SUS, a Norma tem recebido críticas severas daqueles que acreditam que ela peca ao impor um processo de descentralização de “cima para baixo”, aumentando as responsabilidades dos municípios, ao mesmo tempo que reduz a autonomia que eles têm para gerir o sistema e os respectivos recursos, como analisa o prof. Paulo Buss.

Mesmo assim um dos pilares do sucesso do SUS baseia-se na Constituição e na forma de funcionamento dos Fundos Nacional, Estaduais e Municipais, com vinculação crescente de recursos nos três níveis de governo, o que gera uma forma positiva da descentralização existente nos serviços públicos brasileiros, que cumpridos os critérios e os requisitos exigidos e pactuados, os estados e municípios recebem os recursos em seus respectivos fundos, provenientes do Fundo Nacional de Saúde, mediante tão somente o cumprimento das obrigações inerentes a cada tipo de gestão do sistema e/ou aos programas para os quais se habilitem.

Um outro fator importante na construção do SUS é a capacidade que tem a sociedade civil de interferir na gestão pública, colocando as ações do estado na direção dos interesses da comunidade, isto se dá através dos Conselhos de Saúde, onde os conselheiros exercem atividade não remunerada, aberta à participação da sociedade. Baseado na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/90 e lei 8142/90, o Conselho consolida o controle social, por intermédio dos Conselhos Estaduais e

Municipais. O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, tendo como estratégia a elaboração de planos de saúde e políticas de controle social do SUS, fiscalizando, planejando e controlando os recursos destinados à Secretaria de Saúde no orçamento municipal, além de fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde e propor o Plano Municipal de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias. A sua estrutura deve contar com 10 a 20 membros com seus respectivos suplentes, onde 50% da composição são de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviços.

Temos visto ao longo de todos estes anos que muita coisa mudou, mas com relação à participação da comunidade algumas deficiências estruturais precisam ainda ser superadas, como aumentar a representatividade dos conselheiros, criar conselhos gestores nas unidades de saúde e sua melhor capacitação, instaurar novos instrumentos de controle social do tipo ouvidorias ou Disque SUS, para receber e tratar de denúncias de cidadãos sobre os serviços de saúde, aperfeiçoar leis e regulamentos referentes ao controle social. Todo esse exercício requer a participação efetiva do conselheiro, sua perseverança e dedicação, para superar as barreiras que serão impostas, com o objetivo de ver alcançado uma saúde mais humana.

Em relação ao futuro, uma nova agenda para a saúde pública tem se colocado de forma incisiva para o governo e para a sociedade e diz respeito ao aumento da morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas (câncer de mama, de colo de útero, pulmão e próstata), doenças cardíaco e cérebro-vasculares (hipertensão, infarto, acidente vascular cerebral, diabetes) que são consideradas “patologias sociais”. Sabemos que com procedimentos simples, práticas educativas e profissionais capacitados, podemos alterar este quadro.

Outro importante tema é a epidemia de causas externas e mortes violentas, onde estudos<sup>2</sup> mostram que a mortalidade entre jovens de 15 a 19 anos aumentou intensamente na última década (IBGE), com a parcela desta população caindo dos atuais 17,3 milhões para 17,1 milhões, causada principalmente por morte tipo homicídio e acidentes de trânsito. Atualmente 75% dos brasileiros morrem nesta faixa etária, devido a fatores externos.

Outras discussões devem continuar presente como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (principalmente a AIDS), a obesidade, os estilos de vida e fatores comportamentais nocivos ao ser humano (tabagismo, alcoolismo, violência, trânsito, uso de

---

<sup>2</sup> Minayo, Maria Cecília. Os muitos brasis, saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1995. 357 p.

armas, ausência de atividades físicas), portanto devemos estar atentos enquanto cidadãos para reivindicarmos ações enérgicas e interligadas ao poder público na perspectiva de vermos transformada esta situação.

### **1.1. O SUS em Campos**

O município de Campos dos Goytacazes está situado na região norte do Estado do Rio de Janeiro, distando 274 km da capital, apresentando uma extensão territorial de 4.027 km<sup>2</sup> e uma população residente de 406.989 habitantes (CENSO 2000).

Ao analisarmos o sistema de saúde no nosso município, devemos ter em mente que a cidade possui uma renda per capita tão baixa quanto a da região Nordeste, tendo mais de 90% da população local como usuária do SUS. Ao mesmo tempo, possui uma extensão territorial imensa, sendo o maior município do Estado do Rio de Janeiro, em área e em população, se excluirmos a região metropolitana do Rio de Janeiro.

Isto colocado, devemos imaginar que promover um sistema de saúde que dê conta de todo este quadro é um desafio, já que as demandas são enormes para uma população ávida por melhorias. A sua implantação se deu a partir de 1989, junto com uma nova administração municipal, num momento em que todo o processo de mudança constitucional fazia criar novas demandas para as administrações.

Com o advento, nos últimos anos de novos cursos superiores para a área de Saúde, a cidade começa a produzir profissionais suficientes nas mais diversas especialidades para suprir as demandas existentes.

Neste contexto, o município apresenta uma capacidade instalada com as seguintes características:

- ⇒ 111 (cento e onze) postos de saúde (unidade básica de saúde), onde são feitos atendimentos primários, prevenção e consulta das clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia);
- ⇒ 14 (quatorze) postos de assistência médica - unidades de urgência 24 horas, onde são realizados procedimentos mais complexos (pequenas suturas, salas de repouso, atendimento a urgências clínicas);
- ⇒ 06 (seis) hospitais gerais – unidades de porte terciário: sendo 02 (dois) públicos, 02 (dois) filantrópicos, 01 (um) universitário e 01 (um) classista.

Em paralelo a este quadro assistencial existem também os programas de saúde coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde, que tentam suprir as necessidades da população, e que apresentam uma dotação orçamentária para 2003, em torno de R\$ 23,4 milhões, são eles:

- Programa e Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação das doenças cardíco-vasculares (hipertensão arterial, diabetes, obesidade e dislipidemias)
- Programa da Mulher,
- Programa de Saúde Mental,
- Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde,
- Programa da Terceira Idade,
- Programa de Erradicação da Dengue,
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente,
- Programa de Farmácia para todos,
- Programa da Hanseníase,
- Programa da Tuberculose,
- Programa de DST/AIDS – CTA,
- Programa de Saúde da Família,
- Programa dos Ostomizados,
- Programa de Órtese e Prótese,
- Programa dos Hemodialisados e Transplantados.

Feitas estas considerações iniciais, temos observado ao longo destes quatorze anos que o modelo assistencial dispõe de infra-estrutura, capacidade instalada e recursos humanos para executar um projeto de saúde pública que dê vazão às demandas municipais, mas com tudo isso alguns entraves ainda existem e faz com que o sistema não contemple a totalidade das necessidades da população.

Analisando os dados acima pudemos perceber que os problemas advém de 02 (duas) fontes, que considero serem as mais importantes, uma diz respeito à questão gerencial e de planejamento, pois praticamente toda a gama de profissionais de saúde da cidade atua no sistema: médicos – 713; dentistas – 347; enfermeiros – 92; assistentes sociais – 74; médicos-veterinário – 31; fisioterapeutas – 24; fonoaudiólogos – 20; psicólogos – 20; farmacêuticos – 14; nutricionistas – 8 e biólogos – 4.

Dessa forma, quase todo bairro ou distrito possui uma unidade de atendimento, mesmo assim ainda existe dificuldade de acesso para algumas especialidades. Isto parece estar relacionado a um outro problema que até hoje tem sido tratado com desleixo em todos os fóruns de saúde do Brasil, ou seja, os Recursos Humanos, onde vários tipos de vínculos estão presentes (empregos de várias fontes pagadoras, prestação de serviços, Recibo de Pagamento de Autônomo – RPA, cooperativas) além da ausência de Planos de Cargos Carreiras e Salários – PCCS, gratificação de incentivo, etc., o que vem gerando uma grande distorção, pois esta questão é primordial para avançarmos na organização do sistema de saúde local.

Acrescidos a questão gerencial e aos problemas dos Recursos Humanos, apresenta-se a baixa resolutividade das unidades periféricas da cidade, motivando o crescimento dos atendimentos nos postos de urgência e no único hospital de emergência da região, o que gera um transtorno neste tipo de atendimento, já que, muitas vezes o paciente poderia ver resolvido o seu problema no posto próximo a sua residência.

Embora essas dificuldades existam, é importante ressaltar que vários programas vêm alcançando resultados satisfatórios, dentre eles, os Programas da Criança e do Adolescente, de Tuberculose, de Hanseníase e de Hipertensão Arterial, este com dotação orçamentária para 2003 de R\$ 2.260.000,00 dentro do programa de prevenção diagnóstico tratamento e reabilitação das doenças cardiovasculares além de termos nos últimos anos observado uma queda da mortalidade infantil. Isso demonstra que em relação a atenção básica, o município vem procurando mecanismos para aumentar a qualidade de vida da população.

Concluimos que o município de Campos possui todos os requisitos necessários para ter uma saúde de boa qualidade, já que é dotado de uma estrutura tal que deveria dar conta de suas demandas e das cidades vizinhas (por ser considerado pólo de atendimento). Entretanto nos deparamos com outra realidade, na qual a hierarquização ainda é um objetivo a ser alcançado. Resolver os vários problemas que se apresentam requer vontade política, compromisso social e planejamento participativo.

## **2. ASPECTOS TEÓRICOS:**

### **O PAPEL DAS NORMAS OPERACIONAIS**

Após a implantação, na Constituição de 1988 de um novo modelo de saúde, onde os preceitos de integralidade, igualdade e universalidade são as molas propulsoras deste sistema, muitos obstáculos começam a aparecer para que toda essa dinâmica chegue até o cidadão envolvendo uma complexidade de ações para alcançar este desafio. Entre eles a descentralização destaca-se na implementação da política de saúde, embora de acordo com diversos estudos <sup>3</sup> não garante o caráter democrático do processo decisório, necessitando do fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do próprio processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos como o Brasil. Assim podemos afirmar que a descentralização não apenas é insuficiente para a concretização dos princípios do SUS, além do que os avanços efetivos para a sua consolidação necessitam do adequado aporte de recursos financeiros, do fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e da permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

Destacamos essas considerações devido a sua importância para a discussão dos avanços e dificuldades do SUS, uma vez que a descentralização na área da saúde nos anos 90 esbarra em dificuldades financeiras e institucionais. Devido aos extensos períodos de concentração/desconcentração de controles políticos e fiscais que marcaram a história brasileira, pode-se dizer que vivemos um período de indefinições quanto a um novo modelo de federação, porém com alguns traços de reconcentração com enorme potencial de conflito nos campos de definição de responsabilidades e estabelecimento de relações entre gestores, nas diversas esferas da política.

A consolidação do SUS pressupõe a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade de descentralização na área da saúde. A partir

---

<sup>3</sup> Levcovitz, Eduardo; Dias de Lima, Luciane; Machado Vieira, Cristiane. Políticas de Saúde nos anos 90, ABRASCO – Ciência e Saúde Coletiva 2001, p. 269.

da década de 90, as Normas Operacionais Básicas – NOB – passam a representar instrumentos fundamentais para a concretização da descentralização estabelecida na Constituição e na legislação do SUS (leis 8080 e 8142 de 1990).

Durante toda essa década várias normas foram propostas como meio para a melhoria do sistema, com o objetivo de criar mecanismos que pudessem fortalecer a descentralização com as suas responsabilidades inerentes a cada nível de governo.

É importante ressaltar que as NOBs são portarias do Ministério da Saúde (M.S.) que reforçam o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos definem os objetivos e diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde, possuindo um caráter transitório e podendo ser reeditado ou substituído por outro a medida em que o processo de descentralização avança, permitindo a atualização das regras nos diferentes estágios de implementação do SUS.

## **2.1. A Norma Operacional Básica – 1996**

O seu processo de formulação se dá durante aproximadamente 12 (doze) meses, finalizando nos Fóruns do Conselho Nacional de Saúde e da Comissão Intergestores Tripartite, em 05 de novembro de 1996, sob portaria nº 2202. Entre os seus principais objetivos estão:

- ⇒ Promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União.
- ⇒ Definir a responsabilidade sanitária de cada gestor, seja na prestação de ações e serviços ou na garantia da referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde.
- ⇒ Reorganizar o modelo assistencial, passando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica da saúde.
- ⇒ Aumentar o percentual de transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a municípios e implementar esta modalidade de transferência aos estados, reduzindo a transferência por remuneração de serviços prestados.
- ⇒ Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, através da C.I.T. (Comissão Intergestores Tripartite), C.I.B. (Comissão Intergestores Bipartite), como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

- ⇒ Estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua saúde, provendo o cadastramento e adscrição da clientela.

Para que estes objetivos possam ser alcançados, uma série de medidas foram previstas:

- ⇒ A elaboração de uma Programação Pactuada e Integrada – PPI – entre as instâncias de governo, onde as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos, tetos financeiros, garantam o acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação GESTOR – GESTOR.
- ⇒ Melhoria na organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria, através de ações dos municípios, com os estados e Ministério da Saúde, e atualização permanente dos bancos de dados nacionais.
- ⇒ Criação de novos mecanismos e incentivos financeiros, distribuídos segundo critérios de capacitação e organização da assistência à saúde nos estados e municípios (novas condições de gestão), aumentando com isso a transferência regular e automática, fundo a fundo.
- ⇒ Novo modelo de atenção à saúde, tendo como estratégia o aumento dos Programas de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, através da criação de um incentivo financeiro, de acordo com a população efetivamente assistida.

Para cada tipo de condição de gestão foram previstos modalidades de repasse / transferências de recursos federais, divididos entre custeio da assistência hospitalar e ambulatorial, e ações de vigilância sanitária e as ações de epidemiologia e de controle de doenças:

Municípios = Gestão Plena de Atenção Básica,  
= Gestão Plena do Sistema Municipal  
Estados = Gestão Avançada do Sistema Estadual,  
= Gestão Plena do Sistema Estadual.

Alguns avanços foram significativos a partir da NOB-96, como a habilitação em novembro de 2000 de cerca de 99% dos municípios brasileiros em uma das condições de gestão, sendo a maioria em Gestão Plena de Atenção Básica e 523 municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal. Portanto, em três anos de implementação, a quase totalidade



dos municípios brasileiros passa a receber os recursos federais da saúde direto em seu Fundo Municipal.

A habilitação de uma massa expressiva de municípios marca a substituição da lógica das transferências de pagamentos da forma de serviços prestados do Gestor Federal ao prestador, para o Sistema Fundo a Fundo. Isso representa, hoje, cerca de 60% dos recursos federais da assistência, sendo a maior parte para os Fundos Municipais de Saúde.

Entre os mecanismos de transferências dos recursos federais, criou-se o P.A.B. (Piso de Atenção Básica), que apesar de ter sido calculado com base na série histórica de produção ambulatorial básica dos municípios, não está sujeito a revisões periódicas com base na produção. Isso o torna diferente do recurso para a fração de média e alta complexidade e da assistência hospitalar, que compõem o T.F.A.E. (Teto Financeiro de Assistência Estadual) e o T.F.A.M. (Teto Financeiro de Assistência Municipal), transferidos, respectivamente aos estados e municípios habilitados.

No que diz respeito ao P.A.B., está dividido em uma parte fixa, que os municípios passam a receber Fundo a Fundo, em conta específica, na faixa de R\$ 10,00 a R\$ 18,00 per capita/ano. Já a parte variável também transferida Fundo a Fundo dos municípios habilitados, é condicionada ao cumprimento de requisitos específicos avaliados nas C.I.B. (Comissão Intergestores Bipartites), segundo portarias do M.S. Os incentivos se dão através de recursos técnicos e financeiros e são destinados as seguintes ações e programas: Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa de Saúde da Família (PSF), Programas de Carências Nutricionais e Assistência Farmacêutica Básica.

Pode-se dizer que o P.A.B. rompe com a modalidade do pós-pagamento, vinculado à produção, para uma lógica do pré-pagamento para remuneração dos serviços de atenção básica, representando uma inovação para o modelo de Financiamento Federal na Saúde.

Já a fragmentação do teto financeiro para assistência ambulatorial em duas parcelas: - básico e fração especializada (média e alta complexidade) - teve um impacto diferente, pois sua transferência para contas específicas diminuíram a possibilidade do gasto do montante de recursos, segundo suas próprias prioridades.

Em relação aos incentivos financeiros transferidos “Fundo a Fundo”, estes se darão por critérios estipulados na NOB-96 e avaliação das C.I.B. Estes incentivos não fazem parte do montante global de recursos ambulatoriais e hospitalares que compõem os tetos financeiros assistenciais dos municípios, são os chamados EXTRA-TETOS, cuja execução não está na dependência das tradicionais informações contidas nos sistemas de produção e

faturamento do SUS (SIA-SUS e SIH-SUS), tais como os outros recursos tradicionais vigentes. A sua lógica de transferência se baseia na obtenção de adesão dos municípios a programas com objetivos e metas específicas.

Se os recursos para a atenção básica correspondem a uma pequena parcela do montante dos recursos assistenciais necessários, é importante afirmar que a partir da NOB-96 a grande maioria dos municípios passa a ser gestora de sistemas de saúde gerenciando diretamente os recursos para o subsistema de atenção básica e através da P.P.I. (Programação Pactuada Integrada), ampliando a possibilidade da assistência nos níveis de maior complexidade.

A P.P.I. como um instrumento importante de pactuação de recursos para assistência integral nos municípios induziu a formação de novos acordos intergestores, estimulando a regionalização e a hierarquização do sistema de serviços de saúde estadual, sob coordenação do Estado.

Nesse instrumento se traduz as responsabilidades de cada gestor do sistema, de forma a garantir o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no território de um município específico, quer pelo encaminhamento à um município de referência, sempre por intermédio de negociações entre gestores municipais mediadas pelo gestor estadual.

Cada município deve ter a programação das ações que irá executar para então negociar com os outros gestores a programação das ações que serão referenciadas. Para tanto, o gestor municipal deve conhecer as necessidades dos habitantes do seu município, a quantidade de usuários que serão atendidos no município, a quantidade de usuários encaminhados para o atendimento de referência em outros municípios, bem como conhecer as especialidades profissionais (médicas ou outras) e os recursos tecnológicos demandados.

Mesmo a NOB-96 ampliando os mecanismos de transferências “Fundo a Fundo” (criação do PAB, de incentivos financeiros e implantação da transferência direta dos recursos federais para um grande número de municípios e para os estados habilitados) aumentando com isso a autonomia dos gastos em saúde, “*os instrumentos de controle e avaliação dos resultados são falhos e muitas vezes limitam iniciativas próprias e singulares que vinculam práticas de saúde às realidades locais e regionais*”.<sup>4</sup> (Levcovitz, 2001).

---

<sup>4</sup> Levcovitz, Eduardo. Política de Saúde nos anos 90, relações intergovernamentais e as NOBs. 2001.

## **2.2. A Norma Operacional de Assistência à Saúde - 2001**

Ao longo deste percurso chegamos atualmente ao modelo proposto pela NOAS-SUS 01/2001 onde o seu papel fundamenta-se na regionalização, propondo com isso um salto de qualidade no sistema com a garantia de acesso a ações e serviços de saúde em todos os níveis, ao mesmo tempo que reafirma o comando único em cada esfera de governo, assegurando ao gestor municipal o seu papel de comando do conjunto de ações e serviços em seu território e redireciona o papel do Estado, deslocando cada vez mais o papel de prestação direta de serviços e de relação com prestadores, para as funções de Formulação, Planejamento, Coordenação e Regulação Intermunicipal.

Algumas estratégias determinadas nesta NOAS são importantes para implementação desse processo de regionalização, dentre elas:

- 1) Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivas nos diversos níveis.
- 2) Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.
- 3) Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS, visando torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Como estratégia do processo de regionalização da saúde, as Secretarias Estaduais devem promover um processo de planejamento integrado com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que resulte em um Plano Diretor de Regionalização (PDR). Este plano deve ser visto como um processo dinâmico e permanente de planejamento em saúde, que sirva de instrumento de orientação da regionalização, determinando as prioridades de intervenção voltadas a todos os níveis de atenção.

O P.D.R. deve ser elaborado pela S.E.S. com a participação da S.M.S., na perspectiva da territorialização, garantia de acesso e de integração dos municípios nas regiões de saúde do estado. Essas instâncias regionais constituem espaços de referência para o planejamento e não devem reproduzir ou constituir unidades administrativas do sistema, que

configuram competências exclusivas dos órgãos gestores estaduais e municipais. Assim, os estados que apresentam estruturas de representação regional da S.E.S., as regiões de planejamento em saúde, não serão necessariamente coincidentes com a abrangência dessas estruturas.

Os modelos de regionalização adotados podem ser muito diferentes entre as diversas Unidades da Federação, isto devido ao nível em que se encontram os vários municípios brasileiros no que diz respeito ao processo de descentralização e à regionalização em saúde.

Desta forma, o conceito de região de saúde adotado nesta norma é bastante amplo e deve estar de acordo com as características do estado (demográficas, epidemiológicas e outras), com as prioridades de atenção identificadas e com o modelo regionalizado adotado.

Além de estabelecer as diretrizes para elaboração do PDR nos Estados, esta norma apresenta propostas de organização da Assistência, diferenciadas para os vários níveis de complexidade (Ampliação da Atenção Básica, qualificação das microrregiões, organização da média complexidade política para a alta complexidade).

O PDR propõe sistemas funcionais resolutivos de assistência à saúde por meio de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, com redes hierarquizadas de serviços com o estabelecimento de mecanismos de fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integridade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades, garantindo ainda:

- a) O acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:
  - assistência pré-natal, parto e puerpério,
  - acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil,
  - cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de imunizações para todas as faixas etárias,
  - ações de promoção da saúde e prevenção de doenças,
  - tratamento das intercorrências mais comuns da infância,
  - atendimento de afecções agudas de maior incidência,
  - acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência,
  - tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais,
  - tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes,
  - controle das doenças bucais mais comuns,

- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.
- b) O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

Para a organização da assistência à saúde esta NOAS sugere a ampliação da atenção básica, possibilitando criar de forma clara maior responsabilidade dos municípios com os seus usuários, o mais próximo possível de suas residências, devendo estender um pacote de serviços de média complexidade antes, nem sempre disponível em todos os municípios, que compreende: laboratório, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica, ações odontológicas especializadas, leitos hospitalares para atendimento de parto normal, primeiro atendimento em clínica médica e pediatria. Além dessas ações de primeiro nível de média complexidade é de fundamental importância a garantia das demais ações de média complexidade ambulatorial e hospitalar que podem ser asseguradas para todos os cidadãos no âmbito microrregional ou regional.

Para melhor compreensão e adequação do modelo pelo Estado, foi proposto alguns conceitos-chave que deverão ser observados no PDR:

**REGIÃO/MICRORREGIÃO DE SAÚDE** - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do Estado, a ser definida pela SES, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviço, relações entre municípios, entre outras.

Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

**MÓDULO ASSISTENCIAL** – módulo territorial com resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, constituído por um ou mais municípios, com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPAB-

A) com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos, ou

- município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

MUNICÍPIO - SEDE DO MÓDULO ASSISTENCIAL (GPSM ou GPAB-A) - município existente em módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência para sua população e para população de outros municípios a ele adscritos.

MUNICÍPIO PÓLO (GPSM ou GPAB-A) – municípios que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

UNIDADE TERRITORIAL DE QUALIFICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado.

O processo de qualificação de uma região/microrregião deverá orientar-se nos requisitos propostos na NOAS, e submeter-se a CIT para aprovação. Isso resultará em transferência fundo a fundo para o município-sede de cada módulo de um valor per capita nacional correspondente a oferta do conjunto mínimo de serviços ambulatoriais de média complexidade que compõe o primeiro nível de referência para o atendimento da população adscrita aquele município, e dos recursos financeiros para as ações hospitalares, de acordo com a PPI. O volume de recursos deverá estar separado entre o montante para o atendimento a sua população do que deverá ser gasto com a população referenciada.

Deverá o Plano Diretor de Regionalização conter algumas diretrizes que promovam a assistência da população em sua plenitude, entre elas:

- A descrição da organização de território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos,
- 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,
- 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 com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégia de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços,
- Proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas,
- Identificação das necessidades e as propostas do fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis.

Com relação a organização das ações de média complexidade é importante a sua garantia tanto para atividades ambulatoriais como hospitalares, que podem ser asseguradas a todos os cidadãos no âmbito microrregional ou regional, conforme as características do estado e a definição do Plano Diretor de Regionalização. O seu processo de pactuação (PPI) e o termo de compromisso para garantia do acesso da população são instrumentos que asseguram o acesso do usuário aos serviços de média complexidade não disponíveis no município de sua residência.

Em relação a divisão de responsabilidade entre gestores, a NOAS-SUS 01/01 enfatiza o papel do Estado na coordenação da Programação Pactuada Integrada entre gestores municipais e o apoio aos municípios na organização das referências.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de alta complexidade e devido aos altos custos envolvidos requer uma ação integrada dos três níveis de governo (municipal, estadual e federal), cabendo ao M.S. o papel de definição de algumas diretrizes e normas técnicas, financiamento das ações e possibilitando o acesso para toda a população.

O gestor estadual tem como função definir as prioridades assistenciais e a programação de alta complexidade, incluindo definição de prioridades de investimento e apoio a implementação de instrumentos de regulação da atenção de alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros) e o controle e avaliação do sistema quanto a sua resolutividade e acessibilidade.

Os municípios (GPSM) que tiverem serviços de alta complexidade em seu território deverão desempenhar funções de organização dos serviços visando garantir acesso para sua população e a população referenciada, a autorização para procedimentos e pagamentos e o controle, a avaliação e a auditoria dos serviços.

O segundo grupo de estratégias diz respeito ao fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e compreende uma série de processos de gestão para assegurar o caráter público do sistema. Estes mecanismos propõem:

- O predomínio da lógica das necessidades de saúde sobre as pressões de oferta,
- As relações cooperativas e complementares entre gestores do sistema, com melhor definição de responsabilidades e dos compromissos estabelecidos,
- Os instrumentos de consolidação dos pactos entre gestores do sistema,
- O acesso de todos os cidadãos a todos os níveis de atenção.

Desta forma algumas funções entre os gestores estaduais e municipais foram criadas (Planejamento e Programação, Definição de Referências Intermunicipais, Controle e Avaliação) para dar normatização ao atendimento.

A Programação Pactuada Integrada (PPI) é um instrumento de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do SUS, de alocação de recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre as três esferas do governo, traduz as responsabilidades de cada ente gestor do sistema (SMS e SES) com garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente do território de um município, quer pelo encaminhamento a municípios de referência (sempre mediado por relações entre gestores), com a busca crescente da equidade da distribuição dos recursos e da organização de uma rede regionalizada e resolutiva.

Em relação a garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência, isto se dá mediante um sistema de referência compatível com a condição de gestão dos municípios partícipes, observado o Teto Financeiro da Assistência do Estado, onde o município deve se comprometer com o atendimento da população referenciada, subscrevendo com o Estado um termo de compromisso para garantia de acesso, que consolide os pactos entre gestores municipais no âmbito da PPI.

Um outro aspecto diz respeito ao controle e avaliação dos serviços que são de competência comum dos gestores Federal, Estadual e Municipal, cabendo a cada um o seu papel de atuação. As funções de controle e avaliação devem avaliar o modelo de gestão, qualidade da assistência, a satisfação do usuário e o impacto sobre a saúde da população.



A última estratégia proposta pela NOAS-SUS 01/01 para implantação da regionalização da saúde diz respeito a revisão dos critérios de habilitação dos municípios e estados, onde procurou-se responsabilizar os gestores com a condição de gestão assumida.

O processo de habilitação dependerá da elaboração e acompanhamento dos planos de saúde e dos relatórios de gestão, buscando maior efetividade destes instrumentos com a definição de prioridades e a prestação de contas dos gestores. Neste sentido são introduzidos dois novos instrumentos: agenda de compromisso e o quadro de metas.

Outro fator importante é a alimentação regular do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e de adequação da receita própria de acordo com o definido na Emenda Constitucional nº 29.

Os municípios apresentam dois modelos de gestão:

- ⇒ Gestão Plena de Atenção Básica para transferir-se para G.P.A.B.-A (Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada) deverá cumprir os seguintes critérios:
  - Alimentação regular dos sistemas de informações,
  - Desempenho dos indicadores de A.B.,
  - Capacidade de oferecer com suficiência e qualidade todas as atividades requeridas,
  - Estabelecimento do pacto de A.B. para o ano subsequente.
- ⇒ Gestão Plena do Sistema Municipal:
  - Neste modelo os municípios deverão dispor de uma rede assistencial capaz de ofertar além dos procedimentos para a A.B.- A , um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, compreendendo laboratório de patologia clínica, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, primeiro nível de atendimento a distúrbios psicossociais, fisioterapia, algumas ações de odontologia especializada, pequenas cirurgias ambulatoriais ginecológicas e leitos hospitalares.
  - Outro importante requisito é o compromisso formal do município em desempenhar o papel de pólo de referência para outros municípios, de acordo com as necessidades identificadas no planejamento e expressa no Plano Diretor de Regionalização.

A regionalização, então, passa a servir de “modelo estratégico” que 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-relacionamentos 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. (M.S. 2001)

## 2.3. PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

### - O QUE ESTÁ PREVISTO

Foi estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde SES/RJ um modelo de gestão que preconizava como estratégia principal o levantamento dos problemas relacionados as demandas e necessidades da população, sendo construído o Plano Estadual de Saúde que procura dar direção as ações necessárias para o enfrentamento das dificuldades encontradas e para a superação das desigualdades em nosso estado, no âmbito do sistema único de saúde . Aprovado para o período de 2001 a 2004 pelo Conselho Estadual de Saúde, CES em deliberação nº 18 de 22 de fevereiro de 2002, o Plano foi publicado no D.O. de 06 de abril de 2002.

O seu processo de elaboração foi fruto de uma proposta de integração entre os vários setores da Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ e a Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento da SES produzindo o Planejamento Estratégico Situacional como um modelo de participação para a construção de planos e diretrizes para a melhoria da gestão e assistência do SUS no Estado.

Para implementar este trabalho, a SES/RJ instituiu em 1999 o NIDE – Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico, que é composto de pessoal permanente com vínculo direto ao gabinete da Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento e que agrega representantes das diversas áreas, dependendo das necessidades de intervenção, atuando como facilitador nos processos de trabalho.

O Plano Estadual de Saúde propôs então levantar os problemas e desafios que afetam a população fluminense criando mecanismos capazes de modificar a atual situação de cada uma de suas nove (9) regiões criando programas prioritários ao nível de cada município, como meio de transformação de sua atual realidade.

As regiões passam a ser divididas segundo o critério geográfico, sendo que o estado é dividido em oito (8) regiões, mas para melhor sistematização do processo de trabalho e baseado nas demandas já existentes o sistema de regionalização de saúde criou nove (9) regiões, assim divididas:

- 1) Região Baía da Ilha Grande – Angra dos Reis, Paraty, Mangaratiba;
- 2) Baixada Litorânea – Araruama, Iguaba Grande, São Pedro de Aldeia, Saquarema, Cabo Frio, Armação de Búzios, Casemiro de Abreu, Arraial do Cabo, Rio das Ostras;

- 3) Região Centro-Sul – Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian, Sapucaia, Paraíba do Sul, Vassouras, Miguel Pereira, Paty de Alferes, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paracambi;
- 4) Região Médio-Paraíba – Barra do Piraí, Piraí, Volta Redonda, Pinheiral, Valença, Rio das Flores, Resende, Itatiaia, Quatis, Porto Real, Barra Mansa, Rio Claro;
- 5) Região Metropolitana I – Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Nova Iguaçu, Mesquita, Japeri, Queimados, São João de Meriti, Belford Roxo, Nilópolis;
- 6) Região Metropolitana II – Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Silva Jardim, Rio Bonito;
- 7) Região Noroeste – Natividade, Varre-e-Sai, Porciúncula, Itaperuna, Laje do Muriaé, São José de Ubá, Bom Jesus do Itabapoana, Italva, Cardoso Moreira, Aperibé, Itaocara, Santo Antônio de Pádua, Cambuci, Miracema;
- 8) Região Serrana – Petrópolis, Teresópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro, Carmo, Nova Firburgo, Cachoeiras de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes, Santa Maria Madalena;
- 9) Região Norte – Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu, Quissamã, Campos, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana, São João da Barra.

A Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ buscou levantar os problemas inerentes a cada região de modo claro e objetivo em conjunto com os diversos atores envolvidos e trazer as soluções. Este diagnóstico foi feito em duas (2) etapas: a primeira sob a ótica inteira da Secretaria de Estado, onde diversos desafios precisam ser enfrentados por esta instância do SUS, a segunda parte referiu-se aos problemas identificados em cada região da Saúde do Estado, que para sua resolução implica em maior grau de integração e cooperação entre os municípios e entre estes e a Secretaria Estadual de Saúde.

#### A) NA ESFERA DA SECRETARIA SES/RJ:

Todo este processo começou com a realização do 1º Seminário de Planejamento em fevereiro de 1999, que buscou identificar problemas e desafios e traçar estratégias de ação

para a gestão 1999-2002, seguiram-se então mais três (3) seminários de planejamento (05/1999; 01/2000 e 07/08/2000) com o objetivo de revisar os problemas anteriormente levantados, reavaliar estratégias, programas e metas. Os problemas foram classificados em sete (7) áreas de intervenção: Política Institucional, Estrutura Gerencial, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Redes e Serviços, Compras de Produtos e Serviços, Gestão de Atenção à Saúde do Estado e Assistência Farmacêutica.

#### B) NA ESFERA DAS REGIÕES DE SAÚDE:

Este diagnóstico situacional regional foi instituído através de oficinas de planejamento estratégico coordenado pela Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento da SES/RJ, com o intuito de implementar a regionalização da assistência. Os dois (2) seminários de planejamento foram os grandes fóruns de discussão em que se buscou a implementação de todo este projeto, o primeiro realizado em novembro de 2000, na Baixada Fluminense onde se discutiu a dificuldade para uma adequada prestação de serviços de saúde àquela população. Isto permitiu que os municípios expusessem os seus problemas prioritários e que se criasse um pacto de integração de forma a melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, de acordo com os níveis de complexidade, estimulando a reorganização do modelo de assistência e apoiando os consórcios municipais de saúde. Foi proposto então que os municípios selecionassem o foco prioritário de atuação baseados na capacidade de governo, ou seja, com quais recursos a região dispõe para investir neste processo e na governabilidade. Foram priorizados alguns macroproblemas e que os municípios trabalhassem uma agenda integrada de atuação regional. Já neste primeiro momento foi possível trocar experiências entre os diversos atores (profissionais, gestores, técnicos, representantes dos conselhos) mostrando que é possível trabalhar por um sistema único de saúde mais justo.

Em continuidade a este processo, em julho de 2001 realizaram-se as oficinas de Planejamento Estratégico “Regionalização da Assistência à Saúde no Rio de Janeiro” em várias regiões do Estado, tendo como referência a NOAS 01/2001. Entre os temas discutidos, dois foram os prioritários: “A Regionalização da Atenção Básica” e “A Regionalização da Média e Alta Complexidade e Conformação dos Módulos Assistenciais”. O resultado foi a construção de um plano estratégico regional para assistência à saúde que possibilita uma ação mais eficiente dos gestores municipais em parceria com o governo estadual criando uma identidade coletiva, permitindo maior cumplicidade e solidariedade no cotidiano das ações.

Estes planos serviram de base para a pactuação da agenda estadual de saúde, plano diretor de regionalização, plano de investimentos e plano estadual de saúde.

Cada região levantou os seus principais problemas, no norte fluminense, estes foram os entraves diagnosticados no fórum:

- a) Distribuição inadequada de medicamentos:
  - devido a um processo lento de compra e venda (estadual e municipal),
  - carência para o usuário;
- b) Baixa cobertura do Programa de Saúde da Família (17,7% da população);
- c) Inadequada política de recursos humanos:
  - pela inexistência de planos de cargos, carreira e salário nos municípios;
- d) Insuficiência das atividades de promoção à saúde:
  - integração as atividades de promoção à saúde ainda deficiente,
  - ausência de núcleos de educação em saúde regional;
- e) Microrregionalização proposta com problemas de acesso para o usuário:
  - devido a teto financeiro insuficiente para exames ou procedimentos interligados as atividades do CACON,
  - alguns municípios não utilizam os recursos da P.P.I. - ECD e do P.A.B. na sua totalidade,
  - falta de gerenciamento do Fundo Municipal Saúde pelo Secretário de Saúde e, em alguns municípios, sendo gerenciado pelo Secretário de Fazenda;
- f) Dificuldade em garantir acesso a serviços de Terapia Intensiva Neonatal:
  - insuficiência de leitos de U.T.I. neonatal,
  - falta de controle das U.T.Is. particulares pelo Estado,
  - baixa disponibilidade de leitos U.T.I. neonatal na rede pública,
  - dificuldade de vagas nas urgências de U.T.I. neonatal para recém-nascido de alto risco;
- g) Pouca oferta de serviços de saúde mental extra-hospitalares (CAPS, NAPS, Hospital/Dia, CASA LAR):
  - deficiência de recursos humanos em saúde mental,
  - falta de leitos de urgência em saúde mental para internação,
  - ausência de melhor distribuição dos recursos humanos em saúde mental.

Em relação a região noroeste os maiores problemas são:

- a) Política de assistência farmacêutica básica inadequada por:
  - dificuldade de obter medicamentos,
  - não padronização da lista de medicamentos básicos;
- b) Insuficiência de atividades de promoção da saúde por:
  - falta de articulação do setor saúde com os movimentos populares,
  - falta de articulação do setor saúde com os demais setores da administração pública;
- c) Deficiência na assistência materno-infantil por:
  - cobertura insuficiente de pré-natal,
  - captação reduzida de gestantes no setor público,
  - aumento da morbi-mortalidade materno-infantil,
  - falta de referência para gestantes e recém-nascidos de alto risco;
- d) Política de Recursos Humanos inadequada por:
  - inexistência de Planos de Cargos Carreiras e Salários na maioria dos municípios da região,
  - alta rotatividade dos profissionais,
  - grande disparidade de salários entre os profissionais;
- e) Dificuldade para se garantir o acesso dos pacientes da região aos serviços de alta complexidade por:
  - falta de referência para gestantes de alto risco,
  - falta de referência para recém-nascido de alto risco,
  - dificuldade para realizar exames como densitometria, broncoscopia e teste de esforço;
- f) Dificuldade para se garantir ações integrais em saúde mental por:
  - deficiência do serviço em vários municípios,
  - baixo número de serviços extra-hospitalares para assistência ao portador de doença mental na região.

Baseado em todas essas informações o plano de ação da Secretaria Estadual de Saúde para a região Norte tem como objetivo procurar dotar uma infra-estrutura regional em que o município promova o seu papel no que é de sua competência com o apoio da Secretaria de Saúde do Estado ao mesmo tempo que uma integração entre toda a região se faça cada vez mais atuante (consórcio) no sentido de dar margem para que a população possa ver resolvidas as suas necessidades.

Para ver esta meta alcançada, a III Conferência Estadual de Saúde já preconizava este tipo de estratégia, no item 4:1 ‘Gestão e Intergestão ao SUS’ subitem 4:1.1.3 está escrito “Estabelecer maior intercâmbio, ações integradas e parcerias entre S.E.S. e as secretarias municipais de saúde, implantando um fórum permanente das 03 (três) esferas governamentais para avaliar compromissos assumidos”. Em seguida, no subitem 4:1.1.4 lê-se “Criar dentro da S.E.S. instância de atuação descentralizada e uma equipe técnica para ajudar as secretarias municipais de saúde e os conselhos municipais no planejamento de sua rede de serviços. Portanto, a SES/RJ começa a implantar os programas estratégicos nos vários campos de atuação visando dar agilidade as principais demandas do sistema (p. 37 do Plano Estadual de Saúde – SES – Governo do ERJ 1999-2002).

A Secretaria Estadual propõe um modelo de gestão coerente com o processo de planejamento, integrado, democrático e operacional com criação em cada região de fóruns técnicos formado por membros indicados pelo Estado e pelos municípios responsáveis por colocar em prática as estratégias traçadas durante o processo de planejamento, foram criados os Núcleos de Integração e Desenvolvimento Estratégicos Regionais - NIDE, constituindo-se como um fórum de integração técnica, voltada para a região, tendo como atribuição efetuar o acompanhamento e a gestão do desempenho das atividades e projetos integrados, realizados no âmbito da região, de acordo com o Plano Estadual de Saúde, porém sem poder deliberativo. Deve basear-se no princípio de cooperação e responsabilização, buscando utilizar instrumentos gerenciais que facilitem a implantação de um modelo de atuação participativo e planejado, devendo-se constituir sempre em uma instância técnica e operacional buscando sempre maior integração dos diversos níveis de gestão do SUS (p. 61 do Plano Estadual de Saúde – SES – Governo do ERJ – 1999-2002).



### **3. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO**

A partir da NOAS 01/2001 entra para a agenda do SUS o tema “Regionalização da Assistência à Saúde”, propondo com isso um salto de qualidade, visando imprimir maior eficácia, eficiência e equidade ao sistema através da racionalização no uso dos serviços de saúde, que deverá ser alcançada através da organização e articulação regional da oferta e do acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade.

O Gestor Estadual torna-se o grande condutor desta mudança que, juntamente com os municípios, procuram definir a melhor forma de organizar a assistência. Assim, o desafio que se apresenta para este nível de gestão é o de construir uma proposta de hierarquização e territorialização da assistência em microrregiões, com formação de redes intermunicipais resolutivas e funcionais para os diferentes níveis de complexidade nas diversas regiões do Estado.

Como instrumento para efetivar os processos de descentralização, regionalização e hierarquização da Assistência, a PPI (Programação Pactuada Integrada) passa a ser o meio de interlocução entre os gestores e propicia, através de sua metodologia, os mecanismos necessários para elaborar o Plano de Regionalização Estadual.

Em abril de 1998, a Comissão Intergestores Bipartites (CIB/RJ), instituiu a Comissão de Programação Pactuada e Integrada – CPPI no Estado, com o objetivo de elaborar uma proposta que viabilizasse a implementação e operacionalização da Programação Pactuada e Integrada (PPI) tendo como metas principais propor métodos de distribuição de recursos entre os municípios, considerando os critérios populacional, capacidade instalada, características regionais e processos de negociações entre gestores; elaborar revisão de tetos financeiros dos municípios e do estado, além de mecanismos gerenciais que viabilizem a pactuação entre gestores municipais.

Para que este processo avançasse foi proposto duas estratégias como a criação da Ficha de Programação Pactuada e Integrada (FPPI), como instrumento de pactuação entre gestores e alocação de recursos entre municípios e a substituição da metodologia que distribuía os recursos referentes aos procedimentos não realizados pelos municípios (“NÃO FAZ”) através da “Migração Automática” pela pactuação entre gestores com a realocação de recursos entre municípios, permitindo com isso o fortalecimento de compromissos e maior

integração e resolutividade no atendimento à população. Assim os valores totais dos procedimentos referenciados para os municípios constituíram a parcela “Referência” dos novos tetos financeiros municipais, vigentes a partir de fevereiro de 1999, após aprovação pela CIB/RJ. Desta forma, os novos tetos financeiros ambulatoriais passaram a ser assim constituídos: - PAB (Piso de Atenção Básica);

- FAE (Fração de Assistência Especializada);
- Procedimentos Hemoterápicos;
- Terapia Renal Substitutiva;
- Referências Intermunicipais.

A pactuação intermunicipal se fez com o estudo da série histórica (população, capacidade instalada, utilização dos serviços) da Secretaria Estadual de Saúde desde 1995 até 1998, sendo que continuam limitados pelo “TETO” estadual, embora a repactuação tenha sido instituída pela CIB/RJ, com revisão quadrimestral dos tetos, mesmo assim este modelo não preenche integralmente as constantes necessidades dos municípios.

O Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios, tendo uma população de 14.367.083 habitantes, com base no CENSO 2000. Estes municípios estão divididos em oito (08) regiões geográficas pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE).

A organização geográfica utilizada para dividir o Estado em regiões, microrregiões, módulos assistenciais e municípios foi a que já existe, com pequenas adaptações, para atender aos fluxos populacionais de atenção. Este modelo foi aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em 18 de outubro de 2001 e pelo Conselho Estadual de Saúde, em 07 de dezembro de 2001. Esta divisão atendeu a critérios geográficos, de população, acessibilidade, capacidade instalada e a oferta de serviços, incluindo nível de complexidade atual ou a ser desenvolvido, conforme explicitado no Plano Diretor de Investimento e decisão política dos gestores, visando capacitar o município a ser sede de módulo assistencial.

O Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, teve como característica principal a participação de todos os municípios envolvidos, no entanto para operacionalizar esta proposta de regionalização torna-se necessário identificar as prioridades de investimentos que viabilizem uma oferta de serviços resolutiva e racional, desde a atenção básica nos municípios até a média e alta complexidade no âmbito de cada módulo assistencial e/ou microrregião. O instrumento para construir esta viabilidade é o Plano Diretor de Investimentos.

A elaboração deste Plano prevê dificuldades de informação quanto a capacidade instalada de cada município; dificuldades dos gestores de pensar a oferta de serviços regionalmente, tendendo a buscar investimentos exclusivamente para a atenção dos seus usuários; dificuldade de se avaliar o fluxo e realizar levantamento de custo preciso e as grandes desigualdades encontradas em cada um, são aspectos que interferem na elaboração de uma proposta de investimentos.

Diversas planilhas buscaram levantar as necessidades de investimentos em equipamentos, na capacidade de gestão e no perfil hospitalar de cada região, permitindo com isso demonstrar uma maior fidelidade aos dados apurados.

Definiu-se assim a quantidade de equipamentos por região, microrregião e respectivos módulos assistenciais, buscando minimizar o impacto de possíveis distorções entre as reais necessidades de cada região e as apontadas pelas mesmas, através do levantamento dos municípios, com isso o Plano Diretor do Estado busca fornecer subsídios aos gestores municipais que garantam um planejamento de recursos mais compatível com a nossa realidade.

Um outro aspecto da regionalização é quanto a divisão do território estadual que é feita tendo como base as características locais, a situação da saúde da população, a oferta e o acesso aos serviços. Isto requer do poder público no âmbito estadual, o desenvolvimento de sua capacidade em responder às diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência.

É nesse âmbito que se insere o processo de regulação das ações de saúde que, a partir de pactos entre os gestores municipais, unidades de saúde e representantes da comunidade, constitui-se um instrumento ordenador e definidor da atenção à saúde.

A rede de centrais de regulação das ações de saúde é uma iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, implementado em parceria com as secretarias municipais de saúde, tendo por objetivo organizar e controlar a oferta de serviços de saúde referentes a internações, consultas especializadas e exames de alta e média complexidade através de centrais informatizadas e interconectadas.

Esta rede de centrais vem possibilitar um acesso mais ágil e democrático da população, poupando assim o usuário do SUS da peregrinação por diferentes municípios e hospitais na busca de um melhor atendimento, garantindo o acesso dos pacientes e otimizando os recursos disponíveis no sistema. São 10 (dez) centrais de regulação em todo o estado, sendo 09 (nove) núcleos regionais atendendo as várias regiões do estado e 01 (uma) central de UTI Neonatal e gestação de alto risco. São atribuições básicas dos núcleos regionais a

regulação dos procedimentos hospitalares obstétricos de médio e baixo risco (pré-parto e parto), monitorar todos os leitos e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, controlar a execução dos pactos assistenciais e possibilitar aos municípios a monitoração da execução dos seus tetos financeiros (hospitalar e alta complexidade) e permitir que os núcleos de controle e avaliação dos municípios façam a autorização de internação (AIH) e procedimentos de alta complexidade (APAC).

A organização e funcionamento de cada central de regulação implica no envolvimento dos gestores municipais em todo o processo de implantação e utilização da central como instrumento gerencial regional, fornecendo todos os dados necessários (leitos, rede de serviços e procedimentos especializados) que garantam o acesso do usuário.

A região norte-fluminense, que é o nosso foco de atenção, é composta por 08 (oito) municípios, com uma população estimada de 684.409 habitantes, representando 4,76% da população total do Estado. Foi dividida em 02 (duas) microrregiões: Norte I (N. I) e Norte II (N. II).

Figura 1 - Mapa da Região Norte Fluminense dividida em duas microrregiões



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde – Plano Diretor de Regionalização

### **Microrregião Norte I**

Compreende os municípios de Macaé, Carapebus, Conceição de Macabú e Quissamã, que totalizam 172.575 habitantes e formam 03 (três) módulos assistenciais.

Nesta microrregião destaca-se o município de Macaé, que nos últimos 25 anos vem sofrendo transformações importantes, nos campos econômico, político e social, após a implantação da base da PETROBRÁS. Com uma população de cerca de 131.550 habitantes, possui 269 leitos cadastrados no SUS, de um total de 410 para toda esta região, e quando necessitam de procedimentos de média e alta complexidade, estes são referenciados para Campos ou Rio de Janeiro.

### **Microrregião Norte II**

Compreende os municípios de Campos, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra, possuindo uma população em torno de 511.834 habitantes, o que equivale a 3,56% do total da população estadual, sendo cadastrados no SUS um total de 1447 leitos. Foi também dividida em 03 (três) módulos assistenciais (Campos, São Fidélis e São João da Barra).

O município de Campos possui uma população, estimada em 2002, de 413.445 habitantes (segundo o Censo 2000) e vem ao longo da última década se especializando como pólo em saúde, com a abertura de várias Faculdades voltadas para esta área (Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, etc) juntando-se as 03 (três) já existentes (Medicina, Odontologia, Serviço Social), além do crescimento de clínicas e hospitais, tanto na rede pública como na iniciativa privada.

O Sistema Único em Campos é composto de cerca de 100 unidades de saúde (Primária e Secundária) e 06 hospitais, sendo 02 públicos e 04 conveniados, que dão sustentação ao atendimento à população.

Os procedimentos de média e alta complexidade e os especiais (Oncologia, Terapia Renal Substitutiva, Hemoterapia) da região são realizados na cidade, só referenciando para fora do município aqueles aqui não realizados, como os casos de cirurgias vídeo-laparoscópicas, colonoscopia infantil, artroscopia, ressonância nuclear magnética, histeroscopia e medida ambulatorial da pressão arterial (M.A.P.A.).

### **3.1. CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE**

Um instrumento de gestão que deve ser levado em conta como modelo de descentralização são os chamados Consórcios Intermunicipais, que vêm sendo adotado há décadas tendo a Constituição de 1937 (art. 29) disposto sobre o agrupamento de municípios para administração de serviços públicos. Entretanto, foi a partir dos anos 80, como parte dos esforços dos municípios em resolver problemas que transcendiam suas capacidades organizativas e de recursos, que essa forma de associação tomou vulto, especialmente na busca de soluções de problemas comuns para os municípios.

Consórcio significa do ponto de vista jurídico e etimológico, a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza. O Consórcio não é um fim em si mesmo, constitui, sim, um instrumento, um meio, uma forma para a resolução de problemas ou para alcançar objetivos comuns.

A crise do estado brasileiro desnudou a impossibilidade de continuar respondendo as demandas locais com ações centralizadas, daí as iniciativas do poder local para equacionar os problemas onde eles realmente se manifestam, por meio de uma junção de esforços intermunicipais. Isto se dá em setores distintos como desenvolvimento regional, meio ambiente, irrigação, desenvolvimento agrícola, bacias hidrográficas, saúde, educação, alimentação, assistência social, obras de infra-estrutura, entre outros.

Dentro desse movimento mais global, nascem os Consórcios Intermunicipais de Saúde, associações entre municípios para a realização de atividades conjuntas referentes à promoção, proteção e recuperação da saúde de suas populações e reforça o exercício da gestão conferida constitucionalmente aos municípios no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Utilizado como instrumento de estímulo ao planejamento local e regional em saúde, o consórcio possibilita, além disso, a viabilização financeira de investimentos e contribui para a superação de desafios locais no processo de implementação do sistema. Para um município de pequeno porte, representa a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de maior complexidade.

A implantação e a operacionalização de serviços de saúde que contemplem integralmente as demandas de uma população representam, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira. Assim, a prestação de serviços de forma regionalizada pelos consórcios evitará a sobrecarga do município na construção de novas unidades, na aquisição de equipamentos de custos elevados e na contratação de recursos humanos especializados.

Nas regiões metropolitanas, onde se concentram elevado contingente populacional e recursos mais complexos para diagnóstico e tratamento, o consórcio intermunicipal pode ser um instrumento de otimização da rede disponível, inclusive em relação à organização da referência, possibilitando melhor atendimento às necessidades de saúde das populações. O resultado dessa associação vai gerar impacto relevante nas condições de saúde, tendo em vista, o alcance social da medida, ou seja, melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de satisfação do usuário.

Dentro desta diretriz, nasce em 1986 o primeiro deles, em Penápolis, considerado o consórcio-mãe, criado na microrregião paulista polarizada por esta cidade, situada no noroeste do estado e composta por 07 (sete) municípios. Antes dele, já existia na região os consórcios de recuperação de várzea, de informática e de alimentos para a merenda escolar.

Após a implementação do SUS e da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90) observa-se franca expansão deste tipo de associação, que se aprofunda a medida que o município aumenta o seu grau de responsabilidade, o que faz com que se busque formas de associação que permitam superar deficiências organizativas, de escala ou disponibilidade de recursos. Portanto, os consórcios intermunicipais de saúde não resultam de nenhuma política nacional deliberada, ao contrário, surgiram como respostas às demandas de prefeituras que queriam ver resolvidos os seus problemas relativos aos serviços

de saúde. Isto também se dá pela fragilização das secretarias estaduais de saúde, que pelo processo de municipalização e pela crise fiscal dos estados começam a perder espaços, retirando-se dos processos de prestação de serviços secundários e terciários.

Com a instituição da NOB-96, os consórcios intermunicipais de saúde passaram a ser considerados no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços como sendo estratégias para a articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos diversos municípios de constituírem um consórcio ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Essa articulação intermunicipal deve ter relação direta com o papel do gestor estadual, definido na NOB-96, que é, substancialmente organizar o sistema de saúde no seu âmbito e disciplinar a referência, a contra-referência e a regionalização. Isto se dá principalmente na instrumentalização da Programação Pactuada Integrada – PPI, discutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite. Por isso, ao decidirem-se pela formação de consórcio, os gestores municipais devem estabelecer a necessária articulação com o gestor estadual, de forma que as ações e serviços a serem consorciados componham a PPI, o que não exclui, no entanto o pressuposto básico desta forma de atuação que é a preservação da autonomia de cada município.

Essa autonomia, na prática, é traduzida na sua condição de gestor do sistema municipal de saúde, da qual são inerentes as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Desta forma, o município está apto para lançar mão do consórcio como instrumento para a solução de problemas sanitários que sozinho não poderia resolver, e que são importantes para o alcance dos objetivos voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde de sua população.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde são organizações privadas constituídos pela ação cooperativa das prefeituras de uma microrregião sanitária, para exercer, por delegação da Comissão Intergestores Bipartite, gestão de certos serviços de saúde (serviços hospitalares, serviços ambulatoriais especializados e serviço de apoio diagnóstico e terapêutico).

O instrumento consorcial que representa o compromisso dos municípios independe de autorização legislativa e deve explicitar o município sede do consórcio, criação de pessoa jurídica administradora do consórcio, se for o caso, e todos os aspectos e questões pactuadas pelos municípios que o integram. Deve conter também uma instância deliberativa,



o conselho de prefeitos, uma instância fiscalizadora, o conselho fiscal ou conselho curador e uma secretaria executiva.

Os recursos municipais destinados ao financiamento dos consórcios são repassados por cotas mensais a um fundo comum ou a município-pólo e seus valores são calculados como porcentagem fixa do fundo de participação dos municípios ou mediante critérios que combinam população e serviços recebidos.

Os consórcios de saúde podem ser uma forma de gestão cooperativa entre as secretarias municipais de saúde de uma microrregião, mas com missões distintas onde os consórcios se organizam cooperativamente sem funções de estado, podendo como prestador de serviços conviver com outros órgãos estatais, públicos não estatais e privados, obedecendo normatização do M.S. (1997) onde estão impossibilitados de serem gestores de sistemas municipais, substituírem as competências dos gestores estaduais e de decidirem sobre sistemas de referência e contra-referência.

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde distribuem-se em 21 estados brasileiros, sendo 143 em funcionamento, envolvendo 1948 municípios. Esta é uma prática comum de associação para municípios pequenos, uma vez que aproximadamente 60% dos municípios consorciados possuem populações de menos de 10.000 habitantes e somente 5,5% dos municípios, populações maiores que 50.000 habitantes. Não há nenhuma capital de estado que participe de consórcios.<sup>5</sup>

Os consórcios têm tido como principal objetivo o atendimento às especialidades e serviços de apoio diagnóstico, são também responsáveis por realizações de atenção básica aos municípios e atenção hospitalar, além do que prestam assessoria técnica aos municípios. Devem pautar-se pelos princípios que regulam a administração pública, o que os coloca sob controle dos tribunais de contas, já que os recursos que irão administrar são públicos na sua quase totalidade.

Portanto, os CIS são uma realidade no SUS e representam uma nova forma de gestão de serviços de saúde com missão estrita de prestação de serviços de saúde, não lhes competindo, em nenhuma hipótese, desempenhar funções de gestão dos sistemas de saúde (funções exclusivas de Estado), são acordos de municípios entre si, com objetivos comuns.

---

<sup>5</sup> Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil. Ana Paula Gil de Lima e Rosa Pastrana – 2000

O Estado do Rio de Janeiro possui 04 (quatro) consórcios de saúde instituídos <sup>6</sup> cada um em nível diferente de atividade, abrangendo 49 municípios, isto é, 53,3% do estado. A região Norte teve o seu consórcio criado em março de 2000 e é composto de 09 (nove) municípios que são os da região geográfica mais o município de Cardoso Moreira. Atualmente a sede do consórcio é a cidade de Macaé, com sua secretaria executiva sob a responsabilidade do secretário de saúde local. Na sua criação foi instituído um percentual de 1% do PAB Fixo, de repasse sistemático para sua manutenção (conforme tabela demonstrativa abaixo).

Com assessoria e financiamento da Secretaria de Estado de Saúde e em virtude das carências regionais, foram adquiridos novos equipamentos para a UTI e Centro Cirúrgico para o município de Macaé e uma UTI neo-natal em Campos, para recém-nascidos de alto risco, já como projetos de investimentos de saúde na região.

---

<sup>6</sup> 1997 – O ano da saúde no Brasil – Ações e Metas Prioritárias. M.S.

Tabela 2: Teto Financeiro PAB da Região Norte-Fluminense

Município	PAB (R\$)	Repasse (R\$)
Campos	451.940,00	4.519,40
Carapebus	7.402,00	74,02
Cardoso Moreira	10.480,00	104,80
Conc. de Macabu	15.768,00	157,68
Quissamã	11.718,00	117,18
Macaé	113.455,00	1.134,55
São Fidélis	30.870,00	308,70
S. Fr. Itabapoana	34.992,00	349,92
São João da Barra	40.330,00	403,30
Total	716.955,00	7.169,55

Fonte: Ministério da Saúde

Assim, o CIS do Norte-Fluminense representa um modelo ainda incipiente e com pequena expressão financeira nas ações de saúde da região.

### 3.2. FINANCIAMENTO

O Ministério da Saúde tem estabelecido cooperação financeira com órgãos das 03 (três) esferas de governo e com entidades públicas e privadas mediante 03 (três) formas de descentralização de recursos como:

- 1) Transferência de recursos, pelo Fundo Nacional de Saúde aos Municípios, Estados e Distrito Federal, de forma regular e automática (repasse fundo a fundo).
- 2) Remuneração por serviços produzidos, que consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados, contratados e conveniados, contra apresentação de faturas referentes a serviços prestados junto à população.
- 3) Celebração de convênios e instrumentos similares com órgãos ou entidades federais, estaduais ou do Distrito Federal, Prefeituras Municipais e Organizações Não Governamentais, interessadas em financiamentos de projetos específicos na área de Saúde.

Embora cada forma de descentralização financeira tenha a sua peculiaridade, é a sistemática fundo a fundo que o Ministério tem tratado como o mais eficiente e a que mais concretiza os objetivos e princípios do SUS.

O seu emprego melhora a utilização dos recursos, permite identificar com mais precisão as necessidades de cada comunidade, reduz o desperdício, inibe a fraude e aproxima os cidadãos dos gestores responsáveis, aumentando o controle social.

A partir deste processo os estados e municípios têm procurado avançar e se adequar nas suas capacidades de gestão, contribuindo para melhorar sua administração. Nesta busca, o Estado do Rio a partir do final de 2002 passa a condição de gestão plena de Saúde, portanto, administrando integralmente os recursos da Saúde, o que ocorre também com outros 22 (vinte e dois) municípios do Estado, permanecendo 70 (setenta) na gestão de Atenção Básica, incluindo os da região Norte Fluminense.

Em relação ao financiamento propriamente dito, apresentamos no quadro 4 as receitas e despesas estaduais relativas à saúde no ano de 2001. A taxa percentual de recursos próprios aplicados em saúde – RPAS (5,05%) foi menor que o preconizado pela legislação (8%).

Quadro 4: Receitas e Despesas com Saúde do Estado do Rio de Janeiro - 2001

<b>População</b> (hab.)	Receita de Impostos (R\$)	T-SUS (R\$)	DPS (R\$)	Receita Vinculada (R\$)	DTS (R\$)	RPAS (%)
14.558.561	10.067.819.669	274.296.890	429.853.995	8.512.947.744	704.150.886	5,05

Fonte: SIOPS - DATASUS

onde:

T-SUS: Transferência total do SUS;

DPS: Despesa própria em saúde;

DTS: Despesa total em saúde;

RPAS: recursos próprios aplicados em saúde.

Na tabela 3 apresentamos o quadro populacional e as receitas e despesas municipais aplicadas em Saúde no ano de 2001, onde verificamos que, Campos é o município mais populoso e com maior receita entre eles. Já o município de Macaé possui uma população abaixo da metade de Campos e aplicou em Saúde neste ano mais de 4 (quatro) vezes o que aplicara à cidade de Campos. Dos municípios menores, o que menos recursos recebe do SUS é Carapebus, embora seja entre eles o que mais recursos próprios aplica em Saúde.

Tabela 3 – Receitas e gastos absolutos com a saúde nos municípios estudados – 2001.

Município	População(hab.)	Receita SUS(R\$)	Despesa saúde(R\$)	Receita Municipal(R\$)	Despesa própria saúde(R\$)
Campos dos Goytacazes	410.220	7.507.186	16.026.202	365.390.362	8.519.016
Macaé	136.145	3.190.565	38.211.288	220.178.007	35.020.724
S. Fidélis	37.043	917.961	3.122.070	27.859.323	2.204.109
S. J. da Barra	27.666	779.741	5.286.736	34.366.900	4.506.995
S. F. de Itabapoana	41.990	1.366.974	5.141.802	24.597.329	3.774.829
Carapebus	8.882	631.029	5.401.986	24.708.763	4.770.957

Fonte: DATASUS-SIOPS

Analisando a tabela 4, observamos que:

- a maior receita per capita advém do município de Carapebus, o que provavelmente tem possibilitado o auto-investimento de recursos em Saúde, confirmado facilmente na última coluna da tabela, embora valores superiores a 40% sejam considerados inconsistentes pelos analistas do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).
- o município de Campos, foi o que menos recursos próprios aplicou em Saúde. Já Macaé, tem a segunda maior receita per capita e também é o segundo em aplicação de recursos próprios em Saúde.

Tabela 4 – Receitas e gastos per capita com a saúde nos municípios estudados – 2001.

Município	Receita per capita(R\$)	Despesas per capita (%)		Receita própria aplicada à saúde (%)
		Total	Própria	
Campos dos Goytacazes	890,72	39,1	20,8	6,4
Macaé	1.617,23	280,7	257,2	36,8
S. Fidélis	752,08	84,3	59,5	14,2
S. J. da Barra	1.242,21	191,1	162,9	25,8
S. F. de Itabapoana	585,79	122,5	89,9	22,9
Carapebus	2.781,89	608,2	537,2	43,5

Fonte: DATASUS-SIOPS

Algumas observações quanto ao município de Campos, devem ser citadas:

- Nos últimos 10 anos o seu orçamento aumentou 12 vezes estando entre as 20 maiores cidades do país, incluindo as capitais, conforme o quadro a seguir:

Quadro 5: Evolução do orçamento de Campos dos Goytacazes (R\$ milhões)

Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Valor	37,2	65,5	71,0	67,3	83,1	95,0	144,1	228,9	434,2	465,3

Fonte: ONG Cidade 21

- Atualmente 61% das receitas são decorrentes dos recursos dos Royalties, 32% de transferências do governo federal e estadual, e apenas 7% significa receita própria da Prefeitura.

- Com a mobilização comunitária, o orçamento deste ano sofreu algumas modificações, onde a Saúde passou para 11,55%, mesmo assim abaixo do percentual mínimo exigido por lei.

Com relação às transferências de recursos do SUS o Governo Federal repassa recursos sistemáticos de acordo com os programas habilitados e o nível de gestão que o município se encontra (anexo 1). Já o Estado não repassa recurso algum aos municípios, que não seja a cota-parte das transferências legais.

A tabela 5 representa os valores per capita recebidos pelos municípios como tetos financeiros repassados pelo MS, onde se observa que:

- o município de Campos é o que mais recursos recebe, já que possui uma maior complexidade de ações, sendo, no entanto, aquele que menos receita própria aplicou na Saúde,
- o município que menos recebe é Carapebus, mas é aquele que mais aplica receita própria na Saúde,
- quando se exclui o teto hospitalar, vemos que Campos continua recebendo o maior repasse (4,57%), seguido pelo município de Macaé (3,15%),
- em relação aos demais, não foram observadas diferenças significativas,
- em relação ao PAB Fixo, São João da Barra é o município que absorve maior recurso, estando mais de 35% acima do segundo colocado.

Tabela 5 – Teto per capita de repasse financeiro do Ministério da Saúde aos municípios do Norte Fluminense - 2003.

Região/Município/SES	Campos	Macaé	S. Fidélis	S. F. de Itabapoana	S. J. da Barra	C. de Macabu	Quissamã	Carapebus	NF
Teto Hospitalar	4,08	2,10	2,23	1,18	1,17	1,52	1,88	0,00	14,16
Teto PAB Fixo	1,09	0,83	0,83	0,83	1,46	0,84	0,90	0,83	7,62
Teto FAE Alta Parcial	1,28	1,05	1,13	0,88	1,20	1,04	1,15	0,93	8,66
Teto Hemoterapia	0,21	0,05	0,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,40
Teto TRS	0,94	1,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,13
Teto Referência SAI	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,18
Teto Câmara de CI	0,12	0,03	0,05	0,07	0,03	0,00	0,00	0,02	0,32
Teto Oncologia	0,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,48
Teto Atenção Psicossocial EH	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,00	0,38
Teto Fideps	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36
<b>Total</b>	<b>8,66</b>	<b>5,25</b>	<b>4,38</b>	<b>2,96</b>	<b>3,86</b>	<b>3,4</b>	<b>4,39</b>	<b>1,78</b>	<b>34,69</b>

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, modificada.

### **3.3. O HOSPITAL FERREIRA MACHADO**

#### **3.3.1. Histórico**

O Hospital Ferreira Machado foi fundado em 11 de junho de 1952, na época denominava-se Sanatório Ferreira Machado, criado especialmente para tratar de pacientes portadores de Tuberculose. O seu surgimento se deu graças aos esforços de um médico idealista: Dr. Lourival Martins Beda, que com o projeto em mãos providenciou recursos da comunidade e conseguiu do então usineiro Ferreira Machado a doação do terreno onde hoje está localizado o Hospital, transformando-se numa das poucas unidades públicas hospitalares do interior do Estado. Em maio de 1975 o sanatório foi desativado e o hospital fechado, pois a tuberculose no Brasil foi praticamente erradicada, passando os tratamentos para programas ambulatoriais.

Em 1987, com o crescimento da cidade e vislumbrando a necessidade cada vez maior de atendimento à população, inicia-se a reativação do Hospital, com sua transformação em Hospital Geral. Para dar sustentação a esta unidade é constituída em maio de 1989 a Fundação João Barcellos Martins, que tem como objetivo principal administrar e exercer o controle operacional e financeiro do HFM facilitando o desenvolvimento dos processos de trabalho, sendo composto por um conselho diretor e um conselho curador, tendo como seu presidente o Diretor Geral do Hospital. Em 06 de janeiro de 1991 é inaugurado o primeiro Pronto Socorro Público do interior do Estado, construído em anexo ao hospital.

#### **3.3.2. Estrutura**

Até o ano de 2000 a Fundação tinha como sua única unidade o hospital, hoje são mais 6 (seis) unidades municipais que compõem a rede de emergência da cidade, sendo que o hospital caracteriza-se como hospital geral terciário e Pronto Socorro do município. A sua estrutura física é composta de 5 (cinco) andares onde estão situadas as várias clínicas. Possui cerca de 1.100 funcionários distribuídos entre as várias categorias, sendo 225 (duzentos e vinte e cinco) médicos; 49 (quarenta e nove) enfermeiros; 17 (dezessete) assistentes sociais; 12 (doze) fisioterapeutas; 11 (onze) cirurgiões-dentistas; 07 (sete) psicólogos; 04 (quatro) farmacêuticos; 03 (três) fonoaudiólogos; 02 (dois) nutricionistas; 04 (quatro) administradores hospitalares; 31 (trinta e um) técnicos de laboratório e 330 (trezentos e trinta) auxiliares de enfermagem; além da parte administrativa e pessoal de apoio. O Pronto Socorro Municipal



possui cerca de 12 especialidades médicas de plantão além da estrutura de enfermagem, serviço social, psicologia e um corpo de apoio, tanto técnico como administrativo, para dar conta desta estrutura de atendimento.

O hospital conta com um total de 180 leitos distribuídos nas especialidades básicas (pediatria-30; clínica-médica-30; DIP-20; cirurgia geral-25; UTI adulto-10; UTI pediátrico-10; pronto-socorro-55) além do hemocentro regional. O seu volume de atendimento gira em torno de 15 a 20 mil por mês, sendo todos oriundos do pronto socorro (emergência), pois o hospital não possui mais serviço ambulatorial, sendo a emergência a sua única porta de entrada.

As unidades de internação – Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), UTIs adulto e infantil são compostas por equipes multiprofissionais, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, que dão o atendimento diário a cada um dos seus setores, compondo os serviços e procurando dar uma assistência integral aos pacientes internados.

Também faz parte da estrutura hospitalar o Hemocentro Regional com um volume diário de 40 doadores e possuindo um cadastro de 20 mil pessoas, sendo a unidade que dá sustentação de sangue e hemoderivados para o pronto-socorro e toda rede hospitalar da cidade e adjacências.

Existe também no hospital um serviço de grande apelo social e que tem se destacado no atendimento odontológico a pacientes portadores de patologias especiais – CAOPE (Centro de Atendimento Odontológico a Pacientes Especiais). Este serviço tem na sua estrutura, profissionais habilitados para cuidar de patologia da boca de pacientes com distúrbios neuro-psiquiátricos e portadores de HIV que não encontram atendimento nos setores públicos normais. Possui na sua estrutura uma equipe composta por médicos, odontólogos, anestesistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos que dão o suporte necessário para acompanhamento às necessidades desses pacientes.

### 3.3.3. Seu Papel na Regionalização

Como é o Hospital de Emergência local, o seu papel é atender aos casos de urgência e emergência da cidade e estender esses serviços aos municípios que compõem a sua microrregião, quando estes não possuírem a estrutura necessária para fazê-los.

Procurando consolidar a regionalização como um novo modelo de gestão proposto pelo SUS, buscamos levantar nesse trabalho os dados necessários que confirmassem o papel já exercido nessa lógica pelo nosso Hospital. Dessa forma promovemos uma pesquisa de campo, onde levantamos todas as internações hospitalares dos últimos 03 (três) anos – 2000, 2001 e 2002 de toda a unidade (clínica médica, pediatria e cirurgia geral) de forma que pudéssemos saber o quantitativo de pacientes de outros municípios que estamos atendendo.

Assim, pesquisamos junto ao setor de contas médicas da instituição e consolidamos mês a mês o volume de pacientes internados e suas respectivas Autorizações de Internações Hospitalares – AIH, enviadas ao Ministério da Saúde.

Nesses dados observamos que, conforme tabelas abaixo, o município de Campos absorve o maior número de atendimentos (internações) da unidade. Isto gira em torno de 76 - 88% de todos os internados. Desse número, os serviços que mais atendem são em ordem decrescente: pediatria, clínica médica e clínica cirúrgica, demonstrando com isso que o maior atendimento de fora do município é realizado principalmente pela clínica cirúrgica.

Tabela 6: Internações no HFM do Município de Campos dos Goytacazes

Ano	Pediatria		Clínica Médica		Cirurgia	
	Internações	(%)	Internações	(%)	Internações	(%)
2000	868	84	1787	84	926	78
2001	766	88	1263	84	913	76
2002	795	87	1204	83	838	79

Fonte: Elaboração própria a partir de pesquisa no setor de contas médicas do H.F.M.

Tabela 7: Internações no HFM de Municípios Adjacentes

Ano	Pediatria		Clínica Médica		Cirurgia	
	Internações	(%)	Internações	(%)	Internações	(%)
2000	155	16	322	16	247	22
2001	98	12	227	16	284	24
2002	120	13	246	17	217	21

Fonte: Elaboração própria a partir de pesquisa no setor de contas médicas do H.F.M.

Ao analisarmos a Clínica Médica (tabela 8) observamos que:

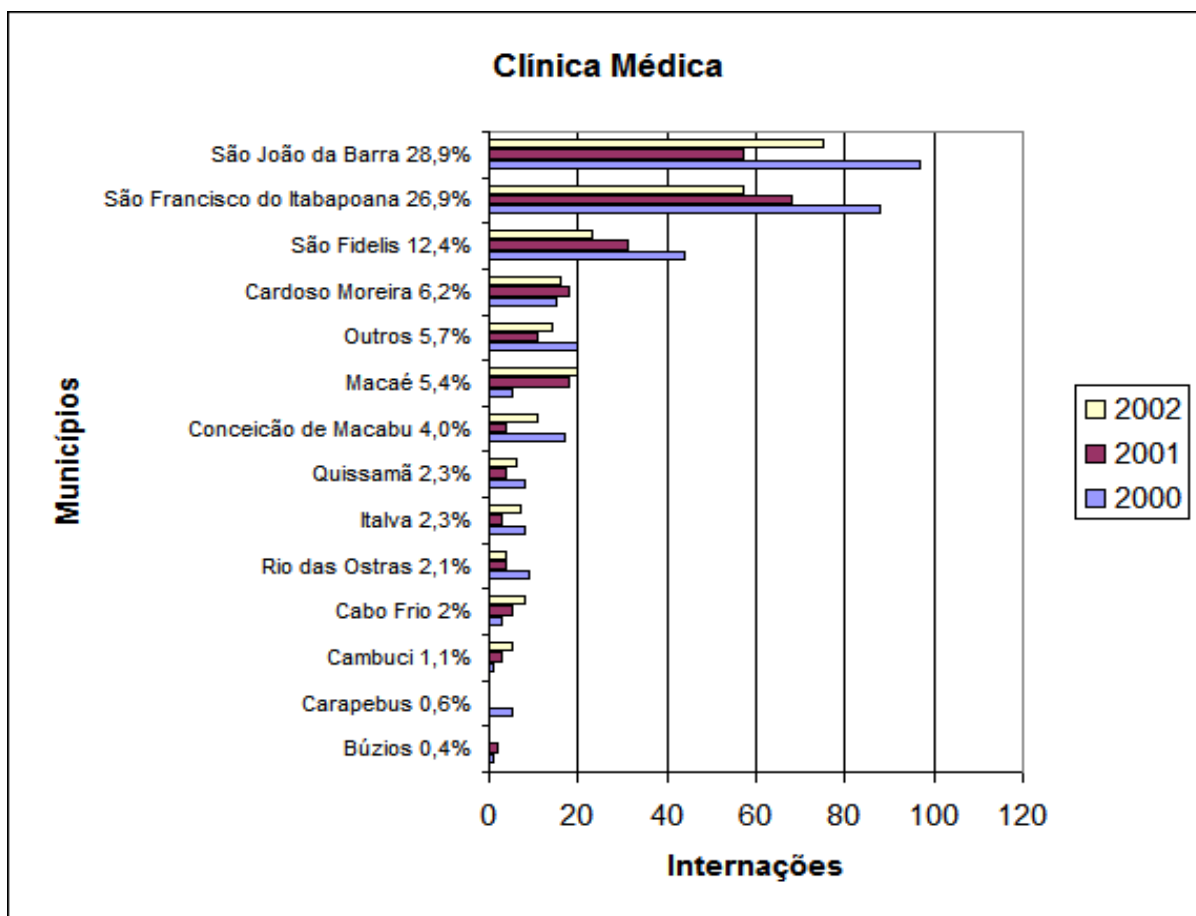
- excluindo Campos, os outros municípios que mais são atendidos pelo hospital, pertencem a sua microrregião (São João da Barra, São Francisco do Itabapoana e São Fidélis), sendo que São Fidélis representa menos da metade dos outros municípios;
- o município de Macaé, apresenta um número de atendimentos em ascensão nos últimos anos, mesmo sendo considerado pólo regional;
- o município de Cardoso Moreira, embora pertencente a outra região geográfica, mantém um número de atendimentos constante nos anos analisados;
- os municípios da região noroeste apresentam um percentual de atendimento duas vezes maior que o da região dos lagos (gráfico 1).

Tabela 8: Internações em Clínica Médica do HFM por Municípios

Municípios	Clínica médica				
	2000	2001	2002	Total	%
Búzios	1	2	0	3	0,1
Carapebus	5	0	0	5	0,1
Cambuci	1	3	5	9	0,2
Cabo Frio	3	5	8	16	0,3
Rio das Ostras	9	4	4	17	0,3
Italva	8	3	7	18	0,4
Quissamã	8	4	6	18	0,4
Conceição de Macabu	17	4	11	32	0,6
Macaé	5	18	20	43	0,9
Outros	20	11	14	45	0,9
Cardoso Moreira	15	18	16	49	1,0
São Fidélis	44	31	23	98	1,9
São Francisco do Itabapoana	88	68	57	213	4,2
São João da Barra	97	57	75	229	4,5
Campos dos Goytacazes	1.787	1.263	1.204	4.254	84,3
<b>Total</b>	<b>2.108</b>	<b>1.491</b>	<b>1.450</b>	<b>5.049</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Gráfico 1: Internações em Clínica Médica por Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes



Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Ao analisarmos a clínica pediátrica (tabela 9), constatamos que:

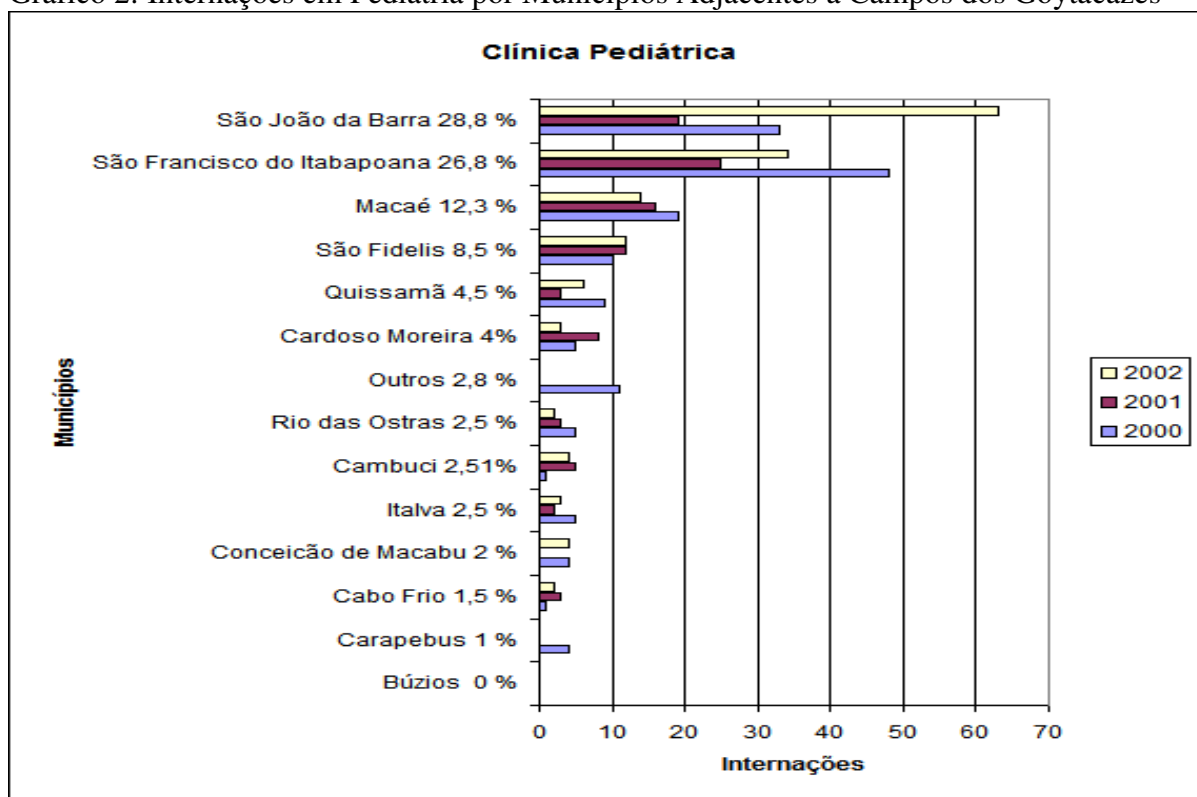
- excluindo Campos, São João da Barra e São Francisco do Itabapoana são os municípios que mais se beneficiam de internações no hospital (gráfico 2);
- o município de Macaé, aparece em 3º lugar, no número de internações do hospital, ultrapassando o outro município da microrregião (São Fidélis);
- São João da Barra apresenta um crescimento importante no atendimento de 2001 para 2002;
- o município de São Fidélis mantém um número de internações estável durante todos os anos;
- o percentual de atendimentos dos municípios da região noroeste, em relação a região dos lagos se mantém no mesmo patamar da clínica médica.

Tabela 9: Internações em Pediatria do HFM por Municípios

Municípios	Clínica pediátrica				
	2000	2001	2002	Total	%
Búzios	0	0	0	0	0,0
Carapebus	4	0	0	4	0,1
Cabo Frio	1	3	2	6	0,2
Conceição de Macabu	4	0	4	8	0,3
Italva	5	2	3	10	0,4
Cambuci	1	5	4	10	0,4
Rio das Ostras	5	3	2	10	0,4
Outros	11	0	0	11	0,4
Cardoso Moreira	5	8	3	16	0,6
Quissamã	9	3	6	18	0,6
São Fidélis	10	12	12	34	1,2
Macaé	19	16	14	49	1,8
São Francisco do Itabapoana	48	25	34	107	3,8
São João da Barra	33	19	63	115	4,1
Campos dos Goytacazes	868	766	759	2.393	85,7
<b>Total</b>	<b>1.023</b>	<b>862</b>	<b>906</b>	<b>2.791</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Gráfico 2: Internações em Pediatria por Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes



Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Em relação a clínica cirúrgica (tabela 10) visualizamos que:

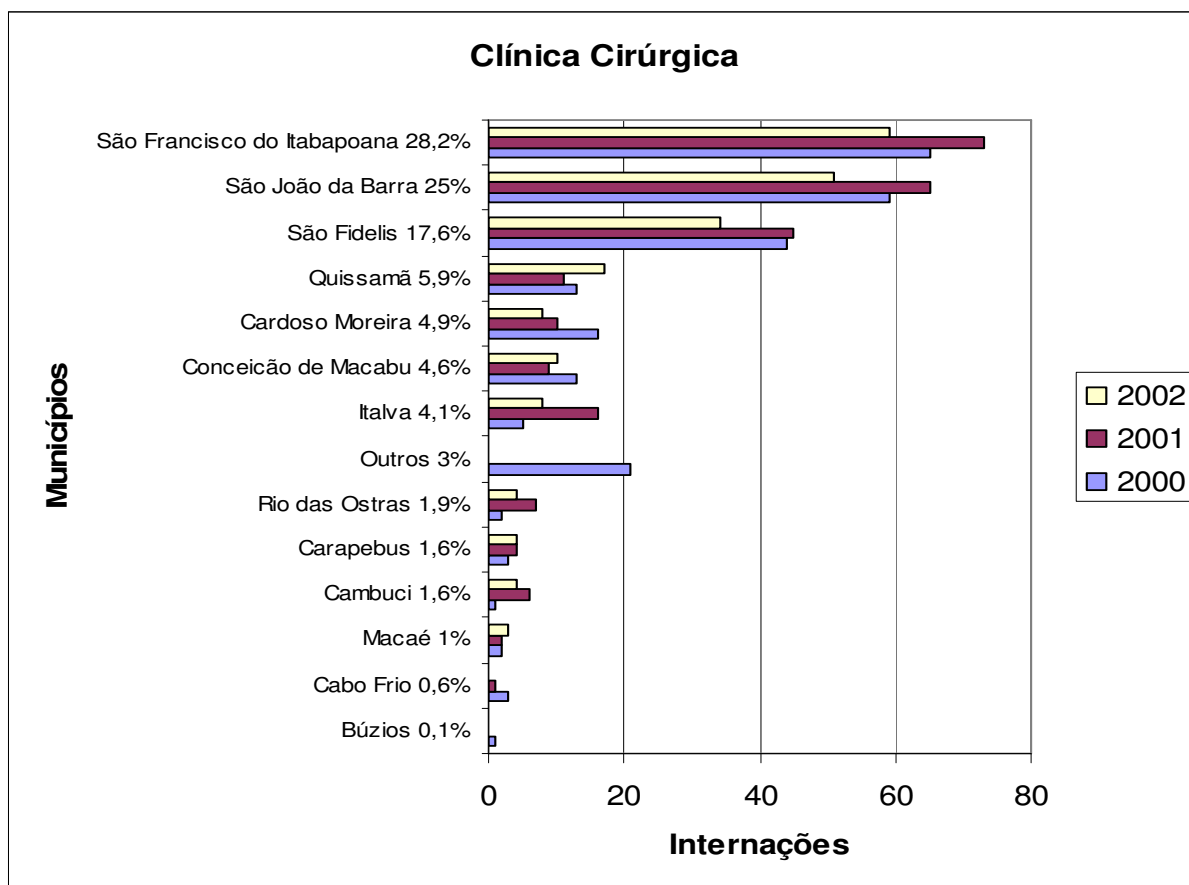
- quando se exclui o município de Campos, o quadro se mantém, com os outros municípios da microrregião assumindo o maior volume de internações no hospital; (gráfico 3);
- é a clínica que mais atende a pacientes de fora do município;
- em relação a Campos dos Goytacazes, está havendo um decréscimo do número de atendimentos ano a ano;
- os municípios da região noroeste apresentam um percentual de atendimentos 5 (cinco) vezes maior que o da região dos lagos (gráfico 3).

Tabela 10: Internações em Clínica Cirúrgica no HFM por Municípios

Municípios	Clínica cirúrgica				
	2000	2001	2002	Total	%
Búzios	1	0	0	1	0,0
Cabo Frio	3	1	0	4	0,1
Macaé	2	2	3	7	0,2
Cambuci	1	6	4	11	0,3
Carapebus	3	4	4	11	0,3
Rio das Ostras	2	7	4	13	0,4
Outros	21	0	0	21	0,6
Italva	5	16	8	29	0,9
Conceição de Macabu	13	9	10	32	0,9
Cardoso Moreira	16	10	8	34	1,0
Quissamã	13	11	17	41	1,2
São Fidélis	44	45	34	123	3,6
São João da Barra	59	65	51	175	5,2
São Francisco do Itabapoana	65	73	59	197	5,8
Campos dos Goytacazes	926	913	838	2.677	79,3
<b>Total</b>	<b>1.174</b>	<b>1.162</b>	<b>1.040</b>	<b>3.376</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Gráfico 3: Internações em Clínica Cirúrgica por Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes



Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

É importante ressaltar que o atendimento do Pronto Socorro vem crescendo gradativamente nos últimos anos, levando a uma sobrecarga no hospital, como demonstra os números abaixo:

- 2000 - 159.193 atendimento/ano
- 2001 - 176.583 atendimento/ano
- 2002 - 182.621 atendimento/ano

Como forma de demonstrar a missão institucional do Hospital, escolhemos aleatoriamente levantar o atendimento de 03 (três) patologias de grande incidência nas unidades de emergência, com o objetivo de reafirmarmos sua vocação como unidade regional, como vemos a seguir:

- Acidente Vascular Cerebral – AVC = Patologia Cérebro Vascular de grande incidência nas emergências médicas, que atualmente está incluída entre as causas mais importantes de mortalidade do Brasil.
- Traumatismo Crânio Encefálico – TCE = Patologia grave das mais comuns, de origem externa, engrossando o grupo de doenças que compõem a segunda causa de mortalidade no Brasil.
- Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida – SIDA = Patologia importante, pois o Hospital é referência regional para este tipo de doença.

Em relação a estas patologias, observamos que os seguintes percentuais correspondem a atendimento de fora do município, configurando o que encontramos na pesquisa geral do trabalho:

	2000	2001	2002
AVC	9%	5%	15%
TCE	16%	22%	19%
SIDA	18%	15%	18%

Analisando cada uma das tabelas, em separado, observamos que, na tabela 11 (AIDS) encontramos:

- o município de Campos representa o maior número de atendimentos nesta patologia, aparecendo Macaé como segundo colocado, embora bem distante, mas com número de atendimento crescente;
- os municípios da microrregião, aparecem de forma mais discreta e intercalados por uma outra cidade de fora da microrregião (Cabo Frio).

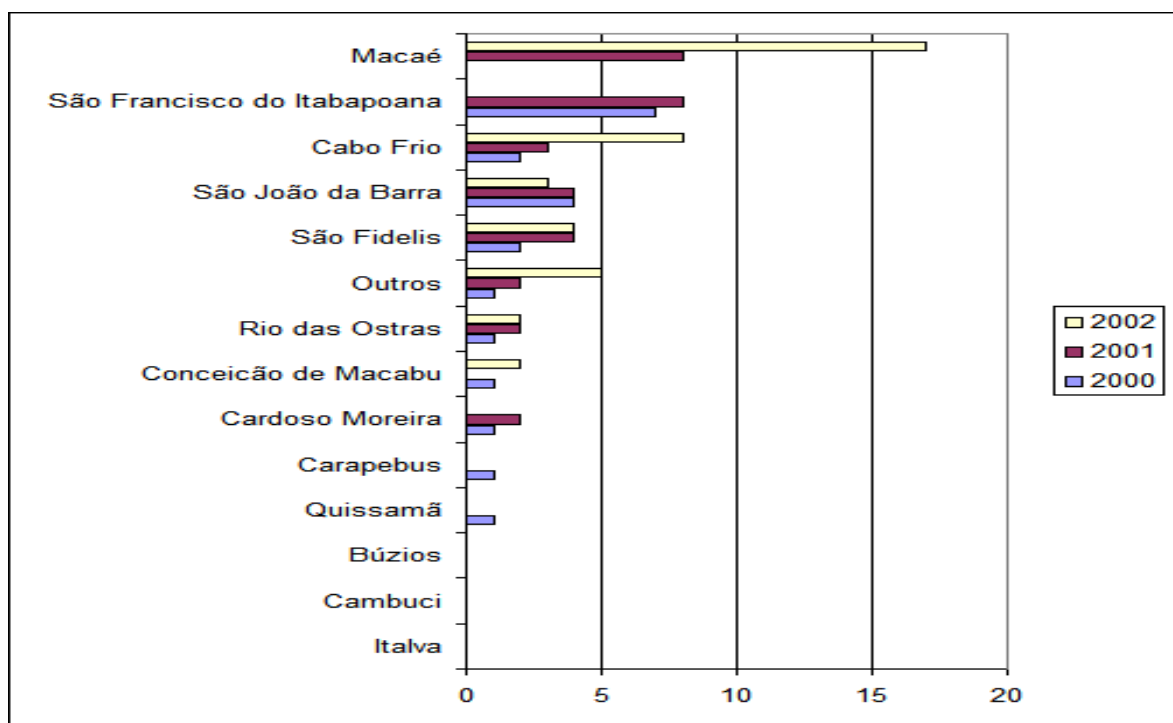


Tabela 11: Internações por AIDS, no HFM por Municípios

Municípios	AIDS – Síndrome Imuno Deficiência Adquirida				
	2000	2001	2002	Total	%
Italva	0	0	0	0	0,0
Cambuci	0	0	0	0	0,0
Búzios	0	0	0	0	0,0
Quissamã	1	0	0	1	0,2
Carapebus	1	0	0	1	0,2
Cardoso Moreira	1	2	0	3	0,5
Conceição de Macabu	1	0	2	3	0,5
Rio das Ostras	1	2	2	5	0,8
Outros	1	2	5	8	1,2
São Fidélis	2	4	4	10	1,5
São João da Barra	4	4	3	11	1,7
Cabo Frio	2	3	8	13	2,0
São Francisco do Itabapoana	7	8	0	15	2,3
Macaé	0	8	17	25	3,8
Campos dos Goytacazes	174	186	202	562	85,5
<b>Total</b>	<b>195</b>	<b>219</b>	<b>243</b>	<b>657</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Gráfico 4: Internações por AIDS, de Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes



Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Na tabela 12 (TCE) constatamos que:

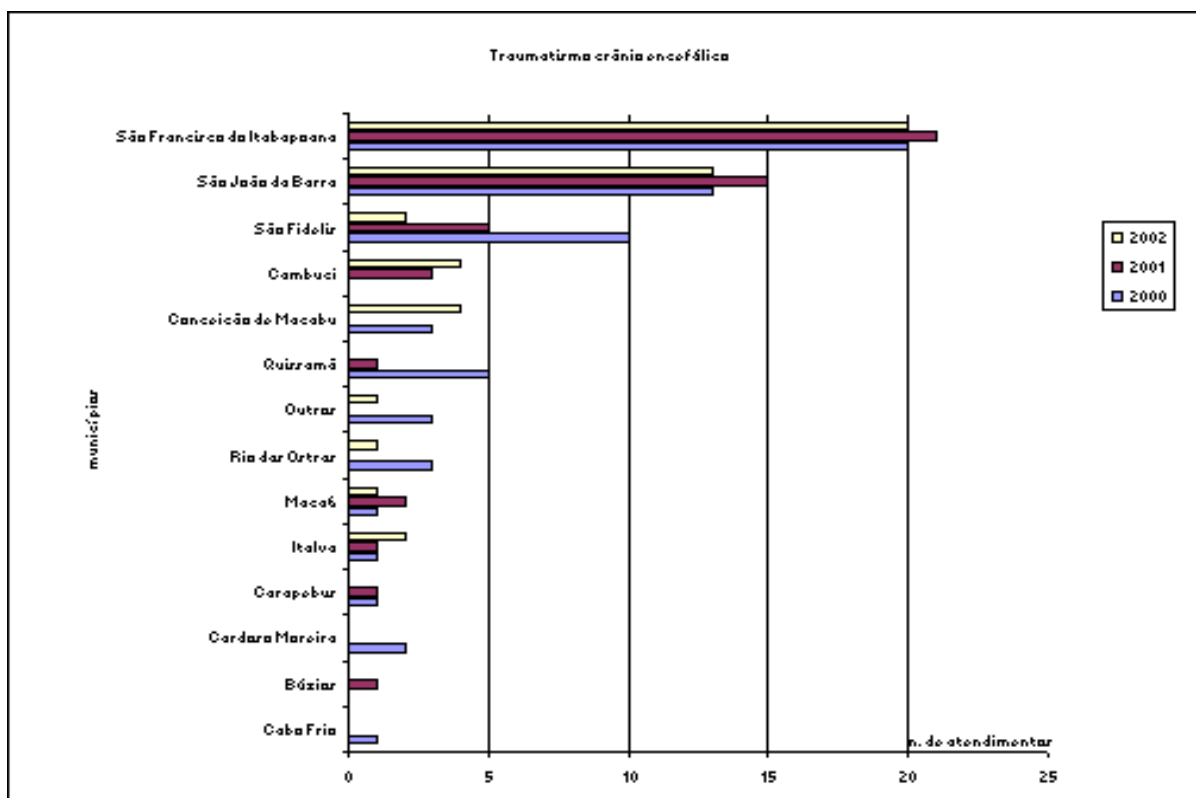
- excluído o município de Campos, os maiores números de internações permanecem nos demais municípios da microrregião I;
- na microrregião II o número de internações no município de São Fidélis vem diminuindo a cada ano, em detrimento ao município de Campos que vem aumentando. Nos demais municípios, o número de internações tem sido estável.

Tabela 12: Internações por TCE, no HFM por Municípios

Municípios	TCE – Traumatismo Crânio Encefálico				
	2000	2001	2002	Total	%
Cabo Frio	1	0	0	1	0,2
Búzios	0	1	0	1	0,2
Cardoso Moreira	2	0	0	2	0,3
Carapebus	1	1	0	2	0,3
Italva	1	1	2	4	0,6
Macaé	1	2	1	4	0,6
Rio das Ostras	3	0	1	4	0,6
Outros	3	0	1	4	0,6
Quissamã	5	1	0	6	0,9
Conceição de Macabu	3	0	4	7	1,1
Cambuci	0	3	4	7	1,1
São Fidélis	10	5	2	17	2,7
São João da Barra	13	15	13	41	6,4
São Francisco do Itabapoana	20	21	20	61	9,6
Campos dos Goytacazes	148	156	172	476	74,7
<b>Total</b>	<b>211</b>	<b>206</b>	<b>220</b>	<b>637</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Gráfico 5: Internações por TCE, de Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes



Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Na tabela 13 (AVC) notamos que:

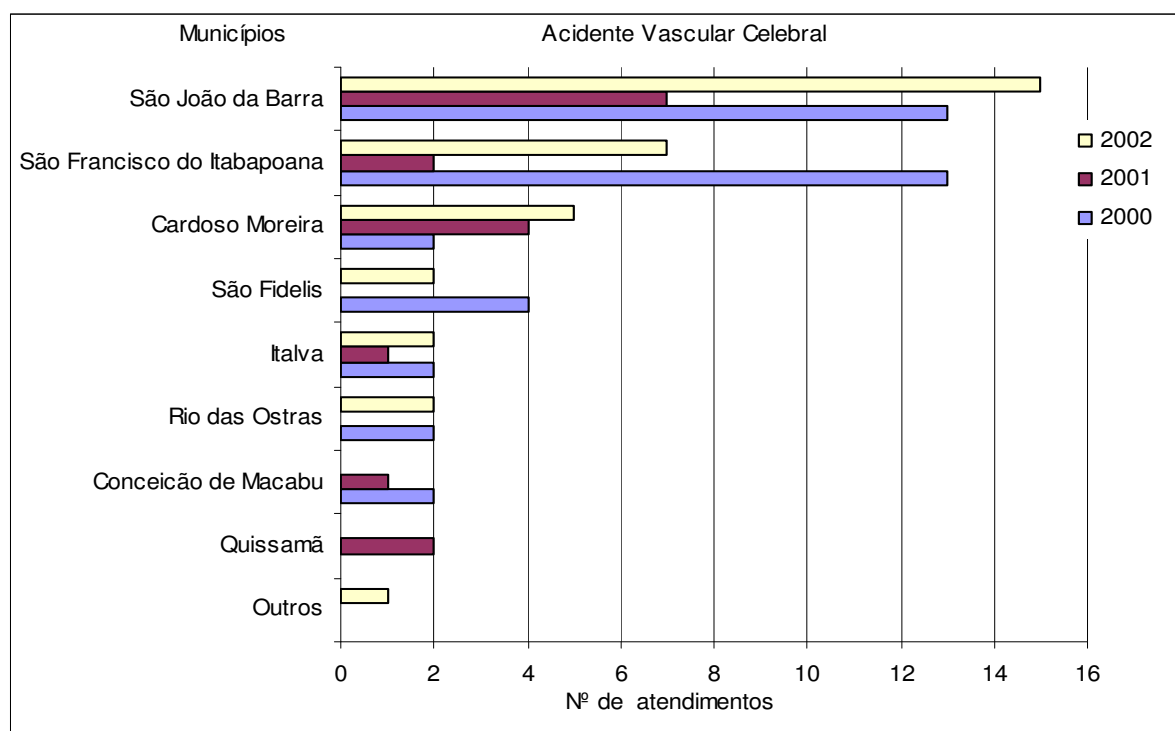
- os municípios da microrregião continuam a ser os principais focos do atendimento, quando excluimos a cidade de Campos;
- o município de Cardoso Moreira aparece na frente de São Fidélis, isto é, com maior número de internações;
- em relação ao município de Campos, visualizamos um decréscimo ano a ano do atendimento a esta patologia.

Tabela 13: Internações por AVC, no HFM por Municípios

Municípios	AVC - Acidente vascular cerebral				
	2000	2001	2002	Total	%
Outros	0	0	1	1	0,1
Quissamã	0	2	0	2	0,2
Conceição de Macabu	2	1	0	3	0,3
Rio das Ostras	2	0	2	4	0,5
Italva	2	1	2	5	0,6
São Fidélis	4	0	2	6	0,7
Cardoso Moreira	2	4	5	11	1,3
São Francisco do Itabapoana	13	2	7	22	2,5
São João da Barra	13	7	15	35	4,0
Campos dos Goytacazes	382	229	170	781	89,8
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>246</b>	<b>204</b>	<b>870</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Gráfico 6: Internações por AVC, de Municípios Adjacentes à Campos dos Goytacazes



Fonte: Elaboração Própria através de Pesquisa no Setor de Contas Médicas do HFM.

Diante dos dados observados na pesquisa, constatamos que o HFM atende em maior volume os usuários de Campos, mas destaca-se também pelo atendimento dos municípios contíguos, aqueles pertencentes à microrregião II, salvo para a AIDS, cuja área de alcance abrange Macaé, pois trata-se de uma doença infecto-contagiosa de grande incidência, que

tende a se manifestar mais nas maiores cidades. Concluimos, portanto, que os dados apontam para o atendimento regionalizado do HFM, tal como o preconizado na NOB/2001, indicando o ajustamento de sua política àquela do Ministério da Saúde.

## CONCLUSÃO

A elaboração desse trabalho foi motivada pela busca de contribuições na solidificação das discussões sobre os caminhos para a implantação de um sistema de saúde que contemple os seus principais preceitos: EQUIDADE, INTEGRALIDADE e UNIVERSALIDADE. Desta forma, procuramos levantar as bases teóricas que propuseram a descentralização como modelo de política pública que envolvesse o cidadão brasileiro na busca de uma saúde abrangente e humana, procurando estender a todos o direito à saúde.

Dentro dessa lógica, buscamos as bases teóricas da regionalização da saúde, com a descrição de seus preceitos presentes na Norma Operacional Básica de 1996 e na Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001, onde o Ministério da Saúde propõe um aprofundamento do sistema de saúde, dando aos municípios e estados condições para gerir o Sistema de Saúde, desde que alcance os requisitos para tal.

Toda essa discussão teórica leva o Sistema de Saúde a ser pensado não só de forma local, onde o município é a grande matriz dessa discussão, mas abrange um caminho mais amplo que alcance a região, fazendo com que os problemas e/ou soluções sejam pensados de forma coletiva com estratégias que requeiram clareza, discernimento, desprendimento e espírito público. O regional deve estar sempre acima dos interesses locais, embora não possamos perder de vista que o município como ente autônomo tenha que implementar também a sua política local.

O Norte Fluminense apresenta estrutura econômica bastante diversificada, com alguns municípios como Campos, Macaé e Quissamã, vivendo o ganho adicional das receitas dos Royalties, isto faz com que estes se destaquem em relação aos demais, principalmente nos investimentos de infra-estrutura, assim como na Saúde e Educação. Dessa forma os principais municípios – Campos e Macaé - acabam absorvendo toda a demanda regional desses setores, fazendo com que os investimentos na área da Saúde acabem sendo estendidos aos pacientes de fora do domicílio.

A Regionalização da Saúde propõe esta estratégia de forma organizada, onde os pacientes são referenciados para determinado município após pactuação entre os gestores.

Embora este sistema já comece a funcionar, ainda existem falhas, pois muitos pacientes criam uma demanda própria, emitindo endereços falsos, porque o seu município de origem não dá conta das suas necessidades.

No que diz respeito ao Estado do Rio de Janeiro, observamos que, nos últimos anos não houve investimentos em Saúde oriundos do seu orçamento nos municípios da região, ao mesmo tempo que, no ano de 2001 apenas 5,05% dos recursos próprios foram aplicados nesta área, demonstrando estar muito aquém do preconizado pela EC 29.

Em relação aos municípios constatamos que Campos foi o que menos investiu com recursos próprios em Saúde, embora tenha a maior receita municipal, enquanto Carapebus foi o que mais se destacou.

Em se tratando dos atendimentos feitos no Hospital Ferreira Machado pudemos perceber o seu crescimento gradativo, com uma média diária de 550 atendimentos realizados na emergência. Já com relação às internações hospitalares encontramos um percentual entre 79,3% a 85,7%, que correspondem à pacientes provenientes do município de Campos, passando pelas 03 (três) clínicas do Hospital.

De acordo com os 20% de atendimentos de fora da cidade, estes estão diluídos entre municípios adjacentes, assim como em outros mais distantes, principalmente por ser um hospital de emergência.

Fica evidente que São João da Barra, São Fidélis e São Francisco do Itabapoana são os municípios que mais internam seus pacientes na instituição. No que diz respeito às internações na pediatria, os residentes em Macaé aparecem com um volume de atendimento superior ao de São Fidélis, provavelmente devido à carência de leitos hospitalares pediátricos na cidade.

Quando observamos as patologias que tomamos como referência, o que vimos é que a tendência se mantém com 80% dos atendimentos advindos do próprio município e os outros 20% distribuídos entre os três municípios já citados.

Ao analisarmos a AIDS percebemos que o município de fora que aparece com o maior número de pacientes internados é Macaé, onde a expansão da economia do petróleo trouxe um rápido crescimento populacional; diversidade cultural; elevada promiscuidade sexual e aumento do consumo de drogas, produzindo um alto índice de patologias sexualmente transmissíveis, sem que estes fenômenos tenham sido acompanhados de maiores gastos no acesso à saúde pública.

Em relação às doenças Cérebro-Vasculares constatamos que no município de Campos, está havendo uma tendência de queda no número dessa patologia na emergência.

Isso pode ser devido aos fatores educativos, promovendo a conscientização da população na prevenção da doença, como também ao programa de controle de hipertensão arterial da Secretaria Municipal de Saúde. O mesmo não podemos afirmar em relação aos demais municípios.

No que diz respeito ao Traumatismo Crânio-Encefálico não houve mudança significativa no perfil de atendimento dos últimos anos nos municípios da região

Assim, ao concluirmos o nosso trabalho, podemos observar que o Hospital Ferreira Machado antes mesmo da implementação da NOAS 2001 já praticava a regionalização, não só devido as necessidades regionais, mas também ao perfil de pacientes que são atendidos na instituição.

Isso demonstra que, mesmo sendo uma unidade municipal, o seu papel social ultrapassa os limites geográficos, procurando cumprir os preceitos do SUS e contribuir para uma melhor qualidade de vida da nossa população.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Rui Álvares Brito. *Descentralização, Desenvolvimento Local e Crise da Federação no Brasil*. Santiago de Chile. CEPAL CTZ, 1999.

BRAGA, José Carlos de Souza; SILVA, Pedro Luiz Barros. *A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil*. In: NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: Núcleo de Estudo de Políticas Públicas – UNICAMP, 2001. 587 p. Introdução, p. 19-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) *Descentralização*. Brasília, DF. 2000. 32 p.

\_\_\_\_\_, 1997: *Ano da Saúde no Brasil: ações e metas prioritárias*. Brasília. 1997, 16 p.

\_\_\_\_\_, Portaria MS/GM nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. 27-fev-2002.

\_\_\_\_\_, Portaria nº 2.203. Norma Operacional Básica do SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. 26-jan-2001.

\_\_\_\_\_, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1988.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. *Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS - e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 2. ed. Brasília, 1991.

BRASÍLIA, DF. Ministério da Saúde – *A Operacionalização da Emenda Constitucional n. 29, n. 17*. 2002. Ed. MS. Subsecretaria de assuntos administrativos, 2002. 51 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. *O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. 2002. 72 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde: Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): *Instrumentos de Gestão em Saúde*. 2001. 44 p.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde: Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): *Princípios e Conquistas*. 2001. 40 p.

BUSS, Paulo M. *A Saúde no Brasil: avanços, impasses e retrocessos*. Súmula RADIS. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2002. n.86 p. 1-8. Ago.2002.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Centro de Processamento de Dados. Disponível em: <<http://campos.rj.gov.br>>. Acesso em 29.07.2003.

CORDEIRO, Hésio de Albuquerque; NORONHA, José de Carvalho; ROSA, Maria Luiza Garcia. *Princípios e novas bases metodológicas para o aprimoramento da qualidade no sistema de saúde*. Saúde em Foco. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. n. 21. p. 21-34, jul./2001.

CORDEIRO, Hésio. *Descentralização, Universidade e Equidade na Reforma da Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: ABRASCO v. 6, n. 2 p. 319-329. 2001.

COSTA, Nilson do Rosário. *A descentralização do sistema público de Saúde: balanço e perspectiva*. NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas: Núcleo de Estudo de Políticas Públicas – UNICAMP, 2001. 587 p. parte 3 p. 307-324.

DAIN, Sulamis; et al. *Avaliação dos impactos de Reforma Tributária sobre o financiamento da Saúde*. NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – UNICAMP, 2002. 587 p. parte 2 p. 233-290.

ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. 16. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. 170 p.

GALLO, Edmundo de Almeida. *O que fazer? Desafios para o avanço do SUS*. Saúde e Cidade em Debate: Revista do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Rio de Janeiro. CONASEMS. Número Inaugural. p. 1-12., ago./1999.

IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov>> Acesso em 01.Jun.2003.

LEVCOVITZ, Eduardo; DE LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira. *Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO. v. 6, n. 2. p. 269-310. 2001.

LIMA, Ana Paula Gil; PASTRANA, Rosa. *Diagnóstico da situação atual de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil*. Relatório de Pesquisa. MS – OPAS. Out./2000. Disponível em: <<http://www.wensp.fiocruz.br/pesquisa/projetos>> Acesso em 01.Jun.2003.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Ed. Casa da Qualidade. 2001. 2 volumes. 167 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de informações em orçamentos públicos em Saúde. Disponível em <<http://www.datasus/siops.gov.br>> Acesso em 15.Jan.2003.

\_\_\_\_\_, Disponível em <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em 06.Ago.2002.

MINAYO, Maria Cecília Souza. *Os Muitos Brasis, Saúde e População na década de 80*. São Paulo: E. HUCITEC – ABRASCO, 1995. p. 345.

NORONHA, José de Carvalho; SOARES, Laura Tavares. *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: ABRASCO v. 6. n. 2. p. 445-450. 2001.

PIOLA, Sérgio Francisco; JUNIOR, Geralda Biasoto. *Financiamento do SUS nos anos 90*. NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: Radiografia da Saúde*. Campinas. Núcleo de estudos de Políticas Públicas – UNICAMP. 2001, 587 p. parte 2, p. 219-232.

RIO DE JANEIRO. *Plano Diretor de Regionalização*. SES/RJ. 2002. p. 9-93.

\_\_\_\_\_. *Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro*. SES/RJ. 2002. p. 9-64.

\_\_\_\_\_. *Saúde em Debate*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, v. 26, n. 60, p. 3-123, jan/abr. 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>> Acesso em 06.Ago.2002.

SCHRAIBER, Lília Blima et al. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas*. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO. v. 4. n.2 p. 221-262. 1999.

SILVA, Lígia Maria V. da. *Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde*. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO. v. 4, n. 2. p. 331-340, 1999.

SOUZA, Renilson Rehem de. *A regionalização no contexto atual dos políticas de Saúde*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: ABRASCO v. 6 n. 2 p. 451-456. 2001.

SÚMULA RADIS, Rio de Janeiro. Ed. ENSP – FIOCRUZ: n. 78, p. 01-08. Número Especial, jul./2000.

\_\_\_\_\_, Rio de Janeiro: Ed. ENSP - FIOCRUZ, n. 81, p. 01-02, Número Especial. jul/2001.

\_\_\_\_\_, Rio de Janeiro, Ed. ENSP – FIOCRUZ: n. 86. p. 01-08, fev./2002.

\_\_\_\_\_, Rio de Janeiro. Ed. ENSP - FIOCRUZ, n. 82. p. 01-07, ago/2001.

\_\_\_\_\_, Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro: Ed. ENSP – FIOCRUZ. n. 3. p. 2-23, out./2002.

\_\_\_\_\_, Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro: Ed. ENSP – FIOCRUZ. n. 8. p. 2-35, abr./2003.

\_\_\_\_\_, Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro: Ed. ENSP – FIOCRUZ. n. 10. p. 2-19, jun./2003.

\_\_\_\_\_, Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro: Ed. ENSP – FIOCRUZ . n. 7. p. 2-19, mar./2003.

\_\_\_\_\_, Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro. Ed. ENSP – FIOCRUZ: n. 9. p. 2-19, maio/2003.

VENÂNCIO, Viviane Aparecida Siqueira. *A Descentralização do setor saúde no município de Campos dos Goytacazes na década de 90*. Rio de Janeiro, 2001. 132 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2001.

## ANEXO 1

### **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29, DE 13 DE SETEMBRO DE 2000**

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea *e* do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.34....."

....."

"VII-....."

....."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.35....."

....."

"III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.156....."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)\*

"II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel." (AC)

"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.160....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.167....."

....."

"IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;" (NR)

"....."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

"Art.198....."  
....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I – os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

"Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:" (AC)

"I – no caso da União:" (AC)

"*a*) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;" (AC)

"*b*) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º." (AC)

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento." (AC)

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei." (AC)

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão

aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal." (AC)

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo." (AC)

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

Deputado Michel Temer Senador Antonio Carlos Magalhães

Presidente Presidente

Deputado Heráclito Fortes Senador Geraldo Melo

1º Vice-Presidente 1º Vice-Presidente

Deputado Severino Cavalcanti Senador Ademir Andrade

2º Vice-Presidente 2º Vice-Presidente

Deputado Ubiratan Aguiar Senador Ronaldo Cunha Lima

1º Secretário 1º Secretário

Deputado Nelson Trad Senador Carlos Patrocínio

2º Secretário 2º Secretário

Deputado Jaques Wagner Senador Nabor Júnior

3º Secretário 3º Secretário

Deputado Efraim Morais

4º Secretário

## ANEXO 2

### CONDIÇÕES DE GESTÃO DO MUNICÍPIO

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e

GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado.

#### GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

##### Responsabilidade

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.

Gerência de unidades ambulatoriais próprias.

Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

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 municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.

Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

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.

Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente.

Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.

Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.

Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

## Requisitos

Comprovar o funcionamento do CMS.

Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Disponer de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

## Prerrogativas

Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).

Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

## GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL

### Responsabilidades

Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.

Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.

Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

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 municípios, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus municípios e à referência intermunicipal.

Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.

Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.

Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.

Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

## Requisitos

Comprovar o funcionamento do CMS.

Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios.

Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

Disponer de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.

Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.

Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.

Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

#### Prerrogativas

Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

Transferência regular e automática fundo a fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

### ANEXO 3

CLÍNICA MÉDICA - 2000

	Campos	S.Franc. do Itabap.	S. João da Barra	São Fidélis	Cardoso Moreira	Conc. de Macabu	Italva	Cambuci	Quissamã	Macaé	Carapebus	Rio das Ostras	Cabo Frio	Búzios
<b>JAN</b>	165	04	09	05	02	01	-	-	-	-	-	01	-	-
<b>FEV</b>	102	05	11	06	01	01	-	01	-	-	01	-	-	-
<b>MAR</b>	148	10	08	02	01	01	-	-	-	-	01	-	-	-
<b>ABR</b>	174	05	10	04	-	03	01	-	-	01	-	-	01	-
<b>MAI</b>	141	08	03	02	02	-	01	-	-	-	-	01	-	-
<b>JUN</b>	187	06	06	03	01	02	01	-	02	-	-	03	-	-
<b>JUL</b>	167	01	05	03	-	-	01	-	01	-	-	-	01	-
<b>AGO</b>	147	17	12	05	03	02	01	-	02	-	-	01	-	-
<b>SET</b>	165	09	09	02	-	02	-	-	01	-	-	-	01	-
<b>OUT</b>	168	09	08	02	01	01	01	-	-	01	01	01	-	-
<b>NOV</b>	127	04	12	05	01	02	02	-	-	-	01	01	-	01
<b>DEZ</b>	96	10	04	05	03	02	-	-	02	03	01	01	-	-
<b>Total</b>	<b>1.787</b>	<b>89</b>	<b>97</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>08</b>	<b>01</b>	<b>08</b>	<b>05</b>	<b>05</b>	<b>09</b>	<b>03</b>	<b>01</b>

<u>Itaperuna</u>	Jan (03) / Mai (01) / Nov (01)
<u>Itaocara</u>	Fev (01) / Mar (01)
<u>Nova Iguaçu</u>	Fev (01)
<u>Rio de Janeiro</u>	Jan (01) / Mar (02) / Abr (01) / Jul ( 01) / Ago (01)
<u>Duque de Caxias</u>	Mai (01) / Dez ( 01)
<u>Volta Redonda</u>	Jul (01)
<u>Iguaba</u>	Nov (01)
<u>Silva Jardim</u>	Nov (01)
<u>Vitória(ES)</u>	Jun (01)

## ANEXO 4

### INTERNAÇÕES: CLÍNICA CIRÚRGICA – 2001

	Campos	S.Franc. do Itabap.	S. João da Barra	São Fidélis	Cardoso Moreira	Conc. de Macabu	Italva	Cambuci	Quissamã	Macaé	Carapeb.	Rio das Ostras	S. Pedro da Aldeia	Cabo Frio
<b>JAN</b>	88	08	05	05	01	01	03	-	01	-	-	-	-	-
<b>FEV</b>	78	07	06	10	02	02	01	-	02	-	01	-	-	-
<b>MAR</b>	76	08	09	04	01	-	03	-	01	-	01	03	-	-
<b>ABR</b>	77	10	09	03	01	-	02	-	-	-	02	01	-	-
<b>MAI</b>	84	08	05	03	01	01	02	-	01	01	-	-	-	-
<b>JUN</b>	70	06	03	01	-	01	01	-	01	-	-	01	-	-
<b>JUL</b>	59	05	06	01	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-
<b>AGO</b>	76	02	03	02	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>SET</b>	91	06	08	04	03	-	01	02	03	-	-	-	-	-
<b>OUT</b>	58	06	03	04	-	02	01	03	01	01	-	01	01	-
<b>NOV</b>	77	04	04	06	01	-	01	-	-	-	-	01	-	-
<b>DEZ</b>	79	03	04	02	-	01	01	-	01	-	-	-	-	01
<b>Total</b>	<b>913</b>	<b>73</b>	<b>65</b>	<b>45</b>	<b>10</b>	<b>09</b>	<b>16</b>	<b>06</b>	<b>11</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>07</b>	<b>01</b>	<b>01</b>

Cachoeiro de Macacu Jan (01)

Itaperuna Fev (01) / Mai (01)

Santo Antônio de Pádua Jan (01) / Fev (01)

Nova Iguaçu Mar (01) / Mai (01)

Nova Friburgo Jul (01) / Ago (01)

Rio de Janeiro Jan (01) / Fev (01) / Mar (04) / Abr (01) / Set (01)

São Gonçalo Ago (01)

Angra dos Reis Jul (01)

Vitória(ES) Fev (01) / Out (01)

Mimoso do Sul(ES) Jan (01)

Vila Velha(ES) Jan (02)

Ouro Branco(MG) Fev (01)

Espírito Santo(RN) Set (09)

Cont.

## CLÍNICA MÉDICA - 2001

	Campos	S.Franc. do Itabap.	S. João da Barra	São Fidélis	Cardoso Moreira	Conc. de Macabu	Italva	Cambuci	Quissamã	Macaé	Rio das Ostras	Casimi ro de Abreu	Cabo Frio	Búzios
<b>JAN</b>	110	14	04	01	01	01	-	-	-	-	01	-	01	-
<b>FEV</b>	101	05	05	02	01	-	-	-	-	-	-	-	01	-
<b>MAR</b>	106	02	04	04	01	01	-	-	01	01	-	-	-	-
<b>ABR</b>	121	08	08	04	01	-	-	-	02	03	-	-	01	-
<b>MAI</b>	129	06	05	02	04	-	-	-	-	01	-	01	-	-
<b>JUN</b>	103	07	04	04	-	01	01	-	-	02	-	-	-	-
<b>JUL</b>	103	03	02	02	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01
<b>AGO</b>	99	03	06	02	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-
<b>SET</b>	105	03	08	02	01	-	02	01	01	-	-	-	-	-
<b>OUT</b>	102	08	03	03	03	-	-	-	-	04	-	-	-	01
<b>NOV</b>	94	04	04	01	02	-	-	01	-	03	02	-	01	-
<b>DEZ</b>	90	05	04	04	03	01	-	01	-	03	-	-	01	-
<b>Total</b>	<b>1.263</b>	<b>68</b>	<b>57</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>04</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>18</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>05</b>	<b>02</b>

<u>Itaperuna</u>	Jun. (01) / Ago (01)
<u>Rio de Janeiro</u>	Jan (02) / Mar (01) / Out (01)
<u>Vitória(ES)</u>	Fev (01)
<u>Iguaba Grande</u>	Jan. (01) / Out (01)
<u>São Sebastião do Alto</u>	Mar (01)
<u>Santa Maria Madalena</u>	Out (01)
<u>Saquarema</u>	Nov (01)

Cont.

## CLÍNICA PEDIÁTRICA - 2001

		Campos S.Franc. do Itabap.	S. João da Barra	São Fidélis	Conc. de Macabu	Italva	Cambuci	Quissam	Macaé	Niterói	Rio das Ostras	Cabo Frio	Itaperun	Espírito Santo (RN)
<b>JAN</b>	64	-	01	01	01	-	01	-	01	-	-	-	-	-
<b>FEV</b>	65	05	01	02	-	-	01	-	03	-	01	01	01	-
<b>MAR</b>	72	03	04	02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>ABR</b>	57	01	04	02	-	-	01	-	-	-	-	-	01	-
<b>MAI</b>	46	02	-	01	01	-	-	01	01	-	-	-	02	-
<b>JUN</b>	86	-	-	-	01	-	-	-	01	-	-	-	-	-
<b>JUL</b>	51	02	05	01	-	-	-	-	02	01	-	-	-	-
<b>AGO</b>	70	02	-	-	02	-	01	-	01	-	-	01	-	-
<b>SET</b>	57	03	01	01	02	-	-	-	01	-	02	-	-	-
<b>OUT</b>	71	01	02	-	-	02	01	-	02	-	-	-	-	01
<b>NOV</b>	56	02	-	-	-	-	-	01	03	-	-	01	-	-
<b>DEZ</b>	71	04	01	02	01	-	-	01	01	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>766</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>08</b>	<b>02</b>	<b>05</b>	<b>03</b>	<b>16</b>	<b>01</b>	<b>03</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>01</b>

## ANEXO 5

### INTERNAÇÕES - CLÍNICA CIRÚRGICA - 2002

	Campos	S. Fran c. do Itabap.	S. João da Barra	São Fidélis	Cardos o Moreira	Conc. de Macabu	I Cambuci talva	Quissamã	Macaé	Carapeb us	Rio das Ostras	S. Pedro da Aldeia	Cabo Frio
<b>JAN</b>	70	05	06	05	02	01	02	-	03	-	-	-	-
<b>FEV</b>	84	05	02	03	-	01	-	-	02	-	-	-	-
<b>MAR</b>	74	07	08	05	-	-	01	-	01	-	01	-	-
<b>ABR</b>	73	05	-	02	01	02	-	-	02	-	-	-	-
<b>MAI</b>	68	06	04	06	-	-	-	-	01	01	-	-	-
<b>JUN</b>	64	04	03	-	-	03	-	-	01	-	-	-	-
<b>JUL</b>	83	04	06	-	-	-	-	01	-	01	01	-	01
<b>AGO</b>	78	04	05	03	-	01	-	-	01	01	-	-	01
<b>SET</b>	75	05	04	02	03	01	03	01	01	01	01	-	-
<b>OUT</b>	60	05	04	01	01	-	01	-	02	-	-	-	-
<b>NOV</b>	55	05	05	07	01	01	01	02	-	-	02	01	-
<b>DEZ</b>	54	04	04	-	-	-	-	-	03	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>838</b>	<b>59</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>

Cachoeiro de Macacu

Itaperuna

Santo Antônio de Pádua

Nova Iguaçu

Nova Friburgo

Rio de Janeiro

São Gonçalo

Angra dos Reis

Vitória(ES)

Mimoso do Sul(ES)

Vila Velha(ES)

Ouro Branco(MG)

Espírito Santo(RN)

Cont.

**INTERNAÇÕES - CLÍNICA MÉDICA - 2002**

	Campos	S. Fran c. do Itabap.	S. João da Barra	São Fidélis	Cardos o Moreira	Conc. de Macabu	I Cambuci talva	Quissamã	Macaé	Rio das Ostras	Cabo Frio	Varre- Sai	Itaocara
<b>JAN</b>	116	02	09	01	01	-	-	01	-	-	01	-	-
<b>FEV</b>	94	01	03	01	-	01	-	01	-	04	-	01	-
<b>MAR</b>	133	06	03	03	01	01	02	-	-	02	-	03	-
<b>ABR</b>	132	06	05	02	-	-	-	-	-	01	-	-	-
<b>MAI</b>	101	05	11	-	02	-	-	-	-	01	-	02	-
<b>JUN</b>	92	08	10	02	02	01	-	-	-	02	-	-	-
<b>JUL</b>	96	07	04	01	01	-	01	-	02	01	01	-	-
<b>AGO</b>	104	06	07	02	01	-	-	-	-	01	-	-	08
<b>SET</b>	97	02	04	02	04	01	-	01	-	05	-	-	-
<b>OUT</b>	79	04	05	03	02	02	01	01	01	01	-	-	-
<b>NOV</b>	74	05	07	03	01	02	02	-	01	01	02	01	-
<b>DEZ</b>	86	05	07	03	01	03	01	01	02	01	01	-	-
<b>Total</b>	<b>1204</b>	<b>57</b>	<b>75</b>	<b>23</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>1</b>

**Nova Iguaçu****Abr (01)**São Paulo

Fev (01)

Teixeira de Freitas (ES)

Jul (01)

Marataizes(ES)

Jun (01)

Muqui(ES)

Mai(01)



Cont.

**INTERNAÇÕES - CLÍNICA PEDIÁTRICA - 2002**

	Campos	S. João da Barra	S. João da Fidélis	Cardos o Moreira	Conc. de Macabu	I Cambuci talva	Quissamã	Macaé	Rio das Ostras	Cabo Frio	Itaperuna	Itaocara		
<b>JAN</b>	66	02	01	01	-	01	02	01	01	-	-	-	01	
<b>FEV</b>	50	03	-	04	-	-	-	01	-	04	-	-	-	
<b>MAR</b>	60	01	-	-	-	-	-	-	02	-	01	-	-	
<b>ABR</b>	56	01	02	02	-	-	-	-	05	-	-	-	-	
<b>MAI</b>	70	04	04	-	-	01	-	-	01	-	-	-	-	
<b>JUN</b>	61	03	025	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	
<b>JUL</b>	71	03	-	01	-	-	-	01	01	01	01	-	-	
<b>AGO</b>	80	04	02	02	-	-	01	-	01	02	-	-	-	
<b>SET</b>	65	05	025	-	01	-	-	-	-	-	01	01	01	
<b>OUT</b>	70	04	03	02	01	01	-	-	01	01	-	-	-	
<b>NOV</b>	45	01	01	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	
<b>DEZ</b>	65	03	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	
<b>Total</b>	<b>759</b>	<b>34</b>	<b>63</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Casimiro de Abreu      Set (01)  
 Aperibé                      Ago (01)  
 Búzios                        Jun(01)  
 São Paulo(SP)              Dez (01)

## ANEXO 6

### DOENÇAS CAUSAS EXTERNAS - TCE - 2000 - ADULTO

Campos		S. Fran	S. João	São	Conc.	I	Quissamã	Macaé	Carapeb	Rio
		c.	da	Fidélis	de	talva			us	das
		do	Barra		Macabu					Ostras
		Itabap.								
<b>JAN</b>	20	02	-	-	-	-	-	-	-	01
<b>FEV</b>	14	01	02	02	-	-	-	-	-	-
<b>MAR</b>	08	02	02	02	01	01	-	-	01	-
<b>ABR</b>	12	02	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>MAI</b>	09	01	-	-	-	-	01	-	-	-
<b>JUN</b>	28	02	01	01	-	-	02	-	-	-
<b>JUL</b>	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>AGO</b>	15	07	01	01	01	-	01	-	-	-
<b>SET</b>	17	-	-	-	01	-	01	-	-	-
<b>OUT</b>	22	02	01	01	-	-	-	01	-	01
<b>NOV</b>	14	01	01	01	-	-	-	-	-	-
<b>DEZ</b>	17	-	02	02	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>03</b>	<b>01</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>01</b>	<b>02</b>

### DOENÇAS CARDIO VASCULARES - AVC - 2000

Campos		S. Fran	S. João	São	Cardos	Conc.	I	Rio
		c.	da	Fidélis	o	de	talva	das
		do	Barra		Moreira	Macabu		Ostras
		Itabap.						
<b>JAN</b>	33	-	-	-	01	-	-	-
<b>FEV</b>	18	01	01	01	-	-	-	-
<b>MAR</b>	32	01	01	-	-	-	-	-
<b>ABR</b>	53	01	03	-	-	-	-	-
<b>MAI</b>	25	-	01	-	-	-	01	-
<b>JUN</b>	29	-	-	-	-	-	-	01
<b>JUL</b>	41	01	02	-	-	-	-	-
<b>AGO</b>	37	03	-	01	-	01	-	-
<b>SET</b>	35	01	02	-	-	-	-	-
<b>OUT</b>	30	02	03	-	-	-	-	-
<b>NOV</b>	33	01	-	-	-	-	01	01
<b>DEZ</b>	16	02	-	02	-	01	-	-
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>04</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>

Cont.

**TCE - 2001 - ADULTO**

	Campos	S. Fran c. do Itabap.	S. João da Barra	São Fidélis	Quissamã	Macaé
<b>JAN</b>	13	03	-	01	-	-
<b>FEV</b>	18	-	01	-	-	-
<b>MAR</b>	10	04	01	01	01	-
<b>ABR</b>	15	04	01	-	-	-
<b>MAI</b>	13	03	-	-	-	-
<b>JUN</b>	11	01	-	-	-	01
<b>JUL</b>	15	01	03	-	-	-
<b>AGO</b>	15	-	01	01	-	-
<b>SET</b>	19	01	03	-	-	-
<b>OUT</b>	12	02	02	01	-	01
<b>NOV</b>	06	01	02	-	-	-
<b>DEZ</b>	09	01	01	01	-	-
<b>Total</b>	<b>156</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>05</b>	<b>01</b>	<b>02</b>

**AVC - 2001 - ADULTO**

	Campos	S. Fran c. do Itabap.	S. João da Barra	Quissamã
<b>JAN</b>	23	01	01	-
<b>FEV</b>	17	-	01	-
<b>MAR</b>	17	-	01	-
<b>ABR</b>	17	-	-	02
<b>MAI</b>	26	01	-	-
<b>JUN</b>	19	-	01	-
<b>JUL</b>	14	-	-	-
<b>AGO</b>	13	-	-	-
<b>SET</b>	23	-	01	-
<b>OUT</b>	19	-	02	-
<b>NOV</b>	21	-	-	-
<b>DEZ</b>	20	-	-	-
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>02</b>	<b>07</b>	<b>02</b>

**TCE - ADULTO - 2002**

	<b>Campos</b>	<b>S. Fran c. do Itabap.</b>	<b>S. João da Barra</b>	<b>São Fidélis</b>	<b>Cardos o Moreira</b>	<b>I talva</b>
<b>JAN</b>	09	-	01	-	-	-
<b>FEV</b>	14	01	01	-	-	-
<b>MAR</b>	11	03	01	-	-	01
<b>ABR</b>	13	03	-	-	-	-
<b>MAI</b>	15	03	02	-	01	-
<b>JUN</b>	14	03	02	-	-	-
<b>JUL</b>	22	-	02	-	01	-
<b>AGO</b>	17	01	01	01	01	-
<b>SET</b>	13	04	01	-	01	-
<b>OUT</b>	16	01	01	-	-	-
<b>NOV</b>	07	01	-	-	-	-
<b>DEZ</b>	21	-	01	01	-	-
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>02</b>	<b>04</b>	<b>01</b>

**AVC - ADULTO - 2002**

	<b>Campos</b>	<b>S. Fran c. do Itabap.</b>	<b>S. João da Barra</b>	<b>São Fidélis</b>	<b>I talva</b>	<b>Rio das Ostras</b>
<b>JAN</b>	17	-	-	-	-	-
<b>FEV</b>	14	-	-	-	-	-
<b>MAR</b>	14	01	01	-	01	-
<b>ABR</b>	16	01	02	-	-	-
<b>MAI</b>	16	-	03	01	-	-
<b>JUN</b>	11	-	02	-	-	01
<b>JUL</b>	20	03	-	01	-	-
<b>AGO</b>	17	-	02	01	-	-
<b>SET</b>	11	-	-	01	-	-
<b>OUT</b>	10	01	-	-	-	-
<b>NOV</b>	14	-	03	-	01	01
<b>DEZ</b>	10	01	02	-	-	-
<b>Total</b>	<b>170</b>	<b>07</b>	<b>15</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>02</b>



Cont.

**INTERNAÇÕES - AIDS - 2002**

	Campos	S. João da Barra	S. Franc. do Itabap	S. Fidélis	Macaé	Cabo Frio	búzios	Saqua rema	Rio das Ostras	Cardoso Moreira
<b>JAN</b>	19		01			01				01
<b>FEV</b>	13		03							01
<b>MAR</b>	18	01		01	01					
<b>ABR</b>	20					01				
<b>MAI</b>	11				01					
<b>JUN</b>	14			01	01					
<b>JUL</b>	17		01							
<b>AGO</b>	15	01		01						
<b>SET</b>	15	02								
<b>OUT</b>	18		03		02		01			
<b>NOV</b>	14				01			01	02	
<b>DEZ</b>	12			01	02	01				
Total	186	4	8	4	8	3	1	1	2	2

## ANEXO 7

### Teto Financeiro, Produção e Repasse de Verbas da Região Norte Fluminense – maio/2003

Região/Mun. SES	Teto Hospitalar	Teto Pab Fixo	Teto FAE Alta Parcial	Teto Hemoterap	Teto TRS	Teto Referência SIA	Teto Camara de Compensação InterMunicipal	Teto Oncologia	Teto Atenção Psicossocial Extra- Hospitalar	Teto Fideps	Total
<b>TOTAL</b>	2.188.815,36	706.475,00	826.400,23	99.334,25	551.146,88	44.377,01	57.897,81	199.156,69	4.900,00	150.000,00	4.828.503,23
<b>Norte Fluminense</b>	2.188.815,36	706.475,00	826.400,23	99.334,25	551.146,88	44.377,01	57.897,81	199.156,69	4.900,00	150.000,00	4.828.503,23
<b>Campos dos Goytacazes</b>	1.685.008,67	451.940,00	528.416,29	87.778,12	388.926,33	43.393,78	48.102,03	199.156,69	0,00	150.000,00	3.582.721,91
<b>Macaé</b>	286.150,13	113.455,00	142.980,62	6.419,50	162.220,55	0,00	3.773,25	0,00	0,00	0,00	714.999,05
<b>São Fidélis</b>	82.644,62	30.870,00	41.923,93	5.136,63	0,00	0,00	1.990,88	0,00	0,00	0,00	162.566,06
<b>São F. de Itabapoana</b>	49.498,17	34.992,00	37.065,13	0,00	0,00	0,00	2.950,84	0,00	0,00	0,00	124.506,14
<b>São João da Barra</b>	32.484,98	40.330,00	33.255,05	0,00	0,00	0,00	944,86	0,00	0,00	0,00	107.014,89
<b>Conceição de Macabu</b>	28.573,04	15.768,00	19.542,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	63.883,04
<b>Quissamã</b>	24.455,75	11.718,00	14.946,19	0,00	0,00	983,23	0,00	0,00	4.900,00	0,00	57.003,17
<b>Carapebus</b>	0,00	7.402,00	8.271,02	0,00	0,00	0,00	135,95	0,00	0,00	0,00	15.808,97

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br>