9. Regionalização no estado do Rio de Janeiro

o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades

Rosana Kuschnir
Adolfo Chorny
Anilka Medeiros Lima e Lira
Gilberto Sonoda
Tânia Maria Peixoto Fonseca

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

KUSCHNIR, R., *et al.* Regionalização no estado do Rio de Janeiro: o desafio de aumentar acesso e diminuir desigualdades. In: UGÁ, M.A.D., *et al.*, (orgs.). *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, pp. 215-240. ISBN: 978-85-7541-592-4. Available from: doi: [10.7476/9788575415924.0011](https://doi.org/10.7476/9788575415924.0011). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga-9788575415924.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: O DESAFIO DE AUMENTAR ACESSO E DIMINUIR DESIGUALDADES

9

Rosana Kuschnir
Adolfo Chorny
Anilska Medeiros Lima e Lira
Gilberto Sonoda
Tânia Maria Peixoto Fonseca

REVISITANDO UM ANTIGO CONCEITO

A instituição da regionalização e de redes de atenção à saúde é hoje um dos maiores desafios à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), no caminho de garantir efetivamente o direito ao acesso a serviços e ações de saúde.

Embora a regionalização e a hierarquização sempre tenham estado na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro – desde as primeiras conferências nacionais de saúde ao texto constitucional que criou o SUS –, a política instituída a partir da década de 1990 retirou a construção de redes do centro da estratégia. Focada na descentralização, alcançou inegáveis avanços na implementação do SUS e na inclusão de significativas parcelas da população, ao mesmo tempo que levou à inserção dos inúmeros atores que tornaram o SUS possível. No entanto, o processo de descentralização distanciou-se da organização da assistência, da definição de modelos assistenciais que pudessem efetivamente garantir acesso e atenção integral ao mesmo tempo que tornou mais complexa a constituição dos possíveis mecanismos e instrumentos para sua gestão (Levcotivz, Lima & Machado, 2001; Viana *et al.*, 2008).

Apenas a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), em 2000, estratégia que alcançou sucesso limitado em seus objetivos, e especialmente com o Pacto de Gestão, a regionalização e a constituição de redes ensaiam a volta ao centro do debate, sinalizando o enorme desafio que hoje representa a superação da fragmentação (Brasil/MS, 2006; Santos & Monteiro, 2007; Silva, 2008).

Ainda que tenha voltado à cena brasileira apenas recentemente, o conceito de regionalização em saúde está longe de ser novo. O Relatório Dawson, publicado em 1920, em resposta à demanda do governo britânico de elaboração de “esquemas para a provisão sistematizada de serviços médicos e afins que deveriam estar disponíveis para a população de uma área dada” (Grã-Bretanha, 1964: 35), apresentou pela primeira vez um modelo de organização em redes.

Pensado como um modelo de organização de serviços para um sistema de saúde universal, já lá estavam os conceitos de bases territoriais e populações adscritas; cobertura, porta de entrada e vinculação; acesso a outros níveis de atenção por meio de referência e coordenação do processo de cuidado pela atenção primária. Propunha um novo “padrão de administração” para “assegurar unidade de propósito a todos os níveis” através de uma “única autoridade em saúde” e a “unificação de todos os serviços preventivos e curativos, com ênfase na prevenção” (Grã-Bretanha, 1964: 22).

O modelo apresentado no Relatório, com as devidas adaptações às realidades específicas, foi adotado por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde e foi preconizado pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Na América Latina, reaparece na proposta dos Sistemas Locales de Salud (Silos), desenvolvida pela OPS a partir da década de 1980 (OPS, 1990).

As reformas em sistemas nacionais de saúde iniciadas na década de 1990 introduziram algumas mudanças na organização das redes, principalmente a partir de novos arranjos organizacionais que buscaram maior eficiência e mais escolha no acesso a serviços especializados por parte do usuário. As diretrizes básicas, porém, foram mantidas, até pela relação intrínseca entre os princípios que regem o sistema e a estratégia de regionalização (Saltman & Figueras, 1998; Saltman, Bankauskaite & Vrangbaek, 2007).

Para a provisão de atenção integral, são necessárias formas distintas de organização de recursos, que obedecerão a critérios relacionados a diferentes dimensões – de eficiência/escala, qualidade, acessibilidade –, e que pressupõem bases populacionais maiores, essenciais à organização de cuidado especializado. Cada região (ou macrorregião, dependendo da denominação adotada) deve dispor de uma rede de atenção capaz de cobrir as necessidades de saúde de sua população até o nível de autossuficiência de recursos a ser definido de acordo com as condições locais, mas que certamente não se restringe à atenção primária. A ideia de uma ‘rede’ em que pacientes são encaminhados a outras regiões para atenção ou procedimentos de baixa e média densidade tecnológica/complexidade contradiz os princípios básicos da organização de redes que, na essência, são instrumentos de garantia de acesso e diminuição de desigualdades.

Ao mesmo tempo, a organização do cuidado e a gestão do sistema são indissociáveis, o que, no caso brasileiro, coloca-nos diante do recorrente desafio da construção da gestão em territórios que englobam um grande número de municípios. Hoje, a implementação do Pacto de Gestão vem exigindo dos gestores estaduais e municipais e dos Colegiados de Gestão Regional (CGR’s) uma renovada capacidade de formulação sistêmica e de definição de novas estratégias.

Nesse cenário, é central o fortalecimento da função de planejamento regional, propiciando a elaboração de propostas de redes articuladas regionalmente e de suas linhas de cuidado, perpassando os diversos níveis de atenção, o que permitiria (re)definir papéis e perfis assistenciais, constituindo a base sobre a qual possam ser construídas a programação e a pactuação integradas em nível regional e implantados os mecanismos de regulação de forma efetiva.

É um desafio em especial para o estado do Rio de Janeiro, por suas características únicas. Resultado da fusão de dois estados, concentra cerca de 75% de sua população na

região Metropolitana e sua capital foi durante a maior parte de sua existência o distrito federal, centralizando mais recursos públicos em saúde que qualquer outra cidade do país, com importante componente sob gestão federal. Sem dúvida, guarda ainda a lembrança de seu passado recente e do poderoso legado dos serviços ligados ao seguro social, presença mais marcada aqui que em qualquer outro estado do país.

No entanto, até por sua história única, é especialmente importante ressaltar que o estado foi palco de experiências inovadoras no campo da construção de modelos assistenciais mais integrados, tendo como base a criação de redes regionalizadas.

A implementação das Ações Integradas de Saúde (AIS), instituída em inícios da década de 1980, levou à criação de instâncias intergestoras regionais e municipais fortalecidas e atuantes. Tanto a Comissão Intergestora Municipal de Saúde (Cims) do Rio de Janeiro como a Comissão Intergestora Regional (Cris) do estado tiveram papel central para o avanço de propostas de articulação e organização da atenção, que precederam a criação do SUS.

Com a unificação realizada no Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds), precursor do SUS, alguns projetos inovadores que já vinham sendo desenvolvidos tomaram maior vulto, como o Projeto Especial de Saúde da Baixada (Pesb), pioneiro na implementação de uma atenção integral que rompia com a dicotomia atenção programada/ urgências, demanda programada/ demanda espontânea e ampliava acesso com resolutividade, com grande aceitação por parte dos usuários e dos profissionais envolvidos.

À época, a Secretaria de Estado de Saúde (SES) implementou a política de descentralização de unidades ambulatoriais oriundas do Instituto Nacional Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) aos municípios ao mesmo tempo que definiu metodologia para transferência de recursos com critérios transparentes, criando incentivos ao desenvolvimento de sistemas locais (Kuschnir *et al.*, 1989; Noronha, Pereira & Levcovitz, 1990). O Plano Estadual de Saúde para o SUS/RJ, publicado em 1990, apresentou uma proposta de modelo de organização em redes, a ser adaptado às condições específicas de cada região, e detalhou a organização de sistemas integrados de serviços ao longo da rede, destinados à atenção a agravos específicos, constituindo-se em linhas de cuidado (SES/RJ, 1990).

Com a retomada da proposta de regionalização, nas condições da atualidade e, ao mesmo tempo, incorporando novos olhares e instrumentos (Guimarães, 2005; Miranda, 2008), retoma-se o desafio da formulação sistêmica e da utilização do planejamento como instrumento essencial à construção das condições técnico-políticas necessárias à constituição de redes.

O ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SUAS REGIÕES

O estado do Rio de Janeiro apresentou uma população estimada em cerca de 15,9 milhões de habitantes para o ano de 2008. Seu território corresponde a 4,73% da região Sudeste e a apenas 0,51% do território nacional, mas abriga 8,4% da população brasileira, resultando na maior densidade demográfica entre as unidades federadas – 361,8 habitantes/km² – e na maior taxa de urbanização do país: 96%. Ocupa a posição de segundo

polo econômico, com participação de 14,5% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (IBGE, 2008).

Divide-se em 92 municípios reunidos em oito regiões de governo. Já o Plano Diretor de Regionalização (Governo do Estado do Rio de Janeiro, 2000) dividiu o estado em nove 'regiões de saúde', utilizando basicamente a mesma divisão geográfica (regiões político-administrativas), com algumas adaptações.¹ A região Metropolitana foi dividida em duas: o município do Rio de Janeiro integra a Metropolitana I, em conjunto com a Baixada Fluminense, já a Metropolitana II é composta por sete municípios, entre os quais Niterói e São Gonçalo.

Neste trabalho, a capital, cidade com o maior número de habitantes e maior rede de serviços públicos e credenciados ao SUS, será apresentada em separado e a denominação Metropolitana I designará apenas os demais municípios, todos componentes da Baixada Fluminense. A Figura 1 apresenta as regiões de saúde e sua distribuição populacional.

Gráfico 1 – Populações e peso percentual na população total do estado. Rio de Janeiro – 2008

Fonte: Datasus/IBGE – Estimativa Populacional (2008).

¹ Em relação à divisão adotada pelo governo do estado, as principais alterações realizadas pelo PDR são observadas na região Metropolitana e na das Baixadas Litorâneas. Na região Metropolitana I, o PDR exclui os municípios de Paracambi e Guapimirim, que são redefinidos como parte das regiões Centro-Sul e Serrana, respectivamente. Já os municípios de Maricá, Rio Bonito e Silva Jardim, definidos como parte das Baixadas Litorâneas são transferidos para a região Metropolitana II e o de Cachoeiras de Macacu para a região Serrana, ao passo que o município de Itaguaí, parte da região da Costa Verde, passa à Metropolitana I.

O estado caracteriza-se por uma enorme concentração populacional na região Metropolitana que abriga 11,8 milhões de pessoas, 74% da população total. Na capital vivem quase 40% da população, aproximadamente 6,2 milhões de habitantes. Embora as demais regiões concentrem relativamente menos população, ainda assim, a região Serrana, o Médio Paraíba e a Norte representam contingentes populacionais de magnitude relevante, entre 600 mil e 1 milhão de habitantes.

Todas as regiões – com exceção da Metropolitana – são constituídas por um número significativo de municípios de pequeno e médio porte. Do total de 92 municípios, 30% têm menos que 20 mil habitantes e outros 30% entre 20 e 50 mil, totalizando 60% com menos de 50 mil habitantes (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Porte populacional dos municípios do estado. Rio de Janeiro – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A partir das características geográficas, de ocupação do território e dos fluxos estabelecidos, poderiam ser construídas algumas considerações sobre o desenho e os portes de regiões e macrorregiões, compreendendo macrorregiões como territórios de maior base populacional e com nível de autossuficiência de recursos de cuidado especializado ambulatorial e hospitalar em número significativo de especialidades.

As regiões Norte e Noroeste podem ser compreendidas como uma macrorregião de cerca de 1,2 milhão de habitantes, onde os municípios de Campos (430 mil habitantes) e de Itaperuna (100 mil) são os de maior concentração populacional e de recursos em saúde.

Outra macrorregião seria composta pelo conjunto das regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande, totalizando cerca de 1,4 milhão de habitantes, onde os municípios de maior porte são Volta Redonda – 260 mil habitantes – e Barra Mansa, Angra dos Reis, Resende e Barra do Piraí – entre 100 e 200 mil habitantes cada um.

A região Serrana, com extensa área e população total de quase 1 milhão de habitantes, cujos municípios de maior porte são Petrópolis (cerca de 300 mil pessoas), Friburgo (180 mil)

e Teresópolis (160 mil), mantém fluxos bem estabelecidos com a região Metropolitana e com os municípios das regiões Norte e Noroeste. Já a Baixada Litorânea, com cerca de 650 mil habitantes, relaciona-se mais diretamente com a Metropolitana II, Norte e Noroeste. Cabo Frio (180 mil) e Araruama (100 mil) são os municípios que concentram mais população.

Por seu porte e pela centralização de recursos, é impossível pensar a região Metropolitana em separado do restante do estado, assim como também não é possível que seja tratada em bloco. Nela, estão concentrados os municípios de maior população. Dos onze municípios da Metropolitana I/ Baixada Fluminense, o de menor número de residentes é Seropédica, cerca de 80 mil. Outros seis têm entre 100 e 250 mil habitantes; dois, Belford Roxo e São João de Meriti, em torno de 500 mil, e Nova Iguaçu e Duque de Caxias, cerca de um milhão cada. A Baixada Fluminense, com seus quase 3,7 milhões de moradores, necessariamente deve ser pensada como uma grande macrorregião, inclusive com subdivisões, com nível de autossuficiência de recursos importante, ainda que mantendo alguns fluxos com a capital.

Com 2 milhões de habitantes, a Metropolitana II conforma uma macrorregião com estreitas relações com a Baixada Litorânea. O município de maior população é São Gonçalo, com cerca de 1 milhão de pessoas, seguido por Niterói, com meio milhão, Itaboraí (220 mil) e Maricá (120 mil). Já a capital do estado, com mais de 6 milhões de habitantes, necessariamente deve ser pensada em subdivisões – assim como são suas áreas de planejamento.

As macrorregiões, em alguns casos, deveriam ser conformadas por várias regiões, e em outros pela subdivisão de uma região ou mesmo de um município, configurando questões distintas para a construção da gestão nos vários territórios.

Mantidos os princípios básicos de organização de redes, os modelos concretos de provisão da assistência devem ser adaptados às realidades específicas locais. O porte populacional, a densidade demográfica e as características da capital e da região Metropolitana I, por exemplo, contrastam com a extensão e dispersão populacional das regiões do Norte e Noroeste, caracterizando dois tipos polares de ocupação do território, o que influencia centralmente as configurações a serem propostas para constituição da rede de atenção em cada caso.

Outra questão a ser considerada é que no estado do Rio de Janeiro vem se implantando novos polos regionais de desenvolvimento econômico, que têm levado a rápidos deslocamentos populacionais. Em especial devido à instalação de plantas de produção da indústria automobilística (Porto Real no Médio Paraíba), à expansão da indústria ligada à extração do petróleo e gás (Macaé, Campos na região Norte) e ao processo de distribuição de royalties do petróleo aos municípios limítrofes à bacia de Campos, novos polos de crescimento acarretaram quase que instantaneamente a geração de importantes fluxos migratórios. Da mesma forma, a construção do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro – Comperj –, em Itaboraí, na Metropolitana II, deverá acarretar profundas mudanças para a área Metropolitana do estado. Considerar o impacto dessas mudanças a médio e longo prazo é central à constituição de uma proposta de regionalização e de organização de redes a ser permanentemente avaliada e adaptada às novas condições.

Do ponto de vista específico da organização da atenção, as regiões caracterizam-se não apenas pela forma desigual como a população ocupa o território, mas também pela heterogeneidade com relação à oferta e à utilização de recursos e equipamentos de saúde.

O PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO

A cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no estado, segundo o último dado disponível no *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* (CNES), em julho de 2009, era em média de 40%, apresentando aumento no número de equipes em relação a dezembro de 2008, mais significativo em alguns municípios da Metropolitana I.

O município do Rio de Janeiro vem ampliando o número de suas equipes, mas permanece entre os mais baixos percentuais de cobertura do estado. No entanto, além da ESF, o município dispõe de postos e centros de saúde, que permanecem prestando atenção no primeiro nível.

Na Metropolitana I, os municípios apresentam percentuais de cobertura bastante desiguais, variando entre 20 e 90%, com exceção de Magé, com percentual próximo de 100%. De forma geral, a exemplo de outros estados da federação, a cobertura da ESF na região Metropolitana é significativamente mais baixa do que nas demais regiões. A exceção no estado é a Metropolitana II, que apresenta percentual de 77%, com 91% de cobertura em Niterói e 100% em Tanguá.

A região com maior cobertura no estado é a Centro-Sul, em que todos os municípios atingiram 100%, à exceção de Paracambi, com 80%. Na região Noroeste, a maior parte dos 14 municípios tem cobertura de 100% e outros seis apresentam percentuais entre 53 e 90%. As demais regiões têm percentuais que variam de 41% na Norte a 88% na Baía da Ilha Grande.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) vêm sendo implantados no estado, com 24 Nasf de tipo I (vinculado a entre oito e vinte equipes de saúde da família) já em funcionamento, dos quais 68% na Metropolitana II, um Nasf tipo 1 (vinculado a no mínimo três equipes e só instalado em municípios de pequeno porte – menos de 10.000 habitantes) e um Nasf intermunicipal, na região Centro-Sul.

OFERTA DE LEITOS NO SUS/ RJ: NEM TANTOS NEM PARA TODOS

Segundo dados do CNES, para o ano de 2008, havia no estado 32.815 leitos disponíveis ao SUS, entre públicos e contratados. Destes, 6.802 (21%) são classificados na especialidade psiquiatria e 1.396 (4%) para outros pacientes em especialidades de maior tempo de permanência – crônicos, reabilitação e fisiologia. Portanto, 25% (8.198) dos leitos totais do estado são ocupados, em sua vasta maioria, por internações de longa permanência,² que, em seu conjunto, foram responsáveis por 4% das internações no ano de 2008. Os demais 24.617 leitos são destinados a internações de menor permanência/casos agudos nas várias especialidades clínicas e cirúrgicas (Kuschnir, 2009).

Deste total de leitos, 67% concentram-se na região Metropolitana, sendo 41% no município do Rio de Janeiro. Este, por sua história como antigo Distrito Federal e Estado da Guanabara, apresenta a particularidade de possuir a maior capacidade ins-

² Embora entre os leitos psiquiátricos estejam incluídos aqueles destinados à internação de curta permanência, estes são uma pequena minoria do total da especialidade. Leitos-dia não estão incluídos na análise.

talada de leitos públicos no país – aqui considerados os antigos hospitais do Inamps, hospitais do Ministério da Saúde, estaduais e municipais. A distribuição de leitos é bastante desigual entre as várias áreas de planejamento da cidade – divisão administrativa adotada, inclusive, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Enquanto a Zona Sul da cidade concentra um grande número de serviços, a Zona Oeste – a mais vasta e com grande concentração populacional, especialmente no bairro de Bangu – apresenta grandes ‘vazios sanitários’.

No entanto, apesar do maior número de leitos, o grande porte do município capital, com mais de 6 milhões de habitantes, faz com que a oferta para esta população seja relativamente mais baixa que em outras regiões, mesmo quando se considera a cobertura de saúde suplementar – mais alta na capital que em outras regiões (Gráficos 3 e 4).

Já o cinturão metropolitano representado pela região Metropolitana I, a Baixada Fluminense, que apresenta dos indicadores sociais mais baixos do estado, apresenta também histórica escassez de recursos em saúde. Da mesma forma, a distribuição de recursos é desigual entre as regiões do interior, na medida em que a oferta de serviços também não se constituiu com base em processos de planejamento e/ou com objetivos de aumento de cobertura e diminuição de desigualdades. As regiões Norte e Serrana detêm, cada uma, 7% dos leitos; a região Centro-Sul do Médio Paraíba possui 6% dos leitos; Centro-Sul e Noroeste possuem aproximadamente 5% cada uma; Baixada Litorânea, com 2%, e Baía da Ilha Grande com cerca de 1% dos leitos.

Em face dos portes populacionais de cada região, configuram-se ofertas bastante díspares. Ao considerar os parâmetros de necessidades de leitos estabelecidos pela portaria n. 1.101 do Ministério da Saúde (Brasil/MS, 2002) – de 2,5 a 3 leitos totais e de 1,9 a 2,4 leitos agudos por 1.000 habitantes –, conclui-se que tanto o estado do Rio de Janeiro como parte de suas regiões têm menor oferta do que o preconizado (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Taxa de leitos SUS – total e agudos (por 1.000 habitantes). Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Kuschnir (2009).

Observa-se oferta significativamente desigual entre as regiões. Apenas na Noroeste e na Centro-Sul, os parâmetros de leitos totais são ultrapassados. Quando considerados os leitos agudos, somente nas regiões citadas e na Norte a oferta é igual ou maior que o normatizado.

Em especial, chama atenção a baixa oferta de leitos agudos nas regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Metropolitana I. Nesta última, que apresenta carência histórica de leitos – já apontada, inclusive no Plano Estadual de 1990 –, a taxa tem valor menor que 1/1.000.

No entanto, deve-se considerar que ainda que se trate de um sistema universal e que estejam estabelecidas complexas interações público-privadas que borram as fronteiras entre os dois subsetores (Bahia, 2001) parte da população dispõe de cobertura de saúde suplementar.

A cobertura de planos privados em 2008 no estado era de 31,7%, variando de 10,9% na Noroeste a 50,1% na capital. Os municípios de cobertura mais alta são Niterói, Macaé e Porto Real, com percentuais de 60,8%, 57,3% e 53,0%, respectivamente (ANS, 2008). De acordo com as informações disponíveis, tanto no estado como na capital e na região Metropolitana, para cerca de 75% dos beneficiários de planos, a cobertura inclui acesso a recursos de internação (ANS, 2008).

Esses dados devem ser avaliados com cautela, já que parte da população com cobertura suplementar em internação utiliza também o SUS, dependendo da especialidade e dos procedimentos considerados. No entanto, para uma aproximação da oferta de leitos à população que mais utiliza o SUS, no Gráfico 4, são apresentadas as taxas considerando apenas a parcela sem cobertura suplementar de internação.

Gráfico 4 – Taxas de leitos SUS (total e agudos) – população sem cobertura internação suplementar (por 1.000). Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Kuschnir (2009).

Observa-se que a oferta de leitos totais do SUS no estado passa de 2,07/1.000 a 2,71/1.000 e a de leitos agudos de 1,55/1.000 a 2,03/1.000, valores dentro dos limites

estabelecidos pela portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002). As taxas que mais se alteram são as da capital, pelo maior percentual de cobertura suplementar. A oferta de leitos agudos alcança o parâmetro na capital e nas regiões Centro-Sul, Norte e Médio Paraíba e ultrapassa o parâmetro de forma significativa na Noroeste.

Nas demais regiões, permanece abaixo do normatizado, especialmente no que se refere a leitos agudos. Chama a atenção a desigualdade na oferta. O valor do indicador na região Noroeste é mais de quatro vezes o da Metropolitana I, mesmo quando é considerada apenas a população sem cobertura suplementar de internação.

Assim, ainda que seja necessária prudência na utilização de normas de necessidade de recursos, notadamente aquelas fortemente derivadas de séries históricas, como é o caso da portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002), a análise dos indicadores parece comprovar a relativa suficiência de recursos de internação no estado, mas não em todas as regiões e com grandes disparidades na oferta.

INTERNAÇÕES NO SUS/RJ: TENDÊNCIA ACENTUADA DE QUEDA

As taxas de internação no SUS no estado do Rio de Janeiro vêm apresentando tendência à diminuição, como observado em relação a outras unidades da federação e ao país como um todo. Ao longo da década de 1997-2007, seu valor passou de 6,2 a 4,5 internações por cem habitantes, um decréscimo de 27%. Esta tendência é ainda acentuada em 2008, quando a taxa chega a 3,9%, apresentando queda de 14% em relação a 2007 e de 38% em relação a 1997 (Gráfico 5). Esses valores são menores que a taxa brasileira em todos os anos considerados³ e muito mais baixos que o parâmetro definido pelo Ministério da Saúde – entre 7% e 9%.

Gráfico 5 – Taxas de internação realizadas no SUS. Estado do Rio de Janeiro – total e por especialidades em anos selecionados

³ Em 1997, a taxa do país era de 7,4%; em 2007, de 6,0% – uma queda de 19%. Em 2008 foi de 5,8%.

Ao analisar a queda nas taxas de internação, caberia uma primeira observação a respeito do universo coberto pelas informações. O estado do Rio de Janeiro e, em especial, a capital, conta com oferta ampla de leitos em hospitais públicos, que tradicionalmente preenchem menos as autorizações de internações hospitalares (AIH's) (Bittencourt, Camacho & Leal, 2006). Ademais, hospitais municipais próprios não cadastrados e leitos privados contratados com recursos próprios municipais também não constam do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Desta forma, é provável que exista um grau de sub-registro de internações no setor público, mas embora não seja possível afirmar que a margem de erro é a mesma ao longo do período, a tendência à diminuição tem-se mantido de forma consistente.

Feita a ressalva acerca da possível incompletude do banco, a diminuição das internações pode ser relacionada a dois fatores. O primeiro é o aumento da cobertura de planos privados. A cobertura de saúde suplementar no estado não apenas é maior que a média brasileira – 32 e 21%, respectivamente – como apresentou um ritmo de crescimento mais acelerado ao longo do período (ANS). O outro fator é a diminuição progressiva da oferta de leitos no SUS, que vem sendo observada desde meados dos anos 90 (IBGE, 2005). A diminuição da oferta é bastante reconhecida para a psiquiatria, devido à política de desospitalização e ao cuidado prolongado – que culminaram no fechamento de unidades e na significativa diminuição da capacidade instalada. As taxas de internação SUS nestas especialidades são as que apresentam maior queda no estado. Em seu conjunto, decresceram em 65% entre 1997 e 2008 (Gráfico 5).

A queda das internações em clínica cirúrgica (14%) é menos acentuada do que a observada para a clínica médica, de 33% ao longo do período, acompanhando a carência na oferta de leitos. As internações pediátricas (clínicas e cirúrgicas) sofreram queda da mesma ordem (34%), em parte pela mudança do perfil epidemiológico.

Destaca-se a diminuição na taxa de internações obstétricas, de 57% entre 1997 e 2008, que não pode ser explicada apenas pela redução das taxas de fecundidade e de natalidade observadas no estado. Neste caso, além de problemas de preenchimento de AIH's e da não inclusão de informação sobre partos realizados no setor suplementar,⁴ o Ministério da Saúde, ao instituir a normativa de não pagamento de partos cesáreos que excedessem 27% do total, também estabeleceu que os registros seriam glosados automaticamente, desaparecendo do sistema. Assim, parte dos partos realizados no SUS não é inserida no sistema AIH. No caso da obstetrícia, é possível estimar a perda de informação pela comparação entre as informações dos bancos SIH/ SUS com o número de nascidos vivos obtido pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), um sistema considerado confiável no estado do Rio de Janeiro. Para o ano de 2006, havia registro no SIH/SUS de apenas 55% dos partos que teriam sido realizados (Ensp/Sesdec, 2009).

Chama a atenção ainda a queda nas internações observada entre os anos 2007 e 2008. A acentuada diminuição da taxa de internação entre um ano e outro aponta para a

⁴ Não apenas o estado do Rio de Janeiro tem maior cobertura de planos privados do que a média brasileira, como especificamente na faixa de mulheres em idade fértil, a cobertura mostrou notável aumento no período 2000-2007 – da ordem de 200% (ANS, 2008).

instabilidade da oferta de leitos no SUS. Ainda que não se possa desconsiderar problemas de informação, não é incomum que a capacidade instalada ofertada em determinado período deixe de sê-lo após curto tempo, em especial no setor privado contratado, seja por carência de recursos humanos e de equipamentos, seja por mudanças específicas locais, o que torna o acesso aos recursos de saúde extremamente instável e pouco garantido, uma limitação importante à proposta de implementação de uma política de garantia do direito.

DESVENDANDO AS DESIGUALDADES REGIONAIS

As taxas de internação SUS nas diversas regiões de saúde apresentaram notáveis disparidades em 2008, acompanhando a oferta desigual de leitos. No Gráfico 6, as taxas são apresentadas considerando a população total e a população sem cobertura de internação em planos privados.

Gráfico 6 – Taxas de internação total SUS (por 100 habitantes). População total e população sem cobertura suplementar de internação. Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

Quando se considera a população total, as taxas regionais variaram entre 7,9% na Noroeste – a única região que atinge o parâmetro de 7 a 9% da portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002) – e 2,8 na Baixada Litorânea.

As taxas para a população sem cobertura suplementar variaram entre 8,6 e 3,1% nas mesmas regiões citadas. Em apenas três casos – Noroeste, Centro-Sul e Norte –, os valores alcançaram a norma estabelecida.

Ainda que passem de 2,8 a 4,5%, pelo maior peso da cobertura suplementar, as taxas do município do Rio permanecem bem abaixo do parâmetro e entre os três menores valores – ao lado da Baixada Litorânea e da Metropolitana I.

Além das diferenças observadas na taxa total de internação, as taxas por especialidade e seu peso na composição da taxa total também apresentam grande variação entre as regiões (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Taxas de internação SUS (por 100 habitantes) em especialidades. Rio de Janeiro e regiões – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A taxa de internação em clínica médica da região Noroeste, por exemplo, é mais de 5,5 vezes a do município do Rio de Janeiro e a de clínica cirúrgica é 2,6 vezes o valor observado para a Metropolitana I. Ainda que se considere apenas a população sem cobertura suplementar de internação, a taxa de clínica médica da região Noroeste permanece quatro vezes mais alta do que a da capital, e a de clínica cirúrgica 2,4 vezes mais alta do que a da Metropolitana I.

Observam-se também consideráveis diferenças na composição da taxa de internação global das regiões. Na Noroeste, por exemplo, as internações em clínica médica são 51% das internações agudas, ao passo que no município do Rio correspondem a apenas 28%, acompanhando a baixa oferta de leitos. Em clínica cirúrgica, representam 30% das internações agudas na Norte e 18% na Metropolitana I.

Mesmo entre os três componentes da região Metropolitana, as diferenças são marcadas. A proporção da clínica médica entre as internações agudas varia de 43% na Metropolitana II a 22% na Metropolitana I. Em clínica cirúrgica, vai de 18% na Metropolitana I a 30% na capital.

Ressalvados problemas relativos ao sistema de informações, as diferenças existentes no perfil epidemiológico das regiões não justificariam disparidades tão significativas nos indicadores. Da mesma forma, a cobertura do PSF não se correlaciona com taxas mais baixas de internação em clínica médica – em sua vasta maioria internações de média complexidade.

Os fatores mais relevantes para explicação dessas diferenças são a oferta diferenciada de serviços nas regiões em questão e sua acessibilidade. Em algumas regiões, os moradores estão tendo mais acesso a recursos de internação SUS do que em outras, seja pela maior oferta local, seja por melhores condições de acesso a serviços localizados em outras regiões.

FLUXOS ASSISTENCIAIS: QUEM INTERNA E ONDE

A análise dos fluxos estabelecidos entre as regiões de saúde permite avaliar que relações de referência estão sendo implementadas, ainda que, em sua maior parte, não se trate de referências institucionalizadas – acordadas pelos gestores municipais e/ou realizadas pela central de regulação –, mas definidas pelo próprio usuário ou pelas unidades de saúde isoladamente.

Na medida em que as internações psiquiátricas e em leitos de longa permanência obedecem a uma lógica distinta, foram analisados os fluxos estabelecidos para as internações de curta permanência/agudas nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria clínica e cirúrgica e obstetria. O total das internações consideradas engloba tanto as classificadas como média como as de alta complexidade, estas últimas representando 4% do total – percentual que variou entre 0,8% na pediatria clínica a 11% na clínica cirúrgica.

No ano de 2008, a maioria das internações agudas de moradores do estado do Rio de Janeiro realizadas no SUS ocorreu na própria região de residência, com percentuais variando de acordo com a especialidade considerada. A grande exceção foi a região Metropolitana I que em 2008 deixou de realizar uma boa parte das internações de seus residentes (Gráfico 8).

Quando se considera apenas o pequeno grupo de internações em alta complexidade, naturalmente o percentual de absorção na região de residência diminui consideravelmente.

Gráfico 8 – Percentual de internações de moradores realizado na região de residência por especialidades. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

Praticamente todas as regiões absorveram a quase totalidade das internações de seus residentes nas especialidades de obstetria e pediatria clínica. A exceção maior ficou

por conta da Metropolitana I, onde 15% das internações obstétricas foram absorvidas por outras regiões – principalmente a capital e, em menor proporção, a Centro-Sul⁵ – e onde 11% de seus pacientes pediátricos foram encaminhados ao município do Rio. Nesta especialidade, a Baixada Litorânea também deixou de fazer 18% das internações de seus pacientes, realizadas na capital.

Os percentuais de encaminhamentos pediátricos adquirem particular significado quando se considera que a alta complexidade representa a minúscula parcela de 0,8% do total de internações. É absorvida em proporção significativa apenas no município do Rio, que também recebe a maioria das internações das demais regiões.

Em clínica médica, especialidade na qual 97% das internações são classificadas como de média complexidade, praticamente todas as regiões apresentam percentual acima de 90%, com exceção novamente da Metropolitana I, que realizou 63% das internações de seus habitantes, encaminhando as demais para a capital e para o Centro-Sul.

Quando se consideram os 3% de internações de alta complexidade, apenas em três regiões são absorvidos mais de 70% dos casos, além da capital: Noroeste, Norte e Metropolitana II. Centro-Sul, Baixada Litorânea e Baía da Ilha Grande não internam nenhum paciente em alta complexidade clínica. O município do Rio é a maior referência para todas as regiões.

Nas clínicas cirúrgicas – de adultos e pediátricas –, que concentram maior percentual de procedimentos de alta complexidade, três regiões deixaram de absorver parcelas mais significativas das internações de seus habitantes. A Metropolitana I realiza apenas 47% das internações de adultos e 38% das pediátricas, encaminhando nos dois casos os pacientes para a capital. A Baixada Litorânea deixou de absorver 18% das internações cirúrgicas de adultos e 25% das infantis, que são feitas principalmente no município do Rio e em menor proporção na Norte e Metropolitana II. Esta última também deixa de absorver 15% de seus pacientes cirúrgicos, internações efetuadas no Rio.

No subgrupo das internações cirúrgicas de adultos de alta complexidade, 11% do total, as regiões com maior absorção de seus habitantes foram a capital, a Noroeste e a Serrana. O município do Rio é a maior referência para todas as demais regiões. A Metropolitana I não realizou nenhuma internação cirúrgica de alta complexidade.

Na pediatria cirúrgica, as internações de alta complexidade foram 3% do total, absorvidas na própria região de moradia em mais de 70% dos casos no município do Rio, na Serrana e Noroeste. A Metropolitana I não realizou nenhuma internação pediátrica cirúrgica de alta complexidade. A capital permanece a principal referência no estado.

É importante ressaltar que o fato de a totalidade das internações em uma especialidade ser realizada na região de residência não se relaciona com suficiência de recursos para atendimento às necessidades. As taxas de internação do SUS, mais baixas do que a média do estado e do Brasil em várias das regiões – mesmo quando se considera só a população

⁵ Na região Centro-Sul, o município de Paracambi (que pertence à região de governo Metropolitana), recebe e, em menor magnitude, envia pacientes para a Metropolitana I, especialmente dos municípios limítrofes de Japeri e Seropédica.

sem cobertura de saúde suplementar – e muito mais baixas que as preconizadas pela portaria n. 1.101 (Brasil/MS, 2002), indicam falta de acesso a recursos de internação, seja pela capacidade instalada insuficiente, seja por problemas de gestão e/ou outras barreiras ao acesso. A demanda reprimida por internações em algumas regiões pode ser constatada pela pressão observada nos serviços de emergência que apresentam altíssimos tempos de permanência – que nem sempre geram AIH's – e pelas dificuldades enfrentadas pelas centrais de regulação para viabilizar a absorção da demanda que lhe chega.

De forma geral, as internações classificadas como de média complexidade estão sendo absorvidas pelas regiões de moradia. A notável exceção é a região Metropolitana I em quase todas as clínicas consideradas, com proporções de absorção variando entre 37% na pediatria a 85% em obstetrícia.

Para as internações não absorvidas nos locais de moradia, foram identificados alguns fluxos mais significativos – não se sabe se formais, informais ou por meio de autorreferência –, principalmente da Metropolitana I para o Rio de Janeiro e Centro-Sul e da Baixada Litorânea para o Rio, Metropolitana II e Norte.

Há fluxos menos importantes estabelecidos entre várias regiões, contíguas ou não, dependendo da especialidade em questão. Nas especialidades cirúrgicas, todas as regiões, em graus distintos, têm residentes internados na capital.

Observaram-se também curiosos fluxos inversos. O município do Rio de Janeiro, que absorve 96% de suas pacientes obstétricas, referencia 4% de suas gestantes para a Metropolitana I, de quem recebe um número significativo de referências na mesma especialidade. Também na pediatria clínica, a capital, que absorve 93% de suas internações pediátricas, interna 6% de seus pacientes pediátricos na Metropolitana I, de quem recebe 11% das internações infantis.

ALTA COMPLEXIDADE: POUCA, CARA E PARA POUCOS

No estado do Rio de Janeiro, os gastos com procedimentos de alta complexidade absorvem porção significativa dos recursos financeiro do SUS e estão em permanente ascensão. Parte da alta complexidade é realizada por meio de internações e parte, em ambulatório. O elenco de procedimentos de alta complexidade hospitalar e ambulatorial é definido pelo Ministério da Saúde e sua produção é realizada por unidades que possuem habilitação emitida por meio de portarias.

As internações classificadas como de alta complexidade representaram 4% do total realizado no SUS/RJ em 2008. Destas, 70% foram internações cirúrgicas e corresponderam a 11% do total de internações cirúrgicas realizadas.

As especialidades que responderam pelo maior percentual de procedimentos de alta complexidade são a cardiovascular (25%), ortopedia (10%) e neurocirurgia (8%), totalizando 43% da alta complexidade cirúrgica. Em números absolutos, no entanto, são poucos os procedimentos realizados (Tabela 1).

Tabela 1 – Internações cirúrgicas total, e em alta e média complexidade em especialidades selecionadas. Estado do Rio de Janeiro – 2008

ESPECIALIDADE	ALTA	%	MÉDIA	%	TOTAL	%
Ortopedia	2.369	7,1	31.039	92,9	33.408	100,0
Cardiovascular	5.818	53,6	5.035	46,4	10.853	100,0
Neurocirurgia	1.819	44,1	2.304	55,9	4.123	100,0
TOTAL	10.006	20,7	38.378	79,3	48.384	100,0

Fonte: Brasil/MS (2008).

Ao considerar as três especialidades, as internações totais em ortopedia são o maior grupo, dos quais cerca de 7% em alta complexidade. Entre os procedimentos mais comuns no grupo de alta complexidade estão as artroplastias de quadril e de joelho. Nos grupos cardiovascular e de neurocirurgia, além do pequeno número de intervenções realizadas, chama a atenção a relação entre procedimentos de alta e média complexidade. Os procedimentos mais comuns na alta complexidade cirúrgica cardiovascular são as angioplastias com implante de *stent* (33% do total), as revascularizações miocárdicas e a implantação de marca-passo. Na neurocirurgia, os procedimentos mais comuns na alta complexidade são tratamento de aneurismas e tumores cerebrais.⁶

A produção realizada no SUS/RJ nas três especialidades selecionadas resulta em baixas taxas de internação, quando comparadas à média brasileira e a outros estados da federação, e a exemplo das internações totais em especialidades apresenta valores muito distintos entre as regiões.

As taxas de internação em alta complexidade cardiovascular variaram entre 14,5 na Metropolitana I e 170,8 por 100.000 habitantes na Noroeste, região cujo indicador claramente se destaca dos demais. A média para o estado foi de 37,1/100.000 (Gráfico 9).

⁶ A aproximação à avaliação da complexidade por meio da relação média/alta complexidade é bastante difícil com base na tabela SUS. Na especialidade cardiovascular, pelo agrupamento adotado, enquanto os principais diagnósticos na alta complexidade estão na área da cirurgia cardíaca, na média estão no campo da cirurgia vascular – cirurgia de varizes – não permitindo a comparação. Nos dois outros grupos, há maior homogeneidade na classificação.

Gráfico 9 – Taxa de internação SUS em alta complexidade cardiovascular. Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A região Noroeste realiza a totalidade dos procedimentos de seus moradores, ao passo que a capital, Norte, Médio Paraíba, Baixada Litorânea e Serrana absorvem entre 85 e 95% das internações. Baixada Litorânea, Noroeste e município do Rio recebem pacientes das várias regiões. A disparidade entre as taxas nas regiões que realizam percentuais elevados das internações de seus moradores ilustra o que foi comentado sobre a não correlação entre absorção de internações e atendimento ao total das necessidades de ações e serviços.

Apenas a Baía da Ilha Grande e a Metropolitana I não realizam procedimentos. No primeiro caso, as internações são realizadas no Médio Paraíba e na Baixada Litorânea; no segundo, na capital, na Metropolitana II e na Baixada Litorânea.

Na área cardiovascular há uma clara proliferação de polos. Na capital são realizados 30% do total dos procedimentos do estado e na Baixada Litorânea são feitos outros 14%. Noroeste, Serrana, Médio Paraíba e Norte realizam entre 12 e 10% do total cada. Essa distribuição pode ser observada no Gráfico 10, no qual são mostrados os fluxos. Os círculos representam procedimentos realizados no município, a área do círculo em branco representa procedimentos realizados para os próprios municípios e a área em cor, os procedimentos realizados para pacientes de outros municípios.

Gráfico 10 – Fluxos de internações em alta complexidade cardiovascular. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

As taxas de internação em alta complexidade cardiovascular no SUS/RJ – 37,1/100.000 – são significativamente mais baixas que a média no país, de 68,4, e muito abaixo das médias observadas em outros estados das regiões Sudeste e Sul. Minas Gerais tem taxa de 71,2; São Paulo de 95,9; o Paraná de 137,2 e o Rio Grande do Sul de 150,3. O valor médio da AIH no Rio também é menor que a média brasileira.

Em ortopedia, as taxas variaram entre 8,2 no Médio Paraíba e 26,0/100.000 nas regiões da Baía da Ilha Grande e Serrana, com média de 14,9 no estado (Gráfico 11). Os números absolutos são pequenos, totalizando 2.369 casos (Tabela 1).

As taxas no estado estão abaixo da média nacional (18,1) e de São Paulo (22,5) e Minas Gerais (18,1), e muito distanciadas dos valores para o Paraná (32,3) e Rio Grande do Sul (46,4). O valor médio da AIH no Rio é também substancialmente mais baixo que a média nacional, superando apenas os valores de Roraima e Amazonas.

Gráfico 11 – Taxa de internação SUS em alta complexidade ortopédica. Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A capital absorve a quase totalidade de seus pacientes, e as regiões Serrana, Norte, Noroeste e Baía da Ilha Grande absorvem mais de 60% dos seus. A Metropolitana I e a Baía da Ilha Grande não realizam procedimentos e, nesta última, a taxa de internação encontrada – a mais alta do estado – é totalmente realizada na capital, onde são feitos 80% do total de procedimentos, seguida pela Serrana com 9% e pela Metropolitana II com 4%. A concentração de realização de procedimentos no Rio de Janeiro é evidenciada no Gráfico 12.

Gráfico 12 – Fluxos de internações em alta complexidade ortopédica. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A demanda reprimida por procedimentos de alta complexidade em ortopedia é sobrejamente conhecida, gerando as longas filas de espera, que chegam a durar anos, pela realização de artroplastias. Embora este não seja um problema exclusivo do estado do Rio de Janeiro ou do SUS, chama a atenção a baixa produção do estado, quando comparado a outras unidades da federação, e a desigualdade de acesso entre as regiões.

Em neurocirurgia, as taxas variaram entre em torno de 6,5 nas regiões Metropolitana I e II e Baixada Litorânea, e 38/100.000 habitantes na Noroeste – claramente destacada das demais regiões (Gráfico 13). A média do estado foi de 10,3/100.000 e os números absolutos são muito reduzidos: 1.819 procedimentos.

A taxa de internação do estado, uma vez mais, foi mais baixa que a média nacional, de 15,1/100.000, e que de São Paulo (19,2) e Minas Gerais (13,8). Os estados do Paraná e do Rio Grande do Sul permanecem apresentando as maiores taxas, de 28 e 32,8/100.000, respectivamente. O valor da AIH média no Rio, no entanto, é o maior do país, significativamente mais alto que a média nacional.

Gráfico 13 – Taxa de internação SUS em alta complexidade em neurocirurgia. Estado do Rio de Janeiro e regiões de saúde – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

A região Noroeste absorve a totalidade de pacientes de seus municípios e a capital, interna 85% de seus casos, referenciando os demais para a própria Noroeste, que recebe também pacientes de todas as outras regiões. As regiões Norte, Serrana e Centro-Sul absorvem mais de 40% de seus pacientes. A Baixada Litorânea não realizou nenhum procedimento no grupo considerado.

A capital, que realiza 50% dos procedimentos, e a região Noroeste, com 38% do total, são os dois grandes polos na especialidade como pode ser observado no Gráfico 14.

Gráfico 14 – Fluxos de internações em alta complexidade neurocirúrgica. SUS/RJ – 2008

Fonte: Brasil/MS (2008).

Portanto, ademais das baixas taxas de internação em alta complexidade, quando comparados a outros estados da federação e à média nacional, existem grandes disparidades entre as regiões, a exemplo do observado para as internações totais. Tais disparidades são resultantes da oferta de serviços habilitados em determinadas regiões e não em outras, assim como de mecanismos de acesso a serviços através de referências, que não se reproduzem de forma equitativa.

É importante destacar o caso de algumas regiões que não absorvem as internações em pediatria clínica ou em clínica médica de seus habitantes, mas realizam parcela significativa de procedimentos de alta complexidade, recebendo, inclusive, referências de vários outros territórios, mostrando a pouca consistência no padrão de oferta estimulado por arranjos específicos locais e pelo método de pagamento por procedimentos.

No caso da alta complexidade, naturalmente a oferta de serviços não poderá ser realizada em todas as regiões, pois obedece a critérios de escala e disponibilidade de recursos, principalmente recursos humanos. Especialmente nesse campo, o volume de produção está relacionado à qualidade, aconselhando a concentração de procedimentos em unidades de referência. O processo de regionalização e organização de redes permitiria o acesso mais equitativo a partir da definição de referências formais entre regiões e municípios. Tal processo pressupõe planejamento sistêmico, considerando as necessidades do estado como um todo e de suas regiões, que embasariam as decisões a respeito das habilitações a serem definidas.

ENFRENTANDO OS DESAFIOS DA REGIONALIZAÇÃO

A análise da oferta e a utilização dos recursos existentes – em especial daqueles de maior densidade tecnológica/ complexidade, que devem servir a bases populacionais maiores – evidenciam alguns dos desafios a serem enfrentados na construção da regionalização e na instituição de redes, ao mesmo tempo que aponta algumas das possíveis estratégias para seu enfrentamento.

Um primeiro desafio, de caráter técnico-metodológico encontra-se no âmbito dos sistemas de informação utilizados, todos pensados primordialmente como instrumentos de faturamento. O CNES, base das informações sobre a capacidade instalada, não permite facilmente a classificação de unidades e dificulta a identificação de leitos por especialidades. Seu aprimoramento em uma perspectiva mais voltada ao planejamento permitiria dispor de um instrumento eficaz para levantamento da capacidade existente, para o qual poderiam ser desenhadas estratégias de permanente atualização.

Já o SIH/SUS, base das informações sobre a produção hospitalar realizada, apresenta dois problemas centrais. O primeiro é o universo coberto. O não preenchimento de AIH's por hospitais públicos orçamentados ou não credenciados no sistema e a falta de informação sobre as internações realizadas no subsetor suplementar fazem com que as informações disponíveis sejam referentes a percentuais significativamente menores que as realizadas, dependendo do território e sua cobertura de saúde suplementar, da especialidade considerada e da natureza do provedor.

Um segundo problema diz respeito à dificuldade de uma aproximação à complexidade dos procedimentos realizados, pela forma de classificação utilizada pela tabela AIH. Os agrupamentos de procedimentos podem obedecer a lógicas distintas, adotadas em função do faturamento, que por vezes são inconsistentes ou contraditórias, dependendo do grupo considerado. A aproximação da tabela ou mesmo sua substituição por um sistema de tipo *Diagnosis Related Groups* (DRG), adotado na maior parte dos sistemas de saúde para gestão e pagamento, permitiria a análise da produção realizada de forma consistente, identificando polos de acordo com a complexidade realizada e embasando a proposta de regionalização.

Ao sair do campo da construção dos instrumentos, colocam-se os desafios à construção da própria regionalização. Ao considerar que se trata de uma estratégia para diminuição de desigualdades no âmbito de um sistema que se propõe universal e equitativo, a observação de indicadores tão díspares entre as regiões do estado aponta para a necessidade de elaborar estratégias de montagem de redes que diminuam as desigualdades existentes.

Do ponto de vista da organização da atenção, uma primeira e fundamental questão diz respeito ao aumento da cobertura em primeiro nível, especialmente na região Metropolitana, e à adoção de modelos que superem a baixa resolutividade – a persistente separação entre 'demanda programada' e 'demanda espontânea' –, remanescente dos programas verticais, que cria enormes barreiras ao acesso e pressiona os demais níveis do sistema. Além de uma nova concepção, o enfrentamento de questões relativas à qualificação dos

profissionais e à gestão do trabalho são essenciais à institucionalização do primeiro nível, permitindo a construção de mecanismos de coordenação em redes.

Um outro desafio, que não apresenta poucas dificuldades, é a profunda revisão do padrão de oferta de recursos especializados – ambulatoriais e hospitalares – e a alta complexidade, passando a considerar as necessidades do estado e das regiões como um todo, desenhando estratégias para ampliação da oferta em determinados territórios e especialidades, redefinindo perfis de unidades e redirecionando fluxos. Ainda que numa primeira fase a oferta deva depender basicamente da capacidade instalada atualmente existente, é possível estabelecer contratos, utilizar instrumentos de regulação e incentivos desenhados especificamente para a redefinição de perfis e redirecionamento de fluxos, de modo a otimizar a capacidade existente e planejar sua expansão a médio e longo prazos.

Esse é um desafio técnico-político de monta, porque apesar da crença de que o Rio de Janeiro dispõe de parque hospitalar e de serviços de alta complexidade em profusão, em detrimento do primeiro nível de atenção, os números mostram que, na realidade, há carências, inadequações e distorções em todos os níveis da rede, incluindo baixa oferta de leitos e pouco acesso à internação em algumas regiões e especialidades. Particularmente, os números da alta complexidade impressionam, encontrando-se abaixo da média nacional em todos os grupos e muito abaixo do realizado em outros estados da região Sudeste. Não há como mudar esse panorama sem a reavaliação da oferta e o enfrentamento das questões relacionadas à gestão das unidades existentes.

Se esta é por si só uma tarefa difícil, torna-se impossível sem a adoção do planejamento, com elaboração de diagnósticos e de propostas de intervenção em nível regional, resultando em planos que se proponham a ser efetivamente cumpridos, na direção da construção de redes e linhas de cuidado no mundo real. Sem planejamento, a pactuação intergestores permanecerá impossibilitada de superar as armadilhas do ‘apagar incêndios’ e da ‘troca de procedimentos’.

Em contrapartida, a criação da região real pressupõe a construção coletiva desde seu início, que não se iguala à integração do planejado/programado em cada município. O termo ‘invasão’ de um município por usuários oriundos de outro, tão amplamente utilizado, é, na verdade, incompatível com um sistema que se propõe único, universal e equitativo, no qual a garantia do direito não pode depender do local de moradia do cidadão. O que nos coloca um outro e indissociável desafio – o da construção da gestão dos territórios regionais, necessariamente englobando e articulando vários municípios e instituindo a responsabilização coletiva pela saúde de todos os habitantes da região e do estado. Para isso, o único caminho é a suspensão das fronteiras, a instituição dos mecanismos que possibilitem o planejamento conjunto – a ser utilizado como base da pactuação – e a operacionalização e o acompanhamento do plano regional, direcionando nesse sentido o trabalho dos colegiados de gestão regional.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Consulta a beneficiários e operadoras, 2008. Disponível em: <www.ans.gov.br>. Acesso em: jul. 2008.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 329-339, 2001.
- BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B. & LEAL, M. C. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1): 19-30, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.101 de 12 jun. 2002. Brasília, *Diário Oficial da União*, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática e Informação em Saúde do SUS. Informações em Saúde. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: jul. 2008.
- ENSP/SESDEC. Análise de indicadores e da oferta de serviços na área materno-infantil. *Relatório de Projeto*. Rio de Janeiro, 2009. (Projeto de Cooperação)
- GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Plano Diretor de Regionalização 2001/2004*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde, 2000.
- GRÃ-BRETANHA. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. *Informe Dawson sobre el Futuro de los Servicios Medicos y Afines, 1920*. Washington: Opas/OMS, 1964. (Publicación Científica, 93)
- GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4): 1.017-1.025, 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatísticas da Saúde: assistência médico-sanitária 2005*. Rio de Janeiro, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Contas Nacionais n. 26. Produto interno bruto dos municípios 2003-2006*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- KUSCHNIR, R. (Coord.). *Atlas de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Secretaria de Estado de Saúde, Defesa Civil do Rio de Janeiro, 2009.
- KUSCHNIR, R. et al. Metodologia para programação de atividades e cálculo dos valores de financiamento da rede municipal. *Revista Saúde em Debate*, 1: 50-54, 1989. (Série especial)
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. Política de saúde dos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 269-291, 2001.
- MIRANDA, A. C. et al. (Orgs.). *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. C. & LEVCOVITZ, E. Estratégias para a construção de sistemas locais de saúde no Estado do Rio de Janeiro. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 109(5-6): 529-533, 1990.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos, experiencias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1990. (Publicación Científica, 519)
- SALTMAN, R. B. & FIGUERAS, J. Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs*, 17(2): 85-108, 1998.
- SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V. & VRANGBAEK, K. (Orgs.). *Decentralization in Health Care: strategies and outcomes*. London: Open University Press, European Observatory on Health Care Systems, 2007.

SANTOS, L. & MONTEIRO, L. O. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros*. Campinas, São Paulo: Conasems, Idisa, 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Plano Diretor para o Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro – 1990/1992*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 1990.

SILVA, F. S. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas, São Paulo: Conasems, Idisa, 2008.

VIANA, A. L. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo em Perspectiva*, 22(1): 92-106, 2008.