

# ESTRATÉGIAS PARA A CONSTRUÇÃO DE SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

*José Carvalho de Noronha,<sup>1</sup> Telma Ruth Pereira<sup>2</sup>  
e Eduardo Levcovitz<sup>3</sup>*

---

*A organização dos serviços de saúde passa por grandes transformações desde o início da década de 80: instituição dos sistemas locais de saúde, implantação das ações integradas de saúde e estabelecimento do sistema unificado e descentralizado de saúde. Essas mudanças visam municipalizar os serviços. No Rio de Janeiro, especialmente na Baixada Fluminense, deixaram de existir as categorias de rede pública e privada substituídas por uma rede única de abrangência municipal. O que está impedindo a plena conformação da rede unificada é a demora em transferir os serviços do INAMPS. A organização plena do sistema descentralizado requer a eliminação dos obstáculos político-burocráticos.*

A reorganização descentralizada do sistema de saúde brasileiro tem sido batida de longa data, paralelamente a diversas iniciativas concretas de organização de sistemas locais de saúde. Já no princípio da década de 80 tornavam-se realidade políticas expressivas de expansão dos serviços ambulatoriais básicos em Prefeituras como Niterói (Rio de Janeiro), Campinas (São Paulo) e Londrina (Paraná), resultantes de propostas políticas progressistas e modernizantes.

É entretanto a partir de 1983-1984 que o debate de construção dos sistemas locais de saúde (SILOS) ganha contornos realísticos com a implantação das ações integradas de saúde (AIS), contando com a

participação dos níveis municipais, estaduais e federais através do Ministério de Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Entre 1984 e 1986, as AIS têm grande penetração no estado do Rio de Janeiro, principalmente na orientação das políticas municipais de saúde. Em 1987 o Ministério da Previdência e Assistência Social/INAMPS e o Ministério da Saúde propõem uma ampla reorganização institucional do setor saúde, baseada em um sistema unificado com fortes características descentralizadas: o sistema unificado e descentralizado de saúde (SUDS).

O SUDS propugna pela completa unificação do comando das ações por nível de governo, tendo por base principal a municipalização. A nova constituição brasileira, promulgada em 1988, rebatiza a iniciativa como sistema único de saúde (SUS), mantendo inalteradas as suas características descentralizadoras.

Em fins de 1987, e durante todo o ano de 1988, diversas unidades assistenciais federais e a atividade de controle e avaliação

---

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Endereço para correspondência: Instituto de Medicina Social da UERJ, Rua São Francisco Xavier, 524-7º andar, Maracanã, CEP 20550, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

dos serviços prestados pelos setores privado e filantrópico, através de contratos e convênios, passam a ser parte da administração estadual. Por primeira vez na história brasileira, as iniciativas descentralizadoras encontram apoio constitucional, embora o arcabouço jurídico-administrativo do SUS não esteja ainda completo, devido ao atraso na edição da legislação complementar necessária.

No estado do Rio de Janeiro, o Convênio SUDS, implementado a partir de 1988, vem encontrar uma firme base municipal em desenvolvimento, e a posse, em janeiro de 1989, de novos prefeitos municipais em todo o estado, fortalece politicamente esse nível de governo e facilita a descentralização do sistema de saúde. É neste contexto que se desenvolve a mais ampla e ousada iniciativa de descentralização de que se tem notícia no país tendo, como pressuposto para a sua conformação, a gestão unificada da rede de serviços a nível local.

As mudanças de natureza institucional foram implantadas para apoiar legal e gerencialmente a decisão política do governo estadual de municipalizar os serviços de saúde, englobando não apenas as unidades públicas como, também, o controle dos prestadores de serviços privados e filantrópicos.

De 17 de julho de 1988 até o final de 1989, todos os municípios do estado do Rio de Janeiro assinaram o Convênio de Adesão ao SUDS-RJ (municipalização), inclusive os três emancipados no final de 1988. As ações pactuadas no convênio baseiam-se no Plano Municipal de Saúde, elaborado pelas próprias secretarias municipais de saúde (SMS) com apoio técnico da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Outros estados, principalmente São Paulo e Paraná, têm adotado iniciativas descentralizadas através da municipalização de unidades assistenciais públicas estaduais ou daquelas transferidas do INAMPS para as secretarias estaduais da saúde (SES) em decorrência da implantação dos SUDS. No Rio de Janeiro, a estratégia de municipalização aponta para a conformação de uma rede efe-

tiva de serviços de saúde em nível dos municípios, com a transferência da gestão dos hospitais, ambulatórios, laboratórios e clínicas privadas e filantrópicas para as secretarias municipais de saúde. A gestão unificada da rede de saúde no município garante as condições para um atendimento realmente universalizado. Somente em quatro dos 71 municípios do Estado, ainda não se completou a descentralização da gestão da rede privada, isto em decorrência da complexidade do setor e da abrangência plurimunicipal dos hospitais.

Na municipalização das unidades públicas, passam a ser responsabilidade das SMS as funções de aquisição e provisão de bens, insumos e equipamentos; a reforma e recuperação física das unidades; a designação de dirigentes, administradores e responsáveis por seu funcionamento e a gerência do pessoal federal e estadual cedido.

Em 60 municípios o conjunto das unidades públicas está sob gestão municipal. Dos 11 restantes, cinco têm unidades ambulatoriais, de complexidade média, ainda sob gestão federal (INAMPS), não havendo nenhuma unidade sob comando de nível estadual.

As unidades hospitalares especializadas de grande porte e de abrangência assistencial regional, atualmente em processo de recuperação física e renovação e aquisição de equipamento, permanecem sob a gestão da SES ou do INAMPS. O conjunto de unidades ambulatoriais complexas, situadas na região metropolitana e integrantes do Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense (PESB), estão também sob gestão estadual até que seja completado o desenho do modelo assistencial para essa região, onde se encontram as maiores desigualdades e carências de serviços de saúde. A tabela 1 mostra a evolução da vinculação institucional, por nível de governo, das unidades assistenciais situadas no estado do Rio de Janeiro.

**TABELA 1. Evolução da vinculação institucional das unidades assistenciais no Estado do Rio de Janeiro**

Tipos de unidades e subordinação institucional	Número de unidades	
	1987	1989
<b>Sob gestão federal</b>		
Hospitais próprios	22	20
Ambulatórios próprios	74	38
Hospitais contratados e conveniados (Serviço de Assistência Médico-Hospitalar/ Autorização de internação hospitalar)	251	0
Ambulatórios e SADT contratados e conveniados	1 979	0
<b>Sob gestão estadual</b>		
Hospitais próprios	20	19
Ambulatórios próprios	217	37
Hospitais contratados e conveniados (Serviço de Assistência Médico-Hospitalar/ Autorização de internação hospitalar)	0	94
Ambulatórios e SADT contratados e conveniados	0	372
<b>Sob gestão municipal</b>		
Hospitais próprios	38	41
Ambulatórios próprios	749	1 073
Hospitais contratados e conveniados (Serviço de Assistência Médico-Hospitalar/ Autorização de internação hospitalar)	0	157
Ambulatórios e SADT contratados e conveniados	0	1 507

**Fonte:** Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Subsecretaria de Assuntos do Interior e Superintendência de Planejamento

**Nota:** A Secretaria de Estado de Saúde foram incorporados 12 postos de assistência médica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e implantadas 10 novas unidades estaduais pelo Programa Especial de Saúde da Baixada Fluminense. Também foram implantadas 98 novas unidades ambulatoriais municipais.

O plano institucional proposto prevê, para o biênio 90/91, a municipalização desses conjuntos de serviços, após a recuperação básica dos hospitais especializados e a implantação ou adaptação das unidades integrantes do PESB. Passado esse período, o nível estadual não deverá ter sob seu comando mais do que 12 hospitais especializados que, historicamente, desempenham funções de referência estadual ou nacional. Não há necessidade técnica de proporcionar manutenção a nenhuma unidade sob gestão federal.

A transferência da gestão da rede privada, além das unidades públicas, para os municípios traduz a concretização dessa concepção criando as bases para o estabeleci-

mento dos SILOS. As discussões com grupos de municípios para a criação de consórcios intermunicipais para gerenciar serviços de maior complexidade de forma descentralizada, sem atuação direta do estado, iniciaram-se em 1989. Ao ser implantada a rede pública de hemocentros e hemonúcleos, essa associação entre municípios já era realidade, possibilitando uma maior agilidade no desenvolvimento da política estadual de sangue.

Assim, no âmbito do SUDS-RJ, não existem as categorias de rede pública e rede privada. O setor público e o setor privado constituem uma rede única, de abrangência municipal. Em um futuro próximo os processos de hierarquização e regionalização dessa rede única deverão compor o sistema estadual de saúde.

Decorridos quase dois anos do início da municipalização observa-se uma ex-

pressiva reativação das unidades públicas de saúde, com significativos investimentos em reformas e equipamentos nas unidades existentes, e com a instalação de 98 novas unidades municipais. Em 1988–89 apenas oito, dos 71 municípios do Estado, não realizaram investimentos nas unidades.

O processo de construção dos SILOS, sob um único comando municipal, enfrenta ainda obstáculos burocráticos e administrativos, entre os quais destacam-se a continuidade dos pagamentos de prestadores de serviços através de órgão federal e o grande número de unidades assistenciais do INAMPS, ainda sob gestão federal. O pagamento centralizado inibe a constituição de um fundo único de recursos para a saúde, em nível municipal, e impede que as SMS possam alocar, para as suas próprias unidades, recursos financeiros redirecionados pela nova forma de gerenciamento do setor privado.

A demora em transferir as unidades assistenciais próprias do INAMPS (14 hospitais e 38 ambulatórios) para o SUDS-RJ prejudica seriamente a formação dos SILOS a nível municipal, especialmente na cidade do Rio de Janeiro e nos municípios da Baixada Fluminense. Por se tratarem de unidades de grande porte e complexidade, sua não subordinação ao comando único das SMS impede a plena conformação da rede unificada.

Na configuração do modelo institucional do SUDS-RJ, centrado na municipalização, predominam duas correntes estratégicas. A de natureza política, busca consolidá-lo e abrir caminho para o SUS mediante um processo radical de descentralização que adota o princípio constitucional do comando único — o envolvimento de secretários municipais de saúde, de prefeitos e de vereadores é o principal instrumento para impedir iniciativas de retrocesso ou de “refederalização” do sistema de saúde. A outra, de natureza técnica, concebe sistemas locais de saúde, como uma integração entre os setores público e privado, e busca aplicar o con-

ceito de rede assistencial ao conjunto articulado de serviços e ações desenvolvidos por ambos para uma população específica, numa área de abrangência geográfica definida, sob comando único.

O Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB) acha-se inserido nessa concepção, em processo gradativo de articulação do sistema local de saúde, conformado por hospitais e unidades ambulatoriais, e orientando a rede pública. Foi ele implantado pela Secretaria de Estado da Saúde, na Baixada Fluminense, região periférica da cidade do Rio de Janeiro, com cerca de três milhões de habitantes concentrados em quatro municípios — Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu e São João de Meriti. Enquanto modelo assistencial, o PESB apresenta um sistema de adscrição de clientela que visa romper radicalmente a pouca responsabilidade institucional e incrementar os níveis de controle social.

O modelo do PESB foi implementado em 14 unidades construídas naquela região pela Secretaria de Estado da Saúde. Cada unidade dispõe de cinco consultórios médicos, um consultório odontológico, laboratório, serviço de radiologia, serviço de emergência e salas de imunização e de dispensação de medicamentos. O programa global de expansão da rede física inclui ainda dois hospitais gerais e outras 10 unidades ambulatoriais — cinco das quais já em construção e cinco em projeto, com terreno identificado —, situadas também na Baixada e nos municípios de Itaguaí, São Gonçalo e Magé, com o mesmo modelo assistencial de adscrição de demanda e assistência integral à saúde.

Cada unidade abrange 25 000 habitantes, moradores em um raio que varia entre um e dois quilômetros em torno da unidade. Ao comparecer pela primeira vez à unidade, o cliente se inscreve com uma equipe de saúde constituída por clínico, pediatra, ginecologista, odontólogo, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e visitador domiciliar. Depois deste primeiro contato, através do prontuário médico, o paciente é sempre atendido pela mesma equipe, exceto em caso de emergên-

cia. Dessa forma, a unidade passa a ser responsável por uma população definida, buscando atuar de forma interativa tanto no atendimento dado aos pacientes individualmente quanto nas ações de saúde pública.

Característica importante do modelo é a participação da população na gestão da unidade, através de um representante no Conselho Diretor, o que viabiliza o controle social. Este órgão tem como atribuição a gerência da unidade, sendo composto por funcionários responsáveis pelos diversos serviços. Outra instância de controle popular é o processo de localização espacial das unidades, realizada com ampla participação das Associações de Moradores locais.

Com vistas a acompanhar essa experiência pioneira, foi criado um sistema de informações cujos indicadores foram construídos com base no modelo assistencial. Entre os principais conjuntos de informações destacam-se: proporção de inscritos em relação à população-alvo, taxa de consultantes, concentração de consultas médicas e taxa de consultantes referidos. As informações referentes a 1989 demonstram que 50%, em média, dos habitantes da área de abrangência das unidades acham-se inscritos e que esta população compõe-se, fundamentalmente, de mulheres em idade adulta (40%) e crianças na faixa etária de 0 a 4 anos (25%). As unidades do programa desenvolvem ações integrais que compreendem o acompanhamento clínico e odontológico, assistência

materno-infantil, imunização e apoio diagnóstico laboratorial e radiológico, o que justifica a baixa derivação para unidades de maior complexidade (em média 5% dos consultantes).

Ainda dentro da diretriz de estreitamento dos laços entre populações e serviços de saúde, a Secretaria de Saúde viabilizou o funcionamento de 28 postos comunitários de saúde, localizados nas sedes das associações de moradores de bairros da Baixada Fluminense. Os postos têm uma equipe formada por médicos clínico e pediatra, auxiliar de enfermagem e agente de saúde, que é responsável pela elaboração de programas específicos em saúde.

O processo de municipalização no estado do Rio de Janeiro está resgatando a vocação dos municípios, fortemente expressa na área da saúde ao longo de mais de uma década, com a real implantação do comando único. Ainda permanecem obstáculos político-burocráticos e sua superação propiciará a organização plena do sistema estadual de saúde, dotando cada município com os recursos necessários à conformação de sistemas locais de saúde adequados às necessidades da população.

# SUMMARY

## STRATEGIES FOR SETTING UP LOCAL HEALTH SYSTEMS IN THE STATE OF RIO DE JANEIRO, BRAZIL

The organization of health services has undergone large-scale changes since the beginning of the 1980s, as may be seen in the organization of local health systems, the introduction of integrated health actions, and the establishment of the unified and decentralized health system. These changes are

aimed at municipalizing the services. In Rio de Janeiro, particularly in the Baixada Fluminense, the public and private network categories have ceased to exist, having been replaced by a single municipal network. Delay in the transfer of INAMP's services is impeding the formation of a fully unified network. Complete organization of the decentralized system demands the elimination of political and bureaucratic obstacles.

### Acuerdo de cooperación entre la FLH y la OPS

La Organización Panamericana de la Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales han firmado un acuerdo de cinco años con objeto de contribuir al mejor aprovechamiento de los hospitales en la red de servicios de los sistemas locales de salud e incrementar la calidad de la atención de la salud de las poblaciones. Las áreas de cooperación previstas incluyen el desarrollo, la aplicación e investigación de instrumentos para evaluar y mejorar la atención médica que ofrecen los hospitales, los materiales de educación continua para personal hospitalario y el apoyo a programas de administración de hospitales. Entre esos instrumentos destacan estudios, asesoramiento directo, cooperación técnica y financiera, cursos y seminarios de capacitación, e intercambio de otra información. Se elaborarán planes de trabajo bianuales para llevar a cabo las actividades acordadas.