



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo

**Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise
das internações hospitalares na região metropolitana do
Rio de Janeiro (1995-2005)**

Rio de Janeiro

2009

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo

**Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise das
internações hospitalares na região metropolitana do
Rio de Janeiro (1995-2005)**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sulamis Dain

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

C172 Camargo, Ana Tereza da Silva Pereira.
Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise das
internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro (1995-2005)
/ Ana Tereza da Silva Pereira Camargo. – 2009.
149f.

Orientadora: Sulamis Dain.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de
Medicina Social.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Saúde pública – Regiões
metropolitanas – Brasil – Teses. 3. Saúde pública – Descentralização
administrativa – Brasil – Teses. 4. Serviços de saúde pública – Rio de Janeiro,
Região metropolitana do (RJ) – Teses. 5. Assistência hospitalar – Rio de
Janeiro, Região metropolitana do (RJ) – Teses. 6. Regionalização da medicina –
Brasil – Teses. I. Dain, Sulamis. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2(81)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo

**Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise das
internações hospitalares na região metropolitana do
Rio de Janeiro (1995-2005)**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 07 de maio de 2009.

Orientadora: Prof.^a Dra. Sulamis Dain
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof. Dr. Mario Francisco Giani Monteiro
Instituto de Medicina Social da UERJ

Prof.^a Dra. Laura Tavares Ribeiro Soares
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof. Dr. José Carvalho de Noronha
Centro Brasileiro de Estudos em Saúde da FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

As grandes ausências da minha vida: meus pais Clarice e Pedro Celestino e Marcello.

AGRADECIMENTOS

Fazer uma tese de doutorado na aposentadoria significa uma dificuldade enorme de agradecer, pois uma vida profissional é construída por uma infinidade de pessoas. Aos que não forem citados sintam-se homenageados e debitem a ausência ao esquecimento próprio da idade.

Em primeiro lugar, um agradecimento especial a minha orientadora e amiga Sulamis Dain, que em todos os momentos de vacilação me encorajou a continuar com a invejável paciência de discutir com uma executiva pouco afeita aos ritos acadêmicos. A ela um carinho especial.

A George Kornis que, na sua função de leitor da tese, dispensou seu tempo precioso em enfatizar pontos focais que apoiaram a consistência de minhas argumentações.

Algumas pessoas, entretanto foram fundamentais na minha vida profissional. Nildo Aguiar, a quem homenageei em minha dissertação de mestrado em 1980 pela sua crença em idéias novas. Faço agora por ter tido o privilégio de ser sua amiga ao longo desses anos e ter aprendido sempre a continuar a acreditar na função pública. Hésio Cordeiro, José Noronha e Adib Jatene, que em momentos importantes da minha carreira acreditaram na minha capacidade de vencer desafios.

Telma Ruth, amiga e irmã querida, sempre presente em todas as horas. Difícil imaginar não tê-la ao meu lado.

Jose Luis Fiori, Laura Tavares e Maria Hortense Marcier, pela inabalável amizade e pelas discussões sobre federalismo e políticas sociais.

Nos diversos caminhos que trilhei a companhia de Alexandre Abrantes, Ana Costa, Antonio Cesar Lemme, Eduardo Levcovitz, Edmur Pastorello, Edson Keiji, Josep Lazaro, Luisa Pessoa, Maria Cecília Correa (Ciça), Maria Regina Teixeira, Mansur Jose Mansur, Paulo Coury, Paulo Buss, Sergio Rezende, Silvia Porto, transmitiu a certeza de estar sempre cercada de afeto e generosidade tão imprescindíveis no desempenho solitário da função pública.

Francisco Viacava, Jacques Levin e Fátima Scarparo pela ajuda na realização desse trabalho.

Pedro Paulo, meu primo e Ana Silvia pela cuidadosa revisão.

Adriana Camargo pela paciência de fazer os gráficos.

E finalmente a minha enorme, querida e indispensável família, filha, enteados, nora, netos, irmãos, cunhadas, sobrinhos, pela compreensão de minhas ausências.

As pessoas não morrem, ficam encantadas.

Guimarães Rosa

RESUMO

CAMARGO, Ana Tereza da Silva Pereira. *Regionalização da saúde face à realidade metropolitana: análise das internações hospitalares na região metropolitana do Rio de Janeiro (1995-2005)*. 2009. 149f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Esta tese trata da questão dos municípios metropolitanos, na perspectiva da política nacional e regional de saúde conduzida pelo SUS. O trabalho enfatiza as dificuldades para solução metropolitana de regulação do sistema público de saúde, no contexto de crescente autonomia dos governos municipais e do enfraquecimento do poder dos governos estaduais. A política de regionalização e conformação de redes implementada pelo Ministério da Saúde desconhece as especificidades das diversas regiões metropolitanas do país. A tese explora, portanto, as contradições na política de descentralização face à Região Metropolitana, estudando duas questões centrais, a partir da análise da rede hospitalar na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Por um lado, busca verificar se a descentralização efetivamente propiciou o atendimento básico hospitalar dos pacientes em seus locais de residência, cabendo referenciar para outras localidades apenas os casos de alta complexidade, no caso para a capital, cidade do Rio de Janeiro, que apresenta rede hospitalar mais complexa. Por outro, levanta a questão das relações entre o contexto metropolitano e a necessidade de formação de uma rede integrada de serviços de saúde, abordando aspectos favoráveis e os obstáculos a esta necessária institucionalização. Este estudo é uma contribuição para o entendimento da questão metropolitana na área da saúde, de forma a permitir ultrapassar os obstáculos que impedem ações coletivas.

Palavras-chave: SUS. Política de saúde. Região metropolitana. Rede hospitalar. Rio de Janeiro.

ABSTRACT

This thesis approaches metropolitan municipalities, within the perspective of the Brazilian National Health System . The work emphasizes the difficulties to regulate the public health system in the context of increased autonomy of municipal governments and weakened state governments. The regionalization politics and networks organization implemented by the Health Ministry ignores the specificities of the several Brazilian metropolitan regions. The thesis explores the contradictions between municipal decentralization politics and Metropolitan Region, analyzing two central issues, based on the analysis of the hospital network of Rio de Janeiro Metropolitan Region. It aims to verify whether decentralization really provided primary hospital care for patients in their neighboring areas, that is, whether municipalities provided primary admissions for their inhabitants, referring them to other cities – mainly Rio de Janeiro city, owner of more complex health services network – only in case of real necessity. Besides, it deals with the institutional challenge of creating an integrated municipal health care network in the metropolitan context. This study aims to increase knowledge on metropolitan health, helping to overcome obstacles to the development of collective actions concerning public health services planning and provision.

Keywords: Brazilian National Health System. Health politics. Metropolitan region. Rio de Janeiro. Hospital network.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 –	Mapa da Região Metropolitana I.....	58
Figura 02 –	Arco Metropolitano.....	79
Figura 03 –	Fluxo da frequência da AIH (partos) – municípios da METRO I – 1995.....	106
Figura 04 –	Fluxo da frequência da AIH (partos) – municípios da METRO I – 2005.....	106
Figura 05 –	Fluxo da frequência AIH (pneumonia) – pacientes com menos de 15 anos – municípios da METRO I – 1995.....	110
Figura 06 –	Fluxo da frequência AIH (pneumonia) – pacientes com todas as idades – municípios da METRO I – 1995.....	110
Figura 07 –	Fluxo da frequência AIH (pneumonia) – pacientes com todas as idades – municípios da METRO I – 1995.....	114
Figura 08 –	Fluxo da frequência AIH (pneumonia) – pacientes com todas as idades – municípios da METRO I – 2005.....	114
Figura 09 –	Fluxo da frequência AIH (herniorrafias) – pacientes com todas as idades – municípios da METRO I – 1995.....	118
Figura 10 –	Fluxo da frequência AIH (herniorrafias) – pacientes com todas as idades – municípios da METRO I – 2005.....	118

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Distribuição do IDH por município, 2000.....	67
Gráfico 02 – Taxa de analfabetismo por município, 2000.....	68
Gráfico 03 – Contratos por modalidade individual ou coletiva - dezembro 2005.....	70
Gráfico 04 – Taxa de Mortalidade Infantil segundo Municípios da Região Metropolitana I e Estado do Rio de Janeiro, 1999 e 2005.....	74
Gráfico 05 – Número de hospitais, por natureza, METRO I, 1995 e 2005.....	89
Gráfico 06 – Distribuição dos hospitais por natureza do prestador, 2005.....	89
Gráfico 07 – Leitos totais e leitos SUS por habitante – 2005.....	94
Gráfico 08 – Distribuição dos leitos SUS nas especialidades básicas, por município - 1995-2005.....	96
Gráfico 09 – Evolução das internações hospitalares RMRJ 1 - 1995 a 2005....	99
Gráfico 10 – Variação das internações hospitalares em Clínica Médica e por município, 1995 – 2005.....	100
Gráfico 11 – Variação das internações hospitalares em clínica cirúrgica por município 1995-2005.....	101
Gráfico 12 – Variação das internações em pediatria 1995-2005.....	101
Gráfico 13 – Variação das internações hospitalares em obstetrícia.....	102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil da rede hospitalar Brasil, 1995 - 2005	55
Tabela 2 –	Proporção de moradores por cobertura de água, instalações sanitárias, coleta de lixo, e renda <i>per capita</i> , 2000	67
Tabela 3 –	Número de beneficiários e percentual de cobertura pela saúde suplementar, Região Metropolitana I, dezembro 2005	69
Tabela 4 –	Participação da receita de impostos na receita total do Município, 2007	72
Tabela 5 –	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante, 2000-2005	72
Tabela 6 –	Número de óbitos por 1.000 habs, proporção de óbitos por causas mal definidas e mortalidade infantil, municípios da METRO I e Estado do Rio de Janeiro, 1995-2005	74
Tabela 7 –	Coeficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas por 100.000 habitantes– 1999-2005	75
Tabela 8 –	Quinze principais causas Internações no SUS na METRO I, segundo Lista de Morbidade da CID 10, 2005	76
Tabela 9 –	Cobertura do PSF nos municípios da METRO I, 2005	76
Tabela 10 –	Número de hospitais, Regiões Metropolitanas, 1995-2003	90
Tabela 11 –	Leitos Hospitalares SUS, METRO I, 1995-2005	91
Tabela 12 –	Número de leitos por prestador, METRO I, 1995-2005	92
Tabela 13 –	Proporção de leitos SUS sobre o total de leitos existentes por município e por tipo de prestador - METRO I, Dezembro 2005	93
Tabela 14 –	Relação leitos existentes e leitos SUS e por 1000 habitantes e por natureza do prestador e município- 2005	94
Tabela 15 –	Distribuição dos leitos SUS nas especialidades básicas, por município - 1995-2005	96
Tabela 16 –	Número de hospitais segundo porte tecnológico, Baixada Fluminense, 2005	97
Tabela 17 –	Evolução das internações hospitalares RMRJ 1 - 1995 a 2005	99
Tabela 18 –	Internações hospitalares em obstetrícia 1995-2005	102

Tabela 19 –	Percentual de invasão e evasão de internações por partos (vaginais e cesáreos) nos municípios da Região Metropolitana, 1995-2005	104
Tabela 20 –	Proporção de internações por partos (vaginais e cesáreos) municípios METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995	105
Tabela 21 –	Proporção de internações por Partos (vaginais e cesáreos) municípios METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005	105
Tabela 22 –	Proporção de internações por Parto (vaginais e cesáreos) na METRO I, segundo município de internação e tipo de prestador, 1995 – 2005	107
Tabela 23 –	Percentual de Invasão e Evasão de internações por Pneumonias em menores de 15 anos nos Municípios na METRO I, 1995 - 2005	108
Tabela 24 –	Proporção de internações por pneumonias em menores de 15 anos nos Municípios METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995	109
Tabela 25 –	Proporção de internações por pneumonias em menores de 15 anos nos municípios da METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005	109
Tabela 26 –	Proporção de internações por pneumonias em menores de 15 anos nos municípios da METRO I, segundo município de internação e por prestador, 1995 – 2005	111
Tabela 27 –	Percentual de invasão e evasão de internações por pneumonias em maiores de 60 anos nos municípios da METRO I, 1995 – 2005	112
Tabela 28 –	Proporção de internações por pneumonias em maiores de 60 anos nos Municípios METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995	113
Tabela 29 –	Proporção de internações por pneumonias em maiores de 60 anos nos municípios da METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005	113
Tabela 30 –	Proporção de internações por pneumonias em maiores de 60 anos nos Municípios da METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005	115
Tabela 31 –	Percentual de invasão e evasão de internações por herniorrafias nos Municípios da METRO I, 1995 – 2005	116
Tabela 32 –	Proporção de internações por herniorrafias nos municípios da	

	METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995	117
Tabela 33 –	Proporção de internações por herniorrafias nos municípios METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005	117
Tabela 34 –	Proporção de internações por Herniorrafias nos Municípios da METRO I, segundo município de internação por prestador, 1995 – 2005	119
Tabela 35 –	Participação de representantes da METRO I, em reuniões ordinárias da CIB – Rio de Janeiro, 1995 – 2005	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
AIS	- Ações Integradas de Saúde
ANS	- Agência Nacional de Saúde Suplementar
BNDES	- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAIPE	- Central de Autorizações de Internações e Procedimentos
CES/RJ	- Especiais Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIB	- Comissões Intergestores Bipartite
CIB-RJ	- Comissões Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro
CIMS	- Conselho Interinstitucional Municipal da Saúde
CIS	- Conselho Interinstitucional de Saúde
CISBAF	- Consorcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CIMS	- Conselho Interinstitucional Municipal da Saúde
CIS	- Conselho Interinstitucional de Saúde
CIT	- Comissões Intergestores Tripartite
COSEMS	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde –
COSEMS–RJ	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro
CRIS	- Conselho Regional Interinstitucional de Saúde
COMPERJ	- Pólo Petroquímico de Itaboraí
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	- Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ
FAS	- Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social
FBH	- Federação Brasileira de Hospitais
FPAS	- Fundo de Previdência e Assistência Social
FUNDAÇÃO	- Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro
CIDE	

FUNDREM	- Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana
HPP	- Hospitais de Pequeno Porte
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPE	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
METRO I	- Região Metropolitana do Rio de Janeiro I
METRO II	- Região Metropolitana do Rio de Janeiro II
MS	- Ministério da Saúde
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
PAB	- Piso de Atenção Básica
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	- Plano de Carreira, Cargos e Salários
PDI	- Plano Diretor de Investimentos
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PDTU	- Plano Diretor de Transporte Urbano
PIB	- Produto Interno Bruto
PLUS	- Plano de Localização de Unidades de Serviço
PND	- Plano Nacional de Desenvolvimento

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
	INTRODUÇÃO.....	18
1	FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO, RELAÇÕES INTER- GOVERNAMENTAIS E REGIÃO METROPOLITANA: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DA SAÚDE	27
1.1	A federação brasileira e sua especificidade para a saúde	29
1.2	Federalismo e equalização no SUS; a não institucionalização do tema metropolitano	32
2	A POLÍTICA ASSISTENCIAL NO SISTEMA PÚBLICO BRASILEIRO	36
2.1	Do SUDS ao SUS: a gênese institucional do Sistema Único de Saúde	38
2.2	A normatização no SUS	40
2.3	Pactuação e regionalização no SUS	46
2.4	A política hospitalar do SUS	48
3	A REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO	58
3.1	Aspectos legais da RMRJ	59
3.2	A singularidade da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	61
3.3	Evolução e caracterização atual da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	63
3.4	Condições de saúde da RMRJ I	73
4	ESTUDO DE CASO: AS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO I	81
4.1	Metodologia	81
4.2	Análise dos dados	87
4.2.1	<u>Características dos hospitais</u>	89
4.2.2	<u>Internações hospitalares</u>	99

4.3	Fluxo de pacientes	104
4.4	Articulação intermunicipal: análise das Atas da CIB	120
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
	REFERÊNCIAS.....	136

APRESENTAÇÃO

O tema desta tese não foi escolhido por acaso. A preocupação com a questão metropolitana remonta ao início da minha vida profissional. Não por acaso, minha dissertação de mestrado defendida no Instituto de Medicina Social, em 1980, já tratava de uma experiência em projeto sobre intervenção organizada em Regiões Metropolitanas.

Ao longo da minha vida profissional, afastada da Universidade, pude participar de experiências absolutamente gratificantes, como foi a implantação do Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense – coordenado pela Professora Laura Tavares, sob comando do então Secretário Estadual de Saúde, Dr. José Carvalho de Noronha, no qual as bases do território, adscrição de clientela e visita domiciliar foram implantadas com alto grau de resolutividade. Como gestora de uma rede de hospitais, senti a angústia de ver os hospitais superlotados pelo povo sofrido da Baixada Fluminense, onde muitas das vezes as mulheres pediam para o táxi parar na esquina do Hospital Geral de Bonsucesso para entrar pela emergência e assim terem seus filhos. Mais tarde, como Secretária de Saúde de um município metropolitano de grande porte senti as dificuldades de assumir as responsabilidades inerentes ao processo de municipalização frente à crônica falta de recursos orçamentários e a total dependência ao município-sede.

Ao escolher fazer uma tese sobre a Região Metropolitana, busquei colocar o tema de novo na agenda das discussões, para que os conflitos existentes entre regionalização face à realidade metropolitana possam ter soluções que melhorem a vida da massa trabalhadora que habita esse território. Assim, a tese *Regionalização da Saúde face à Realidade Metropolitana: Uma análise das internações hospitalares na Região Metropolitana do Rio de Janeiro 1995-2005* trata das implicações do processo de autonomia municipal num contexto metropolitano.

A escolha da Região Metropolitana I ocorreu porque parte da minha experiência profissional aí se deu. É uma região onde conheço as unidades hospitalares, a lógica assistencial desde os idos da Secretaria Regional de Medicina Social do INAMPS, na década de 1980. Além disso, é este segmento da Região Metropolitana que contém a capital e que, portanto apresenta os maiores desafios para o gestor público.

No contexto da METRO I, o trabalho contemplou a análise das internações hospitalares realizadas na região, no período de 1995 a 2005, retrospectivamente. Esse período foi definido por ser um marco do processo de descentralização da gestão na saúde; um período em que as bases organizacionais do SUS foram alicerçadas. As sucessivas normatizações, através de Normas Operacionais até o Pacto pela Saúde, em 2006, fazem dessa década um momento estratégico na consolidação do Sistema Único de Saúde.

Fontes documentais foram utilizadas para constituir as bases teóricas do estudo, compreendendo a revisão da literatura sobre os temas federalismo, descentralização, municipalização, Sistema Único de Saúde (SUS), regiões metropolitanas e assistência hospitalar. Pretendeu-se, ainda, na análise documental, triangular documentos elaborados e divulgados em distintos períodos da política pública de saúde do estado do Rio de Janeiro, de tal forma que os temas tenham suas discussões e trajetórias resgatadas historicamente. Por triangulação entende-se a checagem de um dado obtido através de diferentes técnicas de coleta de dados e diferentes pesquisadores e observadores.

Buscou-se, neste trabalho, responder a duas questões, quais sejam: se os municípios foram capazes de arcar com as internações menos complexas e se eles tiveram capacidade de se articular entre si para conformar uma rede integrada de serviços.

No capítulo 1 reviso os conceitos de federalismo, descentralização, relações inter governamentais e seus impactos na área da saúde. A intenção dessa revisão foi verificar se é necessária uma instancia de mediação entre gestão metropolitana e gestão local.

No capítulo 2 discorro sobre a questão metropolitana, sua atualidade e discuto um pouco sobre o seu pequeno peso no debate após a Constituição de 1988 que associou definitivamente descentralização à municipalização.

No capítulo 3 relato a história do SUS destacando a experiência do SUDS e a importância, hoje perdida, dos governos estaduais no processo de descentralização.

No capítulo 4 falo sobre a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, sua história, sua especificidade, seus problemas com destaque para a não consideração,

pela política de saúde, dos problemas inerentes a saúde metropolitana como um todo.

No capítulo 5 apresento a pesquisa sobre as internações hospitalares sua metodologia e seus resultados, enfatizando que a oferta de serviços não reflete a distribuição espacial da população nem do ponto de vista de sua moradia nem do ponto de vista de seu movimento.

O capítulo final faz uma síntese dos achados da tese e uma proposta de agenda para balizar as futuras discussões sobre a política metropolitana de saúde no Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

A questão da descentralização vem sendo discutida no âmbito da política de saúde desde a década de 1960. Mario Magalhães da Silveira (SILVEIRA, 2005), em 1963, já escrevia sobre a necessidade de municipalização dos serviços de saúde, afirmando que a municipalização tem como principal finalidade despertar o interesse dos municípios por uma atividade de grande importância para suas populações e determinar a organização dos serviços de assistência médico-sanitária onde estes não existem.

É preciso ter presente que a finalidade fundamental da municipalização é aproximar a saúde pública das populações que mais precisam, e as organizações médico sanitárias que os municípios poderão organizar ficarão na dependência das necessidades e das possibilidades de cada um não se submetendo a nenhum esquema pré-fabricado. (SILVEIRA, 2005, p. 143).

A questão da descentralização é, portanto, discutida no âmbito da política de saúde, no Brasil, desde a década de 1960. Não se pretende neste estudo aprofundar as relações entre federalismo e descentralização exaustivamente estudadas por Afonso (1990), Fiori (1994), Abrucio (1994), Arretche (1999), Dain (1995), Almeida (1995), Heimann (2000), entre outros, mas sim buscar entender como o processo de descentralização rumo ao município pode enfrentar as questões emergentes de uma região metropolitana específica, com uma singularidade histórica, no caso, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro.

Há consenso entre esses autores de que a dinâmica e a direção das políticas sociais no Brasil da década de 1990 foram marcadas pela descentralização. Diante das críticas ao caráter centralizador e excludente do Sistema de Proteção Social formado durante o regime militar, o processo de descentralização foi condicionado pelo ambiente político democrático, pelas inovações e regras estabelecidas pela Constituição de 1988, em especial a descentralização fiscal e a extensão de direitos sociais, e pela estrutura socioeconômica do país.

Nesse processo, entende-se a descentralização das políticas sociais como a transferência de responsabilidades para a esfera estadual e municipal, associada à transferência de recursos que criariam estruturas e programas em nível subnacional.

Em um Estado federativo, caracterizado pela efetiva autonomia política dos níveis subnacionais de governo, a assunção de atribuições em qualquer área de políticas públicas – na ausência de imposições constitucionais – está diretamente associada à estrutura de incentivos oferecida pelo nível de governo interessado na transferência de atribuições (ARRETCHE, 1999, p. 119).

A descentralização, seguindo a definição de Abrucio (2004), é um processo nitidamente político, circunscrito a um Estado nacional, que resulta da conquista ou transferência efetiva de poder decisório a governos subnacionais, os quais adquirem autonomia para escolher seus governantes e legisladores para (1) comandar diretamente sua administração; (2) elaborar uma legislação referente às competências que lhes cabem; e, por fim, (3) cuidar de sua estrutura tributária e financeira.

A partir da década de 70, no bojo do processo de redemocratização do país, registrou-se a expansão do movimento municipalista, associada a pressões por uma reforma tributária e fiscal e por maior autonomia para os governos estaduais e municipais, em face da crise financeira do Estado. Esta se caracterizaria pela pressão dos estados e municípios por maior descentralização tributária, financeira e decisória, como contraponto à dificuldade da União de repassar recursos necessários ao financiamento dos programas e projetos executados por aquelas esferas de governo.

O debate sobre a descentralização se impôs em contraposição à centralização característica do regime militar. A sociedade civil organizada pressionava pela restauração dos direitos civis e políticos, pela democratização das políticas governamentais, pela participação popular na sua definição e execução e por maior controle social das administrações públicas.

Tais movimentos, ao fazerem avançar a democratização política do país, evidenciaram a necessidade de repensar as atribuições e partilhas de responsabilidades, poder e recursos na prestação de serviços ao público e, com isto, ingressaram no debate sobre a descentralização, introduzindo uma concepção democrática nesse processo (GARCIA, 1995).

Abrucio (2004) enfatiza que a descentralização não tem por si só qualidades intrínsecas e também não está livre de aspectos negativos, e aponta cinco questões

fundamentais para a implantação de um processo de descentralização, seja qual for o modelo utilizado:

- a) estabelecimento de um sólido pacto nacional;
- b) combate às desigualdades regionais;
- c) montagem de boas estruturas administrativas nas instâncias subnacionais;
- d) democratização dos governos locais;
- e) criação de um ambiente intergovernamental positivo.

As conquistas da descentralização não cancelam os problemas dos governos locais. Segundo o autor, persistem questões que colocam obstáculos ao bom desempenho dos municípios do país: a desigualdade de condições econômicas e administrativas; o discurso do “municipalismo autárquico”, expressão criada por Celso Daniel¹ para designar a percepção de que os governos locais podem sozinhos resolver todos os problemas de ação coletiva vividos por sua população; a metropolitização acelerada; os resquícios ainda existentes tanto de uma cultura política como de instituições que dificultam a *accountability* democrática e o padrão de relações intergovernamentais.

Por ser o território onde a ação estatal pode ganhar capilaridade e proximidade da população, o município passou a ser o destinatário da descentralização. Não se levaram em conta, no entanto, a enorme diversidade espacial e populacional dos municípios brasileiros, as diferentes capacidades técnicas dos governos municipais, os níveis de organização das comunidades, o grau de articulação entre a sociedade organizada e os governos locais.

O conceito de município não faz, portanto, a devida distinção entre a enorme diversidade dos 5.564 municípios brasileiros, apesar das diferenças marcantes entre eles. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em relação ao conjunto dos 5 564 municípios existentes em 2007, a maioria (73,3%) possuía até 20.000 habitantes. Todavia, a comparação com a distribuição percentual das quase 185 milhões de pessoas residentes no País pelos portes populacionais mostra que, nessa classe de tamanho populacional, residiam menos de 20% da população brasileira. Em contraste, embora apenas 5% dos municípios brasileiros possuíssem

¹ Segundo Abrucio (2005), essa expressão foi cunhada por Celso Daniel, ex-prefeito de Santo André: “No paradigma da municipalização autárquica, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade maior dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com a União e os estados”.

mais de 100 000 habitantes, estes abrangiam mais da metade da população. Existem municípios com 804 habitantes, que têm o mesmo *status* de ente federativo das metrópoles existentes.

Essa uniformidade também significa que as regras aplicadas aos governos locais são invariáveis e independem da complexidade das tarefas a eles atribuídas (SOUZA, 2004). Tal fato pode levar a que ocorram em injustiças ao se tratar igualmente os desiguais, desprezando-se a indispensável equidade.

Desde a fundação da Federação, o Brasil é historicamente marcado por fortes desigualdades regionais, inclusive em comparação a outros países. A disparidade de condições econômicas é reforçada, ademais, pela existência de um contingente enorme de municípios pequenos, com baixa capacidade de sobreviver apenas com recursos próprios. (ARRETCHE, 1996, p. 247).

O ex-secretário municipal de Saúde de Londrina, Silvio Fernandes da Silva,² ao analisar o processo de descentralização na área da saúde, aponta para a forma apaixonada e maniqueísta como esse processo é analisado. Os que são a favor, que adotam o *slogan* “municipalização é o caminho”, frequentemente exageram as conquistas do movimento descentralizador, enfatizando apenas seus aspectos positivos. Essa corrente associa positivamente democracia com descentralização. Tal posição é contestada por diversos autores.

Segundo Arretche (1996, s/p):

A realização do ideal democrático não pode estar associado a uma modalidade particular de inclusão dos cidadãos no processo decisório. É a concretização de princípios democráticos nas instituições políticas de cada nível de governo que define seu caráter, e não a escala ou âmbito das decisões.

A autora destaca que a descentralização de um conjunto significativo de decisões políticas não pode ser elemento de radicalização e aprofundamento da democracia, e que as instituições locais, dotadas de efetivo poder, possam representar um incentivo à participação política, embora isso por si só não seja suficiente.

Segundo Paim (1992, p. 41):

2 Entrevista concedida à revista *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 549-553, 2002.

Esse processo social não comporta ingenuidades nem ambiguidades. Confundir descentralização e municipalização com democratização da saúde pode levar a consequências políticas indesejáveis. Como se advertiu em outra oportunidade, o poder local não é intrinsecamente mais democrático. Pode ser despótico como qualquer outro.

A análise do desenvolvimento do processo de descentralização no Brasil tem evidenciado que o sucesso de medidas descentralizadoras supõe o fortalecimento do poder decisório do governo central (ARRETCHE, 1996), tese, aliás, defendida por Levcovitz (1997, p. 9) “no processo de construção do SUS tem sido a atuação dos órgãos centrais que define o rumo da descentralização”.

Há outro grupo que desvaloriza importantes avanços da descentralização da saúde e considera que a municipalização engendrou feudos municipais onde os municípios maiores criam barreiras de acesso aos municípios menores, inexistindo mecanismos que regulem o acesso dos usuários de forma a garantir a assistência.

Ainda segundo Paim (1992, p. 33):

[...] não se trata de um maniqueísmo simplista no sentido de que a municipalização da saúde seja boa em si e a centralização má, ou que a municipalização no projeto da Reforma Sanitária seja ótima enquanto no projeto conservador (ou neoliberal) péssima. Só não é possível continuar defendendo, acriticamente, a municipalização da saúde sem considerar as diferentes concepções, as modificações do contexto e os próprios limites do projeto da Reforma Sanitária na atual conjuntura.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu como principais pilares da reforma do setor saúde a *universalização* da cobertura e do atendimento, e a *igualdade* no acesso às ações e serviços como princípios para a reorganização da atenção à saúde. O texto do art. 196 é claro ao afirmar que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Brasil, 1988,)

Instituiu, ainda, as seguintes diretrizes: descentralização das ações e serviços, com *direção única* em cada esfera de governo; integralidade no

atendimento, com prioridade para as atividades preventivas; participação da comunidade, como mecanismo para efetivar o controle social do sistema.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com essas diretrizes, deveria ensejar a criação de uma rede de serviços de saúde públicos e privados, descentralizada, regionalizada e hierarquizada. O setor privado participaria do sistema de forma complementar, por meio de contratos ou convênios com o setor público, dando prioridade às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos

Com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90), que vincula a descentralização à municipalização, e da Lei nº 8.142/90, o Ministério da Saúde impulsionou de forma inequívoca a descentralização nos estados e municípios, com a elaboração de instrumentos e estruturas que propiciam aos gestores maior capacidade gerencial, tais como Conselhos e Fundos de Saúde, planos estaduais e municipais, relatórios de gestão. Ao definir estratégias para a operacionalidade deste sistema, as normas editadas se transformaram em ferramentas poderosas de implantação e desempenho do SUS. Foram editadas as NOBs nº 01/91, de 7 de janeiro de 1991, NOB 01/92 publicada em 7 de fevereiro de 1992, a NOB 01/93, editada em 24 de maio de 1993, NOB 01/96 de 6 de novembro de 1996, e as NOAS 01 e 02 de 25 de janeiro de 2001 e 27 de fevereiro de 2002, as quais serão comentadas no capítulo 2.

Por outro lado, esse processo de descentralização que trata os municípios igualmente, separando-os apenas por sua capacidade de gestão, não atenta devidamente para os problemas das regiões metropolitanas.

A gestão regional está relacionada com a União, os Estados e os Municípios, por isso é necessário um exame minucioso da Constituição para apurar limites e possibilidades da atuação de cada um desses entes federados. Apesar de não ser obrigatória, no regime constitucional atual, a integração de esforços para executar funções públicas de interesse comum, é uma questão que precisa e deve ser enfrentada, sendo indispensável uma base técnica sólida que justifique o estabelecimento da região metropolitana (CASTRO, 2003, s/p).

O conceito de metrópole está ligado à etimologia da palavra, que em grego significa cidade-mãe e estava associado com o de cidades-satélite. Designa áreas urbanas formadas por uma ou mais cidades ligadas entre si fisicamente (conurbadas) ou através de fluxos de pessoas e serviços que assumem posição de destaque (econômica, política, cultural, etc.) na rede urbana da qual fazem parte. Na

conformação de uma região metropolitana, há primazia de uma cidade em relação a outras, geralmente conurbadas, nas quais os problemas devem ser pensados e solucionados por meio de uma política integrada, de maneira democrática, tantos em termos sociais como econômicos – isto é, embasada numa justa distribuição dos bônus e ônus do processo de desenvolvimento (SANTOS, 1998).

O conceito de região metropolitana já existia nas Constituições de 1967 e 1969. Pressupõe uma realidade social e econômica cujo centro dinâmico é a metrópole, pólo de atração (e/ou de dominação) de um grande espaço de produção e consumo, e cuja manifestação é a intensa urbanização que dá origem a múltiplas funções de interesse comum aos municípios limítrofes que a contêm (BRAGA, 1999).

Raquel Rolnik e Nadia Somekh (2000), no artigo “Governar as metrópoles: Dilemas da recentralização” discorrem sobre a história das regiões metropolitanas, ressaltando que o processo acelerado de urbanização do país e as experiências de gestão metropolitana levadas a cabo pelos governos estaduais na década de 1960 e 1970 em São Paulo, Porto Alegre, Belém, Salvador e Belo Horizonte levaram à promulgação pelo governo militar da Lei Federal nº 14, de 1973.

Essa lei instituiu no Brasil as primeiras regiões metropolitanas: São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza. A definição dessas áreas tinha por referência critérios de implantação baseados na magnitude da população aglomerada, na extensão da área urbanizada sobre o território de mais de um município, na integração econômica e social do conjunto e na complexidade das funções desempenhadas.

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro foi instituída posteriormente através da Lei Complementar nº 20 de 1º de julho de 1974, por ocasião da fusão do Estado da Guanabara e o Estado do Rio de Janeiro.

Do ponto de vista do modelo de gestão, as estruturas criadas eram prefixadas e hierarquizadas, integralmente baseadas nos executivos estaduais, garantindo o controle político para esta ampla maioria, em detrimento da participação dos municípios e de suas representações políticas. De fato, a participação dos municípios ocorria nos conselhos consultivos das regiões metropolitanas sem nenhum poder decisório, podendo apenas apresentar sugestões. Completava o

modelo a estruturação de fundos federais que financiavam o desenvolvimento urbano (sobretudo saneamento, habitação e transportes), canalizando os recursos diretamente para companhias estatais encarregadas da implementação de tais políticas.

No Governo Faria Lima (1975-1978), foi criada a FUNDREM (Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro), cujo objetivo era elaborar os planos diretores para os municípios, que então não dispunham de estruturas técnicas para realização de tais planos. Importa notar que grande parte das verbas federais destinadas ao processo da fusão do Estado do Rio com a Guanabara passava pela FUNDREM, incluindo verbas de saneamento, habitação popular e até de aparelhamento da Polícia Militar. Com a progressiva escassez de verbas federais, a FUNDREM foi extinta em 1989, no Governo Moreira Franco (PARADA, 2001).

A Constituição de 1988, elaborada já num contexto de federalismo e descentralização, não tratou da questão metropolitana, delegando aos Executivos estaduais a responsabilidade por suas definições e atribuições.

No capítulo referente às competências dos estados, a Carta Magna reza:

[...] os estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum. (BRASIL, 1988).

Nesse momento vivia-se no país o que Prof. Ronaldo Guimarães Gouvêa (2005) chamou de “alvorada do poder municipal”. Num ambiente onde se defendia a ampliação da autonomia dos municípios, não se encontraram formas de introduzir adequadamente a questão dos municípios metropolitanos, já que isso podia significar, no contexto de alguns modelos alternativos de gestão metropolitana, uma “redução” de autonomia municipal.

Pode-se enfim sintetizar a evolução da gestão metropolitana em três períodos: A primeira fase coincide com o regime militar e com as políticas nacionais de planejamento integrado, coordenando as ações dos diversos níveis de governo nas áreas urbanas. Revela o caráter ideológico de uma política centralizada na União e de controle social, onde o planejamento assume as características de um

instrumento indutor e controlador do desenvolvimento econômico. A segunda fase é marcada pela abertura política, pelo municipalismo e pelas transformações econômicas da década de 80, onde os órgãos metropolitanos perdem espaço gradualmente, chegando ao final da década com poucas instituições em funcionamento, muitas extintas e a maioria esvaziada. A sua função é questionada, sendo encarados como resquícios do período anterior de centralização e autoritarismo. A terceira fase é iniciada no final da década de 1990 com a retomada do planejamento como instrumento de gestão face a necessidade de estabelecer mecanismos para a convivência das administrações que enfrentam problemas de financeiros e de gestão de espaços. A inclusão cada dia mais forte das questões ambientais na agenda política e da sociedade, o crescimento populacional das regiões metropolitanas e a premência de ações conjuntas dos municípios metropolitanos propicia o debate sobre o papel das regiões metropolitanas.

CAPÍTULO 1 - Federalismo, Descentralização, Relações Intergovernamentais e Região Metropolitana: um olhar na perspectiva da saúde

Região metropolitana é um espaço de tensões entre os poderes local e estadual. É um espaço de tensões entre interesses econômicos, de desigualdades na forma de apropriação dos recursos naturais. Há distribuição desigual e injusta dos benefícios da urbanização entre os municípios envolvidos no processo e suas comunidades, de tal forma que alguns funcionam como cidades-dormitórios para que outros sejam centros industriais avançados. (FERNANDES, 2004, p. 70).

A complexidade das mudanças econômicas, sociais, políticas e culturais no mundo têm um referencial importante na produção do espaço. Questões como redes e identidades regionais passam a constituir tema de diferentes ciências sociais. Importa, assim, considerar os novos usos do território que contrariam a propalada imagem de uma "homogeneização" do espaço conduzida pela globalização da economia metropolitana.

A formação de grandes áreas urbanas, de limites pouco precisos, que se desenvolvem a partir de pólos metropolitanos, representa um dos aspectos relevantes da produção contemporânea do espaço. Já nos anos 1960, designou-se "megalópole" o fenômeno urbano que se desenvolvia nos Estados Unidos e na Europa (DAVIDOVICH, 2001).

No federalismo brasileiro, as regiões metropolitanas submergem, dando lugar ao município, porém os problemas típicos das regiões metropolitanas permanecem, mesmo sendo estes esquecidos, do ponto de vista do pacto federativo.

Em dezembro de 2005, segundo o IBGE, o Brasil contava com 29 regiões metropolitanas e a importância do conjunto dos municípios pertencentes às RMs é indiscutível.

As grandes metrópoles brasileiras se caracterizam não só por concentrarem a maior parte da riqueza nacional, como também por possuírem expressivos focos de pobreza e de exclusão social: encontram-se nas regiões metropolitanas 48% dos pobres, 90% dos domicílios localizados em favelas e, simultaneamente, 69% do Produto Interno Bruto Brasileiro. (AZEVEDO e MARES GUIA, 2004)

Os municípios metropolitanos diferem substancialmente entre si quanto ao efetivo processo de metropolização, ou seja, forte densidade de pessoas e concentração de atividades econômicas num espaço pequeno, dificultando a discussão e formulação de políticas públicas para esses espaços. A cidade núcleo dessas regiões destaca-se, em geral, pelo tamanho populacional e densidade econômica, desempenhando funções complexas e diversificadas e relacionando-se com outros espaços urbanos no país e no exterior. Da continuidade desse espaço econômico e social, resultam geralmente fortes externalidades econômicas que enfraquecem o papel das fronteiras políticas das jurisdições e chamam atenção para a importância da cooperação, que permita aproveitar as economias de escala na prestação de serviços públicos (GARSON, s/d).

Não existe modelo ideal para a governança metropolitana, entendendo-se governança como um processo no qual os cidadãos coletivamente resolvem seus problemas e a sociedade explicita suas necessidades usando o governo como instrumento (OECD, 2001).

As formas de organização das metrópoles (BRAKARZ, 2007) podem ser assim resumidas com fraquezas e fortalezas em cada uma delas:

- Governos metropolitanos únicos: exemplo típico foi Londres;
- Nível intermediário de governo (ou dois níveis): autoridade com funções metropolitanas + governos locais: Quito, Lima, Caracas e Barcelona;
- Entidades com funções específicas: entidade regional prestadora de serviço; predomínio nos EUA (metrô, água) e Brasil na década de 1970 com as RMs;
- Conselhos técnicos, órgãos de planejamento.

A execução de políticas para o desenvolvimento urbano em áreas metropolitanas remete, portanto, à discussão da cooperação nas relações intergovernamentais no federalismo brasileiro. GARSON (2007), em sua tese de doutorado sobre regiões metropolitanas e seus obstáculos institucionais à cooperação em políticas urbanas, destaca as principais dificuldades para que a cooperação aconteça, a saber:

- o arcabouço institucional do federalismo brasileiro, inadequado para lidar com a desigualdade inter e intrarregional;

- a falta de uma tradição de planejamento e implementação de políticas regionais e de políticas urbanas;
- a estrutura fiscal dos entes federativos, em particular dos municípios;
- a rigidez dos orçamentos públicos, em particular da União e o agravamento, ao longo dos anos 90, da situação fiscal dos estados.

Diagnóstico das Regiões Metropolitanas realizado pelo Comitê de Articulação Federativa, vinculado a Presidência da República, criado pelo Decreto nº 6.181, de 3 de agosto de 2007, aponta para os seguintes problemas:

- A fragilidade dos aspectos políticos, financeiros e institucionais da gestão vem impedindo que haja um pacto social e territorial nas regiões metropolitanas.
- Em cada estado foram adotados critérios e modelos distintos.
- Na maior parte das RMs, o órgão gestor é estadual.
- Estruturas “teóricas” de paridade com municípios.
- Fundos metropolitanos inexistentes ou frágeis.
- Poucas ações setoriais concertadas em saneamento, transportes e recursos hídricos.
- Desarticulação entre a política urbana e a política regional.
- Inadequação dos principais instrumentos de financiamento do desenvolvimento regional.
- Programas e ações do orçamento federal com lógica setorial e estanque, o que dificulta uma ação integrada.
- Incipiência e pouca divulgação dos mecanismos de gestão de novas institucionalidades, como as RIDEs.

Os diagnósticos realizados coincidem apontando para as principais questões críticas que devem ser enfrentadas pelos gestores públicos ao tratar das Regiões metropolitanas.

1.1 A Federação brasileira e sua especificidade para a saúde

Nas últimas décadas, ocorreram transformações relevantes nas políticas e sistemas de saúde, não só nos países centrais, como também na América Latina.

Tais transformações alteraram a relação entre o setor público e o setor privado, modificaram o padrão de financiamento setorial, redefiniriam a cobertura, além de acentuar a descentralização da prestação de serviços e da receita pública vinculada a gastos de saúde, com sensível impacto sobre o fortalecimento dos governos locais.

No campo da saúde, ganharam força as práticas descentralizadoras, até então incipientes, que em muitos casos foram combinadas com racionalização e hierarquização de gastos. Em alguns países, tais práticas priorizaram a separação entre o financiamento público e a provisão pública e/ou privada de serviços de saúde. Foi introduzida a gestão por contrato, baseada em critérios de economicidade, buscando-se ao mesmo tempo adequar a oferta às necessidades da clientela e criar uma referência territorial para o serviço. Este movimento ocorreu tanto em estados unitários como em estruturas federativas.

Assim, a análise dos obstáculos nas regiões metropolitanas para o estabelecimento de uma infraestrutura urbana e de prestação de serviços, entre os quais a saúde, requer o reconhecimento da temática federativa e das características específicas do arranjo federativo brasileiro. A multiplicação, heterogeneidade e fragmentação de unidades políticas no nível local de governo dificultam a implementação do programa de descentralização da saúde baseado na hierarquização de serviços e em escalas mínimas de operação.

Grande parte das experiências internacionais de descentralização baseia-se na convicção de que os governos locais respondem melhor e com custos de produção mais baixos à demanda da população. Nessa perspectiva, os ganhos de autonomia local resultantes da revogação de vinculações nas transferências fiscais do governo central têm tido como contrapartida a redução no volume de recursos repassados.

Nossa hipótese de trabalho é que a federação brasileira se reveste de características particulares, nem sempre em consonância com o movimento de descentralização observado nos demais países, nas políticas sociais em geral e na saúde em particular.

Contrariamente à experiência internacional, na qual os governos estaduais têm autonomia para definir as relações entre financiamento, regulação e provisão

dos serviços de saúde, no Brasil, a relação direta da União com os municípios acrescentou dificuldades ao programa de descentralização conduzido pelo SUS, porque para levar em conta as necessidades de serviços pela população e relacioná-las adequadamente à oferta, é necessário dispor de uma referência regional ou distrital que transcenda a alçada municipal. Essa referência, que seria a solução lógica e técnica para os problemas expostos, vai contra o movimento concreto de municipalização brasileiro e seu embasamento político.

Nas políticas baseadas em repasses fundo a fundo, como no caso da política de saúde brasileira, busca-se apenas somar recursos das distintas esferas de governos e intensificar relações intergovernamentais em torno das ações do setor³. As duas vertentes de descentralização recentes – federalismo fiscal e políticas setoriais baseadas em *block grants* ou recursos vinculados –, típicas de estruturas federativas, seguiram caminhos divergentes no Brasil.

Na saúde, onde ambas as vertentes deveriam ser harmonizadas, revelam-se as enormes dificuldades ao adequado planejamento de ações que visem a compatibilizar uma demanda referida ao território e uma oferta de serviços hierarquizada e regulada. Aqui, ganham importância as transferências federais que exigem contrapartida de receita própria, não necessariamente associadas, e uma organização mais eficiente da esfera local na produção de serviços aos quais se destinam esses repasses.

O papel regulador e aglutinador dos governos estaduais, para garantir esta modalidade de articulação, torna-se uma necessidade, mas para isso há que transcender em parte o micro poder local e recuperar a autoridade estadual; ou até mesmo instituir um poder intermediário, de recorte metropolitano.

“Na perspectiva das relações intergovernamentais, a combinação entre o excesso de fragmentação na instância municipal, a paralisia induzida dos governos estaduais e o contingenciamento de receita prevista para a Saúde deu lugar a um desenho institucional de baixa funcionalidade para a descentralização. Programas apoiados em fundos setoriais, como o Sistema Único de Saúde (SUS), assinalam a adoção de critérios mais focalizados de descentralização e a preservação da função redistributiva no nível

3 Entretanto, este está longe de ser o caso, já que no Brasil a tradicional dependência municipal de dos recursos tributários da União, hoje em descenso, tem levado a parte mais frágil dos municípios brasileiros associados ao SUS a buscar no orçamento da saúde uma participação compensatória à queda da receita tributária federal partilhada através do FPM. De fato, em muitos municípios, os recursos do SUS chegam a ser a maior fonte de receita municipal.

central de governo, requerida em condições de grande heterogeneidade socioeconômica. A alocação da receita por mecanismos tradicionais de partilha federativa se combina com as demais diretrizes do sistema, atenuando a relevância de questões essenciais, como a qualidade da política de saúde, a satisfação do usuário e a redução das desigualdades no acesso, que tem marcado o progresso de outras experiências. A não-correspondência entre a distribuição de recursos, a população e os serviços de saúde nas regiões torna insuficientes os critérios distributivos e redistributivos na alçada do SUS”. (DAIN, 2000, s/p).

1.2 Federalismo e equalização no SUS; a não institucionalização do tema metropolitano

As políticas de saúde dispõem de mecanismos de equalização fiscal específicos, que adotam a base populacional como critério de partilha aos municípios, visando a uma prestação de serviços mais equânime.⁴ Ainda assim, não superam a lógica do financiamento baseada na oferta de serviços, distribuídos desigualmente pelo território.

No caso do Rio de Janeiro, como das demais regiões metropolitanas, a territorialidade é dimensão essencial à formulação, implementação e regulação da política de saúde, assim como à definição de critérios para alocação de recursos.

Segundo Rolnik e Somekh (2000), desde os anos 80, os municípios brasileiros vêm fortalecendo seu papel de gestores de políticas públicas. A Constituição de 1988 representou, para os governos locais, significativo aumento de suas participações na receita fiscal. A parcela dos municípios na receita total disponível aumentou de 9,5% em 1980, para 16,9% em 1992, enquanto para os Estados passou de 24,3% para 31,0% no mesmo período. A receita tributária

4 A Norma Operacional Básica do SUS no 01, de 1996, prevê o pagamento de valores fixos per capita, com vistas à organização e manutenção das ações básicas de assistência à saúde. Este valor é repassado automaticamente a todos os municípios habilitados nas categorias “Gestão Plena da Atenção Básica” e “Gestão Plena do Sistema Municipal”. Ao valor mínimo fixo, podem ser acrescidos percentuais referentes à implementação, por parte dos municípios, de programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família, e de outras atividades em processo de descentralização como, por exemplo, ações de vigilância sanitária, constituindo um piso variável de recursos repassados. Hoje, a esmagadora maioria dos municípios brasileiros já está apta a receber esses recursos “fundo a fundo”. No que diz respeito ao PAB, o valor repassado “fundo a fundo” funciona como indutor ao gasto em assistência básica, especialmente quando se trata dos municípios menores com rede incipiente. Por este prisma, pretende-se viabilizar a ampliação do acesso da população aos serviços básicos de saúde gerando, potencialmente, ganhos de equidade.

disponível (já contabilizando as transferências) dos municípios elevou-se de 2,5%, em 1980, para 4,1% do PIB em 1990 (MELO, 2000).

Não houve correspondência entre o crescimento da autonomia local e o reconhecimento e institucionalização da temática metropolitana:

A ampliação do espaço político local esbarra, entretanto, em temas cuja territorialidade ultrapassa claramente os limites do município. Este é o caso de quase todas as questões ligadas à infra-estrutura urbana: tanto transportes como saneamento ou energia dificilmente estão circunscritos a um só município. Significativamente, se o elemento mais forte da reforma do Estado no campo dos chamados setores sociais foi a descentralização, na área da infra-estrutura o debate em torno da privatização hegemonizou a agenda. A maior parte das redes de infra-estrutura está hoje sob a esfera do poder estadual ou federal. Por outro lado, como se trata de redes que ultrapassam as fronteiras de um município, dificilmente uma cidade tem isoladamente força política para determinar a estratégia de investimentos e gestão destas infra-estruturas. Entretanto, a presença ou ausência dessas redes de serviços, sua qualidade e disponibilidade no território municipal são absolutamente determinantes do próprio modelo de gestão territorial, com enormes impactos na economia das cidades (ROLNIK e SOMEKH, 2000, p. 84).

No caso das metrópoles, a questão é ainda mais grave, pois a descentralização e a autonomia municipal acabaram não legitimando os organismos existentes de gestão metropolitana, contribuindo para esvaziá-los ainda mais, quando não para extingui-los. O tema da gestão territorial do espaço metropolitano ficou em aberto.

A preocupação com níveis intermediários entre a gestão municipal e estadual tem sido recorrente na formulação de políticas de saúde. Já na Constituição de 1988, artigo 198, a regionalização é citada como um dos elementos de construção da rede de serviços do SUS: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade” (BRASIL, 1988).

Em sucessivas Normas Operacionais, a regionalização aparece como elemento de constituição de redes e como um pressuposto para o planejamento e a programação. E ainda:

Uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo. (BRASIL, 1993).

Objetivos da regionalização: (a) Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcendam à escala local/municipal. (b) Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. (c) Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locoregionais se expressem nas regiões (e não fora delas). (d) Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional” (BRASIL, 2006).

Na condução do processo de regionalização do SUS, o papel dos governos estaduais é fundamental, dada sua natureza supra municipal. A implementação de um processo de regionalização deve levar em conta as idéias de Guimarães (2005, p. 1.023):

Em resumo, há profundas implicações de geografia política na saúde pública. Dentre elas, destacamos: (a) a definição de quem exerce poder e disputa a agenda da política de saúde pública, interferindo nos poderes da soberania da nação-estado; (b) a compreensão dos projetos políticos dos atores sociais que atuam na saúde pública, considerando contradições e conflitos de interesse no interior do estado; (c) a delimitação de espaços de poder, bem como as ações coletivas adotadas e sua relação com determinados padrões de espacialidade da política, forjados seja no discurso, seja nas práticas em saúde pública.

A solução encontrada para ações de interesse comum que transcendam o território municipal foi a criação de consórcios intermunicipais, com a preservação do comando municipal. O território político metropolitano não se consolidou nem vem integrando de forma significativa a teia intergovernamental federativa.

O Governo Federal preocupado com a questão metropolitana promulgou a Lei 11.107/2005, sobre os consórcios públicos, que teve como um dos objetivos viabilizar a gestão pública nos espaços metropolitanos, em que a solução de problemas comuns só pode se dar por meio de políticas e ações conjuntas. A

motivação do executivo federal para propor a lei foi de: a) Complementar o desenho federativo brasileiro e aprofundar a organização da Federação Trina que emerge junto a Constituição Federal de 88; b) Disponibilizar instrumentos adequados de articulação de políticas públicas de responsabilidade compartilhada, de forma a possibilitar um planejamento de médio e longo prazo para a gestão intergovernamental; c) Atender a demanda proveniente das entidades municipalistas; d) Suprir a fragilidade jurídica dos arranjos legais e Institucionais existentes de cooperação intergovernamental.

Os consórcios públicos são parcerias formadas por dois ou mais entes da federação, para a realização de objetivos de interesse comum, em qualquer área. Os consórcios podem discutir formas de promover o desenvolvimento regional, gerir o tratamento de lixo, água e esgoto da região ou construir novos hospitais ou escolas. Eles têm origem nas associações dos municípios, que já eram previstas na Constituição de 1937. Hoje, centenas de consórcios já funcionam no País. Só na área de saúde, 1969 municípios fazem ações por meio destas associações.

Entretanto, embora os consórcios representem um passo importante para a construção de uma cooperação horizontal entre municípios, seu caráter essencialmente monotemático e a não participação da comunidade, os tornam limitados enquanto alternativa de gestão efetivamente cooperativa e amplamente democrática (ROLNIK e SOMEKH, 2000).

Se, de um lado, a Constituição de 1988 acolheu o movimento pela universalização da saúde que resultou na criação do SUS como sistema público e universal, de outro exacerbou os ânimos descentralizantes que ignoraram o poder e o papel do governo estadual e a dimensão da regionalização na conformação de relações intergovernamentais no nível de gestão adequado ao pleno desenvolvimento da política de saúde.

A municipalização tornou-se a palavra de ordem estabelecendo uma nova articulação de poder entre a União e os municípios, não valorando a importância do ente Estado na Federação Trina.

CAPÍTULO 2 - A política assistencial no sistema público brasileiro

Ao fazer a obrigatória resenha histórica sobre o surgimento e desenvolvimento do SUS, pretende-se destacar aqui como a instância estadual é pouco ressaltada nas diversas portarias e normas que regem o sistema, além da ausência da região metropolitana como preocupação das políticas de saúde.

Na década de 1970 surgem, em algumas cidades como Londrina (PR), Campinas (SP) e Niterói (RJ), experiências de formulação de políticas locais de saúde e de organização de redes municipais, baseadas nos princípios da atenção primária. Em 1978, 60 municípios reunidos no I Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Sudeste aprovam o "Memorial de Campinas", no qual constam como reivindicações (MULLER NETO, 1991): prioridade dos municípios para a atenção primária através de postos de saúde; priorização pelo Fundo de Assistência e Desenvolvimento Social (FAS) de solicitações dos municípios para investimentos na rede física de serviços; descentralização tributária; aumento da dotação tributária das prefeituras para a saúde; "integração interinstitucional".

Foi também dessa década o primeiro projeto de intervenção em região metropolitana, o PLUS (Plano de Localização de Unidades de Serviço) em convênio do INPS e IPEA voltado para a expansão da rede previdenciária nas principais regiões metropolitanas, mas tendo como eixo norteador o conceito de regionalização e hierarquização dos serviços (PEREIRA, 1980).

A década de 1980 foi marcada basicamente pela formulação do Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social, em 1982, pelo CONASP (Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária), com as seguintes recomendações, entre outras (CORDEIRO, 2001):

- a) Instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), destinada a promover a integração dos serviços públicos, acompanhada de discussões e movimentos sociais, desencadeados no período de redemocratização do país, que passavam a exigir saúde como direito do cidadão. Houve o estabelecimento de convênios com as Secretarias de Saúde, estaduais e municipais, objetivando a integração e racionalização da

atuação do setor público; ocorreram políticas de municipalização da saúde que atingiram aproximadamente 664 municípios correspondendo a cerca de 70% da população do país (período 1982-1986).

- b) Criação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que instituiu novo modelo de pagamento das internações hospitalares realizadas pelos serviços privados e filantrópicos contratados e conveniados ao INAMPS, hoje ainda vigente sob a denominação de Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).
- c) Implantação da Programação e Orçamentação Integrada (POI), que buscava distribuir os recursos no nível estadual com base no planejamento de saúde e envolvia as Secretarias Estaduais na programação dos prestadores de serviços públicos e privados (precursora da PPI).

O INAMPS, já na Nova República, dirigido pelo Prof. Hésio Cordeiro, priorizou a expansão do Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) por todo o território nacional, constituindo a primeira experiência de sistema de saúde integrado entre as diversas instâncias de governo.

A partir da implantação das AIS, algumas Secretarias de Saúde estaduais e municipais passaram a participar do planejamento e da administração do setor saúde como um todo, mediante a criação dos órgãos colegiados gestores, Conselho Interinstitucional de Saúde (CIS), Conselho Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e Conselho Interinstitucional Municipal da Saúde (CIMS). Essas instâncias configuraram as primeiras experiências de colegiado com representação da sociedade civil organizada na saúde. As CIMS, em grande maioria, transformaram-se nos Conselhos de Saúde correspondentes.

No período de 1984 a 1987, esse programa expandiu de maneira importante a infraestrutura da rede física de cuidados básicos de saúde, essencial ao desenvolvimento posterior da universalização. Esse processo incorporou 2.500 municípios do país, principalmente nos estados do Rio de Janeiro, Paraná, São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Piauí e Pernambuco, resultando na

elevação do percentual de recursos do orçamento global do Ministério da Previdência e Assistência Social aplicado nas Secretarias estaduais e municipais de Saúde da média de 6,22% em 1984 para 11,82% em 1986 (INAMPS, 1987; LEVCOVITZ, 1997).

A avaliação das AIS ,feita por Levcovitz (1997) , esclarece seu papel fundamental no fortalecimento dos órgãos públicos, pelo inédito aporte de recursos do INAMPS para unidades estaduais e municipais, como também pela introdução do conceito de rede integrada e hierarquizada de serviços no conjunto de preocupações dos dirigentes e quadros técnicos profissionais das SES e SMS:

“As AIS efetivamente introduziram a concepção de rede hierarquizada e regionalizada de serviços como uma necessidade básica do processo de transformação do sistema” (LEVCOVITZ, 1997, p. 83).

Temática essa que pendularmente volta à cena da política assistencial ontem, com o SUDS e, hoje, pelo Pacto de Gestão.

Uma das iniciativas mais importantes da época foi a progressiva eliminação, por Portarias Ministeriais e Resoluções da Presidência do INAMPS, das restrições de acesso aos serviços das unidades publicas previdenciárias, universitárias e filantrópicas para os trabalhadores informais, “universalizando” o ingresso da população em geral.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 17 a 21 de março de 1986, foi considerada a pré-constituente e, em seu relatório final propõe a implantação do Sistema Único de Saúde.

2.1 Do SUDS ao SUS: a gênese institucional do Sistema Único de Saúde

Em consequência da 8ª Conferência Nacional de Saúde decorreu o primeiro ensaio estratégico para o Sistema Único de Saúde, o SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde.

Estabelecida pelo Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987, essa proposta já traduzia os dilemas a serem enfrentados na transformação do sistema de saúde brasileiro, ao adotar como diretrizes: universalização e equidade no acesso,

integralidade dos cuidados, regionalização e integração dos serviços e descentralização do comando. O SUDS avançou para a desconcentração estadualizada da saúde e da municipalização dos serviços (MENDES, 1996), aprofundando a experiência de repasse de recursos, assim como de transferências de responsabilidades. Exigia, por parte do município, a criação de Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde composta com proporção paritária das entidades representativas da população e representantes de instituições convenientes.

O SUDS promoveu um efetivo processo de transferência de recursos materiais, humanos e financeiros para os estados e, através destes, para os municípios, dentro do princípio (necessário à distribuição regional de renda) de complementaridade desses três níveis federativos. E ao alinhar como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária, apontava para o SUS.

De acordo com José Noronha, Secretário de Medicina Social do INAMPS à época:

O SUDS é o estágio evolutivo das AIS. (...) É essa a idéia do SUDS (...) a transferência de recursos do INAMPS para os serviços do Estado, mediante convênios. Não por prestação de serviços, mas em função de uma programação integrada. (...) A idéia é que os estados devam coordenar o processo de municipalização (...). (SCOREL, 2005, Pag. 79).

Pode-se dizer que o SUDS foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população. Ao mesmo tempo, pretendia-se garantir, ao máximo, que os recursos destinados à saúde não se dispersassem nem fossem apropriados para outros fins.

O SUDS se constituiu em estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, repassando hospitais, ambulatórios e superintendências regionais as Secretarias Estaduais por meio de Convênios (CORDEIRO, 2004). O papel das Secretarias Estaduais de Saúde foi absolutamente fundamental para que esse processo de descentralização fosse irreversível.

A Constituição Brasileira de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, estabelecendo como pedras basilares da reforma do setor saúde, a cobertura universal e a equidade no acesso a cuidados de saúde, e definiu o papel do Estado.

A implementação do SUS, de acordo com essas diretrizes, deveria constituir uma rede de serviços de saúde descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Admitia-se desde então a composição ou associação com o setor privado, a qual não se cogitava erradicar, sob forma de participação complementar, por intermédio de contratos ou convênios com o setor público, com prioridade para as instituições filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988, art. 199).

No parágrafo único do artigo 198 da Constituição Brasileira, depois alterado pela Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, fica explicitada a obrigação do município, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, de prover serviços de atendimento à saúde de toda a população.

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, iniciou-se o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma pactuada entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Esse processo foi orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Tais normas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS.

2.2 A normatização no SUS

As Normas Operacionais definiram critérios para que estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais foi condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

As Normas Operacionais Básicas foram instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientam a operacionalidade do SUS, a partir da avaliação periódica de sua implantação e desempenho. Entre os objetivos das Normas Operacionais, temos:

- induzir e estimular mudanças no SUS;
- aprofundar e reorientar a implementação do SUS;
- definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais;
- regular as relações entre seus gestores; e
- normatizar o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/92, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96. Em 2001, foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista e publicada em 2002.

Norma Operacional Básica do SUS de 1991

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) foi editada pela Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela resolução INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991.

Os principais pontos da NOB/SUS 01/91 foram:

- Equiparou prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento, que passou a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços.
- Centralizou a gestão do SUS em nível federal
- Estabeleceu o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os estados, Distrito Federal e municípios.
- Considerou como “municipalizados” dentro do SUS os municípios que atendessem os seguintes requisitos básicos:

- a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
 - b) criação do Fundo Municipal de Saúde;
 - c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
 - d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;
 - e) Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento; e
 - f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de dois anos para a sua implantação.
- Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios. A cobertura ambulatorial anual era obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação.
 - Modificou o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas), com a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Norma Operacional Básica do SUS de 1992

Editada pela Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992, mantém o INAMPS como órgão responsável pelo repasse de recursos financeiros aos municípios e estados, dando continuidade, em linhas gerais, ao que estava previsto na NOB 01/91. Cria o Pró-Saúde, o Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde. Por sua pouca relevância, passou despercebida.

Norma Operacional Básica do SUS de 1993

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela Portaria nº 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de

municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena).

As principais contribuições da Norma Operacional Básica foram:

- Criou a transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena.
- Habilitou municípios como gestores.
- Definiu o papel dos estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passaram a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde.
- Possibilitou a constituição das Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores (União, estados e municípios).

Estudo realizado por Marques e Mendes (1999) demonstra que, em 1993, as transferências federais para os estados e o Distrito Federal representaram 5,4% do orçamento do Ministério da Saúde, contrastando com a proporção de recursos destinados aos municípios (1,7%). A partir da habilitação dos municípios pela NOB 01/93, em 1994, ocorreu redução das transferências aos estados para 2,4% do orçamento do MS acompanhada de um discreto aumento nas transferências municipais (2,3%), incremento este que nos três anos subsequentes passou a 5,3%; 10,6%; e 12,8%, enquanto as transferências para os estados foram mantidas.

A municipalização tornou-se, portanto, irreversível.

Norma Operacional Básica do SUS de 1996

A Portaria n. 2.203 GM/MS editou, em 5 de novembro de 1996, a NOB/SUS 01/96, que promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de estados e municípios.

Introduziu novos mecanismos de transferências governamentais, criando o Piso de Atenção Básica (PAB), um novo mecanismo de financiamento dissociado da

lógica de produção. Baseava-se num valor *per capita* previamente fixado e repassado aos Fundos Municipais de Saúde. Permitia a desconcentração dos recursos repassados pela União aos Estados e Municípios, garantindo o repasse de acordo com a população e impedindo a adoção do critério de tamanho da rede instalada.

A busca de uma grande reestruturação do sistema de saúde e da operacionalização ótima do PAB foi alvo de controvérsias. Para Dain, ao adotar um critério populacional para as transferências, o PAB

coloca recursos do Sistema Único de Saúde em Municípios sem oferta ou rede estruturada. Este esforço distributivo pode tanto resultar em uma política pulverizada de recursos como também um efeito indutivo e virtuoso de maior responsabilização das municipalidades beneficiadas (DAIN, 2000, p. 109).

Para os pesquisadores do Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde, em trabalho que analisa o financiamento do SUS, o componente PAB variável “comportou-se como um fator que contribui para a equidade na alocação de recursos federais nos municípios, diferenciando-se do PAB Fixo, que tende a representar um fator igualitário de alocação de recursos” (INSTITUTO DE SAÚDE, 2002).

Concomitantemente à instituição do PAB, priorizou-se como estratégia principal de mudança do modelo assistencial a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro.

As NOBs produziram resultados positivos. Houve aumento importante da oferta de serviços municipais, aumento da capacidade institucional nos estados e nos municípios e expressiva transferência de recursos federais para estados e municípios. Ao final de 2000, 63% dos recursos federais para a assistência à saúde eram repassados diretamente aos estados e municípios (MENDES, 2002).

No entanto, surgiram problemas como a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, o incremento dos custos de administração do SUS, a atomização dos serviços com deseconomias de escala e de escopo, a incorporação tecnológica

irracional, a imposição de barreira de acesso a usuários e a baixa qualidade dos serviços (MENDES, 2002).

Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2001

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01) foi publicada na Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Diferentemente das anteriores, essa Norma Operacional estava voltada para a assistência à saúde. Retomou o conceito de regionalização e estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Definiu que cabe às Secretarias Estaduais de Saúde a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde. Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visava a identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento, a fim de promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

O objetivo da NOAS/SUS 01/2001 foi promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/SUS 01/2002

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/SUS 01/02) foi instituída pela Portaria GM/MS nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Pretendeu avançar na consolidação do SUS, com base no aprimoramento da regionalização do sistema, assentado em módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões, no reforço do comando único sobre os serviços em cada território e na organização dos mecanismos de regulação do acesso. Ao instituir territórios supramunicipais, a NOAS apontava para a necessidade de ganhos de escala e de melhoria da

qualidade da atenção Observou-se, porém, que muitas das propostas constantes dos dois planos – PDR e PDI – não foram concretizadas, e desta forma a proposta de regionalização da NOAS também não se efetivou.

Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), o insucesso dessas propostas representa o impasse atual no campo da gestão descentralizada, caracterizado pela dificuldade da gestão municipal em assegurar uma atenção básica resolutive e acesso à atenção especializada, e da gestão estadual, que não conseguiu exercer a coordenação do processo e liderar a criação de subsistemas de atenção à saúde nas regiões.

A justificativa do Ministério da Saúde para as dificuldades de implementação da NOAS estão centradas na responsabilização dos gestores estaduais e municipais, ou seja, não houve interesse dos atores envolvidos em implementar o conjunto de requisitos. Ressalte-se que tanto o CONASS quanto o CONASEMS aprovaram na Comissão Intergestores Tripartite os termos desta norma. A distância entre a modelagem no papel e a realidade concreta dos municípios, os interesses políticos envolvidos, é muita das vezes obstáculo real à adesão a propostas tecnicamente bem estruturadas.

2.3 Pactuação e regionalização no SUS

O Pacto pela Saúde 2006

Atualmente, o SUS é regido pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova suas diretrizes operacionais. O pacto contempla três grandes áreas: a) Pacto pela Vida - tem como foco central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas. As prioridades são apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais; b) Pacto em Defesa do SUS - tem como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais; c) Pacto de Gestão do SUS - é a terceira dimensão do Pacto pela Saúde. Suas diretrizes dizem respeito à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde.

A portaria reafirma a necessidade de regionalização da atenção à saúde ao afirmar:

A regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do pacto de gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Aponta para a necessidade de se formar regiões de saúde:

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território; e aprovadas nas CIBs.

Define ainda os tipos de região:

- Regiões intra-estaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
- Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;
- Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

E propõe a constituição de Colegiado de Gestão Regional, com o objetivo de instituir um processo dinâmico de planejamento regional; atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde; desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos; priorizar linhas de investimento; estimular estratégias de qualificação do controle social; apoiar o processo de planejamento local e constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional.

Entretanto, a proposta do Pacto não reconhece as especificidades da questão metropolitana, pois, ao definir as regiões de saúde a remete para regiões intraestaduais. Mais ainda, corre o risco de se descolar do conceito de região

metropolitana, pois define que essas regiões devem ser aprovadas nas CIBs e Conselhos Estaduais de Saúde.

Um marco do processo de descentralização do SUS tem sido diferentemente da experiência internacional, a pequena autonomia conquistada pelos governos estaduais somada à forte tendência à municipalização. Segundo Dain (2000, p. 106), este desenho é prejudicial ao sistema por dois motivos: primeiro, porque o papel que o Estado poderia desempenhar, de equacionamento das relações entre financiamento, regulação e provisão dos serviços não está acontecendo, e então não há uma referência regional ou distrital para ajudar a operar o sistema. A outra razão considera que

se a configuração municipal fosse menos irracional e o critério de partilha favorecesse a equalização do acesso dos cidadãos aos bens e serviços priorizados pelas políticas públicas, o arranjo federativo poderia acolher muito mais facilmente as políticas setoriais descentralizantes e reforçá-las com recursos próprios das localidades (DAIN, 2000, p. 106).

2.4 A política hospitalar do SUS

A mudança do modelo assistencial vem sendo prioridade absoluta do Ministério da Saúde desde 1994. O Programa de Saúde da Família (PSF) tem-se constituído no grande instrumento de mudança em contraponto ao modelo assistencial tradicional centrado no hospital e que se constitui em obstáculos para avanços maiores do SUS (BRASIL/MS, 2004).

Desde 1994, o Programa de Saúde da Família vem sendo implantado em todo o país, com a expectativa de imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, com maior integração e racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial, e impacto favorável nos indicadores de saúde da população assistida (BRASIL, 1996).

Entretanto, a implantação do PSF nas regiões metropolitanas, que concentram expressiva parcela da população brasileira, não se viabilizou. Nos 227 municípios com mais de 100 mil habitantes, que concentram mais de 35% da população brasileira, a reestruturação do modelo de atenção à saúde vem ocorrendo de forma mais lenta, devido à maior concentração de estruturas clássicas de oferta de serviços de saúde, nem sempre de fácil superação pela alternativa apontada, e

da proposta equivocada do Ministério da Saúde, de optar por um modelo único que impede a flexibilização necessária para interagir a rede básica já existente nas grandes cidades. Não por acaso, o índice de cobertura do PSF na maioria das grandes cidades varia de 0 a 20%, com raras exceções como Belo Horizonte (32%) e São Paulo (28%).

Na grande maioria das cidades de médio e grande porte, o PSF ainda é uma estratégia focalizada de extensão de cobertura, voltada a grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias. As metrópoles brasileiras apresentam um conjunto de dificuldades específicas para a transformação do modelo assistencial vigente, que são consequência, entre outras, dos seguintes fatos:

- pela superposição de problemas sociais com a transição epidemiológica onde coexistem doenças típicas da pobreza com aquelas ditas da “modernidade” urbana como doenças cardiovasculares, *stress*, úlceras além das violências;
- existência prévia de uma grande e complexa rede de unidades básicas de saúde, que não conseguem se adaptar ao modelo único proposto pelo Ministério da saúde;
- distribuição da rede de serviços desigual entre as várias áreas da cidade, como reflexo das desigualdades socioeconômicas com impacto no acesso;
- pelo isolamento da rede hospitalar do processo de mudança;
- pela baixa resolutividade dos postos de saúde e pela facilidade de acesso a emergência dos hospitais.

Implantar o PSF não é sinônimo de garantia de reorganização da rede como um todo, da humanização do atendimento da existência de mecanismos de referência e contra-referência, hierarquização dos serviços, gestão e ao aperfeiçoamento da gerência do SUS, em sua expressão local.

Como o processo de implantação do PSF não levou em conta um planejamento geral de serviços, os municípios não se preocuparam em articular a rede de unidades impossibilitando a integração entre os diferentes níveis assistenciais.

A priorização dada à reorganização da assistência através do PSF como porta de entrada do novo modelo de atenção isolou os demais níveis do sistema, favorecendo a duplicidade de modelos: atenção primária, para um lado, e atenção hospitalar, para outro.

Esta concepção no Ministério da Saúde fez com que sua política hospitalar fosse fragmentada e inespecífica, ora com normas para os hospitais, ora com normas para os procedimentos, reproduzindo as práticas vigentes no antigo INAMPS que não tinha como foco a atenção básica.

Com o advento do SUS, esperava-se uma integração da atenção básica com a rede hospitalar, constituindo uma rede de ações e serviços que contemplasse a integralidade da política de saúde.

A clara opção pelo PSF, como estratégia de mudança de modelo, levou a uma ocupação dos vazios assistenciais em todo o território nacional, explicitando uma demanda não atendida por serviços assistenciais mais complexos. Ao isolar os hospitais do processo de universalização do SUS, criou-se um acesso errático e disfuncional e dependente estritamente da disponibilidade de oferta sabidamente desigual entre municípios, estados e regiões.

Nas grandes cidades e regiões metropolitanas, esse aspecto é particularmente grave, pois nem se conseguiu implantar o PSF, nem organizar a rede hospitalar, mantendo-se ainda um predomínio do modelo de atenção fragmentado.

O primeiro documento organizado pelo Ministério da Saúde sobre informações sobre assistência hospitalar foi publicado em 2000, “Assistência hospitalar no SUS período 1995-1999”, cujo objetivo foi apresentar as informações colhidas pelo Sistema de Informações Hospitalares, buscando detalhar a capacidade de atendimento, a dedicação ao sistema, a produção e os gastos ocorridos no período. A publicação não pretendeu analisar as causas e os efeitos do aumento ou diminuição dos atendimentos e de gastos hospitalares no período do levantamento. Repassou para os gestores de saúde, conselhos de saúde e demais interessados os estudos globais e pontuais sobre áreas específicas necessários (BRASIL, 2000).

Em 2004, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) publicou “Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro”, onde

reconheceu a “ausência de políticas específicas para o setor hospitalar e da necessidade de se construir e implementar uma política que induza a uma reestruturação das instituições hospitalares, para responder às efetivas necessidades de saúde da população de forma integrada à rede de serviços de saúde local e regional.”

O diagnóstico realizado aponta para cinco problemas da rede hospitalar brasileira, a saber:

- má distribuição de leitos e sua insuficiência relativa com concentração de leitos nas regiões Sul e Sudeste e nas cidades maiores de 100 mil habitantes;
- baixa capacidade de gestão da rede hospitalar seja pública ou privada;
- inadequação dos mecanismos de alocação de recursos e mecanismos de auditoria, controle e avaliação frágeis;
- baixo grau de implementação de política de regionalização, hierarquização e implantação de mecanismos de referência e contra-referência;
- grau insuficiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares em quantidade e em qualidade.

O documento propõe uma nova concepção do papel da unidade hospitalar em um sistema integrado de serviços de saúde. Para tanto, torna-se necessário pensar o tamanho dos hospitais e as funções que devem desempenhar no conjunto dos serviços de saúde.

Ainda reconhece a mudança do perfil epidemiológico da população com o crescimento da importância das doenças crônicas degenerativas e dos problemas relacionados com a violência, em especial nos grandes centros urbanos – problemas estes que, a despeito de uma atenção básica eficiente, demandam serviços de tecnologia e pessoal capacitado.

Pela primeira vez, foi levantada a discussão hoje em voga no mundo sobre o tamanho ideal dos hospitais, considerando que o padrão desejável deve ultrapassar 300 leitos.

Estudos internacionais de custo hospitalar indicam que uma escala ótima de número de leitos de internação está entre 100 e 450. Por isso mesmo, 80% dos leitos vinculados ao Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, por exemplo, estão localizados em hospitais com mais de 300 leitos. Pela mesma razão, observa-se nos países

desenvolvidos, um movimento expressivo de fechamento e/ou de fusões hospitalares. (BRASIL/MS, 2004).

Mendes (2002), ao fazer uma revisão da literatura, identificou que há certo consenso entre os autores, de que economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 200 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 200 a 400 leitos e que as deseconomias de escala vão se tornar importantes em hospitais de mais de 650 leitos.

A contradição na política do Ministério da Saúde fica muito evidente, pois no mesmo documento que sinaliza ser tendência mundial o fechamento dos pequenos hospitais, propõe uma política específica para os HPP como suporte ao Programa de Saúde da Família. Não há ainda uma bibliografia nacional sobre o alcance dessa política.

Como enfoque estratégico da reforma, os seguintes programas foram propostos:

- Política para Hospitais de Pequeno Porte, consubstanciada através da Portaria nº 1044/GM, de 1º de junho de 2004, visando à inserção desses hospitais de pequeno porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para seu nível de complexidade e como apoio ao Programa de Saúde da Família.
- Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino com a contratualização.
- Política de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, através da Portaria nº 1.721/GM, de 21 de setembro de 2005. Até 2006, 746 hospitais tinham aderido ao programa.

A contratualização é entendida como o conjunto de regras negociadas que passam a reger o relacionamento entre gestor e prestador de serviços, devendo incluir, necessariamente: (a) a definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção na rede de serviços; e (b) definição das responsabilidades dos hospitais, explicitadas inclusive como metas.

Há o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, de que os serviços de média e alta complexidades são ainda um dos grandes estrangulamentos que dificultam o acesso universal do cidadão ao SUS, pois a maioria dos municípios não

tem estrutura própria para atender a esta demanda e não comporta serviços de média complexidade.

A análise das portarias, normas e resoluções editadas pelo MS a partir de 1993 revela que, na década de 1990, o conjunto das portarias está voltado para a descentralização e relacionada ao instrumento de internação, AIH. O foco central de medidas visa a controlar sua emissão, seja por meio manual ou informatizado, estabelecer limites no quantitativo de AIHs conforme parâmetros, criar críticas, descentralizar o controle das AIHs para estados que, posteriormente, devem criar mecanismos de controle. Enfim, a diretriz que guia as portarias sobre internação hospitalar enfoca como controlar e tornar fidedigno os dados relativos à AIHs, situando-se na alimentação do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS).

Do ponto de vista hospitalar, as mudanças introduzidas foram as relativas à descentralização para estados e municípios, da remuneração por produção de serviços apresentados através dos sistemas de informações e faturamento SIH/SUS (assistência hospitalar) segundo habilitação municipal e estadual. Os municípios habilitados na condição de gestão semiplena passaram a contar com o recurso global da assistência ambulatorial e hospitalar, com plena autonomia para programar a execução destes recursos nas diferentes áreas assistenciais. Para tanto inúmeras portarias foram editadas para normatização e controle da assistência ambulatorial e hospitalar envolvendo mudanças em normas técnicas, nas tabelas de procedimentos entre outros. Há algumas iniciativas de organizar os sistemas estaduais de alta complexidade em áreas específicas basicamente atendimento a gestante de alto risco e urgência e emergência (são editadas oito portarias).

Nos anos de 2000 em diante, o foco muda para os procedimentos de alta complexidade na lógica de formação de redes assistenciais. São publicadas as normas que definem as políticas nacionais de: Atenção ao Portador de Doença Renal, Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, Atenção em Traumatologia em Alta Complexidade.

No ano de 2004 foram publicadas as portarias relativas à política de contratualização com hospitais universitários e filantrópicos e incentivo aos hospitais de pequeno porte. Outras portarias estabelecem o tempo de permanência hospitalar conforme cada procedimento realizado e acrescentam o pagamento de modalidades de internação, tais como alojamento conjunto mãe/recém-nato, longa permanência

e/ou pacientes crônicos, internação domiciliar, hospital-dia; e definem limites para parto cesáreo.

A política hospitalar do Ministério acompanhou a lógica vigente de indução, através da criação e alteração de mecanismos de transferências de recursos financeiros, mantendo a tradição de utilizar a tabela de procedimentos como instrumento de política.

Comportamento das internações hospitalares

O acervo bibliográfico sobre a rede assistencial hospitalar vinculada ao SUS é bastante escasso. Destacam-se a pesquisa sobre hospitais filantrópicos conduzida pela ENSP e financiada pelo BNDES (PORTELA et al., 2004), o estudo realizado pelo IPEA (MARINHO et al., 2001), em 2001, sobre avaliação descritiva da rede hospitalar do SUS. E, mais recentemente, relatório do Banco Mundial sobre desempenho dos hospitais brasileiros (BANCO MUNDIAL, 2008), artigo sobre tendências na assistência hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2007) e sobre financiamento (CARVALHO, 2007).

Ao se analisar o comportamento das internações hospitalares prestadas pelo SUS no Brasil, no período compreendido entre 1995-2005, verificou-se diminuição de 10% das internações hospitalares. Houve aumento de internações na Região Norte e na região Centro Oeste, regiões sabidamente com déficit de internações. Observou-se em todas as regiões aumento importante das internações no setor público (estadual e municipal), estabilidade nas internações realizadas pelas entidades filantrópicas e brutal redução do papel do setor contratado privado lucrativo.

Pesquisa realizada pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH, 2000), em amostra de 206 estabelecimentos privados lucrativos, apontou um endividamento global equivalente a aproximadamente seis vezes o faturamento mensal, composto, sobretudo, por encargos trabalhistas e impostos em atraso (41,2%) e dívidas com bancos e fornecedores. Frente a esse quadro, pode-se dizer que permaneceram no SUS os hospitais privados com menor capacidade tecnológica, pois houve migração importante para o segmento de saúde suplementar dos hospitais mais modernos.

O perfil da rede hospitalar do SUS, enquanto sua natureza, não é mais aquele herdado do INAMPS. Há claro predomínio da rede pública e do setor filantrópico, por nós considerado como setor paraestatal. Esse setor é objeto de programas especiais das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica, tais como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), e é parceiro privilegiado do Ministério da Saúde.

O papel do setor hospitalar privado com finalidade lucrativa está em declínio, pois, uma análise dos dados de internação demonstra que este setor vem sofrendo uma contínua diminuição no conjunto das internações, mostrando uma tendência de estar desempenhando papel marginal nas relações com o SUS. Em 1995, era responsável por 38% das internações e, em 2005 representou 19% das mesmas. (Tabela I)

Tabela I - Perfil da rede hospitalar Brasil, 1995 - 2005

	Hospitais por natureza	1995	2000	2005
Participação na composição da rede Quantitativo de leitos (%) * ultimo dado é de 2003	Públicos	30, 56	32, 4	34, 52*
	Filantrópicos	25, 46	33, 46	35, 90*
	Privados	43, 99	34, 14	29, 59*
Participação nos gastos do SUS com internação (%)	Públicos	37, 29	36, 83	39, 1
	Filantrópicos	25, 49	37, 97	43, 39
	Privados	37, 22	25, 2	17, 51
Participação no quantitativo de internações (%)	Públicos	31, 12	37, 12	42, 8
	Filantrópicos	30, 62	37, 64	39, 75
	Privados	38, 26	25, 24	17, 45
Valor médio da internação (R\$ 1,00)	Públicos	302, 51	406, 2	556, 05
	Filantrópicos	210, 09	412, 93	664, 45
	Privados	245, 62	408, 74	610, 77
	Geral	254, 44	409, 37	608, 68

Fonte: SIH / SUS – DATASUS/MS. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>

Esta é uma mudança significativa, até porque o setor hospitalar lucrativo não é mais o vilão das mazelas do SUS, ao contrário do que afirmam alguns autores.

Como consequência da Política de Saúde no Brasil, que optou pelo investimento no setor privado para desenvolver a Assistência Hospitalar, o país vive hoje uma situação de extrema dependência dos leitos privados para garantir a assistência integral como direito de cidadania. O dinheiro público compra hoje serviços hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade de um setor privado que foi estruturado na grande maioria das vezes com financiamento a fundo perdido pelo próprio dinheiro público; situação perversa e de difícil reversão no cenário atual e de solução com

investimentos no setor público a médio e longo prazo. (BUENO, WS; MERHY, E, 1997, pag.6)

No período 2000 – 2005, a situação hospitalar no âmbito do SUS ocupou as manchetes de jornais em vários pontos do país. Por exemplo, em abril de 2005, o presidente da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul informou que a “crise financeira enfrentada pelos hospitais gaúchos conveniados ao Sistema Único de Saúde seria amenizada com o aumento de R\$ 10 milhões mensais no orçamento do Estado para a área da saúde. O valor corresponde ao déficit no setor (SILVESTRE, 2005). Dois meses depois, o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo discutia com o Governo do Estado a situação financeira dos hospitais das Santas Casas, única opção de atendimento hospitalar em muitos municípios paulistas (COSEMS-SP, 2005). Ainda no mesmo mês, os Secretários de Saúde dos municípios de Praia Grande, Mongaguá, Itanhaém e Peruíbe, no Litoral Sul do estado de São Paulo, se reuniram para debater a proposta de instituir consórcio hospitalar, um “caminho para o fim da crise hospitalar na região”⁵. Na Paraíba, o Conselho Regional de Medicina divulgou nota sobre as conclusões de atividade de fiscalização de unidades de saúde, apontando a “decadência da prestação de serviço público de saúde no estado”. Ainda em 2005, a crise vivida pela Santa Casa de Campo Grande/MS, maior complexo hospitalar do estado, foi objeto de inúmeras matérias nos periódicos locais (MENEGON, 2008).

As razões para a crise na assistência hospitalar vão além dos aspectos relacionados ao financiamento, apontados tanto pelas entidades que coordenam este subsetor⁶ como também pelas autoridades da saúde⁷. Ao financiamento, pode-

⁵ Notícia veiculada em jornal do município de Praia Grande. “Estado apóia criação de consórcio hospitalar no Litoral Sul”. Disponível em http://www.praia grande.sp.gov.br/praiagrande/noticia_02.asp?cod=4064&cd_categoria. Acesso em 14/04/2009.

⁶ “Outro passo importante para evitar uma crise nos hospitais seria o reajuste na tabela do SUS. Os valores repassados atualmente pelo governo federal aos hospitais particulares chegam a ser 74,7% inferiores ao custo do tratamento, (...)”, Eduardo de Oliveira, presidente da Federação Brasileira de Hospitais. Disponível em <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=53715>. Acesso em 14/04/2009.

⁷ “O Brasil gasta pouco com saúde pública. Nós não vamos melhorar o sistema de saúde sem resolver o seu financiamento”, Ministro José Gomes Temporão em depoimento na audiência pública realizada na Comissão de Seguridade Social e Família, em setembro de 2007. Disponível em

se acrescentar a complexidade da instituição hospitalar e sua decorrente dificuldade de gestão, notadamente ineficiente, a pressão por crescente incorporação tecnológica, o aumento de preços de medicamentos e outros materiais de consumo hospitalar, além do envelhecimento da população com maior demanda por serviços mais complexos, associado ao processo de transição epidemiológica, entre outros.

O fato é que essa crise já crônica tem acarretado o fechamento de leitos e hospitais como demonstrado em nosso trabalho e confirmado por outros pesquisadores, como Carvalho: “(...) muitos hospitais privados lucrativos deixaram de firmar contratos com o SUS e outros tantos fecharam as portas (CARVALHO, 2007.p. 886).

No entanto, as inúmeras medidas do Ministério da Saúde com intuito de amenizar a crise e garantir o acesso da população aos serviços de saúde de que necessitam tendem a esbarrar na disponibilidade de recursos seja de fonte federal, seja de fonte dos tesouros estaduais e municipais. Tal fato demandará permanentemente medidas e instrumentos visando à regulação, ao controle e avaliação de serviços e à gestão compartilhada de serviços de maior complexidade com racionalização da rede assistencial.

CAPÍTULO 3 - A Região Metropolitana do Rio de Janeiro

*Se nós agirmos conjuntamente os meus problemas
estaduais diminuirão.*

(Governador Mario Covas, a respeito do Consórcio do
ABC Paulista)

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana I



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde – Plano Diretor de Regionalização, 2002

Os municípios metropolitanos são importantes pólos de atração tanto de população quanto de atividade econômica, fazendo com que, no contexto estadual, passem a ocupar lugar de destaque, ou seja, resolver os problemas das Regiões Metropolitanas implica dar soluções a grande parte dos problemas existentes em um Estado.

Durante o processo constituinte brasileiro e, posteriormente, por ocasião da elaboração das Constituições Estaduais, a questão metropolitana foi eclipsada pela necessidade de resgate do papel dos municípios. A crítica ao desenho institucional considerado centralizador e extremamente padronizado e, portanto, sem espaço para a afirmação dos governos locais e as idiossincrasias regionais – terminou por levar os legisladores a subestimar o papel da instância estadual no enfrentamento

dos problemas metropolitanos. Deve ser registrado, por outro lado, que apenas os estados do Espírito Santo e São Paulo enfatizam a importância estratégica da participação estadual, ao mencionar de forma clara a necessidade da gestão metropolitana levar em conta a ação conjunta entre o estado e os municípios.

A Constituição do Estado de São Paulo determina no seu artigo 154 que o:

Estado criará, mediante Lei complementar, para cada unidade regional, um conselho de caráter normativo e deliberativo, bem como disporá sobre a organização, a articulação, a coordenação e, conforme o caso, a fusão de entidades ou órgãos públicos atuantes, assegurada neste e naqueles, a participação paritária dos Municípios, em relação ao estado.

E também a do Estado do Espírito Santo, que no seu artigo 217 explicita o papel do estado e determina a alocação de recursos financeiros:

Art. 217. A lei disporá sobre a criação, organização e composição das unidades regionais e dos órgãos públicos que implementarão a política de desenvolvimento estadual.

§ 1º A gestão das unidades regionais deverá estar baseada no princípio da co-gestão entre Estado e Municípios, com a participação da sociedade civil no processo decisório e no controle das instituições.

§ 2º Para a organização, o planejamento e a gestão das unidades regionais deverão ser destinados, obrigatoriamente, recursos financeiros específicos no orçamento estadual e nos orçamentos dos Municípios que as integram.

Esses Estados, nas suas Constituições estaduais, previram as bases da gestão metropolitana. O reconhecimento do papel do estado na organização e articulação de espaços metropolitanos, num momento em que a tendência era privilegiar a autonomia municipal demonstra uma visão de futuro, seja prevendo a expansão demográfica, a conurbação territorial e o conseqüente uso solidário de recursos, seja assumindo o poder do estado no planejamento global metropolitano. (SOUZA, 1990)

3.1 Aspectos legais da RMRJ

A Constituição estadual do Rio de Janeiro, promulgada em 1989, remete para lei complementar a criação das RMs, mas estabelece que os municípios poderão fazer consórcios:

Art. 75 - O Estado poderá criar, mediante lei complementar, regiões metropolitanas, microrregiões e aglomerações urbanas, constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas e serviços de interesse comum.

1º - Os Municípios que integrem agrupamentos não perdem a autonomia política, financeira e administrativa.

§ 2º - As regiões metropolitanas, as microrregiões e as aglomerações urbanas disporão de um órgão executivo e de um Conselho Deliberativo compostos na forma da lei complementar que incluirá representantes dos poderes Executivos e Legislativos, de entidades comunitárias e da sociedade civil.

Art. 76 - É facultada aos municípios, mediante aprovação das respectivas Câmaras Municipais, a formação de consórcios intermunicipais, para o atendimento de problemas específicos dos consorciados no período de tempo por eles determinado.

As leis complementares que foram promulgadas nos anos seguintes tiveram por objeto definir a composição da Região Metropolitana, suas funções e suas responsabilidades, sendo explicitado que a administração da RMRJ será feita através de Conselho Deliberativo presidido pelo Estado, que terá como prioridade realizar o plano diretor metropolitano.

O único plano diretor metropolitano realizado após a Constituição Estadual foi o Plano Diretor de Transporte Urbano (PDTU) em 2002. Em janeiro de 2008, foi sancionada a Lei Nº 5.192, que dispõe sobre a elaboração do Plano Diretor Metropolitano do Estado do Rio de Janeiro, ainda sem regulamentação.

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro apresenta hoje sérios impasses no que se refere a seus mecanismos de gestão, dificultando o enfrentamento dos inúmeros problemas comuns aos municípios que a compõem e que, necessariamente, exigem uma ação compartilhada.

A ausência de políticas públicas para a região metropolitana estimulou incipientes articulações intermunicipais, o consórcio de saúde da Baixada Fluminense é um exemplo, mas reforçou a postura municipalista na defesa de interesses locais. Esta visão localista associada à ausência do poder estadual certamente contribui para a imposição de limites à plena organização da estrutura metropolitana.

Por outro lado, problemas da ordem dos resíduos sólidos, saneamento, transporte coletivo e saúde extrapolam os limites geográficos dos municípios, exigindo ações conjuntas capitaneadas pelo poder público estadual.

3.2 A singularidade da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro é singular em relação às outras. Sua criação foi fruto do regime militar, quando o governo, através da Lei Complementar nº 20, de 1º de julho de 1974, determinou a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. A cidade passou a ser a capital do estado, com o título de Município do Rio de Janeiro. Como afirma Lessa:

Somente com a fusão dos dois estados (...) teve início a difícil e ainda inconclusa rearticulação política e econômica regional (LESSA, 2001, p 123)

A consequência econômico-social dessa fusão foi a brusca necessidade de incorporação do grande contingente populacional residente na Baixada Fluminense aos benefícios de uma infraestrutura urbana adequada.

Os municípios da Baixada, tributários economicamente da cidade do Rio, na prática não eram reconhecidos pelo antigo Estado do Rio e haviam ficado à margem dos investimentos públicos. Contaminada pela presença política da nova capital e pela redemocratização do país, a Baixada não pôde mais ficar de fora da partilha dos recursos de infra-estrutura.

Por ter sido criada por um ato de força, a RMRJ apresentou problemas provocados pela falta de identidade de sua periferia com o núcleo e vice-versa, numa relação onde todos perderam:

A Guanabara que completara então quinze anos teve que redistribuir suas gordas receitas com os muitos e paupérrimos municípios fluminenses; Niterói perdeu seu "status" de capital de estado e ganhou do governo federal uma via expressa para o Rio como prêmio de consolação. (CARNEIRO, 2001, p. 3).

Outro aspecto da singularidade do processo em consideração remete à ausência do imaginário de um pertencer coletivo das populações, em função da inexistência de coesão e de laços de solidariedade territorial. Um legado que ainda permanece nas identidades carioca e fluminense e que traduz a contradição entre a posição urbana sucessivamente acumulada pela cidade do Rio de Janeiro e o isolamento secular mantido em relação à sua interlândia imediata (DAVIDOVICH, 2001, p. 69).

Uma das características da RMRJ é sua supremacia frente às outras regiões do estado. Do ponto de vista demográfico, três entre quatro fluminenses moram nessa região. Verifica-se uma diminuição do peso da cidade do Rio de Janeiro em sua Região Metropolitana, que entre 1940 e 2008 o viu cair de 79,1% para 52,2%.

A área da Região Metropolitana corresponde apenas a 13% do território fluminense e sua densidade demográfica é de 1.909,7 hab./ Km². As distorções entre ela e o interior fluminense na distribuição da população pelo território ficam evidentes quando se compara sua densidade demográfica à do interior do Estado, onde a relação é de 106,1 habitantes/ Km². De resto, aliás, densidade alta, se a referência for a média nacional de 20 habitantes/ Km².

Uma das particularidades do Rio de Janeiro frente às demais metrópoles é sua histórica crise econômica, em especial os efeitos negativos da mudança da capital para Brasília. Apesar disso, o governo militar, no final dos anos 1960 e início dos 1970, tinha o projeto de transformar o Estado do Rio (pós-fusão) num pólo de desenvolvimento, através do II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que previa a construção de um complexo industrial fluminense, para dividir com São Paulo a liderança nacional e, assim, reforçar a proposta das Regiões Metropolitanas como principal elemento dinâmico da Federação.

De fato, não faltaram investimentos por parte da indústria privilegiada do II PND, que se concentravam no Rio, como a Naval e a Siderúrgica. Desta forma, o Rio de Janeiro, no governo Faria Lima, cresceu 7,8 %, enquanto o Brasil, no mesmo período obteve crescimento de 6,6 %. Este resultado se deve, em grande parte, aos altos investimentos realizados pelo Governo Federal. No entanto, com essa vinculação do desenvolvimento econômico do RJ ao Governo federal, a crise que aconteceria no final dos anos 70 e início dos 80 também afetaria mais fortemente o Estado. (URANI et al., 2006, p. 34).

Como capital, a cidade abrigava ainda importante setor bancário, a sede de numerosas empresas privadas e estatais e um amplo sistema de transportes (LESSA, 2001 p. 351)

Dois processos caracterizam o quadro de instabilidade da economia fluminense: (i) a perda da capacidade competitiva da indústria, com o eixo mais moderno deslocando-se para São Paulo e sua região de influência desde os anos 20 e, mais recentemente, para Belo Horizonte; e ii) a perda na atratividade para a

localização de sedes de empresas, privadas e estatais, principalmente no que diz respeito ao sistema financeiro (sedes de bancos) que se desloca para a cidade de São Paulo (OBSERVATÓRIO, 2005).

3.3 Evolução e caracterização atual da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

A despeito dessa instabilidade, a Região Metropolitana fluminense continua com a posição de segundo pólo de concentração de população e de atividades econômicas do país, no que se refere ao volume delas, aos fluxos e à oferta de bens e serviços mais raros e avançados.

A densidade econômica da área é patenteada pelo número de agências bancárias (1.104), pelo volume da movimentação financeira e pelo número de sedes de empresas dentre as 500 maiores do país (60). Vale destacar a distância do Rio de Janeiro em relação à metrópole de Belo Horizonte (terceiro pólo econômico), quanto à concentração desses serviços: a região mineira abriga 450 agências bancárias e 21 sedes de grandes empresas (CARNEIRO, 2001).

A Região Metropolitana foi originalmente constituída por 14 municípios: Rio de Janeiro, Niterói, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Magé, Maricá, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Petrópolis, São Gonçalo, São João do Meriti e Mangaratiba. Houve mudança na sua conformação político-administrativa em anos posteriores, pois foram elevados à condição de município os seguintes distritos de Nova Iguaçu: Belfort Roxo e Queimados (1990), Japeri (1991) e Mesquita (1999). E foram excluídos os municípios de Petrópolis (1993), Itaguaí e Mangaratiba (julho de 2002) e Marica (outubro de 2001).

Atualmente, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro é composta, segundo a Lei Complementar nº 105, de 2002, pelos seguintes municípios: Rio de Janeiro, Belfort Roxo, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São Gonçalo, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá.

Entretanto, a Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil, com a finalidade de adequar a estrutura regional com o objetivo de se coadunar com a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de

26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar), que trata da regionalização da assistência à saúde, publicou a Portaria 92, de 26 de janeiro de 2001, dividindo a Região Metropolitana em duas regiões: a Região Metropolitana 1 (METRO I) tem a capital como pólo de atração e a Região Metropolitana 2 (METRO II), cujo pólo é o município de Niterói.

Essa divisão, na sua soma, não corresponde a Região Metropolitana oficial do estado, pois inclui municípios não pertencentes como Maricá, Silva Jardim, Itaguaí e Rio Bonito. Não foi delegada ao setor saúde competência para criar região metropolitana. A Constituição Federal é clara ao outorgar ao Estado essa função. E a Constituição Estadual só a pode criar mediante lei complementar.

A Baixada Fluminense (IPAHB, 1959; IMPRENSA, 1994) refere-se principalmente à antiga região da "Baixada da Guanabara", cuja denominação caiu em desuso ainda no século XX e engloba desde Itaguaí até área do entorno da Baía de Guanabara (excluindo a região de Niterói - São Gonçalo), reunindo municípios com características socioculturais em comum.

Nova Iguaçu tem sua história intimamente ligada à do Rio de Janeiro. O povoamento da planície, que se estende do Rio Meriti ao Estrela (ou Inhomirim), e da baía à orla das serras, foi contemporâneo da época em que se fundou aquela cidade.

Em 1637, foi criada a freguesia de Nossa Senhora do Pilar (atual Duque de Caxias). Alguns anos depois, foi fundada uma povoação denominada São João Batista de Trairaponga (atual São João de Meriti). Em 1719, foi a vez de Nossa Senhora da Piedade do Iguaçu.

Durante muito tempo, as lavouras de cana-de-açúcar, arroz, milho, mandioca e feijão proporcionaram aos proprietários locais a acumulação de fortunas, graças à força de trabalho escrava. A sede da vila de Nova Iguaçu prosperou de forma notável, chegando a ser considerada como um dos mais notáveis empórios da cidade do Rio de Janeiro, servindo-a pela Baía de Guanabara, onde fazia chegar seus produtos por via marítima ou terrestre.

Somente pela metade do século XIX começou seu período de decadência. A construção da Estrada de Ferro Rio do Ouro, inaugurada em 20 de janeiro de 1883,

paradoxalmente, provocou o surgimento de povoações, vilas e cidades às suas margens, enquanto localidades mais antigas desapareciam rapidamente.

No início do século XX, a Baixada Fluminense começou a receber obras de drenagem, de forma a habilitá-la a receber a grande leva de migrantes oriundos de outros cantos do país em busca de melhores condições de vida na então capital federal, e com isso diminuindo os graves problemas de saúde, tais como os surtos de malária que assolavam a região.

O vigoroso dinamismo industrial que se desencadeia a partir de 1930 dependeu da incorporação das terras da Baixada à paisagem da metrópole, pois lá estavam as possíveis áreas de moradia dos trabalhadores e de instalação industrial. Essa complexa qualidade deveria ter sido fortalecida pelas obras de saneamento (em 1936) da parte noroeste da Baixada, executadas no governo Nilo Peçanha. No entanto, por ter sido atendida uma área muito restrita, não se conseguiu resolver os inúmeros problemas que lá existiam, em decorrência principalmente da insalubridade. Por outro lado, a consolidação das ferrovias e, mais tarde, das rodovias, como a Rodovia Presidente Dutra (inaugurada em janeiro de 1951), vai concorrer para transformar aquele espaço em importante área de especulação imobiliária, dando-lhe, definitivamente, o foro de pólo alternativo da expansão física do Rio de Janeiro.

É importante frisar que, se hoje a Baixada alcança um índice alarmante de ocupação, esta veio se instalando gradualmente e em conformidade com a presença de condicionantes impulsionadores da densidade na região, tais como a facilidade de aquisição de lotes e as dificuldades de habitação na metrópole. A total ausência de controle público sobre o crescimento periférico é um elemento que pode ser assinalado como facilitador do caráter excludente e segregador das populações moradoras da Baixada. Na segunda metade do mesmo século, consolida-se sua atual imagem como região de grandes problemas sociais e de altíssimos índices de violência urbana.

O território de Nova Iguaçu foi sucessivamente desmembrado para formação de novos municípios, caso de Duque de Caxias (que englobava São João de Meriti) em 1943; de Nilópolis, em 1947; Japeri, Belford Roxo e Queimados nas décadas de 80 e Mesquita em 1990.

Dentre as regiões em que costuma ser dividido o Estado do Rio de Janeiro, a Baixada Fluminense é a segunda mais populosa, com mais de três milhões de habitantes.

Sua denominação restringe-se à porção do território que abrange os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica, onde os menos populosos são Japeri e Seropédica com mais de 50 mil habitantes, e os mais populosos são Duque de Caxias e Nova Iguaçu, com mais de 800 mil habitantes. A capital abriga mais de seis milhões de pessoas.

Os 19 municípios da RMRJ totalizavam no ano 2000 um contingente de aproximadamente 11 milhões de pessoas. Se fosse uma unidade federativa, seria a quarta mais populosa, superada apenas pelos estados de São Paulo, Minas Gerais e Bahia. A baixa atratividade do Rio de Janeiro em relação a outras grandes metrópoles é confirmada pelo peso dos migrantes que entraram na metrópole nos últimos cinco anos da década de 1990: 3,4% do total da população metropolitana acima de cinco anos, enquanto em São Paulo esse percentual foi de 5,6%, chegando em Belo Horizonte a 6,3%. A capital do estado manteve-se como o principal pólo receptor desses fluxos migratórios, abrigando 195 mil migrantes, ou seja, 62% do total.

Em relação ao mercado de trabalho, verificam-se no ano 2000 poucas diferenças nas estruturas ocupacionais das três metrópoles (Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte), particularmente no peso dos trabalhadores da indústria, onde se esperava um perfil mais claramente operário da metrópole paulista.

De 1988 para cá, houve mudança significativa nas condições de saneamento, com a quase universalização da distribuição de água. Na área do esgotamento sanitário, há uma diferença importante entre os municípios, pois apenas Rio de Janeiro e Nilópolis cobrem mais de 70% da população, seis municípios cobrem menos de 50%, com destaque negativo para Japeri e Seropédica, que cobrem menos de 30% da população. O lixo é coletado em 94,4% dos domicílios da região, variando entre 98,9% na capital e 56,5% em Japeri.

Quanto ao analfabetismo, mais uma vez Japeri apresentou a pior taxa com 11,53% entre a população acima de dez anos. A melhor taxa foi apresentada por Nilópolis, com 3,64% (DATASUS, 2009).

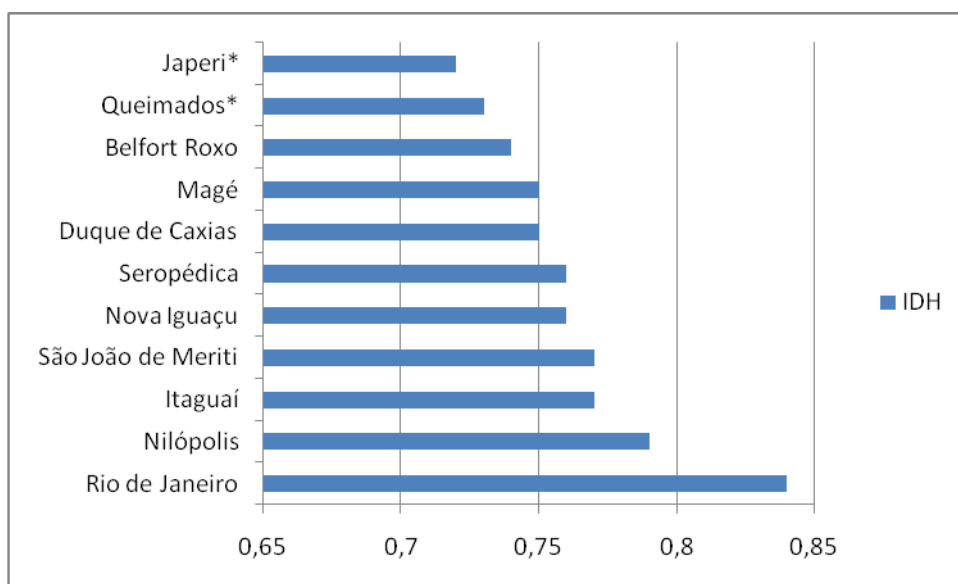
Tabela II - Proporção de moradores por cobertura de água, instalações sanitárias, coleta de lixo, e renda *per capita*, 2000

Municípios	Água	Inst. Sanitárias	Coleta de lixo	Renda per capita
Belford Roxo*	71,80%	52,80%	88,00%	182,3
Duque de Caxias	68,80%	55,30%	88,30%	226,1
Itaguaí	75,00%	39,60%	88,20%	246,5
Japeri*	63,40%	26,70%	56,50%	156,5
Magé	46,90%	28,80%	83,60%	209,6
Nilópolis	96,00%	79,00%	98,90%	298,3
Nova Iguaçu	80,60%	50,30%	87,70%	237,5
Queimados*	65,30%	33,50%	86,40%	183
Rio de Janeiro	97,60%	76,30%	98,70%	596,7
São João de Meriti	95,20%	66,60%	97,50%	233,1

Fonte: Cadernos de Informações em Saúde/DATASUS (2008).

No que tange ao IDH em 2000, o pior índice foi Japeri (0,72). A cidade do Rio de Janeiro ficou em primeiro lugar, com índice de 0,8, seguida de Nilópolis, com 0,79.

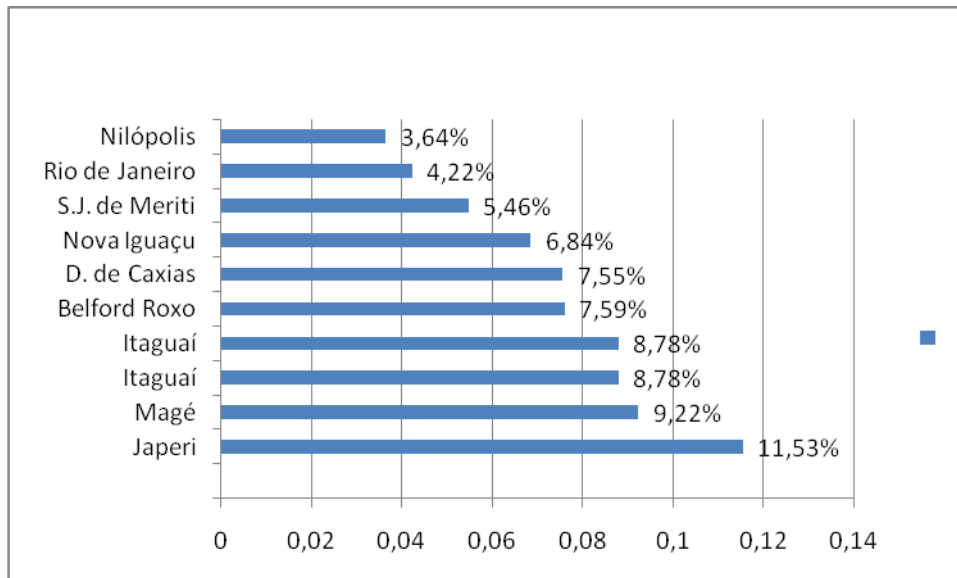
Gráfico 1- Distribuição do IDH por município, 2000



Fonte: PNUD (2000).

A taxa de analfabetismo reafirma as disparidades regionais, sendo que Japeri segue sendo o município com os piores indicadores.

Gráfico 2 - Taxa de analfabetismo por município, 2000



Fonte: IBGE.

Quanto à economia, segundo dados da Fundação CIDE, a participação da RMRJ no PIB do Estado do Rio passou de 79% para 65%, entre 1997 e 2001. Essa diminuição ocorreu basicamente pelo crescimento da participação da Bacia de Campos (de 4% para 19%, no mesmo período), em função do desenvolvimento da indústria de petróleo. A capital contribuiu com 76% do PIB metropolitano em 2001, participação que caiu pouco mais de um ponto percentual em relação a 1996. O segundo município mais representativo é Duque de Caxias com 7,7%, seguido de Niterói (3,9%), sendo que ambos se tornaram, ao contrário da capital, mais representativos de 1996 para 2001. Com cerca de 3% do PIB da RMRJ, apareceram São Gonçalo e São João de Meriti. Os 7% restantes se distribuem pelos outros 14 municípios da região (OBSERVATÓRIO, 2001). Tais dados confirmam a preponderância da capital sobre os outros municípios.

Comparada ao crescimento do PIB nacional, a economia fluminense perdeu dinamismo. Essa tendência tem se revertido desde 1997, influenciada pelo bom desempenho da extração de petróleo, setor intensivo em capital, mas não em mão de obra, concentrada fora da Região Metropolitana do estado (OSÓRIO, 2008).

A crise na Região Metropolitana é, portanto, evidente até porque a totalidade do Estado do Rio de Janeiro apresentou, entre 1970 e 2005, a maior perda de participação no PIB nacional entre todas as unidades federativas, em torno de 32,1% (IBGE e IpeaData). A evolução do emprego formal, entre 1985 e 2006, foi de 26,2% – também a menor evolução entre todos os estados –, em oposição a um crescimento no país de 71,6%.

Esse quadro se reflete na área da saúde, onde a pressão sobre o SUS não arrefece. Dados da ANS para 2005 revelam que se a capital do estado conta com 51% de cobertura de saúde suplementar, o mesmo não se pode dizer da Baixada Fluminense, aonde a maior cobertura não chega a 20%, no município de Nilópolis (ANS, 2008).⁸ Os demais municípios situam-se entre 8% a 15% de cobertura, sendo que Japeri, o município mais pobre, tem apenas 3% de beneficiários de seguro saúde (Tabela XIX).

Vale ressaltar que, no conjunto, a saúde suplementar cobria 37% da Região, em 2005, totalizando 3,5 milhões de beneficiários. Por outro lado, observa-se um contingente bastante expressivo de quase seis milhões de habitantes (população maior do que a de muitos estados brasileiros) totalmente dependente do SUS.

Tabela III - Número de beneficiários e percentual de cobertura pela saúde suplementar, Região Metropolitana I, dezembro 2005

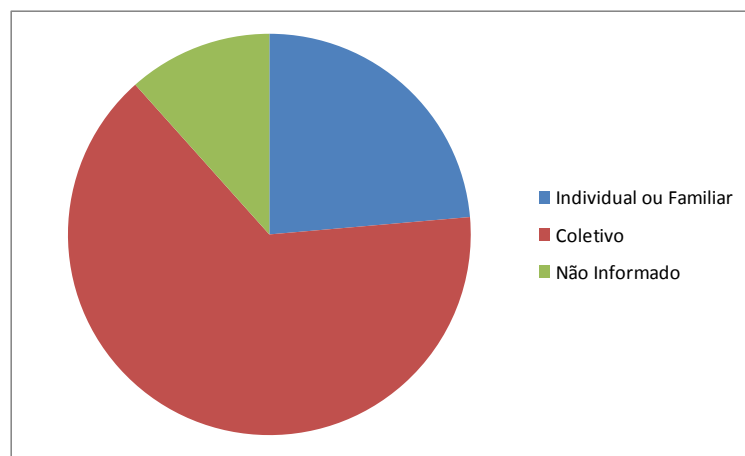
Município	POP 2005	Beneficiários	% de cobertura
Rio de Janeiro	6.094.182	3.116.107	51%
Nilópolis	150.970	30.360	20%
Duque de Caxias	842.890	122.163	14%
Nova Iguaçu	830.903	118.316	14%
São J. de Meriti	464.328	60.826	13%
Seropédica	75.032	8.186	11%
Queimados	136.509	12.578	9%
Magé	232.254	20.280	9%
Belford Roxo	480.695	40.715	8%
Mesquita	182.544	13.786	8%
Japeri	94.237	2.876	3%
Total	9.584.544	3.546.193	37%

Fonte: ANS e IBGE.

-
- ⁸ 9º O dado pode estar super estimado pois um beneficiário pode possuir mais de um plano e assim constar no sistema tantas vezes quantos forem os vínculos que possuir com planos privados de assistência à saúde.

Considerando o tipo de contrato – individual familiar ou coletivo –, verifica-se que, em dezembro de 2005, a modalidade de maior frequência era o contrato coletivo, que engloba os trabalhadores do mercado formal de trabalho. Chama a atenção o elevado percentual de planos individuais em Mesquita, Nilópolis e Nova Iguaçu, acima de 30%, maior que a proporção verificada para o município da capital (23%). (Gráfico 3)

Gráfico 3 - Contratos por modalidade individual ou coletiva - dezembro 2005



Fonte: Cadernos ANS.,2005

No período compreendido entre 1992 e 2001, houve redução da pobreza nas Regiões Metropolitanas do Brasil. Entretanto, o ritmo de queda na RMRJ se acentuou, levando-a a perder posição em relação às outras regiões. Em 1992, a RMRJ era a segunda região com o menor percentual de pobres, abaixo apenas de São Paulo. Em 2001 caiu para o quarto lugar, ultrapassada por Belo Horizonte (19,9%) e Curitiba (19,6%) (NORONHA; MACHADO; LIMA, 2003).

A RMRJ se destaca negativamente por apresentar os maiores índices de desigualdade de renda (Theil 0,69 e Gini, 0,58). Contudo, esses índices são inferiores aos registrados para o Brasil Metropolitano (Theil 0,71 e Gini, 0,59). Registre-se que a desigualdade de renda cresceu em todas as Regiões Metropolitanas, à exceção de Belo Horizonte, sendo que Fortaleza teve o maior crescimento e a maior desigualdade registrados entre 1992 e 2001.

Convém ressaltar que o Rio é o estado mais metropolitano da federação, uma vez que 76% de sua população moram numa metrópole. Por outro lado, a cidade do Rio de Janeiro tem características especiais no contexto metropolitano. Ex-capital do país concentra no âmbito do estado a maior população, o maior orçamento, a maior parte das atividades econômicas, a maior rede de infraestrutura de serviços, além de exibir invejável expressão cultural e política. Com efeito, sua dinâmica política se traduziu em um complexo desenvolvimento institucional da sua administração municipal, de impossível comparação com os demais municípios fluminenses.

A infraestrutura e a rede de serviços públicos municipais se mostram profundamente desiguais entre os diversos municípios fluminenses não importa quais os indicadores utilizados, reforçando o quadro de disparidades sociais existentes, já que os municípios com maiores níveis de carências sociais são também os que têm menor capacidade de oferta de equipamentos e serviços públicos.

Com fraco dinamismo econômico e baixa arrecadação orçamentária, esses municípios padecem, portanto, de muito menos capacidade de investimento, aquém de suas necessidades em termos de oferta de políticas públicas.

Uma análise do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), de 2007, demonstra a baixa capacidade de arrecadação dos municípios conurbados, explicitando suas condições econômicas desiguais em relação à capital. O município do Rio de Janeiro, em 2007, dispôs de 48,4% de participação da receita de impostos na receita total do município, e o município mais pobre, Japeri, com apenas 4,23%. Itaguaí e Duque de Caxias ficaram com 32,17% e 21,66%, respectivamente, o restante oscilando entre 10 e 15% de participação municipal. (Tabela IV)

Tabela IV - Participação da receita de impostos na receita total do Município, 2007

Municípios	%
Rio de Janeiro	48,44 %
Itaguaí	32,17 %
Duque de Caxias	21,66 %
Nova Iguaçu	15,52 %
São João de Meriti	15,45%
Nilópolis	11,71 %
Magé	10,83 %
Mesquita	10,76 %
Queimados	10,48 %
Belford Roxo	10,38%
Seropédica	9,75 %
Japeri	4,23 %

Fonte: SIOPS (2007).

Entretanto, a maioria dos municípios estudados aumentou sua participação no financiamento da saúde com seus recursos orçamentários à exceção dos municípios de Japeri, Magé e São João de Meriti, que diminuíram a participação municipal. (Tabela V)

Tabela V - Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante, 2000-2005

Municípios	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variação
Belford Roxo	29,98	46,24	34,69	39,49	48,29	48,21	61%
Duque de Caxias	83,49	86,36	101,98	108,35	93,33	101,27	21%
Itaguaí	66,54	181,05	142,14	139,91	226,98	194,73	193%
Japeri	78,69	50,00	90,62	85,31	73,42	76,45	-3%
Magé	77,48	67,45	46,38	66,82	61,52	66,56	-14%
Mesquita	-	17,09	34,58	61,01	100,19	96,91	467%
Nilópolis	40,90	15,07	47,02	60,97	55,56	73,17	79%
Nova Iguaçu	7,19	18,18	10,93	23,45	47,17	34,03	373%
Queimados	38,65	17,21	44,36	72,63	70,40	87,43	126%
Rio de Janeiro	87,39	88,07	136,39	147,39	152,85	153,13	75%
São João de Meriti	(53,84)	(86,28)	71,64	9,93	37,60	33,27	-162%
Seropédica	77,29	65,32	94,33	91,19	111,73	91,34	18%
Total	81,71	88,14	119,48	133,85	145,56	144,07	76%

Fonte: tabela elaborada pela autora a partir do sitio DATASUS

<http://siops.datasus.gov.br/indicamun.php?acessado> em 2 de fevereiro de 2009 com dados ajustados pelo IPCA

A Secretaria de Saúde, em seu Plano Estadual para o período 2001-2004, define a Região Metropolitana como um espaço de pressão social, em virtude de um crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento das necessidades básicas da população. A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações, acompanhada do aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, a marginalidade, o desemprego e a exclusão social são características deste processo.

Entretanto, desde o desmonte da FUNDREM, na década de 1980, a Região Metropolitana não conta com nenhum órgão de cooperação intermunicipal de caráter metropolitano no âmbito do governo do estado e os instrumentos existentes são muito frágeis. Pior, o município do Rio não assume a postura de liderança natural desse processo.

3.4 Condições de saúde da RMRJ I

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro para o período 2001-2004, a Taxa de Mortalidade Geral (TMG), calculada para 100.000 habitantes do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2000, foi de 825,2 óbitos. A Região Metropolitana I foi a que apresentou a maior TMG, 841,7/100.000 hab., em função da elevada proporção de pessoas com mais de 65 anos.

Os cinco principais grupos de causas de morte no Estado Rio de Janeiro, para o ano de 2005, segundo capítulos do Código Internacional de Doenças (CID 10), foram as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, doenças mal definidas e doenças do aparelho respiratório, mesma estrutura verificada nas Regiões Metropolitana I e II.

Os indicadores de saúde calculados para a região espelham a situação de maior ou menor pobreza nos diversos municípios que a compõem. Os municípios de Belford Roxo, Magé, N. Iguaçú, Queimados e S.J. Meriti apresentaram coeficientes de mortalidade infantil mais elevados do que a média do estado, embora tenham ocorrido melhoras importantes neste indicador entre 1999 e 2005, como pode ser observado na tabela VI e no gráfico 4. A proporção de óbitos por causas mal-definidas diminuiu no período considerado, o que demonstra as melhoras ocorridas no sistema de registro.

Não se observaram mudanças importantes no coeficiente geral de mortalidade. Chama a atenção a elevada mortalidade por causas externas, tanto agressões quanto acidentes. Itaguaí, Japeri, Magé Mesquita e São João do Meriti tiveram aumento expressivo de mortalidade por agressões. Quanto aos acidentes de transporte, houve aumento nos coeficientes, com relação ao ano de 1995, na maioria dos municípios (tabela VII).

Tabela VI - Número de óbitos por 1.000 hab, proporção de óbitos por causas mal definidas e mortalidade infantil, municípios da METRO I e Estado do Rio de Janeiro, 1995-2005

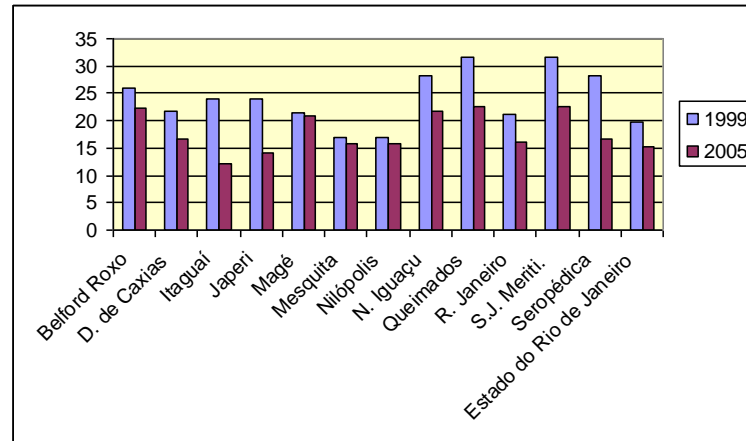
Municípios	Nº de óbitos por 1.000 habitantes		% óbitos por causas mal definidas		Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos *	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Belfort Roxo	6,9	6,3	17,2	13,0	26,0	22,2
D. de Caxias	7,0	6,5	14,8	9,4	21,8	16,6
Itaguaí	8,5	6,9	15,9	13,6	24,0	12,1
Japeri	6,4	5,8	8,7	14,8	23,9	14,1
Magé	7,9	7,1	8,0	3,9	21,5	21,0
Mesquita	5,7**	6,6	11,8	8,5	16,9	15,8
Nilópolis	8,4	8,5	15,4	15,4	19,6	17,1
Nova Iguaçu	7,5	6,6	10,3	7,6	28,1	21,8
Queimados	7,9	6,7	15,6	11,5	31,7	22,5
R.de Janeiro	8,2	7,4	10,9	9,3	21,3	16,0
S. J. de Meriti	7,9	6,7	15,6	11,5	31,7	22,5
Seropédica	5,9	5,0	10,8	12,3	28,3	16,6
Estado Rio Janeiro	7,7	7,8	11,5	9,0	19,7	15,3

*considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

** dados são de 2000

Fonte: tabela montada a partir de dados obtidos, DATASUS, Cadernos de Informações de Saúde (2008).

Gráfico 4 – Taxa de mortalidade infantil segundo municípios da METRO I e Estado do Rio de Janeiro, 1999 e 2005



Fonte: Construído a partir de dados obtidos DATASUS, Cadernos de Informações de Saúde (2008).

Tabela VII - Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas por 100.000 habitantes – 1999-2005

Municípios	Neoplasia maligna da mama		Neoplasia maligna do colo do útero		Infarto agudo do miocárdio		Doenças cerebrovasculares		Diabetes mellitus		Acidentes de transporte		Agressões	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005
Belford Roxo	14,2	10,1	5,1	8,1	34,8	41,2	64,4	55,8	36,9	36,2	6,6	12,1	76,4	66,2
D. de Caxias	12,0	13,8	6,0	6,7	31,6	35,9	60,5	57,2	34,7	35,0	16,3	21,2	67,0	64,5
Itaguaí	21,3	10,6	5,3	8,5	42,9	40,6	95,1	59,8	37,5	26,7	25,5	24,6	67,0	70,5
Japeri	14,7	6,3	9,8	8,4	42,0	47,8	75,4	47,8	42,0	28,7	3,7	21,2	16,1	55,2
Magé	11,1	18,7	6,1	6,8	61,7	42,6	76,0	72,8	34,2	48,7	10,2	16,4	47,9	65,9
Mesquita*	9,2	17,0	2,3	9,5	48,2	44,9	62,5	55,3	22,6	46,0	6,0	11,5	38,1	57,5
Nilópolis	12,4	17,6	5,0	8,8	75,0	56,3	98,4	82,8	52,2	43,7	7,8	12,6	67,2	63,6
Nova Iguaçu	13,3	13,5	7,4	7,7	50,1	43,0	78,5	60,2	36,5	37,1	7,3	19,0	64,7	58,0
Queimados	10,2	7,2	5,1	4,3	45,2	59,3	71,3	57,1	43,5	35,2	7,0	16,1	65,2	51,3
R.de Janeiro	19,1	18,9	5,8	5,5	60,9	53,4	79,1	66,2	38,5	35,1	17,4	19,0	52,5	46,0
S. J. de Meriti	17,2	19,1	5,7	6,6	46,1	41,4	67,0	78,6	36,8	40,7	9,8	16,2	48,2	54,1
Seropédica	6,8	7,9	3,4	0,0	39,3	48,0	34,2	37,3	27,4	32,0	8,6	13,3	70,1	40,0
Estado RJ	18,2	19,7	5,8	5,9	55,3	56,1	76,3	69,1	37,3	40,5	17,9	20,2	50,9	45,6

Fonte: Tabela montada a partir de dados obtidos, DATASUS, Cadernos de Informações de Saúde (2008).

Chama a atenção, entre as quinze primeiras causas de internação em 2005, o peso dos partos, da categoria “outras complicações da gravidez e parto”, e dos abortos (ditos espontâneos), indicando a necessidade de um planejamento para atenção à mulher que envolva os cuidados desde o pré natal até ao parto (tabela VIII).

Monteiro (2004), ao construir e testar um novo indicador sobre carga de doenças associadas com algumas causas de internação hospitalar realizada pelo SUS, evidenciou o elevado número de anos perdidos entre os homens, resultantes de tuberculose pulmonar (internações) ou de mortalidade precoce na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Em cada mil homens na faixa etária selecionada foram perdidos 2,2 anos de vida, considerando causa de internações hospitalares e 4,3 anos de vida considerando os óbitos, resultados que colocam a RMRJ em segundo lugar após as RM de Salvador e de Recife, respectivamente.

Os dados demonstram a complexidade dos problemas de saúde da área metropolitana do Rio de Janeiro, onde existe uma superposição de problemas sociais e epidemiológicos, convivendo as doenças típicas da pobreza com novos quadros de morbidade caracterizados pela violência urbana, stress, doenças crônicas e degenerativas.

Tabela VIII - Quinze principais causas Internações no SUS na METRO I, segundo Lista de Morbidade da CID 10, 2005

Causa CID	Número	%	% acumulado
Parto único espontâneo	61.978	16%	
Pneumonia	20.532	5%	22%
Outras complicações da gravidez e do parto	17.459	5%	26%
Insuficiência cardíaca	10.075	3%	29%
Fratura de outros ossos dos membros	8.587	2%	31%
Outras gravidezes que terminam em aborto	8.330	2%	33%
Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	7.678	2%	35%
Asma	6.954	2%	37%
Hérnia inguinal	6.456	2%	39%
Aborto espontâneo	6.080	2%	40%
Colelitíase e colecistite	5.674	1%	42%
Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	4.812	1%	43%
Outr neopl in situ benigns e comport incert desc	4.764	1%	44%
Outras doenças bacterianas	4.688	1%	46%
Outras doenças do aparelho respiratório	4.618	1%	47%
Total	380.900	100%	

Fonte: SIH/SUS (2005).

Como em todas as regiões metropolitanas, a cobertura do Programa de Saúde da Família é bastante baixa. Em 2005, o município que apresentava a maior cobertura

era Magé, seguido de Seropédica; o município de Japeri não havia implantado o Programa, à época (tabela IX).

Tabela IX - Cobertura do PSF nos municípios da METRO I, 2005

Municípios	População 2005	Nº Pessoas cadastradas	% cobertura
Magé	232.251	71.006	31%
Seropédica	75.032	16.524	22%
Nilópolis	150.968	32.035	21%
Belford Roxo	480.695	73.367	15%
São João de Meriti	464.327	67.082	14%
Nova Iguaçu	830.902	107.546	13%
Queimados	136.509	17.811	13%
Duque de Caxias	842.890	103.087	12%
Itaguaí	93.662	10.402	11%
Mesquita	182.546	15.861	9%
Rio de Janeiro	6.094.183	234.909	4%
Total	9.583.965	749.630	8%

Fonte: Tabela montada a partir de dados obtidos do Sistema de Informação de Atenção Básica.,2005

O Plano Estadual de Saúde para o período 2001-2004 elencou os principais problemas sanitários da região:

- Alta mortalidade materna e infantil.
- Atenção básica insuficiente e com baixíssima resolutividade. Cobertura residual da Estratégia de Saúde da Família incompatível com impacto sobre os problemas sanitários.
- Índices alarmantes de tuberculose, hanseníase, Aids, diarreias, bem como doenças cardiovasculares, diabetes *rnellitus* e violência.
- Cooperação regional para procedimentos de média e alta complexidade totalmente desarticulada e sem metas.

E apontava as seguintes soluções para a Região Metropolitana I, entre outras:

- Priorizar a atenção materno-infantil, aumentando e organizando a oferta de atenção pré-natal com qualidade, formar Grupo de Trabalho na área materno-infantil e adolescente da Região Metropolitana, e estabelecer referência para gestantes e recém-nascidos de alto risco.

- Integrar os municípios através da constituição de um núcleo de planejamento da Região Metropolitana para elaboração de estudos e acompanhamento do Plano Regional, em parceria com a SES/RJ.
- Transferir a central de vagas da Central de Regulação para assistência hospitalar, Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e consultas especializadas.
- Desenvolver protocolos assistenciais para orientar a referência e a contra-referência.
- Garantir o funcionamento dos serviços do consórcio e adequá-los aos parâmetros estabelecidos pela SES/RJ e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde.
- Analisar e redefinir a estrutura jurídica do consórcio da Baixada, dentro dos princípios estabelecidos pela Secretaria de Estado de Saúde e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ).
- Coordenar, através do Estado, o planejamento microrregional.

Como pode ser observado, em nenhum momento é feita referência a uma articulação intersetorial considerando inclusive as especificidades da Região Metropolitana. Esta articulação é necessária e sobejamente conhecida na área da saúde pelo seu impacto nas condições de saúde da população. Mais além, o planejamento setorial necessário deve levar em conta o planejamento global da região e as repercussões no sistema saúde de políticas sociais a serem implementadas.

O discurso oficial do setor saúde é que o planejamento deva ser feito de forma ascendente. Entretanto a prática tem demonstrado o caráter normativo deste processo, como já visto no capítulo 2, onde a questão metropolitana está ausente. Ausente das normas, ausente da política.

A PPI do Estado do Rio de Janeiro, instrumento federal de planejamento, consiste na consolidação de programações municipais com ajustes financeiros em função da não elasticidade dos recursos. No entanto, é importante ressaltar que o Plano de Saúde da Região Metropolitana não pode ser um somatório dos Planos Municipais de Saúde, sob pena de perder o contexto maior onde a população deste espaço vive, não reconhecendo limites administrativos para buscar os serviços de

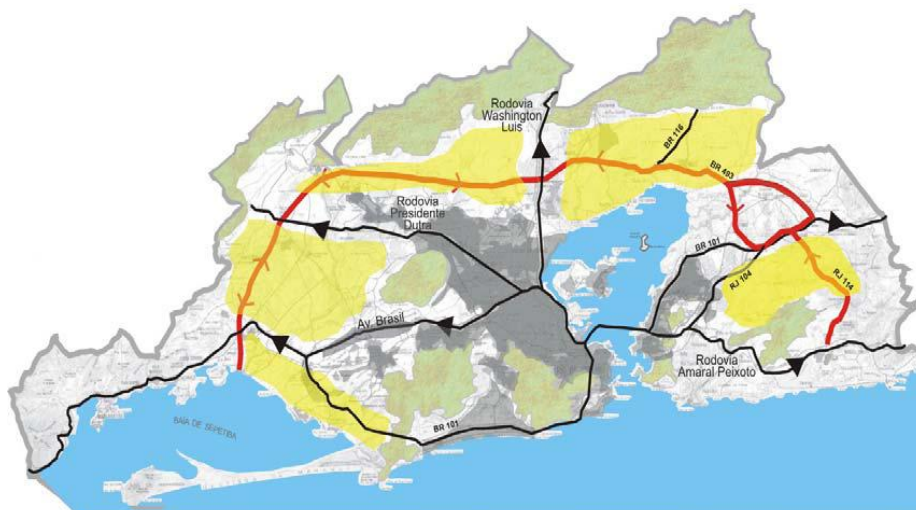
que necessita. Da mesma forma, um simples somatório prejudicará políticas de investimento cujos benefícios trarão repercussões a um contingente maior de pessoas e não apenas a cidadãos de um determinado município.

A questão da Regionalização em face da Região Metropolitana levanta alguns problemas, que a meu ver não estão sendo trabalhados pelo setor saúde no Rio de Janeiro:

- 1- -Desenvolvimento de uma política setorial sem estar atenta ao planejamento global da região

O Estado do Rio de Janeiro está recebendo investimentos na Região Metropolitana que montam a aproximadamente 380 milhões de dólares. São eles: o Pólo Petroquímico de Itaboraí (COMPERJ), a ampliação do Pólo Gás Químico de Duque de Caxias, Pólo Siderúrgico de Santa Cruz/Itaguaí. A implantação do Arco Rodoviário Metropolitano, importante rodovia periférica à Região Metropolitana irá integrar esses complexos industriais e se constituirá no acesso rodoviário ao porto de Itaguaí, e certamente haverá uma drástica ocupação do espaço urbano periférico, com impacto real na demanda por serviços de saúde e conseqüentemente no planejamento da oferta. (Figura 2)

Figura 2 - Arco Metropolitano da RMRJ



Nota: Em amarelo, estão assinalados os vazios urbanos na Região Metropolitana

Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro – Secretaria de Obras . Arco Metropolitano disponível em http://www.amchamrio.com.br/download/palestras/2007/22_08_07_arco_pezao.pdf. Acesso em 15 de abril de 2009.

2- Estimula o isolamento da capital em relação aos demais municípios da Região Metropolitana, uma vez que esta pode ser considerada uma região em si mesma dificultando o diálogo com os demais municípios de seu entorno.

3 – Os recursos de investimento ficam dependendo apenas do Ministério da Saúde, não compartilhando de recursos oriundos de fontes específicas para investimentos em região metropolitana.

CAPÍTULO 4 Estudo de caso: as internações hospitalares na Região Metropolitana do Rio de Janeiro I

4.1 Metodologia

Trata-se de um estudo de caso sobre a assistência hospitalar na Região Metropolitana do Rio de Janeiro I (METRO I). A opção por essa estratégia de pesquisa, assim denominada por Yin (2005, p. 23), sustenta-se em três condições: (a) no tipo de questão de pesquisa proposta, (b) na extensão de controle que o pesquisador tem sobre eventos comportamentais atuais e (c) no grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos em oposição a acontecimentos históricos.

Ao relacionar estas três condições aos cinco principais tipos de pesquisa, classificados pelo autor como experimentos, levantamentos, análise de arquivos, pesquisas históricas e estudos de casos, o estudo de caso caracteriza-se por responder às questões do tipo como e por que; o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos estudados e focaliza acontecimentos contemporâneos, inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2005).

A clara necessidade pelos estudos de caso surge do desejo de se compreender fenômenos sociais complexos. (...) permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos. (YIN, 2005, p. 20).

Para Yin (2005, p. 32), “um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Os estudos de caso podem incluir as evidências quantitativas. O contraste entre quantitativas e qualitativas não diferencia as várias estratégias de pesquisa. Podem-se basear os estudos de caso em qualquer mescla de provas quantitativas e qualitativas.

Este estudo de caso pretende ser explanatório (YIN, 2005, p. 25), ao buscar responder como o processo de descentralização da gestão do SUS influenciou os municípios da METRO I no que se refere à assistência hospitalar. Focalizou a Região Metropolitana I do Rio de Janeiro (METRO I), conforme designação dada pela Secretaria de Estado de Saúde no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A METRO I é composta por 12 municípios, incluindo a capital do estado, Rio de Janeiro e os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. Nela se concentram 63% da população do estado, o que corresponde a 9.131.585 habitantes [IBGE, 2005] e 73% do PIB estadual.

Assim, neste trabalho buscou-se responder a duas questões norteadoras:

- 1) A diretriz do SUS de descentralização da gestão contribuiu para que os municípios assumissem os procedimentos menos complexos, melhorando o acesso de seus munícipes à assistência hospitalar local?
- 2) Os municípios estudados integram uma Região Metropolitana. Isso favoreceu a formação de uma rede integrada intermunicipal?

No contexto da METRO I, o trabalho contemplou a análise das internações hospitalares realizadas na região, no período de 1995 a 2005, retrospectivamente. Esse período foi definido considerando como marco do processo de descentralização da gestão, a implantação da Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/93, ocorrida a partir de 1994. Como a assistência hospitalar não foi objeto imediato de regulação, estabeleceu-se o ano de 1995 como ponto inicial dos dados coletados e o ponto final, 2005, quando se completou uma década. Cabe registrar que a NOB SUS 01/91 também representa um marco regulatório importante, ao definir que todos os prestadores públicos ou privados passariam a receber pelo Sistema de Informações Hospitalares.

O universo do estudo baseou-se rede hospitalar do SUS existente na METRO I em 1995 e 2005, rede formada por unidades que estão sob administração das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e Ministério da Saúde. Além destas, incluem-se os hospitais universitários e as unidades privadas e filantrópicas credenciadas ao SUS.

Como os municípios de Seropédica (desmembrado em 1997 de Itaguaí) e Mesquita (desmembrado em 2001 de Nova Iguaçu) não têm hospitais que atendem ao SUS não fizeram parte do estudo.

Foram utilizados dados secundários de pesquisas e de sistemas de informação oficiais de caráter público, a saber:

- Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, processado pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.
- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) processado pelo DATASUS e que disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, ou seja – federal, estadual e municipal.
- Pesquisa Assistência Médica Sanitária, 1999 e 2005, coordenada pelo IBGE, com a finalidade de verificar a complexidade dos hospitais.

No caso dos leitos, para 1995 foi utilizado o “Cadastro de Extintos do SUS”, disponível no sítio do DATASUS e para 2005, o CNES.

As internações foram analisadas pelo seu volume, por local de internação, por natureza do prestador (privado lucrativo, filantrópico, público municipal, estadual, federal) nas quatro especialidades básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria e obstetrícia.

Até julho/2003, as unidades universitárias não estavam caracterizadas como públicas ou privadas. A partir da implantação do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em agosto/2003, as unidades universitárias foram reclassificadas em públicas e privadas. Os estabelecimentos de saúde que são certificados pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação podem ser classificados como: Universitária, Escola Superior Isolada, Auxiliar de Ensino, Hospital de Ensino. Os hospitais universitários enquadram-se na categoria hospital de ensino/pesquisa definida no CNES como a relação do estabelecimento de saúde com as escolas superiores de medicina, identificando se o estabelecimento tem ou não atividade de ensino, se é auxiliar de ensino ou estabelecimento de ensino superior etc.

Para os municípios analisados, nos anos de 1995 e 2000, só há hospitais universitários nos municípios do Rio de Janeiro (todos eles públicos: hospitais da UERJ, da UFRJ, da UNIRIO) e de Nova Iguaçu (hospital da UNIG, privado). Portanto, as internações realizadas em hospitais universitários no Rio de Janeiro podem ser somadas aos hospitais públicos. O hospital universitário da UNIG pertence hoje ao município de Mesquita e tem situação indefinida junto ao SUS – portanto, o município de Mesquita não entrou na análise por não possuir rede hospitalar .

Em termos da rede hospitalar, foi considerado o número de hospitais gerais e especializados, o número de leitos em geral e segundo especialidades: clínica cirúrgica, clínica médica, obstetrícia e pediatria.

Por hospital geral entende-se aquele destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade, podendo ter ou não SIPAC. Como hospital especializado, aquele destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT, podendo ter ou não SIPAC. Geralmente é de referência regional, macro regional ou estadual.

As internações em psiquiatria e de longa permanência foram retiradas do estudo, uma vez que constituem alvo de política específica para redução de leitos.

Os hospitais foram classificados por sua complexidade tecnológica, adotando-se a classificação utilizada por Viacava e Bahia (2002, p. 34) na análise dos dados da pesquisa AMS de 1999. Assim, são:

- Hospitais tipo C - os hospitais com raios-X acima de 100 mA.
- Hospitais tipo B - os hospitais com raios-X acima de 100 mA, ultrassonografia, respirador de adulto, eletrocardiograma e desfibrilador.
- Hospitais tipo A - os hospitais com raios-X acima de 100 mA, CTI, serviço de hemodinâmica e tomógrafo computadorizado.

Tomando-se os hospitais do tipo C, ou seja, os que possuem equipamentos de mais de 100 mA de capacidade, como um marcador do estabelecimento com

nível mínimo desejável de incorporação tecnológica, procurou-se verificar a distribuição desses estabelecimentos, no SUS, nos setores público e privado e segundo a modalidade de financiamento dos estabelecimentos.

Foi também realizada análise documental das atas da CIB do Rio de Janeiro, de 1999 a 2005, tendo como tema central a assistência hospitalar. Foram considerados os seguintes descritores: central de regulação, Região Metropolitana e consórcio intermunicipal, com o objetivo de identificar as propostas sobre articulação intermunicipal.

Os dados oriundos do Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense e da Associação dos Hospitais do Estado do Rio de Janeiro integraram a documentação lida e analisada.

Pela constatação do peso do processo de municipalização nas políticas de saúde, partindo da hipótese de que município deve ser capaz de reter sua população pelo menos na atenção hospitalar básica, optou-se por verificar o caminho percorrido pelos cidadãos para busca de atendimento médico hospitalar em procedimentos considerados de baixa complexidade.

As barreiras representadas pela distância têm impacto diferenciado de acordo com o nível de complexidade dos serviços demandados; assim, os deslocamentos em busca de serviços especializados serão, normalmente, mais longos do que aqueles que demandam níveis de atenção mais simples (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004, p. 387).

Para verificar o fluxo das internações entre os municípios da METRO I, foram escolhidos três procedimentos dentre os dez mais frequentes, tanto no ano de 1995 como em 2005: parto, herniorrafia e pneumonia em crianças e em maiores de 60 anos e foi utilizada a seguinte metodologia.

- **Tipo de AIH:** foram selecionadas apenas as AIH de tipo 1 – normal; foram desprezadas as AIH de tipo 5 – longa permanência, por se referirem a internações já apresentadas como tipo 1 – normal. Além disto, para os procedimentos selecionados, não há AIH de tipo 5.
- **Período:** foi considerado o período de apresentação da AIH (também chamado de competência). Deste modo, é possível que internações efetuadas em anos anteriores (principalmente nos últimos meses) estejam contadas e internações

efetuadas no ano não o estejam (também dos últimos meses). De uma maneira geral, estas inclusões e omissões se compensam.

- **Município de internação:** foram consideradas as internações nos hospitais localizados em Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João do Meriti e Seropédica.
- **Município de residência:** foram consideradas as internações cujo município informado de residência do paciente era Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João do Meriti ou Seropédica.

É possível que haja discordância entre o município informado de residência frente ao município em que efetivamente o paciente reside, mas não há estudos conclusivos sobre o tema.

É válida, também, a observação anterior relativa à Seropédica e Mesquita. No entanto, no ano de 2000, há internações já registradas como de residentes em Mesquita.

- **Município de residência x município de ocorrência:** foram consideradas apenas as internações em que tanto o município de residência como o de localização do hospital correspondiam a algum dos municípios selecionados, mas não necessariamente eram iguais. Desta maneira, internações de residentes em Magé realizadas em Niterói, por exemplo, não foram contadas, assim como internações de residentes em São Gonçalo realizadas no Rio de Janeiro.
- **Regime:** os hospitais foram classificados em três regimes, uma vez que não faz diferença, para efeito deste trabalho, dividir o público em naturezas diversas:
 - **Públicos:** próprio (10), federal (30), federal com verba própria (31), estadual (40), estadual com verba própria (41), municipal (50).
 - **Privados:** contratado (20), contratado optante simples (22), filantrópico (60), filantrópico isento de tributos e contribuições sociais (61), filantrópico isento de IR e CSLL (63), sindicato (80).
 - **Universitários:** universitário de ensino (70), universitário de pesquisas (90), universitário isento de tributos e contribuições sociais (91), universitário isento de IR e CSLL (93) e universitário de ensino e pesquisa privado (92 e 94).

- **Faixa etária:** foi considerada a idade do paciente calculada na data de internação, em relação à data de nascimento.
- **Procedimento:** foi considerado o procedimento principal realizado, nas seguintes categorias
 - Partos;
 - pneumonia em adultos e crianças; e
 - Herniorrafias.

4.2 Análise dos dados

Esta análise tem como ponto de partida as informações constantes do *Primeiro Atlas Sanitário do Rio de Janeiro*, editado em 1988, pela Secretaria de Estado de Saúde, com o objetivo de sistematizar as informações sanitárias existentes e assim contribuir, através do conhecimento para o processo de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

A Região Metropolitana, à época, era composta por 14 municípios e abrangia 80,59% da população do estado. O perfil da rede de serviços desses municípios, à exceção do Rio de Janeiro, era assim descrito:

A maior oferta de serviços ambulatoriais é encontrada na rede pública e a quase totalidade dos leitos hospitalares são oferecidos pela rede privada contratada. [...] Quanto ao município do Rio de Janeiro pela sua própria história apresenta a característica de possuir a maior rede de serviços públicos do país constituindo-se na maior capacidade instalada pública, tanto ambulatorial como de internação. (ATLAS SANITÁRIO, p. 201).

Ainda no mesmo ano, 1988, foi publicado o 1º Boletim de Informações sobre a Produção de Serviços de Saúde cuja introdução afirmava que:

“na perspectiva da consolidação do SUDS-RJ era preciso dar conta da construção de um sistema de saúde mais racional, regionalizado e hierarquizado, de forma a evitar a duplicação de atividades e consequentes gastos desnecessários”. (SES, 1998, p. 7).

Para tal, considerava-se fundamental a definição de um modelo assistencial com a clara identificação dos níveis de resolatividade da rede e, simultaneamente, com o desenho de um sistema de referência e contra-referência ágil e eficaz.

Em 1990, a Secretaria de Estado de Saúde elaborou proposta básica para o Plano Diretor do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, que propunha a reordenação dos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro, apresentando um novo modelo assistencial através da

“constituição de uma rede de serviços, regionalizada e hierarquizada, que opere de forma eficiente e eficaz, já que a efetiva implantação do SUS não pode restringir-se a medidas de natureza jurídico-administrativas-institucionais”. (SES, 1998, p. 12).

Há neste plano uma separação clara entre região metropolitana e interior por entender ser a região metropolitana uma área mais complexa e com insuficiência de serviços.

O diagnóstico apresentado no Plano Diretor não diverge do encontrado no *Atlas Sanitário*, acrescido da constatação da baixa complexidade dos hospitais existentes, em sua grande maioria, pertencentes ao setor privado.

Com a implantação, nos anos 90, de uma forte política de descentralização através da edição das NOBs, houve inegável avanço da municipalização da saúde. O município, por ser o espaço onde a política pública ganha capilaridade e proximidade da população, passou a ser o destinatário da descentralização.

Acreditava-se que os municípios poderiam corrigir distorções da estrutura dos serviços e oferecer ampla cobertura às necessidades de saúde da população implantando sistemas de referência e contra-referência. Mais ainda, pretendia-se que com a descentralização os pacientes fossem tratados no mesmo local em que vivem, pelo menos nos acometimentos mais simples.

Este trabalho, conforme dito anteriormente pretende verificar se a descentralização efetivamente propiciou o atendimento básico hospitalar dos pacientes em seus locais de residência, ou seja, se os municípios respondiam pelas internações básicas de seus munícipes, cabendo referenciar para outras localidades apenas os casos de alta complexidade, no caso para o município pólo, cidade do Rio de Janeiro que apresenta rede hospitalar mais complexa.

Para a realização da análise, consideraram-se as internações ocorridas nas especialidades básicas (clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria) no período compreendido entre 1995-2005.

4.2.1 Características dos hospitais

Para se analisar a evolução das internações na RMRJ, o primeiro ponto a ser examinado é a oferta de serviços, ou seja, a evolução da rede hospitalar e suas características. Comparando-se a situação de 2005 à de 1995, observa-se uma mudança significativa no perfil das unidades, especialmente no que concerne à natureza jurídica dos hospitais. Em 1995, 50% dos hospitais eram de natureza privada lucrativa, sendo que em 2005 ocorre uma redução percentual desses hospitais para 23,6%.(

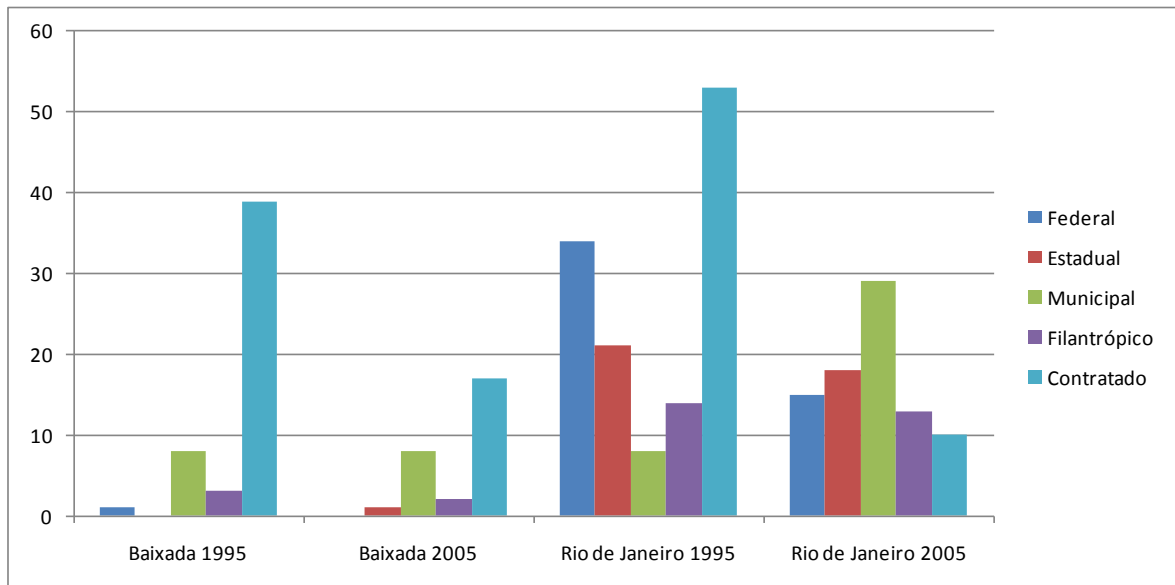
Os municípios que registram maior queda são Duque de Caxias – uma redução de 10 hospitais; Itaguaí perda de três hospitais; Nova Iguaçu com menos seis hospitais e Rio de Janeiro, que em termos absolutos é quem mais perde, 45 hospitais, em função do porte de sua rede. Os municípios de Belfort Roxo e Queimados, em contrapartida, aumentaram seu número de hospitais. Observa-se, também, que o comportamento do setor público manteve-se praticamente inalterado, pois o aumento do número de hospitais municipais deveu-se mais à passagem de unidades federais para a gestão municipal do que capacidade instalada nova⁹. (Gráfico 5)

Nesse período de dez anos, o único novo hospital da rede pública na METRO I foi o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes, em Saracuruna, Duque de Caxias, inaugurado em 1999.

Há uma mudança de distribuição da natureza dos hospitais com amplo predomínio dos hospitais públicos na região.

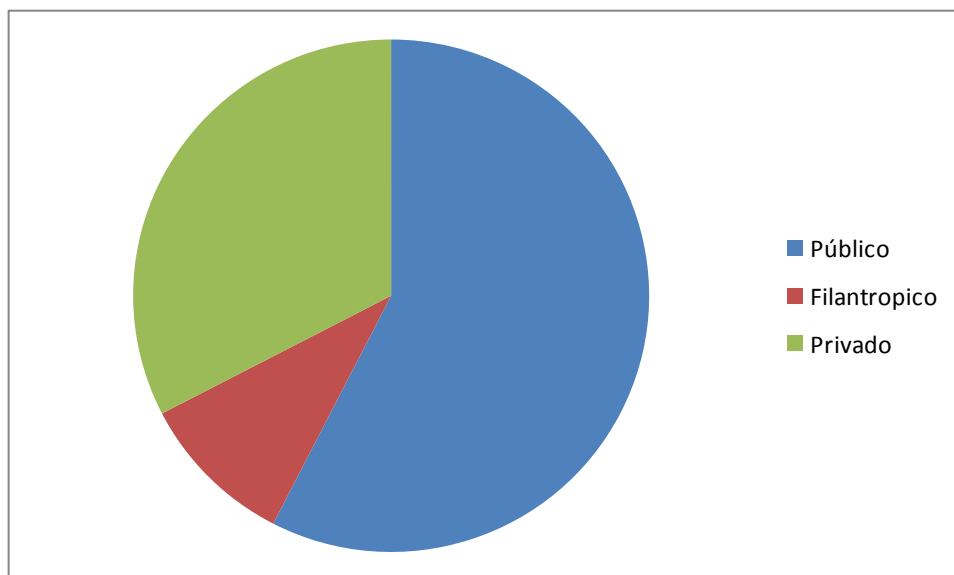
⁹ Principalmente no município do Rio de Janeiro. Em 1995, as quatro maternidades federais passaram para a gestão municipal e, no ano de 1999, houve a municipalização de mais oito hospitais federais. No município de Nova Iguaçu, o Hospital Geral de Nova Iguaçu passou para a gestão municipal em 2001 e o antigo Hospital Universitário, em Mesquita, pertencente a uma universidade privada fechada, tem situação indefinida junto ao SUS.

Gráfico 5 - Número de hospitais, por natureza, METRO I, 1995 e 2005



Fonte: CNES/DATASUS.

Gráfico 6 – Distribuição dos hospitais por natureza do prestador, 2005



Fonte: CNES/DATASUS.

A diminuição do número de hospitais é um comportamento que se repete nas demais Regiões Metropolitanas. Dados comparativos de 1995 a 2003 apontam para a queda percentual em todas essas regiões metropolitanas. A que apresenta a maior

redução percentual nesse período é a do Rio de Janeiro, com diminuição de 24%, seguida por São Paulo e Belo Horizonte, com redução de 22% e 21%, respectivamente. Recife e Porto Alegre apresentaram queda menor de 16%.¹⁰ (Tabela X)

Registre-se que a tendência de redução do número de hospitais na Região Metropolitana do Rio de Janeiro apresenta uma aceleração radical no curto período de dois anos entre 2003 a 2005, passando de 139 a 113 hospitais. Na nossa opinião isso pode ter sido decorrente do fechamento de hospitais psiquiátricos e de longa permanência.

Tabela X - Número de hospitais, Regiões Metropolitanas, 1995-2003

Região metropolitana	1995	2003	%
Rio de Janeiro	182	139	-24%
São Paulo	184	143	-22%
Belo Horizonte	92	73	-21%
Recife	88	74	-16%
Porto Alegre	70	59	-16%

Fonte: CNES/DATASUS

Leitos Hospitalares

Para completar o panorama da oferta de serviços hospitalares, cabe analisar a disponibilidade de leitos na RMRJ. Na METRO I no período analisado houve uma diminuição de 13.795 leitos correspondendo a uma perda de 42%. Os municípios que registraram maior perda foram: Japeri, Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Belfort Roxo e Nova Iguaçu. (Tabela XI)

Registra-se, em dezembro de 2005, um total de 29.285 leitos, sendo que deste conjunto, 19.071 estão disponíveis para o SUS, o que corresponde a um percentual de 65, proporção que acompanha o padrão nacional. À exceção de Duque de Caxias, que tem 54% de seus leitos disponibilizados para o SUS, todos os outros municípios da METRO I apresentam proporções superiores a 60%, sendo que em quatro municípios, Queimados, Belfort Roxo, Itaguaí, Magé e Japeri, este percentual é superior a 97%.

¹⁰ Foi considerado o ano de 2003 em virtude da implantação do CNES a partir de 2004.

Tabela XI – Leitos Hospitalares SUS, METRO I, 1995-2005

Municípios	1995	2005	Variação
Belford Roxo	210	300	43%
Duque de Caxias	1.641	899	-45%
Itaguaí	268	210	-22%
Japeri	180	82	-54%
Magé	440	474	8%
Nilópolis	442	341	-23%
Nova Iguaçu	1.698	1.002	-41%
Queimados	57	494	767%
Rio de Janeiro	26.959	14.481	-46%
São João de Meriti	971	788	-19%
Total	32.866	19.071	-42%

Fonte: DATASUS, CNES

Observa-se de imediato, como seria de esperar, enorme concentração de leitos no município do Rio de Janeiro, que respondia em 1995 por 76% da capacidade instalada na região e em 2005, por 76%, sendo que, deste total, 65% representam os ofertados para o SUS.

Quando se analisa por tipo de prestador, verifica-se que houve uma diminuição de 66% na capacidade ofertada pelos prestadores privados e um aumento de 25% dos leitos filantrópicos. Chama à atenção a diminuição de 28% dos leitos públicos principalmente na cidade do Rio de Janeiro. Em parte essa diferença pode ser debitada a mudança na metodologia de contagem de leitos, pois em 1995 os leitos pertencentes a outros ministérios não eram contabilizados como leito SUS enquanto em 2005 estão contidos na rubrica “administração outros órgãos” totalizando neste ano 2.145 leitos. Entre 1998 e 2000 houve um acerto no número de leitos ofertados pelos hospitais do Ministério da Saúde, que até então registravam um número de leitos não condizente com a capacidade efetivamente ofertada e utilizada; dois exemplos dessa adequação são o Hospital Geral de Bonsucesso e o Hospital dos Servidores do Estado. O que os números sugerem é que efetivamente houve uma redução de leitos públicos no município do Rio de Janeiro.¹¹ (Tabela XII)

¹¹ Segundo Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, IBGE, 1999, 2002 e 2005, em 1999 os leitos públicos no município do rio de Janeiro contabilizavam 11.888, em 2002, 12.556 e em 2005, 10.883. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em março de 2009.

Tabela XII – Número de leitos por prestador, METRO I, 1995-2005

Município	Público		Filantróp.		Contratado		Total	
	1995	2005	1995	2005	1995	2005	1995	2005
Belford Roxo	0	0	0		210	300	210	300
Duque de Caxias	254	639	0	20	1.387	240	1.641	899
Itaguaí	10	115	187		71	95	268	210
Japeri	100	0	0		80	82	180	82
Magé	180	176	0		260	298	440	474
Nilópolis	120	143	0		322	198	442	341
Nova Iguaçu	520	335	77	182	1.101	475	1.698	992
Queimados	0	0	0		57	494	57	494
Rio de Janeiro	15.024	10.245	1.580	2.115	10.355	2.131	26.959	14.491
São João de Meriti	0	0	95	100	876	688	971	788
Total	16.208	11.653	1.939	2.417	14.719	5.001	32.866	19.071

Fonte: SIH/SUS e CNES

Em 2005, a quase totalidade dos leitos públicos é destinada ao SUS. Os dois casos anômalos encontram-se em Duque de Caxias e Rio de Janeiro, que não atingem o percentual de 100%. Em relação aos filantrópicos, no Rio de Janeiro, apenas 39% dos leitos atendem ao SUS, e 49% em Duque de Caxias. Os dois outros municípios com leitos filantrópicos, Nova Iguaçu e São João de Meriti, apresentam percentual de 93% e 100%, respectivamente. (Tabela XIII)

É no prestador privado, entretanto, que se observa a relação mais interessante; à exceção de Duque de Caxias (25%) e Rio de Janeiro (39%), todos os outros municípios destinam mais da metade de seus leitos privados ao SUS. Duas observações podem ser extraídas daí: a primeira sugere que em municípios periféricos e com condições socioeconômicas mais baixas, o SUS é o grande responsável pela ocupação dos leitos hospitalares; a segunda registra, em contraposição, a pouca importância do SUS para o setor privado em municípios como Duque de Caxias e Rio de Janeiro.

Tabela XIII- Proporção de leitos SUS sobre o total de leitos existentes por município e por tipo de prestador - METRO I, dezembro 2005

Município	Público			Filantropico			Privado			Total	
	Geral	SUS	%	Geral	SUS	%	Geral	SUS	%	Geral	SUS
Belford Roxo	42	42	100%	-	-	-	308	300	97%	350	342
Duque de Caxias	661	639	97%	41	20	49%	970	240	25%	1.672	899
Itaguaí	115	115	100%	-	-	-	95	95	100%	210	210
Japeri	100	100	100%	-	-	-	145	145	100%	245	245
Magé	176	176	100%	-	-	-	313	298	95%	489	474
Mesquita	-	-	-	-	-	-	229	183	80%	229	183
Nilópolis	143	143	100%	-	-	-	342	198	58%	485	341
Nova Iguaçu	338	338	100%	196	182	93%	969	584	60%	1.503	1.104
Queimados	-	-	-	-	-	-	498	494	99%	498	494
Rio de Janeiro	10.342	10.247	99%	3.373	1.322	39%	9.586	3.051	32%	23.301	14.620
São João de Meriti	50	50	100%	100	100	100%	800	688	86%	950	838
Total	11.967	11.850	99%	3.710	1.624	44%	14.255	6.276	44%	29.932	19.750

Fonte: SIH/SUS e CNES

Para melhor compreender o significado do número de leitos ofertados, convém examinar a relação leito por 1.000 habitantes. Em 2005, segundo a pesquisa AMS, essa relação no Brasil era de 2,4/1000 hab., enquanto que na METRO I era de 3,0/1000 hab., considerando a totalidade de leitos, caindo para 2,0/1000 hab. quando se levava em conta os leitos SUS.

Entre os municípios da RMRJ, constata-se que Japeri e Queimados, não por acaso os mais pobres da região, detêm a maior relação de leitos SUS por habitantes – 5,03 e 3,65, respectivamente – e, conforme visto anteriormente são em sua maioria, leitos do setor privado. Observa-se, ainda, que municípios que outrora contavam com um setor privado forte, como Duque de Caxias e Nova Iguaçu, apresentaram, em 2005, significativa perda de importância deste setor. (Tabela XIV) e Gráfico 7

Cabe ressaltar que os parâmetros de cobertura sobre a necessidade de leitos indicados pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº. 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, apontam valores de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes.

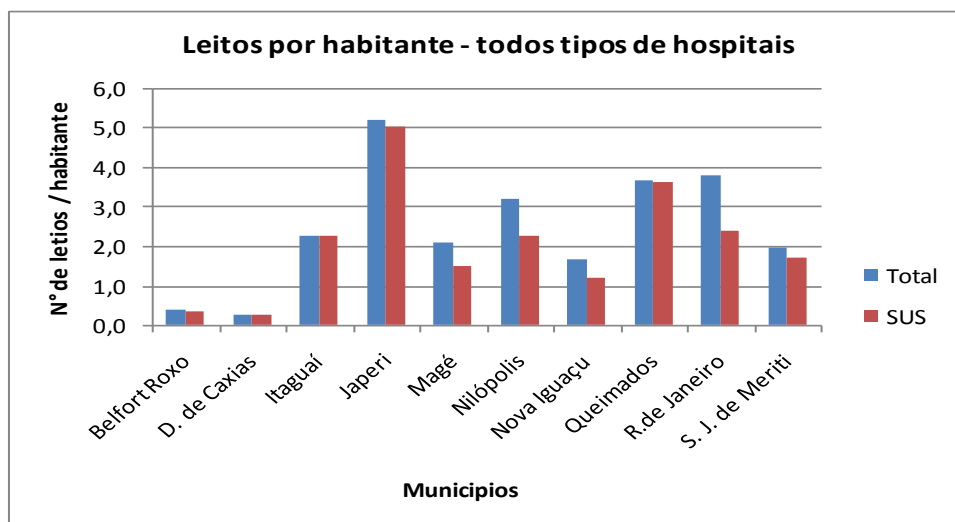
No Brasil, observa-se a tendência de diminuição de leitos hospitalares privados contrastando com o crescimento dos leitos municipais, que representam hoje 30% dos hospitais brasileiros. Esses hospitais, em sua grande maioria, têm menos de 50 leitos (VECINA; MALIK, 2007), perfil que não ocorre nos hospitais da METRO I.

Tabela XIV- Relação leitos existentes e leitos SUS e por 1000 habitantes e por natureza do prestador e município- 2005

Municípios	População	Publico		Ent.s/fins.Lucrat.		Empr.Privada		Total	
		Geral	SUS	Geral	SUS	Geral	SUS	Geral	SUS
Belfort Roxo	480.695	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4
Duque de Caxias	842.890	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,3
Itaguaí	93.662	1,2	1,2	0,0	0,0	1,0	1,0	2,2	2,2
Japeri	94.237	1,9	1,9	0,0	0,0	3,3	3,2	5,2	5,0
Magé	232.254	0,6	0,6	0,0	0,0	1,5	0,9	2,1	1,5
Nilópolis	150.970	1,0	1,0	0,0	0,0	2,3	1,3	3,2	2,3
Nova Iguaçu	830.903	0,4	0,4	0,2	0,2	1,0	0,6	1,7	1,2
Queimados	136.509	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7	3,6	3,7	3,6
R.de Janeiro	6.094.182	1,7	1,7	0,8	0,4	1,3	0,3	3,8	2,4
S. J. de Meriti	464.328	0,0	0,0	0,2	0,2	1,7	1,5	1,9	1,7
Total	9.420.630	1,3	1,2	0,5	0,3	1,3	0,5	3,1	2,0

Fonte: CNES-IBGE.

Gráfico 7 - Leitos totais e leitos SUS por habitante - 2005



Fonte CNES/DATASUS.

Dos 30 hospitais cadastrados no SUS na Baixada Fluminense, 47% são hospitais com número de leitos entre 50 e 100 e 38% são hospitais com mais de 150 leitos. A distribuição dos leitos no município do Rio de Janeiro é concentrada na faixa entre 100 e 500 leitos, e apenas quatro hospitais têm menos de 50 leitos.

Esta tendência de êxodo do setor privado do SUS parece refletir o deslocamento do segmento mais moderno do setor para o sistema de saúde suplementar e a permanência do segmento mais atrasado no SUS. Uma hipótese para esse fenômeno seria a defasagem dos valores pagos pelo SUS aos serviços

prestados e ao atraso, por parte das prefeituras no pagamento aos prestadores¹². Houve, portanto, migração das empresas de maior porte tecnológico em direção aos planos de saúde, como por exemplo, a Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima, com 122 leitos em Nova Iguaçu, a Cotefil com 62 leitos em Duque de Caxias (era referência para ortopedia na década de 80), entre outras. Permaneceram no SUS aqueles hospitais menos capitalizados e mais atrasados do ponto de vista gerencial e tecnológico.

Distribuição de leitos por especialidades

A análise da distribuição de leitos por especialidade demonstra que houve, no período estudado, diminuição de 38% dos leitos das especialidades básicas na RMRJ. Em termos absolutos, esta redução foi de 7.334 leitos. Chama a atenção o fato de que, à exceção de três municípios, Belfort Roxo, Japeri e Queimados, todos os outros municípios da METRO I sofreram significativas reduções no número de leitos das clínicas básicas. O município de Rio de Janeiro apresentou perda percentual de 40% dos leitos, o que significa redução de 5.894 leitos. Os outros municípios com as maiores perdas de leitos nas especialidades básicas foram Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Queimados e Itaguaí (tabela XV).

Ao se examinar a evolução dos leitos por especialidade, verifica-se redução de leitos em todas as clínicas básicas, entre 38% e 40%, sendo que a obstetrícia se reduziu em 30%.

Em relação à obstetrícia, é importante salientar que, em 2001, começou a funcionar a Central de Regulação de Leitos para Obstetrícia, operada pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF). Essa central de regulação, na época de sua criação, assegurava o parto garantido, projeto pelo qual a gestante ao iniciar o pré-natal já recebia a indicação do local do parto. Entretanto, a desativação paulatina dos leitos obstétricos contribuiu para o desaparecimento progressivo desse projeto.

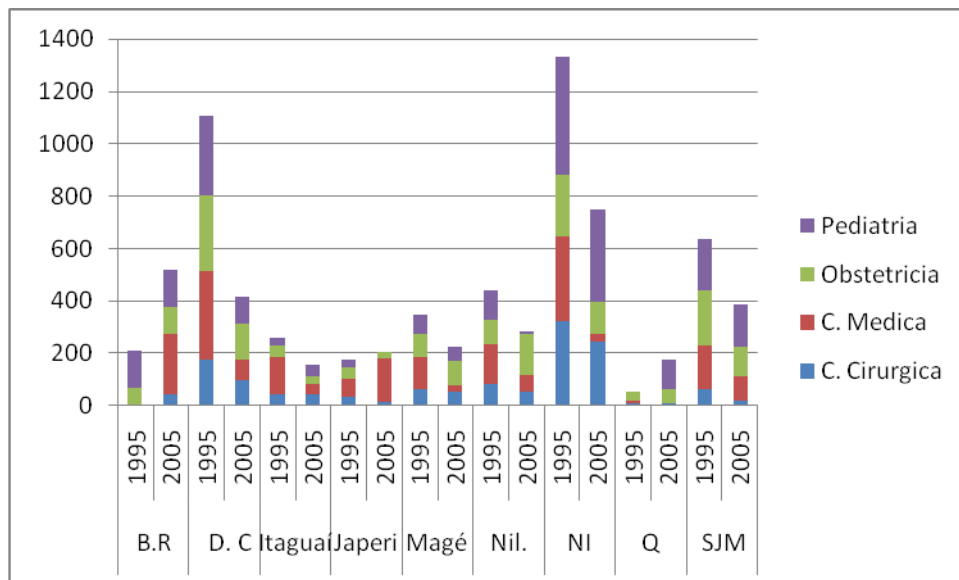
12 Entrevista realizada com o presidente da Associação dos Hospitais do Estado do Rio de Janeiro foram apresentados 18 ofícios de cobrança dirigidos ao Secretário Estadual de Saúde no período 2003 a 2008.

Tabela XV - Distribuição dos leitos SUS nas especialidades básicas, por município - 1995-2005

Municípios	Clínica Cirurgica			Clínica Medica			Obstetricia			Pediatria			TOTAL		
	1995	2005	%	1995	2005	%	1995	2005	%	1995	2005	%	1995	2005	%
Belfort Roxo	0	45		0	231		70	101	44%	140	140	0%	210	517	146%
D. de Caxias	178	98	-45%	337	77	-77%	287	140	-51%	302	103	-66%	1.104	418	-62%
Itaguaí	42	43	2%	143	40	-72%	44	29	-34%	32	45	41%	261	157	-40%
Japeri	35	15	-57%	67	167	149%	45	25	-44%	30	0	-100%	177	207	17%
Magé	66	53	-20%	120	24	-80%	90	93	3%	72	57	-21%	348	227	-35%
Nilópolis	81	52	-36%	152	66	-57%	97	156	61%	110	8	-93%	440	282	-36%
Nova Iguaçu	321	245	-24%	326	30	-91%	232	121	-48%	453	354	-22%	1.332	750	-44%
Queimados	10	11	10%	10	0	-100%	34	53	56%	0	113		54	177	228%
R.de Janeiro	6.098	3.572	-41%	5.201	3.265	-37%	1.854	1.228	-34%	1.647	841	-49%	14.800	8.906	-40%
S. J. de Meriti	62	19	-69%	169	94	-44%	208	112	-46%	197	162	-18%	636	387	-39%
Total	6.893	4.153	-40%	6.525	3.994	-39%	2.961	2.058	-30%	2.983	1.823	-39%	19.362	12.028	-38%

Fonte: SIH/SUS e CNES

Gráfico 8 - Distribuição dos leitos SUS nas especialidades básicas, por município - 1995-2005



Fonte: SIH/SUS e CNES

Dados do CISBAF mostram que em março de 2001 existiam operando 800 leitos de obstetrícia na Baixada Fluminense, porém, em 2005, 243 leitos estavam

fechados, seja pela Vigilância Sanitária, seja para obras ou por migração para a saúde suplementar.

Pode-se concluir das observações acima que, sem dúvida alguma, a rede hospitalar do SUS da METRO I diminuiu consideravelmente no período que se estende de 1995 a 2005, e que a relação leito/habitante sugere uma insuficiência de leitos, segundo os parâmetros do Ministério da Saúde para a maioria dos municípios da região, cabendo examinar como essa oferta de leitos se traduz em termos das internações hospitalares.

Recursos Tecnológicos

Os microdados da AMS (2005) foram classificados em diferentes níveis de tecnologia incorporada, segundo metodologia já descrita. A análise dos hospitais da Baixada Fluminense em relação aos recursos tecnológicos corroboram a baixa complexidade desses estabelecimentos.

Em 2005, não existia nenhum hospital tipo A, na Baixada Fluminense e 22 hospitais tipo B, 50% deles pertencentes ao setor público e filantrópico. (Tabela XVI)

Tabela XVI- Número de hospitais segundo porte tecnológico, Baixada Fluminense, 2005

Municípios	B			C		
	Público	Filantrópico	Privado	Público	Filantrópico	Privado
Belford Roxo	1		2			
Duque de Caxias	4	1				
Itaguaí	1					
Japeri						2
Magé			2	2		
Nilópolis	1		2	1		
Nova Iguaçu	1	1				2
Queimados			2			
São J. de Meriti		1	3	1		
Total	8	3	11	4	0	4

Fonte: Pesquisa AMS/IBGE, 2005 e CNES

Entretanto cabe ressaltar que o Hospital Geral de Nova Iguaçu e o Hospital Estadual Adão Pereira Nunes não se enquadram no tipo A, por não possuírem

serviço de hemodinâmica, tendo, porém, todos os outros equipamentos dessa tipologia.

Como esperado, os hospitais de maior porte tecnológico estão localizados na capital.

4.2.2 Internações hospitalares

Segundo pesquisa da AMS para 2005, houve aumento do número de internações no país, entre 2001 e 2004, de 16,3%. A taxa de internação no Brasil, que corresponde ao número de internações por 100 habitantes, foi de 12,8 em 2005.

Há diminuição na participação das internações por clínica médica, obstetrícia em todas as regiões do país, ocorrendo aumento nas internações na clínica cirúrgica e pediatria. Em 2005, a proporção de internações na clínica cirúrgica ultrapassou as de obstetrícia no Brasil e nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, provavelmente por conta do projeto de mutirão de cirurgias eletivas, de iniciativa do Ministério da Saúde.

Na METRO I, no período compreendido entre 1995 e 2005, houve diminuição de 13% das internações. Como já dito anteriormente, para efeito deste trabalho, não foram consideradas as internações nas seguintes especialidades: cuidados prolongados/longa permanência; crônicos; psiquiatria e hospital-dia/psiquiatria.

Três municípios tiveram aumento considerável no número de internações – Japeri, Belfort Roxo e Queimados; nestes dois últimos este fato pode ser atribuído ao crescimento da oferta do número de leitos, conforme verificado no item anterior. Além desses, apenas Duque de Caxias apresentou acréscimo das internações, apesar da redução registrada no número de leitos das especialidades básicas.

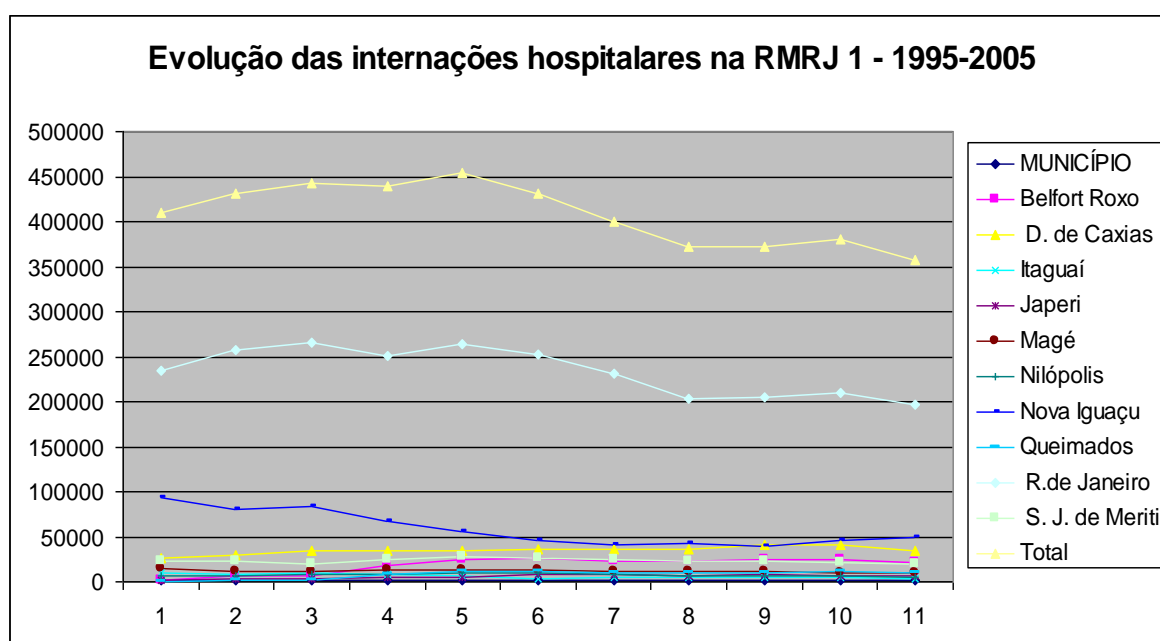
A maior redução registrou-se em Itaguaí, que diminuiu em 71% suas internações, seguido por Nova Iguaçu com 41%. Ambos os municípios tiveram redução de cerca de 40% na oferta de seus leitos.

O município do Rio de Janeiro diminuiu em 16% suas internações, o que corresponde a uma diminuição, em termos absolutos, de 37.867 internações, número superior a dez por cento do total das internações no ano de 2005. Só Nilópolis apresentou diminuição inferior a 10%, no caso 8% (tabela XVII).

Tabela XVII - Evolução das internações hospitalares RMRJ 1 - 1995 a 2005

MUNICÍPIO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Varição 2005/1995
Belfort Roxo	2.279	6.787	6.289	18.089	24.976	25.442	23.317	23.067	23.867	24.317	21.602	848%
D. de Caxias	25.745	30.189	34.450	35.209	35.076	35.474	35.720	36.290	40.672	40.268	34.252	33%
Itaguaí	10.134	8.263	9.162	7.960	6.671	3.279	5.732	5.097	4.649	4.233	2.935	-71%
Japeri	993	3.306	3.101	5.313	5.648	7.665	8.260	7.308	7.472	7.056	7.015	606%
Magé	14.400	11.931	12.082	13.879	13.266	13.189	11.622	11.961	11.275	10.025	10.088	-30%
Nilópolis	5.973	7.234	8.594	8.680	10.347	10.311	8.568	7.122	6.427	6.003	5.503	-8%
Nova Iguaçu	93.243	80.071	82.833	67.666	55.505	45.397	41.466	43.419	39.199	46.108	49.052	-47%
Queimados	589	1.861	1.320	7.437	10.811	10.938	10.336	10.385	10.174	11.335	10.558	1693%
R.de Janeiro	233.950	258.028	265.389	251.499	263.725	252.316	230.453	203.601	204.164	209.778	196.083	-16%
S. J. de Meriti	23.154	23.392	19.708	24.327	28.275	26.359	23.915	23.489	23.617	21.795	19.915	-14%
Total	410.460	431.062	442.928	440.059	454.300	430.370	399.389	371.739	371.516	380.918	357.003	-13%

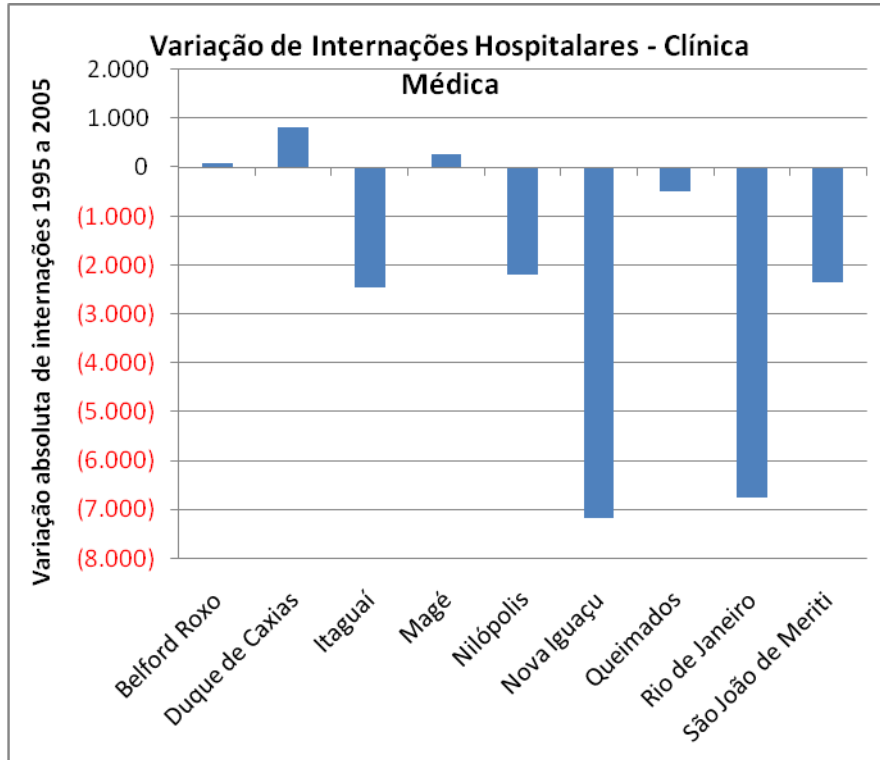
Fonte: SIH – DATASUS.

Gráfico 9 - Evolução das internações hospitalares

Fonte: SIH – DATASUS.

Em relação às internações em clínica médica, verifica-se diminuição de 19% entre 1995 e 2005. Chamam a atenção os municípios de Queimados e Nilópolis, que diminuíram as internações nessa especialidade em 87% e 62%, respectivamente.

Gráfico 10 - Variação das internações hospitalares em Clínica Médica e por município, 1995 – 2005

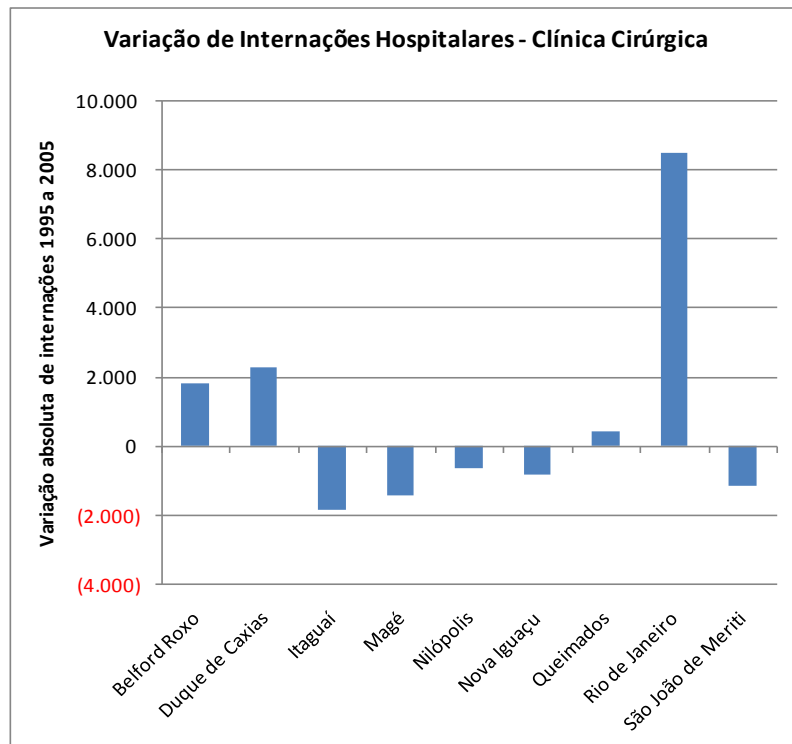


Fonte: Gráfico elaborado a partir de TABWINSIH/DATASUS/SE/MS.

Em relação à clínica cirúrgica, houve aumento de 7% das internações. Ressalte-se que nesse período o Ministério implantou o projeto de mutirão de cirurgias eletivas.

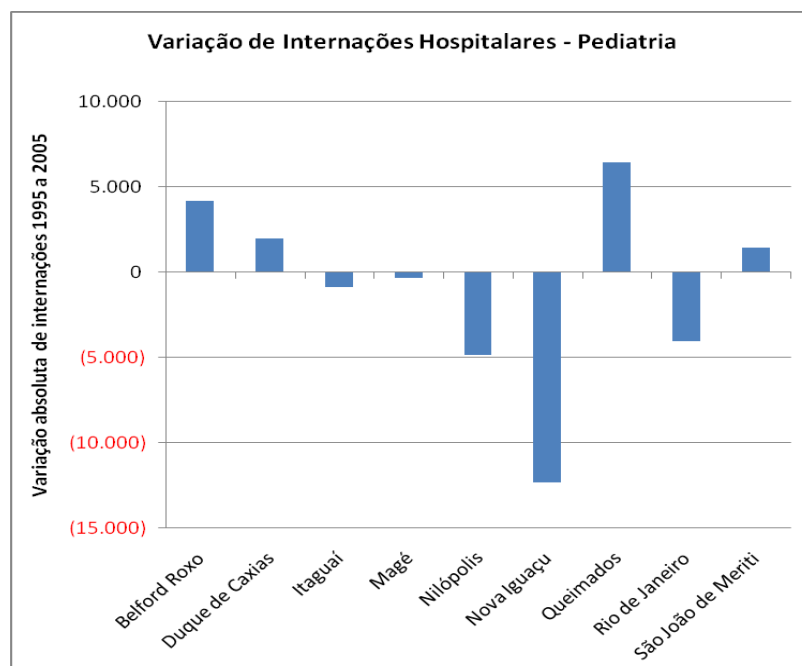
Quanto à pediatria, a diminuição foi de 12% em relação a 1995. Nilópolis não registrou nenhuma internação em 2005 e Itaguaí e Nova Iguaçu diminuíram em 72% e 50% suas internações, respectivamente.

Gráfico 11 - Variação das internações hospitalares em clínica cirúrgica por município 1995-2005



Fonte: Gráfico elaborado a partir de TABWIN-SIH/DATASUS.

Gráfico 12 - Variação das internações em pediatria 1995-2005



Fonte: Gráfico elaborado a partir de TABWIN/SIH/DATASUS/

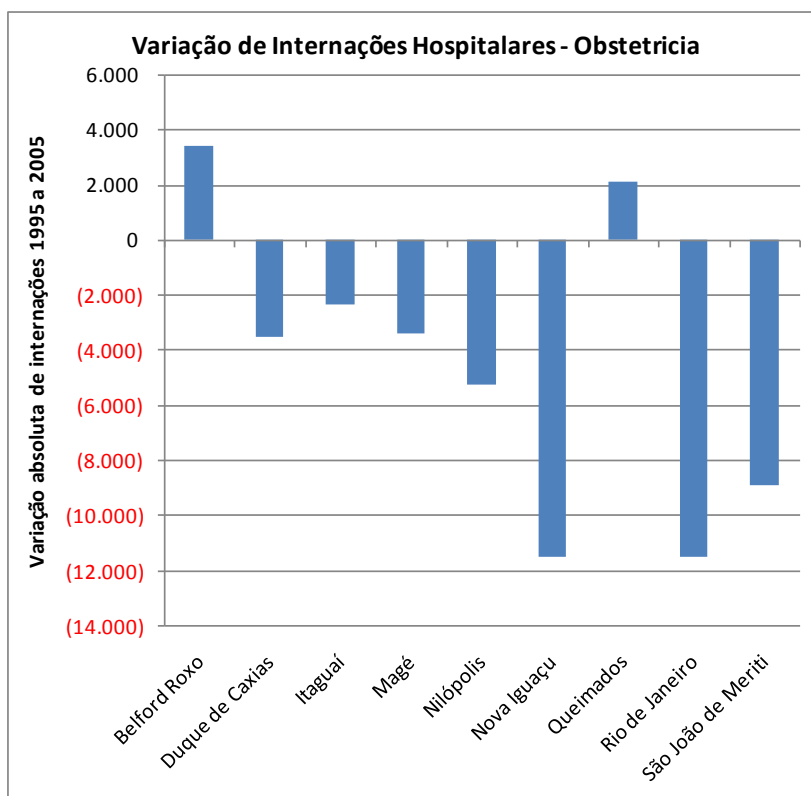
A obstetrícia foi a especialidade que apresentou a maior diminuição das internações, 28,6%, em todos os municípios com exceção de Belfort Roxo e Queimados. (Tabela XVIII)

Tabela XVIII - Internações hospitalares em obstetrícia 1995-2005

Município	Obstetrícia		Variação
	1.995	2.005	
Belford Roxo	2.001	5.372	168,5%
Duque de Caxias	12.399	8.847	-28,6%
Itaguaí	3.074	688	-77,6%
Japeri	1.267	1.425	12,5%
Magé	5.877	2.453	-58,3%
Nilópolis	6.606	1.349	-79,6%
Nova Iguaçu	21.290	9.769	-54,1%
Queimados	1.514	3.626	139,5%
Rio de Janeiro	74.640	63.110	-15,4%
São João de Meriti	14.633	5.718	-60,9%
Total	143.301	102.357	-28,6%

Fonte: TABWIN/SIH/DATASUS/

Gráfico 13 - Variação das internações hospitalares em obstetrícia



Fonte: TABWIN/SIH/DATASUS/

4.3 - Fluxo de pacientes

Os dados até aqui apresentados, inclusive os dados gerais sobre as internações no período, não permitem, por si só, responder à questão proposta sobre o atendimento básico hospitalar aos pacientes em seu local de residência. Para avançar nessa questão, optou-se por selecionar três procedimentos que demandam internação para estudar o fluxo de pacientes, que, associado à capacidade instalada, permite inferir o grau de resposta do município às necessidades de cuidados de saúde de seus munícipes.

Os procedimentos escolhidos para análise foram: partos, pneumonia para crianças e idosos e a herniorrafia inguinal. Essa seleção foi norteadada pelas 15 principais causas de internação na METRO I para o ano de 2005.

Fluxo de Partos

A Política do Ministério da Saúde preconiza que as mulheres, ao iniciarem o pré-natal, já conheçam o local de seu parto e que este seja preferencialmente próximo a sua residência.

A tabela XIX demonstra que, em 1995, Itaguaí, Japeri, Magé, São João do Meriti e a capital apresentavam baixo índice de evasão¹³ (menos de 20%) de internações por parto de mulheres residentes. Duque de Caxias, Nilópolis e Nova Iguaçu apresentaram percentuais, em 1995, maiores que 50%. As parturientes de Belford Roxo e Queimados não eram internadas em seus municípios de residência; as munícipes de Belford Roxo eram atendidas em Nova Iguaçu e as de Queimados, em Japeri.

13 O indicador de evasão corresponde ao percentual de residentes em um município que se interna em outros municípios, em relação ao total dos residentes que foram internados.

Tabela XIX - Percentual de invasão e evasão de internações por partos (vaginais e cesáreos) nos municípios da Região Metropolitana, 1995-2005

Municípios	% invasão de internações		% evasão de internações	
	1995	2005	1995	2005
Belford Roxo	97,49	34,01	97,56	42,59
D. de Caxias	24,06	11,73	43,63	34,48
Itaguaí	21,87	24,38	2,84	13,7
Japeri	72,41	26,39	8,42	14,75
Magé	6,41	5,43	0,91	17,79
Nilópolis	72,83	33,87	22,03	38,27
N. Iguaçu	13,26	15,23	36,02	35,6
Queimados	99,82	49,59	98,17	26,64
R. Janeiro	3,9	11,64	6,56	3,1
S.J. Meriti	40,44	35,87	17,49	31,63

Fonte: SIH/DATASUS.

Em 1995, Rio de Janeiro, Japeri, Magé e Itaguaí retinham mais de 90% das suas parturientes. Em contraste, Belford Roxo e Queimados só atendiam, respectivamente, 2,44% e 1,83% de suas munições. Já em 2005, essa situação se altera e apenas o Rio de Janeiro mantém proporção superior a 90% no parto de suas residentes. Em contrapartida, os piores municípios em 1995, Belford Roxo e Queimados, melhoram radicalmente sua capacidade de absorver suas parturientes, apresentando proporção de 57,41% e 96,90%, respectivamente, do total das internações por parto de suas residentes.

Em 2005, há um aumento proporcional de encaminhamento para o município do Rio de Janeiro de todos os municípios da Baixada Fluminense, à exceção de Japeri.

Tabela XX- Proporção de internações por partos (vaginais e cesáreos) municípios METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995

Município de residência	Município de internação										
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Nilópolis	N. Iguaçu	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo	2,44	0,88		0,75		0,13	94,24		1,19	0,38	100,00
D. de Caxias		56,37			3,97	17,2	1,63		17,59	3,25	100,00
Itaguaí			97,16				0,49		2,29	0,05	100,00
Japeri				91,58		0,37	6,23	0,73	1,1		100,00
Magé		0,05			99,04				0,91		100,00
Nilópolis	0,06	0,19				77,97	15,5	0,06	2,39	3,81	100,00
N. Iguaçu	7,23	0,17	0,05	2,63		8,59	63,98	5,46	2,16	9,73	100,00
Queimados				93,58			0,92	1,83	3,67		100,00
R. Janeiro		0,06	0,98	0	0,01	0,61	0,12	0	93,44	4,78	100,00
S.J. Meriti	0,32	12,2				1,24	0,97	0,02	2,73	82,51	100,00

Fonte: SIH/DATASUS.

Tabela XXI- Proporção de internações por partos (vaginais e cesáreos) municípios METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005

Município de residência	Município de internação										
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Nilópolis	N. Iguaçu	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo	57,41	4,74		0,06	0,04		14,74	1,01	11,77	10,22	100
D. de Caxias	1,09	65,52			1,07		0,13	0,03	30,46	1,69	100
Itaguaí	0,22		86,3						13,48		100
Japeri				85,25			0,68	13,6	0,48		100
Magé		7,92			82,21				9,87		100
Mesquita	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	100
Nilópolis	7,7	0,22				61,73	7,03	1,57	16,82	4,93	100
N. Iguaçu	9,99	0,09	0,06	1,45		2,79	64,4	11,65	8,63	0,94	100
Queimados	5,08			8,57			8,98	73,36	3,9	0,1	100
R. Janeiro	0,32	0,13	0,25		0	0,23	0,06	0,02	96,9	2,08	100
S.J. Meriti	3,35	6,16		0,02		0,86	0,86	0,21	20,16	68,37	100
Seropédica			61,54	15,38					23,08		100

Fonte: Datasus/MS

Fonte: SIH/DATASUS.

Um resumo desta análise pode ser observado nos mapas abaixo, relativos aos fluxos de internações por parto, em 1995 e 2005. Na visualização do mapa, os círculos brancos dizem respeito à proporção de mulheres grávidas atendidas em seu próprio município de origem; enquanto o preenchimento em vermelho indica a evasão das parturientes para outros municípios.

FIGURA 3

FLUXO DA FREQUÊNCIA DA AIH (PARTOS) - MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 1995

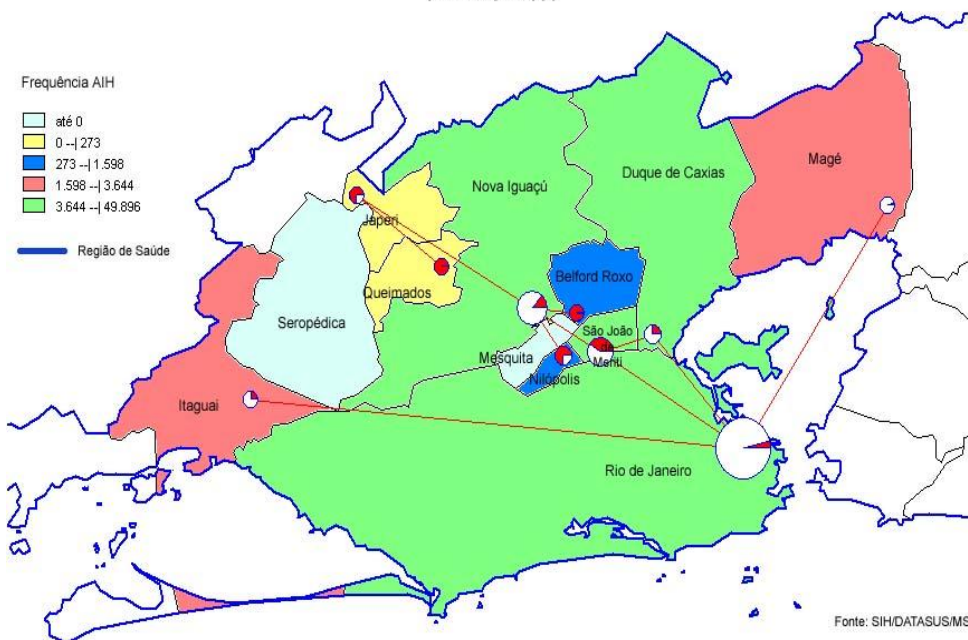


FIGURA 4

FLUXO DA FREQUÊNCIA DA AIH (PARTOS) - MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 2005



As internações por parto nos hospitais públicos aumentaram no período, com exceção de Magé, que reduziu o quantitativo tanto na rede pública quanto privada.

Duque de Caxias, Itaguaí e Nilópolis concentraram todos os partos realizados em 2005 na rede pública.

As internações no setor privado diminuiram nos municípios de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São João de Meriti. A variação em Nova Iguaçu entre 1995 e 2005 foi da ordem de 70%, na capital, de 32% e em São João, de 56%.

Belford Roxo, Japeri e Queimados, que dependem exclusivamente de capacidade instalada privada, aumentaram as internações por parto nesses dez anos.

Tabela XXII- Proporção de internações por parto (vaginais e cesáreos) nos Municípios da Região Metropolitana I, segundo município de internação e tipo de prestador, 1995 – 2005

Municípios	1995			2005		
	Públicos	Privados	TOTAL	Públicos	Privados	TOTAL
Belford Roxo	-	100	100	-	100	100
D. de Caxias	61,16	38,84	100	100		100
Itaguaí	-	100	100	100	-	100
Japeri	-	100	100		100	100
Magé	66	34	100	99,07	0,93	100
Nilópolis	28	72	100	100		100
N. Iguaçu	-	100	100	47,74	52,26	100
Queimados	-	100	100	-	100	100
R. Janeiro	58,77	41,24	100	72,57	27,43	100
S.J. Meriti	-	100	100	-	100	100
Total	35,44	60,53	100	61,41	38,59	100

Fonte: SIH/DATASUS.

Os dados indicam que houve uma piora relativa no atendimento das gestantes em seus municípios de residência, em 2005 em relação a 1995. Mostram, por conseguinte, um aumento no encaminhamento a outros municípios da METRO I, em especial para o município do Rio de Janeiro.

Fluxo Pneumonias em Menores de 15 Anos

Pneumonias em crianças tendem a ser eventos de urgência, em função dos sintomas clínicos, como febre alta. A porta de entrada, geralmente, é a urgência de ambulatorios e hospitais, além de unidades de atendimento contínuo em 24 horas.

A partir deste primeiro contato no âmbito do SUS, as crianças portadoras de pneumonia tendem a ser internadas devido a condições clínicas e sociais. É de se

esperar que a internação se dê nas cidades de residência do paciente, de modo que a família possa acompanhar a criança, atendendo aos princípios de humanização do cuidado.

Na tabela XXIII, observa-se o indicador de evasão para os diversos municípios que compõem a Região Metropolitana I. Os municípios com maior fixação no local de residência dos pacientes foram, em 1995, a capital (5,68%), Itaguaí (1,94%), Magé (5,26%) e Queimados (9,52%).

Tabela XXIII- Percentual de invasão e evasão de internações por pneumonias em menores de 15 anos nos municípios da Região Metropolitana I, 1995 – 2005

Municípios	% invasão de internações	% invasão de internações	% evasão de internações	% evasão de internações
	1995	2005	1995	2005
Belford Roxo	97,94	27,42	46,43	28,34
D. de Caxias	7,24	19,93	81,07	61,87
Itaguaí	10,15	32,26	1,94	6,67
Japeri	100	12,5	100	98,04
Magé	3,74	4,51	5,26	18,59
Mesquita	0	0	100	100
Nilópolis	86,04	100	13,48	100
N. Iguaçu	7,22	14,97	32,28	28,19
Queimados	100	48,03	9,52	5,12
R. Janeiro	5,84	10,37	5,68	9,83
S.J. Meriti	43,27	47,21	16,39	8,37
Seropédica	0	0	100	100

Fonte: SIH/DATASUS.

Passados dez anos, este indicador melhorou na maioria dos municípios, exceto em Itaguaí, Magé, Nilópolis, Rio de Janeiro. Mesquita e Seropédica permaneceram sem oferta de leitos para internação.

Setenta e quatro por cento das crianças de Duque de Caxias eram internadas, em 1995, nos municípios de Nilópolis, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. Em 2005, Nilópolis, que deixou de internar suas próprias crianças, foi substituída na rota assistencial de Duque de Caxias por São João de Meriti. As crianças de Japeri foram encaminhadas, em 1995, na sua totalidade para a capital (67,00) e São João de Meriti (33%); já em 2005, 94% foram internadas em serviços localizados em Queimados. Em 2005, Magé absorveu 81% da demanda, o restante foi atendido no município da capital, São João de Meriti e Duque de Caxias; 93% das crianças de

Nilópolis portadoras de pneumonia foram atendidas, em 2005, na capital, em Nova Iguaçu e em São João de Meriti.

Excetuando-se Nilópolis, que internou apenas uma criança em 2005, nos demais municípios houve aumento do uso de leitos para internações por pneumonia em crianças de outros municípios da Região Metropolitana I, ampliando o leque de municípios demandantes. (Tabela XXV)

Tabela XXIV- Proporção de internações por pneumonias em menores de 15 anos nos municípios da METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995

Município de residência	Município de internação										
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Nilópolis	N. Iguaçu	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo	53,57					17,86	10,71		14,29	3,57	100
D. de Caxias		18,93			0,94	24,16	34,63		14,5	6,85	100
Itaguaí			98,06						1,94		100
Japeri									67	33	100
Magé		0,53			94,74				4,74		100
Nilópolis	1,12	0,56				86,52	2,25		4,49	5,06	100
N. Iguaçu	11,91		0,07	0,03		8,79	67,72	0,02	1,34	10,12	100
Queimados						90,48			9,52		100
R. Janeiro		0,04	0,78			2,8	0,07		94,32	1,99	100
S.J. Meriti		0,59				7,65	3,95		4,2	83,61	100

Fonte: SIH/DATASUS.

Tabela XXV - Proporção de internações por pneumonias em menores de 15 anos nos municípios da METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005

Município de residência	Município de internação										
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Nilópolis	N. Iguaçu	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo	71,66	3,28					6,85	0,14	3,94	14,12	100
D. de Caxias	0,74	38,13			0,32		15,4	0,21	6,33	38,87	100
Itaguaí			93,33						5,56	1,11	100
Japeri	0,28			1,96			0,28	94,13	3,35		100
Magé	0,64	1,28			81,41				13,46	3,21	100
Nilópolis	4,76	0,95					25,71	0,95	10,48	57,14	100
N. Iguaçu	13,29		0,13	0,03		0,03	71,81	10,57	2,6	1,56	100
Queimados		0,12					0,23	94,88	4,3	0,47	100
R. Janeiro	0,21	1,49	0,42				0,02		90,17	7,69	100
S.J. Meriti	1,91	2,3					0,98	0,11	3,06	91,63	100
Seropédica			89,47						10,53		100

Um resumo dos percursos percorridos pelos pacientes pode ser visualizado nos mapas a seguir:

FIGURA 5

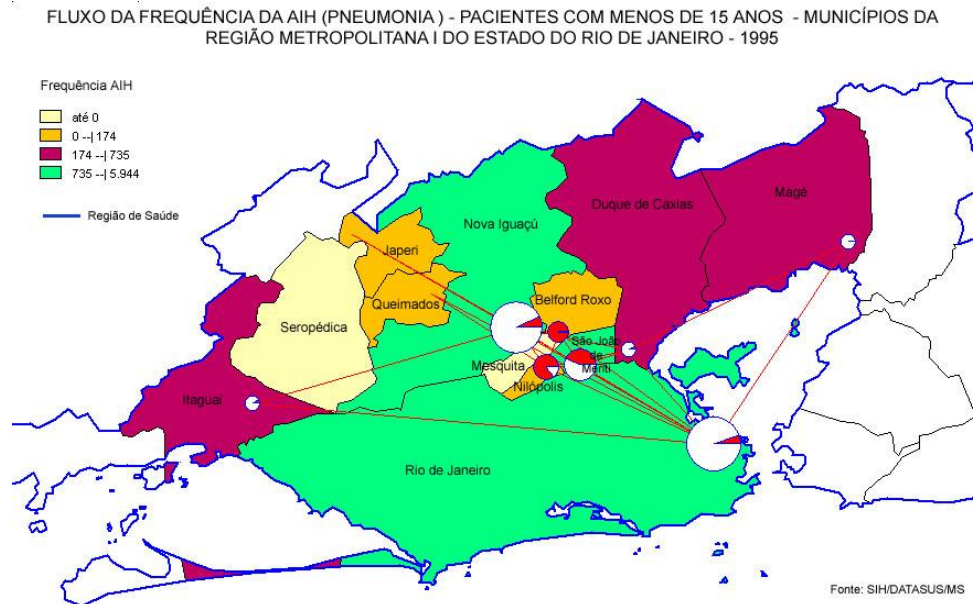
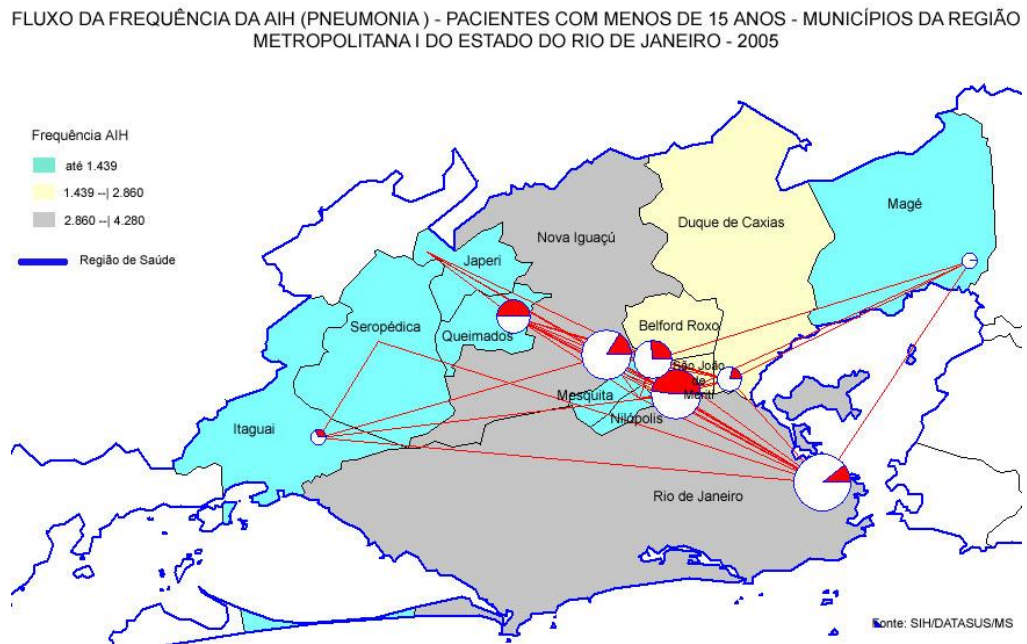


FIGURA 6



As internações por pneumonias em crianças aumentaram nos hospitais públicos na maioria dos municípios – Duque de Caxias, Itaguaí, Rio de Janeiro e Magé – concentraram as internações nos leitos públicos.

Dos municípios que dependiam dos leitos privados para execução deste procedimento – Belford Roxo, Itaguaí, Japeri, Nilópolis, Queimados e São João de

Meriti –, ocorreu mudança na distribuição segundo a natureza jurídica do prestador apenas em Itaguaí.

Tabela XXVI - Proporção de internações por pneumonias em menores de 15 anos nos Municípios da METRO I, segundo município de internação e por prestador, 1995 – 2005

Município de residência	1995			2005		
	Hospitais Públicos	Hospitais privados	Total	Hospitais Públicos	Hospitais privados	Total
Belford Roxo		100	100		100	100
D. de Caxias	94,74	5,26	100	100		100
Itaguaí		100	100	100		100
Japeri		100	100		100	100
Magé	94,65	5,35	100	98,5	1,5	100
Nilópolis		100	100	100		100
N. Iguaçu		100	100	5,59	94,41	100
Queimados		100	100		100	100
R. Janeiro	68,94	31,06	100	99	1	100
S.J. Meriti		100	100		100	100
Total	22,9	73,44	100	36,03	63,97	100

Fonte: SIH/DATASUS.

Fluxo Pneumonia em Pacientes com mais de 60 anos

Na tabela XXVII, observa-se o indicador de evasão para os diversos municípios que compõem a Região Metropolitana I. Os municípios com maior fixação no local de residência dos pacientes foram, em 1995, a capital (2,20%), Itaguaí (1,79%) e Magé (0,63%). Os municípios que apresentaram taxa de evasão de internações de pessoas com mais de 60 anos com pneumonia superior a 50% foram Belford Roxo (100,00) e Queimados (100,00), o que demonstra que a oferta de leitos clínicos satisfazia, em parte, as necessidades. Nova Iguaçu encaminhava quase metade dos pacientes, com taxa de 45%.

Tabela XXVII - Percentual de invasão e evasão de internações por pneumonias em maiores de 60 anos nos municípios da Região Metropolitana I, 1995 – 2005

Municípios	% invasão de internações	% invasão de internações	% evasão de internações	% evasão de internações
	1995	2005	1995	2005
Belford Roxo	0	0	100	93,88
D. de Caxias	6,61	12,95	36,87	28,57
Itaguaí	9,84	9,3	1,79	4,88
Japeri	67,35	34,33	20	0
Magé	3,66	14,81	0,63	5,29
Nilópolis	63,73	40,63	24,49	19,15
N. Iguaçu	7,76	1,36	44,81	22,5
Queimados	100	0	100	100
R. Janeiro	5,35	7,07	2,2	0,73
S.J. Meriti	38,22	48,44	11,94	60,24

Fonte: SIH/DATASUS

Passados dez anos, este indicador melhorou na maioria dos municípios, exceto em Itaguaí, Magé, e S.J. Meriti.

Em 1995, os portadores de pneumonia com mais de 60 anos, residentes em Belford Roxo, eram internados em Nova Iguaçu e na capital. Já em 2005, esta distribuição geográfica sofreu modificações: 6% permaneceram no seu município de residência e os demais foram internados em outras localidades, principalmente na capital (35%) e Duque de Caxias (33%). (TABELAS XXVIII e XXIX)

A mesma mudança de rota assistencial ocorreu em Queimados nos dez anos considerados. Em 1995, de Queimados para Japeri (50%), Nilópolis (25%) e Nova Iguaçu (25%); em 2005, para Japeri (36%), São João de Meriti (208%) e Rio de Janeiro (28%).

O principal fluxo de internação de pneumonias em pessoas com mais de 60 anos no município de São João de Meriti foi, nos dez anos estudados, a capital. O que mudou foi a capacidade de o município reter seus próprios munícipes: em 1995, 88%, e em 2005, 40%.

A dinâmica das internações por pneumonias no grupo etário considerado ocorridas na Região Metropolitana I, em 1995 e 2005, pode ser mais bem analisada considerando-se o local do atendimento. Percebe-se que em 2005, a maioria dos

municípios mostrou tendência a internar mais de 50% dos seus casos nos serviços de saúde do próprio município. Os municípios que apresentaram melhorias na oferta deste tipo de procedimento foram: Belford Roxo, Japeri, Nilópolis e São João de Meriti. Ao que parece, a interdependência entre os municípios quanto a internações, como verificado na análise do fluxo de pacientes pediátricos portadores de pneumonia, não é tão aparente.

Tabela XXVIII - Proporção de internações por pneumonias em maiores de 60 anos nos municípios da Região METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995

Município de residência	Município de internação										
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Nilópolis	N. Iguaçú	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo							50		50		100
D. de Caxias		63,13			3,35	0,56	2,23		19,55	11,17	100
Itaguaí			98,21						1,79		100
Japeri				80			20				100
Magé					99,37				0,63		100
Nilópolis						75,51	4,08		16,33	4,08	100
N. Iguaçú		0,55		8,47		14,21	55,19	4,1	5,46	12,02	100
Queimados				50		25	25				100
R. Janeiro		0,35	0,43			0,64	0,28		97,8	0,5	100
S.J. Meriti		0,75				1,49	0,75		8,96	88,06	100

Fonte: SIH/DATASUS

Tabela XXIX - Proporção de internações por pneumonias em maiores de 60 anos nos municípios da Região METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 2005

Município de residência	Município de internação										
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Nilópolis	N. Iguaçú	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo	6,12	32,65		4,08	2,04		4,08		34,69	16,33	100
D. de Caxias		71,43			9,16				16,12	3,3	100
Itaguaí			95,12						4,88		100
Japeri				100							100
Magé					94,71				5,29		100
Nilópolis		2,13				80,85	2,13		14,89		100
N. Iguaçú		0,36	0,36	4,29		5	77,5		11,07	1,43	100
Queimados				36	8				28	28	100
R. Janeiro		0,24				0,34			99,27	0,15	100
S.J. Meriti		7,23				6,02			46,99	39,76	100

Fonte: SIH/DATASUS

Um resumo dessa análise pode ser observado nos mapas abaixo relativo aos fluxos de internação entre 1995 e 2005.

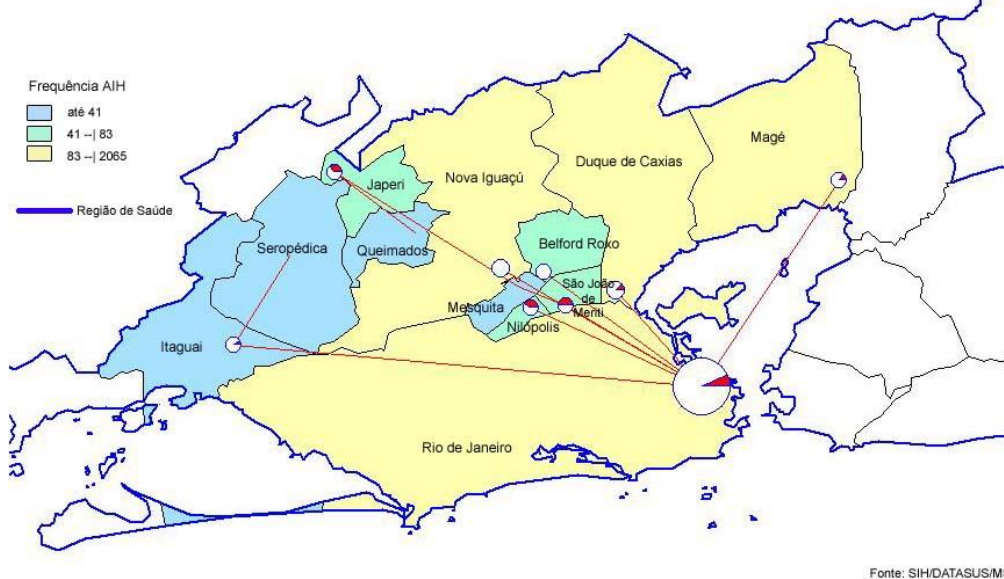
FIGURA 7

FLUXO DA FREQUÊNCIA DA AIH (PNEUMONIA) - PACIENTES COM 60 ANOS E MAIS - MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 1995



FIGURA 8

FLUXO DA FREQUÊNCIA DA AIH (PNEUMONIA) - PACIENTES COM 60 ANOS E MAIS - MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 2005



As internações por pneumonias em pessoas com mais de 60 anos aumentaram nos hospitais públicos na maioria dos municípios. Belford Roxo, Duque

de Caxias, Itaguaí, Nilópolis, e Nova Iguaçu concentraram as internações nos leitos públicos. Japeri, Magé e São João de Meriti continuaram a depender dos leitos privados para execução deste procedimento.

Tabela XXX - Proporção de internações por Pneumonias em maiores de 60 anos nos Municípios da Região METRO I, segundo município de internação, por prestador, 1995-2005

Municípios	1995			2005		
	Hospitais públicos	Hospitais privados	Total	Hospitais públicos	Hospitais privados	Total
Belford Roxo	0	0	0	100		100
D. de Caxias	15,7	84,3		100		100
Itaguaí	31,15	68,85	100	95,35	4,65	100
Japeri		100	100		100	100
Magé	28,66	71,34	100	11,11	88,89	100
Nilópolis	23,53	76,47	100	100		100
N. Iguaçu		100	100	99,09	0,91	100
Queimados		100	100	0	0	0
R. Janeiro	50,83	49,18	100	81,87	18,13	100
S.J. Meriti		100	100		100	100
Total	29,33	62,65	100	77,18	22,82	100

Fonte: SIH/DATASUS

Fluxo Herniorrafia

As cirurgias por hérnia são, em geral, de natureza eletiva, com decisão e aprazamento definidos pelo paciente e pelo médico. O estrangulamento herniário, menos frequente, exige tratamento imediato, de urgência. Assim, a tendência é que as cirurgias sejam feitas nos próprios municípios onde residem os pacientes.

Na tabela XXXI, observa-se o indicador de evasão para os diversos municípios que compõem a METRO I. Os municípios com maior fixação no local de residência dos pacientes foram, em 1995, a capital (2,26%), Itaguaí (2,45%), Magé (6,94%), Nilópolis (21,85%) e Nova Iguaçu (22,72%).

Duque de Caxias, Japeri, Queimados e Belford Roxo apresentaram evasão de seus cidadãos superior a 50%, situação que melhorou ao final de dez anos, ao contrário dos demais municípios.

Tabela XXXI- Percentual de invasão e evasão de internações por herniorrafias nos municípios da METRO I, 1995 – 2005

Municípios	% invasão de internações		% evasão de internações	
	1995	2005	1995	2005
Belford Roxo	0	61,52	100	75,17
D. de Caxias	42,19	21,48	79,21	41,94
Itaguaí	28,93	5,71	2,45	56,58
Japeri	87,5	72,48	57,14	17,89
Magé	3,59	2,17	6,94	64,57
Nilópolis	35,52	22,22	21,85	94,24
N. Iguaçu	2,77	36,15	22,72	45,1
Queimados	100	8	100	60,12
R. Janeiro	7,56	21,55	2,26	1,13
S.J. Meriti	18,23	27,03	42,49	93,6

Fonte:SIH/ DATASUS

Duque de Caxias, Japeri, São João de Meriti e Belford Roxo encaminhavam para a capital; Queimados para Japeri, que cobria 42% de seus municípios derivando o restante para Nova Iguaçu e Rio de Janeiro.

Dez anos depois, São João de Meriti, Nova Iguaçu, Nilópolis, Magé e Itaguaí passaram a reter menos os seus pacientes necessitados de herniorrafias. Além da referência para a capital, os municípios da Baixada Fluminense se utilizam de seus vizinhos próximos, estabelecendo rotas assistenciais: Nilópolis para Belford Roxo, Nova Iguaçu para Japeri, um ex-distrito, São João de Meriti para Duque de Caxias.

A proporção de pessoas residentes em outros municípios e internadas na capital (índice de invasão) para a realização de herniorrafias aumentou quase 200% entre 1995 e 2005. Belford Roxo, Nova Iguaçu e São João de Meriti também tiveram seus leitos ocupados por pacientes de outros municípios.

Tabela XXXII- Proporção de internações por herniorrafias nos municípios da Região METRO I, segundo município de residência, por município de internação, 1995

Município de residência	Município de internação										
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Nilópolis	N. Iguaçu	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo		7,14		7,14			7,14		78,57		100
D. de Caxias		20,79			2,81	0,56	1,12		73,6	1,12	100
Itaguaí			97,55				0,98		1,47		100
Japeri				42,86			14,29		42,86		100
Magé					93,06				6,94		100
N. Iguaçu		0,19	0,38	1,25		5,47	77,28	2,4	11,7	1,34	100
Queimados				100							100
R. Janeiro		0,02	1,55		0,02	0,14	0,18	0,02	97,74	0,32	100
S.J. Meriti		8,06					1,1		33,33	57,51	100

Fonte: SIH/DATASUS

Tabela XXXIII- Proporção de internações por Herniorrafias nos Municípios da Região Metropolitana I, segundo município de residência, por município de internação, 2005

Município de residência	Município de internação											
	Belford Roxo	D. de Caxias	Itaguaí	Japeri	Magé	Mesquita	Nilópolis	N. Iguaçu	Queimados	R. Janeiro	S.J. Meriti	Total
Belford Roxo	24,83	4,56		1,69				38,01	0,17	30,41	0,34	100
D. de Caxias		58,06			0,12			0,25		41,44	0,12	100
Itaguaí		3,95	43,42							52,63		100
Japeri				82,11				4,07	1,63	12,2		100
Magé		5,51			35,43					59,06		100
Nilópolis	64,61	0,41		0,82			5,76	4,12	0,41	23,46	0,41	100
N. Iguaçu	3,67	0,47		16,85			0,28	54,9	0,47	23,07	0,28	100
Queimados	4,62			14,16				15,9	39,88	25,43		100
R. Janeiro	0,04	0,9	0,02				0,02	0,04	0,04	98,87	0,06	100
S.J. Meriti	4,98	9,48	0,24	3,55				7,35	0,24	67,77	6,4	100
Seropédica		6,25		68,75						25		100

Fonte: SIH/DATASUS

Um resumo do percurso percorrido pelos pacientes pode ser visualizado nos mapas abaixo:

FIGURA 9

FLUXO DA FREQUÊNCIA DA AIH (HERNIORRAFIAS) - MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 1995

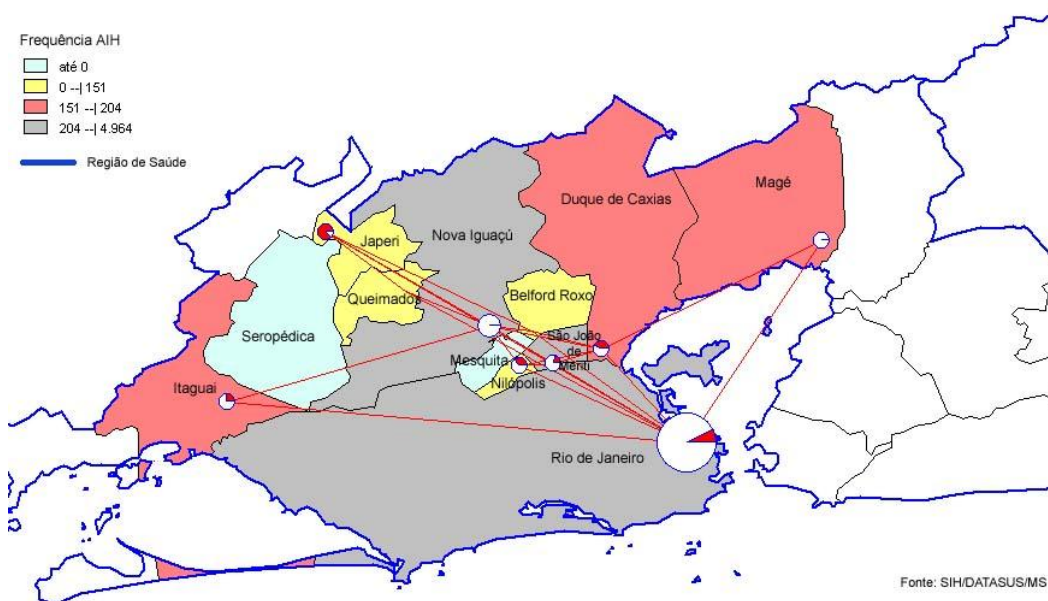
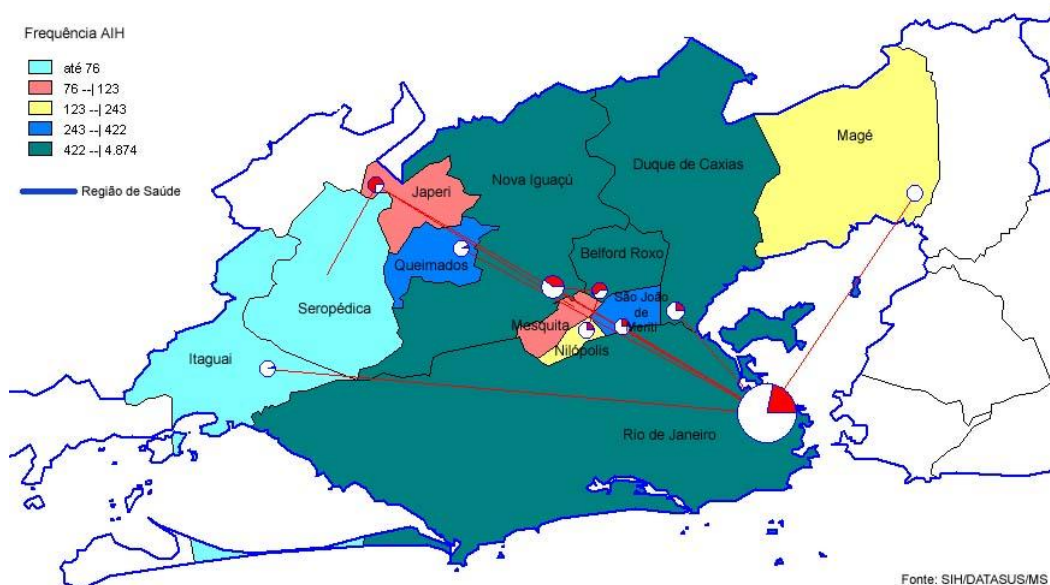


FIGURA 10

FLUXO DA FREQUÊNCIA DA AIH (HERNIORRAFIAS) - MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - 2005



As internações por herniorrafias aumentaram nos hospitais públicos na maioria dos municípios, com exceção de Belford Roxo, Japeri, Queimados e São João de Meriti. Duque de Caxias, Itaguaí, Rio de Janeiro, Nilópolis e Magé

concentraram as internações nos leitos públicos – nestes dois últimos municípios houve diminuição das internações.

Dos municípios que dependiam dos leitos privados para execução deste procedimento – Itaguaí, Queimados, Japeri e São João de Meriti –, apenas Itaguaí mudou, nesses dez anos, a distribuição segundo a natureza jurídica do prestador. Também ocorreu diminuição das internações para cirurgias de hérnias nos hospitais privados no município de Duque de Caxias.

O incremento na utilização de leitos privados em Nova Iguaçu correspondeu a 30%.

Tabela XXXIV - Proporção de internações por herniorrafias nos municípios da Região METRO I, segundo município de internação por prestador, 1995 – 2005

Municípios	1995			2005		
	Hospitais Públicos	Hospitais privados	Total	Hospitais Públicos	Hospitais privados	Total
Belford Roxo	0	0	0		100	100
D. de Caxias	64,06	35,94	100	72,99	27,01	100
Itaguaí		100	100	60	40	100
Japeri		100	100		100	100
Magé	58,08	41,92		100		100
Mesquita	0	0	0	0	0	0
Nilópolis	20,22	79,78		100		100
N. Iguaçu		100	100	12,05	87,95	100
Queimados		100	100		100	100
R. Janeiro	75,71	24,29	100	76,57	23,43	100
S.J. Meriti.		100	100		100	100
Seropédica	0	0	0	0	0	0
Total	42,96	37,04	100	61,4	38,6	100

Fonte:SIH/ DATASUS

4.4 - Articulação intermunicipal: análise das Atas da CIB

No período considerado, foram analisadas 62 atas de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite, selecionadas por abordarem o tema “assistência hospitalar”, distribuídas ano a ano como segue: 11 (1999), 10 (2000), 11 (2001), 8 (2002), 5 (2003), 7 (2004) e 10 (2005). As atas de reuniões ocorridas entre 1995 e 1998 não estão disponíveis em meio digital.

A CIB-RJ foi instituída em 1993, como decorrência da Norma Operacional 01/93, formada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), caracterizando-se como instância de negociação e decisão do SUS no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e tendo, como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias municipais e estadual de governo. (CIB-RJ, 1997).

Criada oficialmente em 12 de julho de 1993, através da Resolução nº 855, da Secretaria de Estado de Saúde do RJ (SES/RJ), suas reuniões só começaram a ocorrer de forma regular e periódica a partir de junho de 1994, por intervenção direta do Ministério da Saúde, devido às resistências iniciais da SES/RJ à implantação da CIB no estado. No caso particular do Estado do Rio de Janeiro, devido à grande importância da rede de serviços públicos federais existentes (principalmente no âmbito hospitalar), a CIB/RJ conta com a participação regular de um representante do Ministério da Saúde desde 1995, que participa das reuniões com direito a voz, porém sem direito a voto.

Utilizando-se como descritores “central de regulação”, “consórcio intermunicipal” e “Região Metropolitana”, foram identificadas as discussões mantidas sobre os temas referentes ao nosso objeto de estudo.

A integração regional foi vista, em reunião da CIB ocorrida em 2000, como fator estratégico para superar as desigualdades dos sistemas de saúde, através do planejamento ascendente, com participação dos municípios. A iniciativa surge a partir do MS, visando a discutir a necessidade de regionalização e como decorrência, a realização de seminário para estruturação do planejamento regional, com objetivo de elaborar os diagnósticos necessários para a organização desse projeto.

O processo de estímulo à regionalização prossegue com a implementação da NOAS/2001. Neste momento, a CIB discute a configuração regional, de acordo com a Portaria MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, que servirá de base territorial para o planejamento da atenção à saúde, e na qual ocorreram mudanças significativas, como por exemplo, a inclusão de Silva Jardim na Região da Baixada Litorânea e a entrada do município de Paracambi na região Centro-Sul.

Considerando o descritor “consórcio intermunicipal”, não há qualquer referência nas atas da CIB à criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF), em 2000. A única referência ao consórcio da Região Metropolitana ocorreu em 2003:

“Dr. Mauro Marzochi informou que será realizada uma reunião amanhã com as principais representações do Rio de Janeiro, quais sejam, secretário Gilson pelo estado, Dr. Carlos Alberto pelo CONASEMS, a representação do COSEMS, representante NERJ, para que discutam no MS a questão metropolitana, e isso em decorrência da situação de sobrecarga pela qual está passando toda a rede municipal, aliás, todo o Sistema de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, por diferentes motivos. Explicou que essa conversa com o Ministério tem por finalidade organizar uma espécie de monitoramento, para que o próprio Ministério ajude a SES, não só a pactuação da NOAS, o Consórcio metropolitano, mas que também tire do Ministério o compromisso de maior investimento dos seus próprios federais, dos Hospitais Universitários, assim como cumpra através de convênio, como foi combinado na municipalização dos hospitais federais, os recursos para a reposição de recursos humanos os quais não tem sido cumpridos.” (CIB-RJ,2003)

Em 1999, o representante do COSEMS sugeriu a implantação de um projeto modificando a gestão do Hospital Estadual Pedro II com a participação de outros municípios, tornando-se, assim, um centro de referência Intermunicipal. Não houve prosseguimento desta proposta de consórcio, apesar do Secretário Estadual ter concordado com a mesma.

Sob o tema descritor “Central de Regulação”, em 1999 a CIB aprovou projeto de Rede de Centrais de Regulação, com ressalvas sobre a importância da definição do financiamento dos recursos humanos, a constituição do Comitê para implantação da Rede de Centrais, que seria composto por representantes da SES, do COSEMS, de dois municípios, do PRODERJ e do DATASUS, bem como assinalando a necessidade de ser marcada uma data para a 1ª Reunião dos municípios pólos da Rede de Centrais de Regulação. Na 8ª Reunião Ordinária, a propósito de projeto para elaboração de um mapeamento dos pólos de internação existentes no Estado e seus respectivos perfis de internação, foi informado que as Centrais de Regulação favoreceriam a obtenção de informações para a organização da alocação de recursos para as internações.

Já na 12ª Reunião Ordinária, registrou-se a inauguração do Pólo de Rede de Centrais de Regulação de Teresópolis, informando-se que além desse pólo, existiria

o pólo do município do Rio de Janeiro, com funcionamento previsto para breve. O representante da SES-RJ notificou sobre a previsão de implantação de todas as centrais de regulação até o fim daquele ano e manifestou concordância com a criação de um fórum para discussão das centrais, acentuando que a SES estaria avançando para assumir seu papel de regulador dessa questão.

O tema continuou em pauta durante o período considerado, destacando-se que em 2004 e 2005 os representantes das Secretarias Municipais de Saúde questionavam a não-integração dos leitos estaduais e federais nas centrais de regulação, o que caracterizaria uma instância reguladora da oferta de leitos mantidos pelos municípios e pelo setor filantrópico e privado.

Outro tema recorrente versava sobre a falta de recursos humanos para atuação no âmbito das centrais de regulação, em função das exigências de título de residência médica, como qualificação, bem como das restrições de contratação, por parte da SES-RJ, decorrentes da Lei de Responsabilidade Fiscal. O representante do COSEMS assinalou que essas dificuldades estavam ocasionando a devolução das centrais por parte das regiões e que para os municípios a reposição de pessoal das três esferas do Governo era um encargo extra. O representante do COSEMS registrou, também, a denúncia de utilização política da central de regulação, para conquista de votos.

A CIB discutiu, ainda, a organização de centrais de regulação para UTI neonatal e urgência e emergência. Neste último caso, a proposta examinada foi de que o convênio de urgência e emergência fosse interligado ao projeto da central de regulação, tendo como objetivo estabelecer a organização do fluxo da rede hospitalar.

A discussão sobre UTI neonatal evidenciou as dificuldades entre as Secretarias Municipais e a Secretaria Estadual. O tema surgiu a partir de óbitos de crianças em municípios da Baixada Fluminense, em 2000, fato que deflagrou reuniões com a participação de representantes do Ministério Público, SES-RJ, Secretarias Municipais da Baixada Fluminense e do Rio de Janeiro, resultando na pactuação de um Termo de Reajustamento de conduta, ratificado pelo Ministério Público, com a participação dos Secretários de Saúde, Prefeitos da Baixada e SMS do Rio de Janeiro. Segundo este pacto, enquanto não fossem criados leitos de UTI NeoNatal o Estado poderia contratar este serviço para suprir a demanda e que o

pagamento da contratação desses leitos seria dividido, 50% dos custos de responsabilidade do estado e 50% para os municípios. Operacionalmente, a SES efetuaria o pagamento das clínicas contratadas, e seria ressarcida pelos municípios em 50% do valor. A representante do COSEMS ponderou que os municípios foram prejudicados, pois existiam serviços contratados pelas Secretarias Municipais para realizar essas internações, a preços inferiores.

Quatro meses depois, o assunto continuava em pauta, a Rede de Centrais de Regulação da UTI Neonatal ainda seria inaugurada e o protocolo de internações existente no Estado só havia recebido adesões da Região Metropolitana I e II. Vinte e três unidades públicas e 21 unidades privadas integravam o projeto, com 145 leitos públicos e 76 privados, sendo que alguns leitos privados encontravam-se desocupados. A representante do COSEMS declarou que muitos municípios informaram que a Central de Autorizações de Internações e Procedimentos Especiais (CAIPE) não estava funcionando.

Na 10ª Reunião Ordinária de 2000, ocorrida em 10/10/2000, a SES-RJ informou que o Plano de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, instituído pela PT GM 569/2000, contava com um componente voltado para o aparelhamento de UTIs Neonatal e unidades integrantes do Sistema de Referência Hospitalar para a Gestação de Alto Risco pertencente exclusivamente a hospitais públicos e filantrópicos do SUS. Este fato inviabilizaria, de imediato, a participação dos municípios da Baixada Fluminense, fortemente dependentes da capacidade instalada privada. Foi ainda informado que apenas Nova Iguaçu, Duque de Caxias e São João de Meriti solicitaram adesão a este Plano.

Concluindo, a presença da Região Metropolitana I nas atas de reuniões da CIB é escassa, considerando sua importância seja do ponto de vista populacional, seja quanto à oferta de serviços.

A princípio, poder-se-ia supor uma fraca participação de seus secretários de Saúde. No entanto, das 82 reuniões da CIB ocorridas no período 1999-2005, não houve representação de secretários municipais da Região Metropolitana I apenas em dez delas. O município do Rio de Janeiro sempre esteve presente como titular ou como suplente. Além dele, os outros municípios da Região Metropolitana I que participaram das reuniões foram: Belford Roxo, Itaguaí, Magé (1999); Belford Roxo, Magé (2000); Duque de Caxias, Nova Iguaçu (2001); Nova Iguaçu (2002); Belford

Roxo, Nova Iguaçu (2003); Belford Roxo, Nova Iguaçu (2004); Belford Roxo (2005). Representantes dos municípios de Japeri, Mesquita, Nilópolis, Queimados, São João de Meriti e Seropédica não frequentaram as reuniões deste colegiado no período considerado (tabela XXXVIII).

Tabela XXXV– Participação de representantes da Região metropolitana I em reuniões ordinárias da CIB – Rio de Janeiro, 1995 – 2005

Ano	Reuniões	Ausência
1999	12	
2000	12	6ª e 7ª
2001	12	2ª e 6ª
2002	12	2ª e 6ª
2003	10	1ª e 2ª e 3ª
2004	10	
2005	11	7ª Reunião

Nota: Não foi encontrada a ata da 8ª reunião em 2003. Atas da 8ª reunião em 2002 e 11ª reunião em 2003 com acesso negado devido à possível “corrupção” do material.

Fonte: CIB-RJ (Comissão Intergestores Bipartite – Rio de Janeiro). Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Atas.shtml>. Acesso em 20/03/2009.

As referências a este espaço urbano e seu respectivo sistema de saúde se resumem a discussões sobre o problema de oferta de leitos em UTI neonatal, a rede de centrais de regulação, a situação de sobrecarga da rede municipal da capital e o planejamento da atenção à saúde segundo a NOAS/2001. A origem destas discussões foi sempre de fonte externa, do Ministério da Saúde, através das NOBs e NOAS (regionalização, central de regulação e Plano de Humanização do Pré-Natal e Nascimento) ou do Ministério Público (atenção às crianças em UTI neonatal).

Nas atas analisadas, vários consórcios intermunicipais são citados, por exemplo, da Região Centro-Sul, do Médio Paraíba e da Região Norte, porém é omitida a criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) em 2000.

As esferas estadual e federal também demonstraram dificuldades em ações integradas, uma vez que não disponibilizaram os leitos de suas unidades hospitalares nas centrais de regulação. Da mesma forma, a compra de serviços

privados pela SES-RJ para resolução do problema de leitos de UTI neonatal foi sentida pelo COSEMS como um golpe na autonomia municipal. Esses dois fatos evidenciaram as difíceis relações entre o poder municipal e os demais gestores.

Heimann e colaboradores chegaram à mesma conclusão em sua pesquisa sobre a gestão regional do SUS no estado de São Paulo. Em suas leituras das atas da CIB-SP, identificaram

“um conflito entre os interesses e necessidades dos diferentes níveis de gestão do SUS São Paulo, não havendo registro nas atas analisadas de soluções das divergências” (HEIMANN *et al.*, 2007, pag 69).

Em contrapartida, Silva e Labra, analisando caso do Conselho Estadual de Saúde e da CIB do Rio de Janeiro, no período de 1998 e 1999, concluíram que:

a existência de colisões no processo decisório da CIB é uma constante, mas a resolução dos problemas através do consenso permitiu que muitos assuntos fossem aprovados, como Reforço para Reorganização do SUS (REFORSUS), Programação Pactuada e Integrada (PPI) e habilitação do Município do Rio de Janeiro. Nesses entraves nas relações intergovernamentais, inerentes ao *policy-making*, a CIB cumpre papel extremamente importante justamente porque busca discutir e contornar situações conflituosas de forma democrática. (SILVA; LABRA, 2001, pag 163).

A Central de Regulação de Leitos do município do Rio de Janeiro, criada em 1999 para atender à epidemia de dengue, praticamente regula apenas os leitos pertencentes ao próprio município. Segundo seu coordenador, após a contratualização dos hospitais universitários há um aumento discreto de oferta de leitos e basicamente na obstetrícia. Os hospitais estaduais e federais atuam como demandantes. Informa ainda não haver nenhuma integração com o CISBAF, registrando que 30% das internações obstétricas no município do Rio de Janeiro são provenientes da Baixada Fluminense. Essa informação corresponde ao fluxo estudado.

O CISBAF (Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense) foi formado em 2000, representa o esforço conjunto de 12 municípios da região (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti, Seropédica) para superar os problemas comuns na área de saúde e contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde. Previsto na Lei Orgânica de Saúde e estimulado pela Política de

Organização do SUS no Estado do Rio de Janeiro à época, formou-se em conformidade com a legislação vigente para este tipo de associação entre entes federativos, prevendo as leis autorizativas municipais, e constituindo-se numa entidade de direito privado sem fins lucrativos.

Em meados de abril de 2002, a Central de Regulação de Leitos do CISBAF efetivamente deu início ao seu novo serviço de agendamento de Internações, na clínica de obstetrícia. Um dos objetivos da Central era tranquilizar a gestante, com a abolição da necessidade de realizar duas ou mais consultas de pré-natal, temendo não encontrar vaga no momento necessário de eliminar de consultas de pré-natal múltiplas, aliviando a demanda e organizando o fluxo. Através de relatórios mensais recebidos, os municípios poderiam planejar melhor seu modelo assistencial e traçar de forma mais efetiva suas ações de saúde, uma vez que dispunham de dados epidemiológicos para tal fim.

Hoje o CISBAF abrange cerca de três milhões e 500 mil habitantes da região metropolitana e, não está articulado nem interligado com a Central de Regulação do município do Rio de Janeiro, confirmando a dificuldade de articulação entre os municípios quando o estado está ausente.

Concluindo, passado dez anos de uma política de autonomia municipal não se verificou grandes mudanças no sentido de ofertar aos munícipes o atendimento hospitalar básico no local de residência. A oferta de leitos diminuiu no período considerado, como de resto no país e a dependência da capital continuou acentuada.

A política do Ministério da Saúde de privilegiar a atenção básica pela estratégia da Saúde da Família constitui, sem dúvida, maior pressão para o atendimento hospitalar. Tal fato por si só requer uma política hospitalar coerente que suporte a demanda gerada. Em 1996 os Ministros de Saúde europeus já afirmavam na Carta de Ljubljana que os cuidados primários requerem que

As redes de serviços de saúde regionais devem ser reforçadas para se tornarem melhores na relação custo-eficácia, melhorarem a organização da resposta às emergências médicas e facilitar a cooperação entre hospitais e cuidados de saúde primários. (WHO, 1996)

O MS não tem dado conta desse tipo de retaguarda de forma articulada, restringindo sua política a ações fragmentadas que consideram apenas as contratualizações e atenção às patologias de maior complexidade e custo.

Fica visível, ainda, a ausência de uma política metropolitana de saúde, que considere o município do Rio de Janeiro como centro hospitalar de retaguarda para os demais municípios do entorno. A existência de regulação poderia ser um instrumento de organização da rede hospitalar da capital, hoje sabidamente demandada de maneira espontânea a partir da experiência e do conhecimento que a população foi acumulando ao longo dos anos.

A articulação intermunicipal ainda se mostra muito frágil ao sabor das relações políticas mais ou menos favoráveis. Se o primeiro passo do tripé de McGuire, identificação de atores e recursos necessários para alcançar os objetivos da rede, é facilmente alcançado, as duas outras pernas deste triângulo – criar "compromissos comuns" entre os participantes e "desenvolver um ambiente" que propicie a integração, requerem esforços redobrados.

CAPÍTULO 5 - Considerações finais

O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida. (SANTOS, 1998, p. 22).

A realização desta tese reforçou nossa intuição de que a análise da Região Metropolitana e, particularmente, a política de saúde nessas regiões, requer um modelo analítico singular, aqui adotado.

A forma de organização baseou-se num dilema que emana da realidade que procuramos superar. Por um lado, a reflexão sobre regionalização da saúde, nessa retomada por parte do Ministério da Saúde, do conceito de regionalização, não atenta para as condições da Região Metropolitana como um todo e tampouco suas especificidades, como se mostrou em relação São Paulo e Rio de Janeiro (as duas grandes metrópoles brasileiras). E por outro, estudar apenas Regiões Metropolitanas seria insuficiente, pois os estudiosos vêem a saúde apenas como um setor e não conseguem dar conta das especificidades da política de saúde.

A saída desse dilema foi buscar combinar e articular elementos de uma reflexão sobre federalismo, e relações intergovernamentais, considerar as características e especificidades das Regiões Metropolitanas, trabalhar as políticas de saúde de descentralização para os municípios e as poucas tentativas de regionalização que retomam uma discussão abandonada, para finalmente chegar à dificuldade de regulação da Região Metropolitana. Pretendemos que esse seja um modelo analítico mais adequado para tratar do tema da descentralização no nível de complexidade requerido pela temática metropolitana.

O instrumental analítico para tratar este tema se alimenta, portanto, de muitas vertentes teórico-conceituais.

Um caminho percorrido fundamental foi a integração do pensamento urbanista nessa discussão da política de saúde nos grandes aglomerados urbanos. O entendimento do papel do território enquanto “espaço de acontecer solidário” foi

essencial para a compreensão das inúmeras dimensões das Regiões Metropolitanas, pois solidariedade pressupõe coexistências e, portanto, espaços geográficos. Isso também recoloca o tema da integralidade, entendida aqui para além da política de saúde.

Ficou evidente no desenvolvimento deste trabalho que a política de saúde na sua face normativa não incorporou os elementos constitutivos da temática das grandes cidades, ao mais uma vez tratar igualmente os desiguais no que se refere às características das cidades.

Reconhecer a realidade metropolitana e explicitar a desigualdade na produção deste espaço não significa que a realidade possa ser transformada ou que os diferentes segmentos sociais em conflito pretendam transformá-la. No entanto, incorporando este tema nos debates, nos diferentes segmentos sociais e nos diferentes municípios que integram a região metropolitana, têm-se novos argumentos para pautar o debate em fóruns intermunicipais e propor soluções conjuntas, incorporando instrumentos que interfiram concretamente no acesso à cidade metropolitana, onde o município vizinho deve ser uma opção e não a sobra do espaço para famílias de baixa renda

O conceito de situação geográfica abre caminhos para as políticas públicas voltadas à compreensão dos desafios de concretização do bem-estar, conforme a dinâmica dos lugares. Tal compreensão recupera ferramentas “antigas do planejamento” como os trajetos econômicos e de cidadania evidenciados pela utilização do geoprocessamento.

Outra sugestão da tese é pensar a metrópole a partir da sua complexidade. No contexto da complexidade urbana e na perspectiva da política de saúde, os fluxos devem dar conta das referências e contra-referências usualmente exportadas para outros territórios. Para expressar essa maior complexidade, trabalhou-se com o nível hospitalar primário como um atributo indissolúvel da política de atenção primária. As internações nas especialidades básicas integram necessariamente o primeiro nível de atenção e devem ter resolutividade local.

A separação entre o PSF (como estratégia estruturante da atenção primária) e os demais níveis de atenção traz um enorme desafio para o planejamento e

gestão da política de saúde, dificultando a institucionalização da política nos diversos níveis de governo.

O impacto dessa fragmentação é particularmente danoso nas Regiões Metropolitanas. Noronha et al. (2003, p. 16) já chamavam a atenção para esse ponto:

O planejamento é necessariamente complexo e multisetorial. Dificilmente seria possível determinar um eixo central de organização dos serviços de saúde, sendo que a ideia de cuidados básicos em uma área metropolitana como a do Rio de Janeiro deve levar em conta essa complexidade. A integração de programas como o da saúde da família, com ambulatórios especializados, hospitais e com a rede de serviços de emergência de níveis variados de complexidade é um desafio para o planejamento e operação dos serviços.

Os resultados da pesquisa demonstram a piora da oferta de serviços em determinados municípios, a desarticulação entre a Baixada e a capital, a ausência do estado como regulador.

Se o SUS continuar a não responder a essas demandas e desafios, a insatisfação da população será canalizada para uma não-identificação com o sistema público de saúde e a fragmentação aumentará.

Os dados indicam que houve uma piora relativa no atendimento hospitalar em seus municípios de residência em 2005 em relação a 1995. Mostram, por conseguinte, um aumento no encaminhamento a outros municípios da METRO I, em especial para o município do Rio de Janeiro.

Os conselheiros de saúde têm uma visão particular sobre o fluxo de pacientes entre os municípios, como se percebe nas intervenções de representantes no conselho Municipal de Saúde em Duque de Caxias (SENNÁ, 2007).

Cerca de 30% dos atendimentos de Duque de Caxias são dos municípios adjacentes. E até do Rio de Janeiro: Vigário Geral, Parada de Lucas. É um desafio constante. Temos que refletir o que cada município tem como especialidade, qual é o seu serviço de ponta. (Entrevista 31 – conselho municipal de saúde).

Se fosse só a demanda de urgência e emergência do município, talvez tivéssemos condições de atender sim. Só que nós estamos absorvendo a demanda de Belfort Roxo, São João de Meriti, Nova Iguaçu... Magé vem pra cá também. (...) Então, 30% do total de gestante que procuram a maternidade são de outro município. O que

está deixando a nossa população sem atendimento, porque eles não têm estrutura lá. Eles tinham as casas conveniadas, mas, agora, Nova Iguaçu só tem o Hospital da Posse. As conveniadas saíram e eles ficaram com um déficit (Entrevista 32 – profissional de saúde).

A situação da assistência hospitalar nos municípios da Baixada tem frequentado as páginas da imprensa escrita. Um exemplo, o artigo “Pacto pede ajuda a hospitais no Rio de Janeiro:

Os secretários da Saúde dos municípios da Baixada Fluminense, que reúnem 3,5 milhões de habitantes, apresentaram ao Ministério da Saúde um pacote de medidas de R\$ 87,6 milhões para melhorar o atendimento na região e desafogar as emergências dos grandes hospitais do Rio e da própria Baixada. Os secretários são unânimes em afirmar que o atendimento público na região é precário, com diferentes níveis de gravidade, e que uma das razões do problema é uso político da saúde. Um desses municípios, Japeri, é o retrato da crise. O único hospital público, a policlínica Itália Franco, de dez anos, está fechada desde o início de 2005 por impossibilidade de funcionar. O prédio, ainda novo, está com os banheiros e várias portas quebrados. As camas foram tomadas pela ferrugem. Nos corredores, há grandes caixas com equipamentos que nunca foram usados.¹⁴

Como a Baixada Fluminense não é uma região de pobreza absoluta, a população opta pela saúde suplementar utilizando o SUS com acesso diferenciado. Do ponto de vista da articulação intermunicipal, é evidente sua ausência. A capital não fala com a Baixada e o estado não regula os municípios.

Heimann e colaboradores ao analisarem a gestão regional do SUS no estado de São Paulo, com referência ao pacto pela Vida e de Gestão, observaram “não haver uma compreensão homogênea sobre o conceito de regionalização, entendida, em geral, como o processo de organização da referência e contra-referência e da assistência”. Registram, ainda, não só a inexistência de conformação de redes assistenciais de acordo com as macrorregiões e os diferentes níveis de complexidade, como a falta de discussão sobre este tema.

Sobre as “centrais de regulação”, constataram que funcionam, na prática, apenas como instrumento para distribuição de vagas nos serviços, padecendo de problemas gerenciais, de falta de recursos e de qualidade dos profissionais

14 <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u107438.shtml>

envolvidos. Tampouco existem instrumentos e processos para avaliar a capacidade resolutiva desses órgãos (HEIMANN *et al.*, 2007).

Passados mais de 20 anos da promulgação da Constituição, ainda não surgiu no país nenhuma alternativa concreta para solucionar a questão metropolitana. A multiplicidade de interesses em jogo tem dificultado a mobilização e a integração dos inúmeros atores que normalmente participam dos processos de gestão municipal (GOUVEA, 2005). Por outro lado, não é possível tratar um município de uma região metropolitana, onde os limites são difíceis de serem precisados, da mesma forma que um município tradicional, distante de grandes aglomerações urbanas.

A reflexão feita permite colocar alguns desafios para os gestores em seus diversos níveis

- A necessidade de articulação entre a política urbana e a política regional de forma a garantir a regionalização a *territorialização* de políticas públicas.
- Repensar o desenho urbanístico e a mobilidade para criar coesão social e unidade territorial entre RM e aglomerações e rede de cidades.
- A busca por adequar os principais instrumentos de financiamento do desenvolvimento regional que permita a otimização na aplicação de recursos públicos, vinculando as ações em RMs, aglomerações urbanas e microrregiões a uma estratégia maior de planejamento e desenvolvimento regional.
- Alterar a lógica setorial e estanque dos programas e ações do orçamento federal para facilitar uma ação integrada.
- Reforço ao papel dos estados com a criação de Planos de Desenvolvimento, de longo prazo, que traduzam o planejamento das RMs e aglomerações *alargadas* envolvendo a rede de cidades complementar e a região polarizada (RM ou Aglomeração).

O caminho será longo se levarmos em conta a visão oficial ilustrada por posicionamento da Secretaria de Assuntos Federativos, que define o Comitê Federativo como o espaço de negociação das propostas para os municípios entre a Presidência da República e os prefeitos (as) de todo o Brasil. Dele participam as três

entidades municipalistas e 18 ministérios. Ressalte-se que mais uma vez o ente federado Estado é esquecido.

Considera-se o Plano Diretor para a Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro previsto na Lei nº 5192, de 15 de janeiro de 2008, como instrumento de planejamento indispensável para garantir a existência de políticas públicas para os mais diversos setores, de forma integrada e racional, baseada em projeções de crescimento populacional e da demanda por investimentos e serviços, que garantam a otimização de todos os investimentos a serem realizados nos próximos anos e o desenvolvimento econômico e social da região Metropolitana. Estão previstos a integração, o planejamento e as ações do poder estadual e municipal envolvidos e a institucionalização de um modelo de gestão metropolitana que dê sustentação à implementação das diretrizes determinadas no Plano Diretor que se pretende elaborar.

A permanência dos desafios que levaram à proposição de um órgão de planejamento metropolitano, o contínuo surgimento de problemas comuns aos vários municípios, e a existência de projetos abrangendo áreas que extrapolam os limites municipais, podem indicar que o momento atual seja oportuno para a retomada da discussão sobre a necessidade do planejamento integrado para a área.

O retorno de um órgão metropolitano poderia ser negociado com as prefeituras, de forma a vencer possíveis desconfianças. Diversos novos formatos podem ser pensados para tal órgão de planejamento metropolitano, como por exemplo, uma fundação ou instituto com um conselho deliberativo, onde os municípios tivessem assento paritário, ou ainda um consórcio entre os municípios e o Estado. O importante é que os dirigentes municipais não ficassem em situação de inferioridade em relação a tal órgão, prejudicando a sua disposição à colaboração. Não se propõe outra instância meramente burocrática, mas sim novas formas de mediação entre estado e municípios. Havendo a predisposição de se superar tais dificuldades através de uma engenharia política competente na recriação dos instrumentos de planejamento metropolitano, tal idéia poderá se revelar de grande importância para promover o desenvolvimento equilibrado da área metropolitana do Rio de Janeiro, o que se refletirá no desenvolvimento do Estado do Rio como um todo.

Hoje, a região metropolitana do Rio é a única no Brasil que não dispõe de um órgão de planejamento. Este seria fundamental para dar maior consistência a projetos a nível metropolitano, que dependessem de verbas federais e mesmo de verbas internacionais. Traria, ainda, maior credibilidade à abordagem de assuntos relacionados à questão metropolitana, podendo levantar investimentos a fundo perdido em diversas instituições dos países desenvolvidos, já que teria uma característica mais técnica, muito apreciada por tais instituições. Uma abordagem sistêmica dos mesmos poderia ser um importante trunfo na busca de soluções mais duradouras.

Na área específica da saúde já existe uma proposta de instituição de “autoridades metropolitanas de saúde”, mediante a administração solidária entre o estado e os municípios integrantes da região. (NORONHA, 2003)

Enquanto se discutem os processos técnicos e políticos sobre o que fazer da questão metropolitana, a população revela, em seu cotidiano, nas filas de espera, seu desalento e sua expectativa de melhores condições de vida e de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n. 24, Jun. 2005.

ARRETCHE, Marta T. S. Federalismo e democracia no Brasil: a visão da ciência política norte-americana. *São Paulo Perspec.*, v. 15, n. 4, p. 23-31, 2001.

_____. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 1996.

_____. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 14, n. 40, Jun 1999.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

AZEVEDO, Sergio; MARES GUIA Virginia. - A questão metropolitana no processo da reforma do Estado no Brasil. Disponível em [www. crab.rutgers.edu](http://www.crab.rutgers.edu)

_____ Gestão Metropolitana e Consorciamentos Intermunicipais: Arranjos institucionais tradicionais e recentes

BANCO MUNDIAL. Hospital Performance in Brazil: in search for excellence. The World Bank, 2008

BAPTISTA, Tatiana W. de F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007.

BARROS, M.E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas*. Brasília: IPEA, 1996.,

BOGUE, Richar J.; HALL, Claude H.; LA FORGIA, Gerard M. *Hospital Governance in Latin America Results from a Four-Nation Survey Health, Nutrition and Population*. World Bank Discussion Paper, 2007.

BOTEGA, L.A.; RODRIGUES, R.; ANDRADE, M. Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo SUS em Minas Gerais, 2002: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientes. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15. ABEP, Caxambu - MG, 18-22 set. 2006.

BRAGA, R. *Região e gestão metropolitana no final do século XX: uma análise do caso paulista (limitações e avanços)*. In: Simpósio Nacional de Geografia Urbana. 60. *Anais...* Presidente Prudente: AGB. outubro 1999. p. 320-325.

BRAKARZ, J. *Desafios da gestão de áreas metropolitanas*. A reinvenção do futuro das grandes metrópoles e a nova agenda de desenvolvimento econômico e social da América Latina. Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990,p. 18055. Disponível em:<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2009

_____ 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. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 31 dez. 1990, p. 25694. Disponível em <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 02 fev. 2009

_____. INAMPS. Resolução do INAMPS nº 258, de 7 de janeiro de 1991 estabelece Norma Operacional Básica – SUS 01/91. Brasília, 1991

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece a Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996,. Estabelece a Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Brasília, 1996

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001,. Estabelece a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01. Brasília, 2001

Ministério da Saúde. Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002,. Estabelece a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02. Brasília, 2002

_____. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Estabelece o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS. Brasília, 2006.

_____.Ministério da Saúde. *Assistência Hospitalar no SUS-1995/1999*. Brasília. MS,2000.

_____.Ministério da Saúde. *Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro*. Brasília. MS,2004

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. INAMPS. *Relatório de Atividades 1986*. Rio de Janeiro: INAMPS, 1987.

_____. Ministério da Saúde. *A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna*. Brasília: MS, 2004. Mimeo.

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Informações em Saúde*. Rio de Janeiro: DATASUS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de Informações em Saúde*. Rio de Janeiro: DATASUS, 2009.

Ministério da Saúde. *Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde*. Rio de Janeiro: DATASUS, 2007.

_____. Senado Federal. *Constituição Federal*. Brasília, Senado Federal, 1988.

BUENO, WS; Merhy, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde, 1997. on-Line. Acessado em: 03 jan. 2009.

CAETANO, Rosângela; DAIN, Sulamis. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Jun. 2002.

CALVO, Maria Cristina Marino. Análise da eficiência produtiva de hospitais públicos e privados no sistema único de saúde (SUS). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2005. p.133-161.

CARNEIRO, A. *O Rio e sua Região Metropolitana: um resgate de 60 anos de informações demográficas*. Rio de Janeiro: Instituto Pereira Passos, 2001 (Coleção Estudos Cariocas, n. 200-201).

CARVALHO, Dea. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, jul.-ago.2007

CASTRO, Fernando. Ser ou não Ser: o dilema das regiões metropolitanas. *Revistas do Legislativo - Consciência Metropolitana*, n. 37, jul-dez 2003.

COHN, A. Descentralização, cidadania e saúde. *São Paulo em perspectiva*, São Paulo, v.6, n. 4, p. 70-76, out/dez. 1996.

Comissão Intergestores Bipartite. Rio de Janeiro. 12ª Reunião Ordinária, 13 dez. 1999. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod1299.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. 1997. Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-RJ n. 13, de 9 set. 1997. Niterói: Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Ano XXIII, n. 169, p. 16, 10 set. pt. I.

_____. 6ª Reunião Ordinária, 14 jun. 1999. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod699.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. 8ª Reunião Ordinária, em 09/08/1999. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod899.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 10ª Reunião Ordinária/2000, em 10/10/2000. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod1000.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 10ª Reunião Ordinária 2000, em 10/10/2000. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod1000.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 1ª Reunião Ordinária/1999, em 22/01/1999. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod199.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 2ª Reunião Ordinária/2000, em 14/02/2000. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rop200.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 3ª reunião ordinária/2005, em 31/03/2005. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/Docs/cib/ata%20da%203%20reunio%20ordinria%202005.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 4ª Reunião Ordinária/2004, em 15/04/2004. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod404.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 6ª Reunião Ordinária/2001, em 12/06/2001. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod601.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 6ª Reunião Ordinária/2000, em 12/06/2000. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod600.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 9ª Reunião Ordinária/2003, em 09/10/2003. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod903.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Ata da 9ª Reunião Ordinária/2002, em 05/09/2002. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/Rod902.shtml>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Atas da 5ª Reunião Ordinária/2005 em 09/06/2005. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Atas da 7ª Reunião Ordinária/2004, em 17.08.2004. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. Atas da 9ª Reunião Ordinária/2005 em 27/10/2005. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. *Histórico*. Disponível em <http://www.saude.rj.gov.br/cib/histor.shtml>. Acesso em: 22 mar. 2009.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA PARAÍBA. Crise no atendimento hospitalar da Paraíba coloca em risco a vida de pacientes. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br/Regional/crmpb/jornalcrmpb/ano2005/>. Acesso em 14 de abril de/2009.

Conselho dos Secretários Municipais de Saúde discute situação das Santas Casas. Disponível em <http://www.amparo.sp.gov.br/noticias/agencia/2005/junho/0>. Acesso em 14 de abril de/2009.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

_____. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Jul. 2004.

COSTA, Maria Bernadete de Sousa; SALAZAR, Pedro Eugénio López. Gestão das mudanças no sistema de saúde pública. *Rev. Enferm. UERJ*. [online], v. 15, n. 4, p. 487-494, out.-dez. 2007.

CUNHA, Elenice. Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.

DAIN, Sulamis. Do direito social à mercadoria. Tese (Concurso de professor titular) - do Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, (mimeo).

_____ ; SOARES, Laura Tavares . Reforma de Estado e Políticas Públicas: Relações Intergovernamentais desde 1988. In: Marco Antonio de Oliveira. (Org.). Reformas de Estado e Políticas de Emprego no Brasil. 1 ed. Campinas: Edunicamp, 1998, v. 1, p. 31-72.

_____. Rio de Janeiro: A Crise Econômica; O Rio de Todas as Crises . Serie Estudos do IUPERJ, Rio de Janeiro, v. 80, 1990.

_____. Os Vários Mundos do Financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1851-1864, 2007.

_____. Os impasses do financiamento fiscal do SUS. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, p. 623-632, 2008.

ESCOREL, Sara; BLOCH, Renata. A.: As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: Lima, Nísia Trindade; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho; Manuel Suárez, Julio. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p.83-119.

DAVIDOVICH, F. Metrôpole e território: metropolização do espaço no Rio de Janeiro. *Cadernos Metrôpole*, n. 6, p. 67-77, 2º sem. 2001.

ESPÍRITO SANTO. Constituição Estadual do estado do Espírito Santo promulgada em 05 de outubro de 1989 Disponível em: http://www.al.es.gov.br/images/c_est_pdf. Acesso em 05 de março de 2009

FREIRE, Carlos Eduardo Américo; FERNANDES, Edesio (orgs.). A questão metropolitana. *Cad. Esc. Legisl.*, Belo Horizonte, v.7, n. 12, p. 65-99, jan.-jun. 2004.

GARCIA, Ronaldo. *Descentralização: um processo de ser acompanhado e avaliado (ou do finja que eu finjo ao faça que nós vemos*. Brasília: IPEA, 1995 (Texto para Discussão 364).

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. Pesquisa sobre o perfil do endividamento dos hospitais do Brasil. Disponível em: <http://www.fbh.com.br>. acessado em 5 de março de 2009

GARSON, Sol. *Regiões Metropolitanas: obstáculos institucionais à cooperação em políticas urbanas*. Tese (Doutorado) - IPPUR/UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

_____. *Relatório final do Grupo Interfederativo para aperfeiçoamento de gestão das Regiões Metropolitanas*. s/d

GOUVÊA, Carla Simone. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n. 6, p. 601-17, 1997.

GOUVEA, R.G. *A questão metropolitana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.

HEIMANN, Luiza S. et al. Projeto: Gestão regional do SUS - São Paulo: rumo aos Pactos pela Vida e de Gestão. Relatório Final. São Paulo: Instituto de Saúde/SES, 2007.

HOCHMAN, Gilberto. Sobre as relações entre descentralização e federalismo. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 45, Fev. 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA E ANÁLISES HISTÓRICAS DA BAIXADA FLUMINENSE. Enciclopédia dos Municípios Brasileiros. V. XXII. Rio de Janeiro: IBGE, 1959

_____. *Municípios e topônimos fluminenses: histórico e memória*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1994.

INSTITUTO DE SAÚDE. *O Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil e a Busca da Equidade*. São Paulo: SES, ago. 2002.

LESSA, C. *O Rio de todos os Brasis: uma reflexão em busca da auto-estima* Coleção Metrôpoles. Rio de Janeiro Record, 2001

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001.

LEVIN, J. A influência das políticas de saúde nos indicadores gerados pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2006.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al . Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, out. 2004.

MCGUIRE M. Managing networks: propositions on what managers do and why they do it. *Public Adm Rev* 2002; 62(5), citado por TREVISAN, L.N. e JUNQUEIRA, L.P. Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 893-902. pag.901ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 14/04/2009.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, Set. 2007.

MANSUR, Marília Coser. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

MARINHO, A. et al. Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde. Brasília: IPEA, dez. 2001 (Texto para discussão, 848).

MARINHO, A. *Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no Sistema Único de Saúde*. Brasília: IPEA, 2004 (Texto para discussão, 1041).

MELO, Marcus A. *Reformas Constitucionais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. Financiamento da Saúde: análise dos gastos estaduais e municipais no Estado de São Paulo. Relatório Final. Projeto BRA 97/03, Brasília: IPEA, 1999.

MENDES, E. V. O sistema único de saúde um processo social em construção. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. *Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02*. Brasília, 2002.

MENEGON, Vera Sonia Mincoff. Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa. *Psicol. Soc.* [online]. 2008, vol.20, n.spe, pp. 32-40. ISSN 0102-7182. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20nspe/v20nspea06.pdf>. Acesso em 14/04/2009.

MONTEIRO, Mário Francisco Giani. A carga da doença associada com algumas causas de internação hospitalar realizada pelo SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Mar 2004, vol.13, nº. 1, p.7-14. ISSN 1679-4974. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo..> Acesso em 02 de fevereiro de 2009.

MOTTA, Marly Silva da. A fusão da Guanabara com o Estado do Rio: desafios e desencantos. In: FREIRE, Carlos Eduardo A.; SARMENTO, Marly Silva M. (orgs.). *Um Estado em questão: os 25 anos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 2001. p.19-56.

MULLER Neto, Julio. Políticas de Saúde no Brasil: A descentralização e seus atores. *Saúde em Debate* nº 31, p. 54-66, mar. 1991.

NORONHA, J. C.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. A metrópole Rio de Janeiro: tamanho e diversidade e a busca de equidade nos cuidados de saúde. In: RASSI, E.; BÓGUS, C. M. (orgs.). *Saúde nos grandes aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: OPAS, 2003. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3), p. 297-336.[

NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R.; VIACAVA, F. As condições de saúde dos brasileiros: duas décadas de mudanças (1980-2000). In: LIMA, N. T ; Gerschman, Silvia; Edler, Flavio Coelho; Manuel Suárez, Julio. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005. p.153-192

OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. Como andam as metrópoles. Relatório final. Rio de Janeiro, 21dez. 2005.

OECD. *Cities for citizens: improving metropolitan governance*. OECD, 2001.

OLIVEIRA, Evangelina X. G. de; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Abr. 2004.

OLIVEIRA, Floriano José Godinho de. Reconfigurações da gestão local face a dinâmica metropolitana: o caso do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA BRAZILIAN STUDIES ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *O perfil do sistema de serviços de saúde Brasil*. Brasília: OPAS, 27 nov. 2001.

PAIM, Jairnilson. A reforma sanitária e a municipalização. *Saúde e Sociedade*, v. 1, ASSOCIATION (BRASA), VI. *Anais...* 2002, Atlanta. Brazil Novas Visões. Atlanta, EUA: BRASA, 2002.

PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.

PEREIRA, Ana Tereza. *Profissionais de saúde numa instituição de Estado: Relato de uma experiência*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1980.

PEREIRA, Cláudia Regina. *Relação público-privado no contexto da reforma do Estado e da descentralização em saúde: o caso do setor privado de serviços de saúde vinculado ao SUS*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2004.

PORTELA, Margareth C. et al . Caracterização assistencial entre os hospitais filantrópicos no Brasil I. *Rev. Saúde Pública* , São Paulo, v. 38, n. 6, dez. 2004.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Proposta básica para o Plano Diretor do SUS no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: SES, 1990.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *1º Boletim de Informações sobre a Produção de Serviços de Saúde*, 1988.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Atlas Sanitário do Estado do Rio de Janeiro, 1988

ROLNIK, Raquel; SOMEKH, Nadia. Governar as Metrôpoles: dilemas da recentralização. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 14, n. 4, out. 2000.

SANTOS, Milton. *A urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SÃO PAULO. “Constituição do Estado de São Paulo”, promulgada em 5 de outubro de 1989. Disponível em <http://www.legislacao.sp.gov.br>. Acesso em 8 de março de 2009

SENNA, Mônica de Castro Maia (coordenadora). Implementação da integralidade na organização dos sistemas municipais de saúde: um estudo na região metropolitana do Rio de Janeiro. Relatório de pesquisa. Disponível em <http://www.uff.br/politicassocial/Relatoriofinal.pdf>. Acesso em: fev 2007.

SILVA, Ionara Ferreira; LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. *Cad. Saúde Pública* [online]. v. 17, n. 1, p. 161-170, 2001.

_____. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999.

SILVA, Mauro Osório. Estado do Rio de Janeiro: estagnação de longo curso e possibilidades de reversão. *Boletim CEDES* [online], Rio de Janeiro, mai.-jun. 2008, p. 20-26.

SILVA, Silvio F. *Ciência &saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 549-553, 2002.

SILVEIRA, Mario Magalhães. Política Nacional de Saúde Pública. A trindade desvelada: economia-saúde-população. In: SILVA, Rebeca; DE MORELL, Maria (orgs.). São Paulo: Revan, 2005. p. 135-153.

SILVESTRE, João. Audiências com Estado e União debaterão crise hospitalar gaúcha. Disponível em http://www.al.rs.gov.br/dep/site/materia_antiga. Acesso em 14 de abril de/2009

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

_____. Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense. Relato de uma experiência de intervenção no setor saúde em área de periferia urbana. Exposição no Congresso da ABRASCO ,julho de 1989 (mimeo.)

SOARES, L. Tavares. Descentralização e Municipalização Em Regiões Metropolitanas: Uma Experiência Na Baixada Fluminense. Revista Planejamento e Políticas Públicas - IPEA, Brasília - DF, n. 05, 1991.

SOUZA, Celina. Governos locais e gestão de políticas sociais universais. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 2, p. 27-41, 2004.

_____. Regiões metropolitanas: condicionantes do regime político. *Lua Nova*, São Paulo, n. 59, 2003.

_____. Gestão local e gestão metropolitana: um falso dilema? *Espaço&Debates*. Revista de Estudos Regionais, São Paulo, nº 30, 1990

URANI, A. et al. *Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Uma análise das condições socioeconômicas da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IETS, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.) *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562 (Saúde em Debate, 170).

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago. 2007.

YIN, Robert K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WHO. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, 1996. Disponível em http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010927_5 Acesso em 18 de abril de 2009.