UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES
CURSO DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

Viviane Barcelos Vieira

PACTO PELA SAÚDE EM QUISSAMÃ, RJ: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Outubro de 2011

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES – UCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES
CURSO DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES

Viviane Barcelos Vieira

PACTO PELA SAÚDE EM QUISSAMÃ, RJ: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, da Universidade Cândido Mendes – Campos/RJ, para obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES.

Orientador: Denise Cunha Tavares Terra.
Co-Orientador: Dr. Eduardo Shimoda

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
Outubro de 2011

VIVIANE BARCELOS VIEIRA

PACTO PELA SAÚDE EM QUISSAMÃ, RJ: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E SATISFAÇÃO DO USUÁRIO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Planejamento Regional e Gestão de Cidades, da Universidade Cândido Mendes – Campos/RJ, para obtenção do grau de MESTRE EM PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE CIDADES.

Aprovada em 21 de novembro de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Denise Cunha Tavares Terra, D.Sc. – orientadora

Universidade Candido Mendes

Universidade Estadual do Norte Fluminense

Prof. Eduardo Shimoda, D.Sc. – co-orientador

Universidade Candido Mendes

Prof.ª Elzira Lúcia de Oliveira, D.Sc.

Universidade Candido Mendes

Universidade Federal Fluminense

Prof.ª Denise Chrysóstomo de Moura Juncá, D.Sc.

Instituto Federal Fluminense

CAMPOS DOS GOYTACAZES, RJ
2011

À minha mãe Regina, presença marcante em minha vida, da qual não seria possível chegar aqui.

À minha filha Kyara, que a minha ausência seja perdoada e minha luta seja motivo de exemplo e orgulho em sua vida. Amo você.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades, sendo fonte de toda a realização e providência na minha vida.

A meu pai, Luiz Renato, tenho a certeza do seu orgulho neste momento, mesmo não estando fisicamente perto de mim.

À *Rossana,* minha irmã, por estar sempre a meu lado em todas as situações. Obrigada!

À minha amiga *Sheila*, pela amizade, apoio, ânimo, incentivo. Que bom, contar com você!

Aos pacientes e equipe interdisciplinar do Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus no ano de 2008. Foi aí que esta conquista começou.

Ao médico e amigo Dr. Rodrigo São Thiago, pela ajuda imprescindível. Muito obrigada! Deus estará sempre iluminando sua vida.

À Prefeitura Municipal de Quissamã, na pessoa do prefeito Armando Carneiro, pela contribuição que tornou possível minha permanência no curso.

À Alexandra Moreira Carvalho Gomes, secretária de saúde de Quissamã, pela oportunidade ímpar e confiança a mim depositada. Muito obrigada!

À Elizabeth Sans, à Marluce, Joelmo e Alessandra pelo carinho e imensa contribuição que não me deixaram desistir.

À equipe do CONARA, minha equipe de trabalho em Quissamã, vocês vão estar sempre no meu coração.

Aos colegas da turma, a vocês todo o sucesso e agradecimento pela convivência maravilhosa.

À professora Drª. Denise Terra, sua generosidade fez toda a diferença nos momentos finais. Você é exemplo de competência, dedicação e elegância.

Ao professor Dr. Aluísio Júnior, pela trajetória na área da saúde onde através de seus textos convida a todos ao enfrentamento dos muitos desafios a serem enfrentados. Obrigada pela especial atenção mesmo à distância.

Ao professor Dr. Eduardo Shimoda, pela generosa e imprescindível contribuição neste trabalho.

Ao professor Dr. Cláudio Azevedo, pelas contribuições valiosas durante o processo de construção deste trabalho.

A todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho.

O segredo é não correr atrás das borboletas...
É cuidar do jardim para que elas venham até você.
Mário Quintana

RESUMO

ANÁLISE DO PACTO PELA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ/RJ NO ANO DE 2010

Apoiado em marcos legais, que definem a Política Pública de Saúde desde a própria constituição do país como Estado-Nação e as primeiras ações de saúde no país, este trabalho tem como objetivo verificar os dilemas e desafios do Sistema Único de Saúde, e analisar com base na Constituição Federal e principalmente no Pacto pela Saúde de 2006, o Sistema de Saúde em Quissamã no ano de 2010, quando da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Para subsidiar a análise foi realizada pesquisa com documentos da saúde, entrevistas em profundidade com atores envolvidos na gestão e aplicação de questionários aos usuários do sistema de saúde do município. Constatou-se que o município já assumia atribuições e responsabilidades sanitárias próprias de um município com gestão plena, mesmo antes da assinatura do pacto de 2010. Em contrapartida, na opinião dos usuários do sistema de saúde, o município apresenta o acesso ao exame de mamografia e a consultas de especialidades como alguns dos pontos deficitários que carecem atenção por parte da gestão. É importante considerar na avaliação realizada, o curto período de tempo da assinatura do pacto pelo município em análise.

PALAVRAS-CHAVE: Política Pública de Saúde, Gestão, Regionalização, Pacto.

ABSTRACT

Supported by the Pact for Health Public Policy since the constitution of the country while State-Nation and the former actions of Health in the country, this work has as objective to check with basis in Federal Constitution and mainly in the pact for the Health in 2006, the Health System in Quissamã in the year of 2010, by the signature of the Management Agreement Term. In order to subsidize the analysis was made a documental research, interviews in depth with actors involved in management and application of questionnaires to county health system users. It was noticed that the county had already taken on attributions and sanitary responsibilities own as a county with full management even before the pact signature in 2010. In counterpart, in health system user's opinion, the county shows access to mammography exam and specialties appointments as some of the points that need attention from management part. It is important to consider, in the evaluation done, the short period of the signature for the pact by the county in analysis.

Keywords: Healthy Publicy Policy, Management, Regionalization, Pact.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Número de nascidos vivos de mães residentes no município. 45

Figura 2- Gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal..... 46

Figura 3: Óbitos por Causas Externas. Quissamã-RJ, 2005-2010 47

Figura 4: Mortalidade infantil /1000 nascidos vivos – 2005 a 2010..... 49

Figura 5: Mortalidade infantil por grupos. 50

Figura 6: Casos de Dengue em Quissamã. 2005-2010..... 52

Figura 7- Percentual de municípios do Brasil por tipo de Gestão 73

Figura 8- Mapa da divisão Política-Administrativa do estado do Rio de Janeiro em Regiões de Saúde 4. 74

Figura 9- Percentual de municípios do estado do RJ por tipo de Gestão 75

Figura 10– Mapa da região sanitária Norte. Situação de cada município em relação ao Pacto pela Saúde. 78

Figura 11: Perfil dos entrevistados em relação ao gênero. 95

Figura 12: Perfil dos entrevistados quanto à idade..... 96

Figura 13- Perfil dos entrevistados quanto à escolaridade. 96

Figura 14- Perfil dos entrevistados em relação à renda familiar. 97

Figura 15- Perfil dos entrevistados quanto ao estado civil..... 98

Figura 16- Perfil dos entrevistados quanto ao número de filhos. 98

Figura 17- Perfil dos entrevistados quanto à residência em Quissamã 99

Figura 18- Perfil dos entrevistados quanto à cobertura médico-assistencial de plano de saúde privado. 99

Figura 19- Serviços de Saúde em Quissamã hoje e em relação ao ano de 2010. 100

Figura 20- Avaliação dos serviços de saúde do município de Quissamã em relação a dois anteriores. Questões elencadas no quadro 3 e no anexo B deste trabalho..... 108

Figura 21- Médias dos itens em ordem decrescente. 110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Percentual de óbitos em residentes, segundo principais causas em Quissamã –RJ, 2005-2010 48

Tabela 2: Mortalidade por faixa etária de residentes – 2005 a 2010..... 49

Tabela 3: Número de notificações de agravos confirmados em Quissamã, 2005-2010..... 51

Tabela 4: Cobertura Vacinal em menores de 1 ano - 2005 a 2010 53

Tabela 5: Nº. de leitos por clínicas/setores do HMMMJ..... 59

Tabela 6: Número de consultas por nível de complexidade em 2010..... 60

Tabela 7: Recurso Orçamentário ano de 2010..... 64

Tabela 8- Despesas 2010 SEMSA..... 65

Tabela 9- Demonstrativo de execução financeira por fonte de recurso na Saúde no ano de 2010 66

Tabela 10– Distribuição da amostra – pesquisa com usuários do serviço de saúde em Quissamã 95

Tabela 11- Avaliação dos usuários do serviço de saúde sobre os 7 eixos do Termo de Compromisso de Gestão. Quissamã/2011. 103

Tabela 12- Correlações entre as questões e o número de filhos. 104

Tabela 13- Correlações entre as questões e a idade. 105

Tabela 14- Correlações entre as questões e a renda. 105

Tabela 15- Correlações entre as questões e a escolaridade. 106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: No de famílias e habitantes adstritas por unidade de saúde da família, em 2011 com elaboração de RAG/2010/SEMSA-Quissamã e Monitoramento/avaliação 2010 e 1º.trimestre 2011..... 57

Quadro 2- Municípios da região de saúde Norte que aderiram ao Pacto e respectivas legislações..... 79

Quadro 3- Responsabilidades do TCG não realizadas no momento da assinatura..... 92

LISTA DE SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
CAPs – Caixa de Aposentadorias e Pensões
CDS - Conselho de Desenvolvimento Social
CEAPS – Comissões Interinstitucionais Locais
CF – Constituição Federal
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento
CIR – Comissão Intergestores Regional
CONARA – Coordenação Geral de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DATASUS – Departamento de informática do SUS
DENERU – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP – Diretoria Nacional de Saúde Pública
ENPS/FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FUNRURAL - Fundo Nacional de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPM – Instituto de Aposentadorias de Marítimos
IAPC – Instituto de Aposentadorias de Comerciários
IAPI – Instituto de Aposentadorias de Industriais

IBGE – Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IOC – Instituto Oswaldo Cruz

IMS/UERJ – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

ONU – Organização das Nações Unidas

PREV-SAÙDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS – Programa das Ações Integradas de Saúde

PAM – Posto de Assistência Médica

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

POI – Programa de Orçamentação Integrada

PSF – Programa Saúde da Família

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PRA – Programa de Racionalização Ambulatorial

SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIHD – Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISREG – Sistema Operacional de Regulação

SUDS – Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS 17

1.2 OBJETIVOS 19

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO 19

2 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL 21

2.1 A FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO 21

2.2 ANOS 50 a 70: DESENVOLVIMENTO E EXPANSÃO DO COMPLEXO MÉDICO-EMPRESARIAL 26

2.3 ANOS 80: REDEMOCRATIZAÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE 29

2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES 35

2.5 SUS: REFORMA EM CONSTRUÇÃO E MUITOS DESAFIOS A ENFRENTAR 40

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ 43

3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ – RJ 43

3.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM RELAÇÃO À SAÚDE 45

3.3 RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PREVISTOS E EXECUTADOS 64

4 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE 67

4.1 PACTO PELA SAÚDE 67

4.2 GESTÃO A PARTIR DO RECENTE PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO 76

4.3 A REGULAÇÃO EM SAÚDE 80

5 ANÁLISE DO PACTO DE GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ EM 2010. 85

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL 86

5.2 PESQUISA COM USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ 93

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 112

REFERÊNCIAS 117

ANEXO A - Exames de média e alta complexidade comprados no ano de 2010 com recurso próprio pela Secretaria de Saúde de Quissamã 1255

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL 1311

ANEXO C - Roteiro de Entrevista em Profundidade realizada em junho e julho de 2011 136

ANEXO D - Questionário da Pesquisa Aplicada- usuários da saúde no município de Quissamã. 137

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O reconhecimento do direito à saúde é oriundo de um longo processo de construção permeado por muitas lutas, interesses diversos, reformas e contra-reformas do estado e imensa mobilização social. Foi reconhecido internacionalmente em 1948, através da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU).

No Brasil, a luta pela Reforma Sanitária teve, em 1986, por ocasião da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, um momento ímpar, considerando que esta conferência permitiu pela primeira vez na história do país, a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de uma política pública. Esta conferência propôs um novo ideal para a saúde e foi norteada pelo princípio da "saúde como direito de todos e dever do Estado". Suas principais resoluções foram confirmadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988 e essa vitória foi fruto de intensa mobilização popular (BRASIL, 2007).

A Reforma Sanitária traz para o debate uma concepção de saúde que se traduz em qualidade de vida, dignidade e possibilita o desenvolvimento saudável das potencialidades dos indivíduos. "A saúde passava a assumir um sentido mais abrangente considerando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, emprego, trabalho, acesso aos serviços de saúde, entre outros fatores (Baptista,2007,p.45)".

Assim, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a instituição do SUS de caráter público e universal, pressupunham profundas mudanças no papel e no modelo de intervenção do Estado, área cuja consolidação é até hoje discutida, inclusive por este trabalho.

O SUS não é ainda uma realidade nacional e muito há que se fazer para se alcançar a proposta delineada na Constituição de 1988 e desejada por toda a sociedade. No entanto, vale ressaltar que, desde sua aprovação, muito se tem caminhado e avançado para a efetiva consolidação de um sistema de saúde abrangente, de qualidade e universal. Isto coloca o Brasil, em relação a outros países, numa posição diferenciada e respeitada, considerando-se sobretudo o caráter universal de sua política de saúde.

Desde a instituição do Sistema Único de Saúde, em 1990, perdura a dificuldade quanto ao acesso igualitário e integral. A realização das ações passa longe da integralidade e se desenvolve de forma dicotomizada.

Importante citar que estas questões passam por discussões cada vez mais técnicas. O arcabouço de portarias, notas técnicas, normas operacionais, instrumentos de planejamento e regulação ocasionam por vezes, ao cidadão desprovido de saúde, o não empoderamento de seu papel de cidadão de direito, colocando-o à margem de toda esta construção de diretrizes e paradigmas.

Portanto, o problema maior e identificado que justifica a realização desta pesquisa é o da inviabilização do SUS em sua plenitude no município de Quissamã. Será importante considerar realmente a assistência pela ótica do SUS e não apenas por se tratar de um município que conta com confortáveis recursos financeiros.

Trata-se de um município de pequeno porte, que fica ao norte do estado do Rio de Janeiro e que tem em sua agricultura e no petróleo as bases de sua economia. Com a 4ª renda *per capita* do Brasil por duas vezes, anos de 2002 e 2008 (IBGE, 2010), esbarra, como outros municípios de pequeno porte, com dificuldades de acesso à rede do SUS, influências na gestão da política de saúde em face dos cenários políticos diversos, técnicos insuficientes na área de gestão e planejamento, profissionais sem capacitação adequada, dificuldades na contratação e permanência de profissionais, principalmente de nível superior, e descompasso por vezes na articulação entre os Gestores e Conselhos de Saúde.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo desta pesquisa é verificar dilemas e desafios para efetivação do Sistema Único de Saúde. Faz uma análise crítica da implantação e da satisfação do usuário do sistema de saúde do município de Quissamã acerca da assinatura do Pacto pela Saúde no ano de 2010, e suas referências são a Constituição Federal, a instituição do SUS e principalmente o Pacto pela Saúde de 2006.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

A dissertação está estruturada em seis capítulos, sendo esta introdução o primeiro. O segundo capítulo trata da história das políticas de saúde no Brasil, abordando a formação do Estado Brasileiro e o direito a saúde, a expansão do complexo médico-empresarial nos anos 50, a redemocratização e as políticas de saúde nos anos 80, com a chamada nova república. Ainda nesse capítulo são identificados os desafios e dilemas que ainda insistem em permanecer na atualidade, buscando o entendimento dos princípios e diretrizes do SUS e como se tem dado o enfrentamento desses desafios.

O capítulo três apresenta a política de saúde de Quissamã, com a análise situacional do município, apresentação da rede municipal e referências na região, assim também como a gestão da referida política, ações e serviços disponibilizados.

O quarto capítulo aborda a gestão do sistema de saúde, os instrumentos de gestão preconizados, o Pacto pela Saúde de 2006, a regionalização como processo de descentralização da saúde para os municípios e agora para as regiões e a regulação em saúde.

No quinto capítulo são analisados os resultados dos estudos realizados e obtidos quanto à assinatura do Pacto pela Saúde em 2010. Tem-se como referência a normatização do Pacto da Saúde, em 2006, e o cenário instituído para a formalização do compromisso. As considerações finais estão no sexto capítulo.

Os estudos foram realizados por meio da análise documental, de 10 entrevistas em profundidade com atores envolvidos na gestão da saúde no município e na região, entre eles três usuários, sendo dois do Conselho Municipal de Saúde de Quissamã e um do Conselho Estadual de Saúde representando o controle social, e também foi realizada pesquisa de satisfação com usuários do sistema de saúde do município de Quissamã. Importante esclarecer que estas entrevistas em profundidade foram utilizadas para enriquecer a análise documental, não sendo apresentadas em separado neste trabalho.

Privilegiou-se, para análise documental, o Plano Diretor de Regionalização, aprovado em 28/07/2009 pelo Colegiado de Gestão Regional – Norte, o Plano Municipal de Saúde 2010-2013, a Programação Anual de 2010, o relatório da IX Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 03 e 04 de dezembro de 2009, o Pacto pela Saúde de 2006, principalmente as responsabilidades sanitárias do Pacto pela Vida e o Termo de Compromisso de Gestão, em que o município formaliza sua adesão ao Pacto pela Saúde em setembro de 2010 (Deliberação CIB 1.051/2010 de 16/09/2010 e Portaria GM/MS 3.444/2010).

Acrescenta-se que foram aplicados questionários com usuários das 8 unidades de saúde da família, num total de 153. A pesquisa teve o objetivo de buscar a percepção dos usuários quanto à saúde no município.

Este trabalho, nas considerações finais, se propõe a apresentar uma análise dos avanços e dos desafios do município de Quissamã para se alinhar com a política de saúde nacional e ampliar o acesso da população ao Sistema Único de Saúde de forma mais igualitária.

2 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O objetivo deste capítulo é apresentar a história das políticas de saúde no Brasil, tendo como principal eixo de análise o direito à saúde. Importante citar a formação do Estado Brasileiro, a cidadania regulada, o desenvolvimento em saúde, a expansão do complexo médico-empresarial e a nova república.

2.1 A FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO

Até a metade do século XVIII, a administração portuguesa no Brasil não se caracterizou pela organização do espaço social e não visava ao combate às causas das doenças, não sendo explícita a relação entre saúde e sociedade (MACHADO, 1978 apud CONASS/2001, v. 1)

As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governantes se deram no período colonial com a vinda da família real para o Brasil em 1808, pelo interesse na manutenção de uma mão de obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza. Assim, a história das políticas de saúde no Brasil se insere em um contexto maior em relação à própria história do Brasil e seu fortalecimento como Estado-Nação (BAPTISTA, 2003).

As iniciativas rumo à construção de uma política de saúde pública no Brasil no século XIX, giram em torno de campanhas, deficientes e limitadas, e nas ações de normatização e controle do exercício profissional e práticas médicas.

A presença da família real no Brasil possibilitou um incremento na estrutura e organização do sistema de saúde.O próprio D. João VI percebeu que, sem um mínimo de condições sanitárias, não seria possível a permanência da corte no Brasil e, desta forma foi providenciada a vinda de mais médicos e o aumento dos cuidados com as condições de vida nas cidades (MENDES, 1993).

A partir do século XX, a industrialização avançava, propondo a busca de acumulação de capital, a exploração de mão-de-obra barata e todos os aspectos relacionados à engrenagem produtiva própria do sistema capitalista. Com isso, é inevitável o aumento da densidade demográfica nos bairros operários e fábricas. Sem nenhuma condição de saneamento, aliada à alimentação inadequada, exaustivas horas de trabalho e péssimas condições de moradia, contribuem significativamente para um agravamento da situação de saúde e proliferação de doenças de ampla e fácil transmissão como cólera, tuberculose, febre tifóide e outras (SABROZA, 2011)

A classe médica que surgia privilegiava ações de higiene pública com projetos de intervenção e regulação que rebatiam na condução da sociedade (o chamado conceito de “polícia médica”), atrelando à medicina um caráter político e controlador. Esse movimento médico deu origem à instituição e organização de hospitais públicos destinados ao atendimento de doenças consideradas nocivas à população e entendidas como de necessário controle por parte do Estado, tais como a tuberculose, a hanseníase e doenças mentais (MENDES, 1993).

Considerando a proliferação de doenças e a vida insalubre da massa operária e dos portos, campanhas foram realizadas. Por seguinte, é importante enfatizar que a preocupação não estava centrada nos trabalhadores, e sim na manutenção da produção econômica, que não poderia ser afetada. As campanhas promoviam a limpeza das cidades e dos portos e a polícia sanitária atuava com rigor, isolando pessoas com possíveis sintomas de doenças infectocontagiosas como a gripe, a tuberculose, a cólera, a então chamada lepra (hoje hanseníase) entre outras.

Neste contexto, as primeiras ações de saúde pública voltaram-se especialmente para proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, responsáveis pela comercialização e circulação dos produtos exportados e para o controle das doenças.

BRAGA (1986, p.30*),* afirma que “a saúde emerge como questão social no Brasil no século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.”

Importante citar que, em 1897, Oswaldo Cruz, ex-aluno do Instituto Pasteur (medicina no exterior), assume a recém criada Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), com a finalidade de implementar ações e programas de saúde pública no país. Este cenário proporcionou o incentivo às pesquisas nas faculdades de medicina e a criação de institutos específicos de pesquisa, como o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, e depois renomeado Instituto Oswaldo Cruz (IOC). O modelo de ações desenvolvidas na saúde por Cruz recebeu o nome de “campanhista”.

Os métodos utilizados para o combate às epidemias iam desde o isolamento dos doentes, a notificação dos casos positivos, até à desinfecção e, se necessário, derrubada das moradias situadas em zonas de foco. Importante destacar que, em 1904, é implementada, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, a vacinação obrigatória, que motivou um movimento popular na cidade do Rio de Janeiro chamado “revolta da vacina” (COC, 1995).

A falta de planejamento urbano contribuiu significativamente para o aumento da exclusão social, especulação imobiliária e disseminação de doenças infecto-contagiosas. Com o número de moradias precárias e o surgimento acelerado de cortiços insalubres, o governo adotou medidas autoritárias. Destacam-se, na saúde pública, a vacinação contra a varíola para todos e a polícia sanitária (SEVCENKO, 2010)

A partir de 1910 um movimento de reforma sanitária no Brasil ganha força sob o comando da nova geração de médicos, chamados higienistas. Para dar ordenamento, direção e reforçar o comando do Estado, em 1920 é criada a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP). Contudo, é importante lembrar que as ações de saúde pública desenvolvidas até então se davam no âmbito coletivo e, portanto, não contemplavam uma assistência à saúde individual. (MENDES, 1993).

A saúde individual era facultada à parcela da população que disponibilizasse recursos financeiros para o custeio de serviços médicos privados. O direito à saúde integral não era uma preocupação dos governantes, tampouco se identificava interesse por parte dos mesmos em prol da construção de uma política de proteção social ampla e que privilegiasse o direito à Saúde (BAPTISTA, 2007).

Em 24 de janeiro de 1923, a partir de diversas revoltas populares, foi aprovada pelo Congresso Nacional a lei Eloy Chaves, que propôs a formação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) para algumas instituições trabalhistas que se destacassem política e financeiramente. As CAPS eram organizadas pelas empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las e o Estado não participava do custeio. Os benefícios eram proporcionais às contribuições dos trabalhadores e foram previstos: assistência médico-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e funeral (BRAVO, 2006).

A Lei Eloy Chaves é considerada um marco da previdência social no Brasil, por consolidar a base do sistema de proteção social a partir da criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados de diversas empresas. Não incluía, desta forma, os trabalhadores rurais. A proteção do trabalhador rural só foi consolidada em 1960, quando da criação do Fundo Nacional de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL).

O país chega ao ano de 1930 com o governo de Getúlio Vargas, caracterizado por uma política populista[1], aproximando-se dos trabalhadores, fortalecendo sindicatos, concedendo direitos trabalhistas e decretando a tão conhecida Consolidação das Leis do Trabalho.

Assim, as medidas adotadas pelo governo de Getúlio, referentes ao trabalhador, marcam fortemente a trajetória das políticas públicas brasileiras. No entanto, o governo buscou seu fortalecimento como instância centralizadora por meio da concessão de alguns direitos e medidas de proteção social, trazendo a massa trabalhadora como aliada. Trata-se de ações que têm, como pano de fundo, um processo que desencadeou longos anos de ditadura militar, com a retirada de direitos sociais, perda de direitos constitucionais e cerceamento da liberdade.

Por outro lado, alguns passos importantes no âmbito do desenvolvimento de políticas públicas amplas e universalizantes foram dados, com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).

[1] A definição, conforme dicionário BUENO, S (2007, p.610) de populista "diz-se do partido político ou agremiação política que procura identificar-se com as camadas populares". Revela a condução para o âmbito do Estado de decisões e negociações que até então se davam no âmbito de segmento, de cada instituição e instituto de trabalho.

O Estado, com o objetivo de controlar e principalmente tomar decisões acerca do recurso financeiro das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), considerando que o período a partir das medidas trabalhistas se mostrava bastante favorável, cria os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Amplia, dessa forma, o papel das CAPS e constitui o primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro, que se organizava de forma contributiva. Apesar da inserção de várias categorias profissionais – o que aumenta a arrecadação das CAPS -, grande parcela da população estava excluída, seja pelo fato da categoria não despertar interesse do Estado, seja pela ausência de vínculo trabalhista formal.

Ainda que o indivíduo fosse segurado por um instituto, não necessariamente gozaria de todos os benefícios disponíveis a ele e sua família. Nesse caso caberia a verificação dos mesmos a partir da categoria profissional a que pertencia e, claro, tendo como referência o valor do recurso financeiro contribuído, o que se assemelha, nos dias atuais, a alguns planos de saúde privados. Porém, a questão é mais profunda e ampla, por se estar falando de direito e reconhecimento do ser sujeito cidadão. Assim, a garantia de direitos efetivamente ainda é tutelada.

A política econômico-social de 1930 para Wanderley Guilherme dos Santos em COHN, (2005, p.17-18), se apresenta a partir do conceito de “cidadania regulada, que traduz a associação, expressa nas normas previdenciárias, entre cidadania e ocupação: reconhecem-se como cidadãos somente aqueles que apresentam uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei”.

Para BRAVO, (2006, p.26) “a formulação da política de saúde brasileira foi organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária”. Para essa autora, a saúde pública se deu por meio das campanhas sanitárias e a medicina previdenciária, por intermédio da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Pode-se observar “pelo lado da saúde pública centralismo, verticalismo e autoritarismo; e clientelismo, populismo e paternalismo pelo lado de instituições de previdência” (LUZ, 1991, p.31).

2.2 ANOS 50 a 70: DESENVOLVIMENTO E EXPANSÃO DO COMPLEXO MÉDICO-EMPRESARIAL

A acelerada industrialização no Brasil a partir da década de 50 marca a transição da economia predominante, que era a agricultura, para a industrialização e modernização. Este fato modificou a vida dos centros urbanos, que passaram a concentrar um grande número de pessoas, a chamada massa operária. A densidade populacional, as pesadas horas de trabalho, a efervescência das fábricas, as difíceis condições de moradia com certeza impactariam no sistema de saúde. Este fato provocou uma necessidade de serviços de saúde disponíveis e, por não haver capacidade instalada no âmbito dos serviços públicos, se inicia um processo de realização de convênios-empresa para suprir as demandas cada vez mais crescentes (MENDES, 1993).

A partir daí, o modelo hospitalocêntrico instala suas bases, utilizando tecnologias avançadas e promovendo a lógica de especializações de atendimentos . Essa se dá por meio de uma política de recursos humanos favorável à dicotomização do cuidado e considerada superior à visão holística e de integralidade, concepção identificada até os dias atuais. O hospital passa a ser a porta de entrada do atendimento à saúde, e a assistência torna-se cada vez mais cara.

A mão de obra especializada, aliada a equipamentos sofisticados, leva os rumos da saúde a um poço sem fundo de gastos financeiros e se impõe de forma hegemônica em detrimento das políticas de prevenção e ações coletivas. A tecnologia se coloca acima da clínica e promove um exacerbado consumismo de exames, procedimentos e tudo o mais que a indústria da saúde tem produzido. Este modelo se cristaliza e solidifica no consciente de toda a sociedade.

Revela-se uma dicotomia no modelo de assistência do país que, por um lado, está agarrada ao modelo campanhista, e por outro, no modelo curativista, empregado nos serviços médicos previdenciários, e em meio a esta conjuntura o modelo hospitalocêntrico se afirma cada vez mais, seguindo inclusive uma tendência mundial.

Na Europa, os países desenvolvidos vivem o pós-guerra e visando à recuperação de suas economias, adotam o modelo de Bem-Estar Social que tem o

objetivo de fortalecer suas economias e liderança mundial, combatendo os movimentos oposicionistas (comunismo entre outros), numa política de garantia dos mínimos necessários que visem ao bem-estar da população (MENDES, 1993). Este modelo de estado, o Estado de Bem-Estar, propõe a concepção de um estado mínimo de bem-estar para todos, que atenda à área econômica e à área social. Visa ao bem-estar social sem prejuízo da manutenção da produção e da soberania econômica.

Essa política de bem-estar social no Brasil não se concretizou, mas contribuiu para o ideário de desenvolvimento que se iniciou com as ações de planejamento para todo o país, com o Plano de Metas do Governo Juscelino Kubistchek, cujo slogan “50 anos em 5”, ficou bastante conhecido. O Brasil viveu um acelerado desenvolvimento, com investimentos e grandes construções, no entanto as diretrizes da política econômica concentraram a renda e não vislumbraram a distribuição da riqueza produzida.

O impasse frente ao modelo de saúde do início dos anos 60 se deu e as

> dificuldades que envolviam as políticas sociais gerou um grande movimento social que reivindicava as chamadas ‘reformas de base’, entre as quais uma reforma sanitária consistente, mas a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964 (LUZ,1991,p.31).

A partir do golpe, novas mudanças aconteceram, relacionadas à saúde e a previdência. Entre elas, a unificação das CAPS com os IAPS e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) em 1966.

A inclusão de novas categorias profissionais na previdência em 1970, suscita fortemente o desenvolvimento do chamado “complexo médico-industrial” que se tornou característica marcante da política de saúde nesse período.

Considerando os anos de 1968-1974, o período do chamado “milagre brasileiro”, a saúde passou a ser vista como bem de consumo, considerando o rápido crescimento de empresas, indústrias farmacêuticas e produtos médico-hospitalares que agora focam seus interesses no lucro. Toda essa conjuntura ocasionará uma grande insatisfação popular em relação à saúde no fim desse período, principalmente em virtude do retorno de doenças já erradicadas, o crescimento da pobreza e o insuficiente investimento na saúde (MENDES, 1993).

Luz (1991, p. 33) acrescenta:

> Cientistas, acadêmicos e tecnocratas progressistas discutiam em congressos e seminários nacionais e internacionais a degradação das condições de vida da população, consequência da política econômica que levara ao 'milagre brasileiro', trazendo para essa discussão o testemunho de cifras e taxas dramáticas sobre o acúmulo das doenças, endemias e epidemias.

O complexo médico-empresarial não passou de uma proposta de manutenção de um modelo que reafirmasse a desigualdade e o privilégio de alguns indivíduos, conforme sua inserção numa categoria trabalhadora que representasse interesse na geração de renda e concentração de riqueza e poder, passando longe de um projeto de ampliação de direitos e de cidadania. "Os serviços médicos consolidaram uma desigualdade em três níveis: o setor privado para os ricos, os planos de saúde para o grupo seleto de assalariados e classes médias, os serviços públicos para pagantes da previdência" (BRASIL, 2006, p.38).

O sistema nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, os recursos financeiros disponíveis, interesses internos do setor estatal, assim como os interesses do empresariado médico, perpassados por todos os debates e proposições levantadas pelo movimento sanitário.

O referido movimento intensificou a bandeira de reforma com a proposta de saúde para todos, com a integração das ações, participação e controle pela sociedade. Neste sentido, inegavelmente propôs uma reestruturação do Estado, tendo em vista a presença marcante no cotidiano da lógica da "cidadania regulada" (BAPTISTA, 2007).

Contudo, havia pessoas que se opunham à reforma e destaca-se, nesse contexto, que não deixa de haver grupos oposicionistas que se colocaram em defesa das mudanças reais propostas pela reforma (LUZ, 1991).

Como resposta à situação vivenciada no período entre os anos de 1974 a 1977, um conjunto de medidas de caráter amplo, com vieses universalistas, foram adotadas, porém, um grande contrassenso, o setor privado médico-empresarial aproveita-se das condições de investimento dadas ao público e se fortalece. Esses privilégios concedidos à iniciativa privada médica foram bastante criticados pelo movimento sanitário. A história mostra o fortalecimento de grandes hospitais e grupos privados se consolidando, o aumento de patrimônios, da capacidade e diversidade dos serviços de saúde e, consequentemente, o aumento da exclusão, no acesso aos mesmos, por parte do indivíduo comum.

Começa a se desenhar e implantar, a partir dos incentivos do convênio-empresa, o subsistema de atenção médica supletiva, que buscava atrair mão de obra qualificada das empresas e tinha como principal interlocutor, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) (MENDES, 1993).

Considerando a exclusão de grande parcela da população com o avanço da medicina de grupo e a deficiência do sistema previdenciário, as discussões sobre a saúde como direito se amplificam e partem da construção e do próprio conceito de saúde.

A concepção de saúde trazida coloca o Estado contra a parede uma vez que implica na sua própria constituição e formação, cujas bases nunca tiveram a democracia, a transparência e a distribuição de riqueza e poder como pilares edificantes. A proposta de reforma para a saúde demandava também uma proposta de reforma do Estado.

O movimento da reforma sanitária torna-se um acontecimento rico na luta em torno das políticas públicas e no relacionamento Estado-Nação.

2.3 ANOS 80: REDEMOCRATIZAÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE

Nos últimos anos da década de 70, alavancada pela chamada crise do petróleo (1973/74) instaura-se no país uma crise econômica e política que rompe com o Estado desenvolvimentista e com o viés conservador e autoritário do regime militar. Para MENDES (1993), por trás da crise financeira e fiscal interna e a crescente dívida externa e esgotamento da liquidez internacional, há uma profunda crise orgânica do Estado. Do ponto de vista econômico ocorrem indícios de esgotamento do padrão de acumulação, baseado na produção e no mercado consumidor (MOTA, 1995).

Na previdência, o clima era também de crise, e o período 1980-1983 ficou conhecido, no âmbito das políticas sociais, como o da crise da previdência social, embora o sistema previdenciário tivesse apresentado crises anteriores (CORDEIRO, 2005). Esse novo contexto resultará na adoção por parte do Estado de algumas medidas de caráter neoliberal, do qual se destacam alguns planos econômicos que efetivamente não atingiram o sucesso.

Assim, a década de 1980 inicia-se trazendo a esperança de um novo ordenamento considerando a enorme campanha pelas “diretas já”, que, apesar de todos os esforços culmina na eleição do presidente Tancredo Neves de forma indireta (o retorno á democracia foi realizado por seu vice em março de 1985, em face da morte de Tancredo antes de sua posse). Está instaurada, portanto a Nova República.

Neste contexto, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), que apresentou como proposta a reformulação da política de saúde e a formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). O PREV-SAÚDE consistia em uma proposta de extensão nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), que havia sido desenvolvido no período compreendido entre 1976/79 no Nordeste do Brasil (BAPTISTA, 2003).

No âmbito mundial, os problemas relacionados à saúde recebem atenção por parte de especialistas, governos e organizações. Tal fato culminou na realização da Conferência Mundial de Alma-Ata em setembro de 1978, realizada na cidade de Alma-Ata, no atual Cazaquistão, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS/UNICEF,1979). Essa conferência confere à saúde o status de bem universal e desejável que deve ser atingido no século XXI, e recoloca diversas inquietações e desafios a serem superados pelos diferentes setores envolvidos. Destaca-se, principalmente, a atenção à saúde básica dos cidadãos, com o objetivo de influenciar os países a formular e implementar políticas que atendam a suas necessidades, principalmente no que se refere à acessibilidade dos serviços médicos às massas populares(COHN, 2005).

Para tanto, o PREV-SAÚDE busca atender, de certa forma, aos encaminhamentos da referida Conferência, com a adoção, no país, de uma rede de serviços básicos que oferecesse cuidados primários à saúde e contasse com a participação comunitária, privilegiando especificidades regionais (experiências locais). Neste sentido, conflitava com o modelo de assistência à saúde vigente, porque propõe a universalização da atenção primária em todo o território e aponta para a descentralização, quando atribui aos municípios esta responsabilidade.

Contudo, o PREV-SAÚDE foi implantado, embora contasse com fortes resistências por parte da previdência, através do INAMPS, e do setor médico-empresarial e privado em geral.

Ressalta-se que participação popular, que exerceu forte pressão e direcionou as estruturas institucionais e instâncias estatais sobre a reforma necessária e a construção coletiva de uma política de saúde, que reservasse um espaço para a sociedade na organização, gestão e fiscalização da saúde. Em face deste cenário de contestações ao projeto PREV-SAÚDE e a crise financeira na Previdência Social, medidas são tomadas pelo governo.

Entre elas, a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), como uma instância reguladora da saúde previdenciária, cuja finalidade era propor normas adequadas para a efetiva prestação de assistência à saúde da população previdenciária, além de indicar a alocação de recursos financeiros e programar medidas de avaliação e controle do sistema de assistência médica (MENDES, 1993).

Entre as ações do CONASP, destaca-se um plano para a organização da rede ambulatorial e hospitalar. Nos dias atuais, em 2011, pode-se talvez ousar e afirmar que essas ações do CONASP deram início à discussão da construção e definição de rede hierarquizada, porta de entrada e definição de referências, aspectos abordados pelos técnicos e pressionados pela sociedade, que são objeto também de estudo neste trabalho.

As ações do CONASP uniam uma lógica de necessidade de modernização, controle e organização gerencial a uma crítica no modelo assistencial privatista vigente, principalmente no tocante à delimitação do público-privado e no relacionamento entre prestadores-clientela e instâncias ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2006, p.43)

Propostas de cunho gerencial foram elaboradas para a reorganização e reestruturação do setor, sem, contudo, alterar a manutenção do sistema estabelecido. Entre elas destacaram-se: o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), a Programação e Orçamentação Integrada (POI), o Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

A POI e o PRA consistiram na organização e criação de mecanismos para a programação e previsão dos recursos a serem utilizados de acordo com os fluxos e prioridades. Trataram na verdade da construção inicial de um esboço do que se continua em busca até hoje, que é uma rede hierarquizada, regionalizada primando pela integralidade das ações e um comando único.

A proposta do PAIS, mais tarde denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), se firmava na execução da assistência á saúde de forma tripartite (INAMPS, estados e municípios) com a rede conveniada e contratada considerando a capacidade instalada e pagamento por produção ou cogestão.(CORDEIRO, 2005).

Este modelo é adotado até hoje no faturamento ambulatorial e hospitalar em que são informados para faturamento todos os procedimentos de baixa e média complexidade, através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SIHD) para faturamento de produção hospitalar.

É interessante observar que esses dois programas (POI e PRA) assemelham-se com a lógica da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que é um dos instrumentos de planejamento e gestão, que há bastante tempo vem sendo discutido pelas instâncias estatais e pelos técnicos das secretárias municipais de saúde e do estado do Rio de Janeiro.

Enriquecendo o conhecimento e contribuindo com este trabalho, essa discussão volta ao cenário do Estado do Rio de Janeiro – sem contar o grande e exaustivo número de vezes em que este assunto dominou os debates, sem sucesso. Para tanto, um Grupo de Trabalho (GT da PPI) foi constituído em maio deste ano de 2011, e tem por tarefa acionar os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro para que juntos com suas referências regionais e o Estado, com o suporte do Ministério da Saúde, construam uma PPI “viva” (assim chamada por técnicos, principalmente do estado da Bahia, que avançaram bastante nesta questão). Esta PPI deve contemplar a definição do acesso aos serviços, com delimitação de referências. Outro ponto relevante e que deve fazer a diferença, caso negativo continuará sem sucesso, é o financiamento e remanejamento de recursos financeiros. Sem eles os municípios não atenderão aos usuários de fora do seu território.

Quanto ao SAMHPS, outra proposta gerencial feita pelo CONASP, o mesmo visou ao controle de recursos para o setor privado, a partir da introdução de um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseado nos procedimentos médico-cirúrgicos, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A AIH até hoje é utilizada, tanto nos hospitais contratualizados (prestadores de serviços), quanto nas internações efetuadas nos estabelecimentos públicos para controle das informações da produção e faturamento- SIH (pagamento da execução do serviço).

Estes programas e propostas contribuíram para a discussão iminente e calorosa já iniciada no âmbito da previdência acerca de soluções para a crise, estudo da viabilidade da mesma como sistema contributivo de proteção social, que coaduna a assistência à saúde, mas também a aposentadoria dos indivíduos e outras demandas relacionadas ao trabalho.

Sendo indiscutível, a partir do governo da chamada “Nova República” que se instaurou a partir de 1985, a necessidade do avanço na reforma, então, no ano de 1986, decidiu-se convocar a VIII Conferência Nacional de Saúde. “Esta conferência é o marco histórico mais importante na trajetória da política pública de saúde neste país. Reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no Brasil” (BRAVO, 2006, p.33).

O tema central dessa conferência foi “Saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor”, cuja ênfase dada à saúde deve significar a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Para Cordeiro (2005, p. 52), o relatório da VIII Conferência consagrou os princípios do direito à saúde como direito de cidadania universal, garantido pelo estado e expressão de lutas e conquistas sociais:

> direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário ás ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. Esse direito não se materializa simplesmente pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população.(Brasil, 1986, p.4)

As propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato e, como resposta às pressões do movimento popular, foi criado o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS).

O Sistema Unificado Descentralizado de Saúde representou avanço para a consolidação do movimento de reorganização, a hierarquização, a regionalização e universalização de toda a rede de saúde, retirando do Inamps o poder e a centralização das decisões, numa perspectiva de real acesso aos serviços de saúde por parte de toda a população.

Ao passo em que o SUDS era implementado, ocorria a discussão da Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88.

> Nela, passaram a figurar a universalidade, equidade, uniformidade e equivalência irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa, como princípios e objetivos da Seguridade Social, garantindo seu caráter público e de responsabilidade do Estado. (VASCONCELOS, 2002, p.77).

Apesar de muitos embates e resistências por parte dos diversos segmentos do setor da saúde, como os prestadores de serviço privado, setor da medicina de grupo e privada em geral, alguns grupos internos ligados à previdência, ao Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde é finalmente aprovado.

A lei nº. 8.080, também chamada, Lei Orgânica da Saúde, e a lei 8.142, ambas de 1990, assim como as portarias, e Normas Operacionais do Ministério da Saúde, passaram a dar a devida legalidade a suas ações e também a definição de regras para garantir a sua operacionalidade e financiamento, além do controle e regulação de todo o sistema. Vale ressaltar, em tempo, que a lei nº. 8080/90 responsável por este complexo sistema, em 28 de junho de 2011, foi regulamentada pelo decreto nº. 7.508. Tem ele como função regular a estrutura organizativa do SUS evitando distorções, e organização do sistema. A articulação inter federativa também tem o propósito de se fazer mais clara ao cidadão e ao sistema judiciário, por meio da fixação das responsabilidades dos entes.

Ainda hoje, em 2011, muitos desafios, conflitos e enfrentamentos perpassam o SUS e deverão ser amplamente discutidos e superados. Muito se tem a fazer neste sistema em construção, que tem por base a garantia efetiva da assistência à saúde, em todos os níveis, de forma universal e integral, como instrumento da política pública instituída para o país.

2.4 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A partir da Constituição Federal de 1988, o SUS torna-se responsável pelo sistema de gestão e execução da política pública de saúde e passa, juntamente com a previdência e a assistência social, a compor o chamado “tripé” da seguridade social numa concepção ampla de proteção social.

Esta organização de seguridade social é colocada

> enquanto um grande avanço reativo à proteção social de redefinição de princípios, pelos quais foram estabelecidas novas regras relacionadas a fontes de custeio, organização administrativa, mecanismos de participação da população e melhoria e universalidade dos serviços e benefícios (MOTA, 1995, p.142).

O SUS foi fundamental no processo de luta e construção da proteção social no Brasil, considerando todo o processo de mobilização popular, bem como arranjos e desafios que culminaram no formato instituído.

Considerando os pilares de sua institucionalização e o ideário da reforma, através da Constituição de 1988 e das leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990, o SUS fundamenta-se em princípios e diretrizes. São eles a saber: universalidade, igualdade e equidade, integralidade, descentralização e participação popular, através dos Conselhos de Saúde entre outros.

O Princípio da Universalidade do acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de assistência, consiste na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios, discriminação ou dificuldades, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados. Isso se dará em todos os níveis do sistema através de uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior). Este princípio afirma a igualdade entre todos os cidadãos perante o SUS. É o princípio fundamental proposto pela reforma sanitária (BRASIL, 1990).

A equidade surge como um princípio que tem por tarefa a prerrogativa de viabilização de recursos, de modo que quem necessite mais tenha mais, objetivando o atendimento satisfatório. O princípio da equidade, *grosso modo* explicitado, “se embasa na promoção da igualdade com base no reconhecimento das desigualdades

que atingem grupos e indivíduos, e na implementação de ações estratégicas voltadas para sua superação" (BRASIL, 2007, p. 9).

Neste sentido, muitas discussões são feitas, pois como bem chama atenção VASCONCELOS (2002, p.84) "é preciso tratar a equidade na saúde com cautela para que não se confunda com discriminação positiva".

O princípio da Integralidade da assistência diz respeito ao conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, de caráter preventivo e curativo, de âmbito individual e coletivo conforme necessidade, exigidos de acordo com o nível de complexidade do sistema (Art. 7º. lei 8.080/1990). A integralidade, para Pinheiro (2011) é:

> uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção á saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. (p. 143)

Este princípio teve destaque na construção do SUS considerando a dicotomia na assistência à saúde no curso da história, principalmente no que tange à saúde pública e à medicina previdenciária. Era preciso uma proposta que possibilitasse a integração dessas ações, de modo que o olhar para o indivíduo, o cidadão, se dê em sua totalidade e não de forma fragmentada.

Esta perspectiva provoca a necessidade de construção de um sistema de saúde único, capaz de atender às diferentes situações de saúde, contemplando seus diversos níveis de complexidade e possibilitando o acesso desde as ações de promoção e prevenção às doenças - atenção primária ou básica até a assistência médica de alta complexidade. A instituição desse sistema único dota o Estado do compromisso com o acesso e a garantia de uma assistência a todos e em todos os níveis de atenção.

O princípio da descentralização político-administrativa, com direção única do sistema, apresenta-se, neste contexto, proporcionando uma maior participação nas decisões no âmbito da saúde, considerando a redistribuição e autonomia de responsabilidades e ações, que agora são dadas aos governos estaduais e municipais. Este deslocamento das decisões, até então centralizadas no âmbito federal, passa a proporcionar o acesso da população junto aos gestores mais

próximos, o que ocasionará uma maior fiscalização, controle e atendimento de suas necessidades.

Neste início de construção do sistema e acertos na concepção da política pública do Brasil, a descentralização teve como foco a criação de condições nas diferentes esferas político-administrativas. Buscava-se sua responsabilização e empoderamento, no sentido de assumir suas funções de gerência, principalmente considerando as especificidades regionais e locais.

> A descentralização associada à diretriz da gestão única resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e o nacional. Mas a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como conseqüência da discussão intergestores. Admitindo múltiplos partícipes, essas composições são fruto de acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e à manutenção da unicidade do sistema. (VIANA, 2002, p. 140).

É pertinente enfatizar que a década de 80, através da promulgação da Constituição Federal, abre-se de forma geral para ações de descentralização, considerando as diversas políticas públicas. Além disso, teve, na política de saúde, a partir das demandas e exigências, seu foco alavancador. O processo de regionalização foi sendo regulamentado através das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Buscou-se a superação dos gargalos, sem desconsiderar, nesse processo as grandes dificuldades enfrentadas, em se tratando de descentralizar saúde num país tão heterogêneo, com realidades de municípios muito diversas.

O princípio de descentralização possibilitou e facilitou, por assim dizer, a maior participação da comunidade, uma vez considerada sua proximidade com o gestor local.

"Um processo de regionalização qualificado requer governos locais valorizados que levem estados e municípios a assumirem, efetivamente, os papéis que lhes cabem na definição e execução das ações, em seus respectivos territórios." (BRASIL,2007, p.16). A regionalização é a diretriz que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

A diretriz de hierarquização neste contexto de regionalização propõe a organização da rede de serviços de saúde a partir dos diferentes níveis de complexidade e de acordo com as realidades local e regional. O acesso aos diferentes níveis deve se dar a partir da referência e contra-referência[2].

Além de atendimento aos níveis de complexidade, este processo de referência e contra referência tem seu foco na integralidade, considerando que o usuário, apesar de ter-se deslocado, em um dado momento, para um atendimento pontual em uma referência, deve retornar para o estabelecimento de origem. Lá, ele terá a assistência primária para o acompanhamento e também participação nas ações de prevenção e promoção da saúde, sem prejuízo das ações curativas.

Para o desenvolvimento desta dinâmica, faz-se necessária a construção de uma adequada rede de serviços devidamente pactuada e integrada, conforme o nível de complexidade e responsabilidade de cada instância de governo (municipal, estadual e federal) que funcione com seriedade e organização de modo a contemplar efetivamente o acesso.É a chamada “regulação do acesso”.

Assim, é indiscutível a consistente e premente necessidade de organização da gestão do sistema de saúde e enfatizar que, até os dias atuais (2011), não se obteve sucesso. Pouco se conseguirá, caso a regulação em todos os níveis de governo, - regulação de amplo espectro -, não aconteça. Muito há que se caminhar para esta proposta se concretizar, pois dependerá do compromisso entre os gestores das três esferas de governo - aspecto já identificado e de certo modo contemplado no Termo de Compromisso de Gestão, assinado na adesão ao pacto. Entretanto, é necessário sinalizar, de imediato, que a obtenção de sucesso se dará caso o referido termo não figure como um simples documento pró-forme para repasses de recursos financeiros e alinhamentos políticos.

A descentralização através das suas diretrizes, aliadas ao viés da regulação constituem aspectos fundamentais na composição e elaboração dos instrumentos de planejamento e gestão da saúde. Vale destacar que se trata de pontos extremamente complexos, difusos e permeados por contradições e desdobramentos

[2] Referência é o encaminhamento de um usuário (paciente) a estabelecimentos referenciados e com capacidade de atendimento de sua necessidade de saúde e contra referência2 é o retorno do mesmo, ao estabelecimento que o referiu após o atendimento de sua necessidade.

de ordem política, técnica, e operacional. A regulação é considerada ainda, por pesquisadores e profissionais da saúde, como um “tema difícil”.

Outro princípio de grande destaque diz respeito à participação popular e trata da garantia constitucional de que a população, por meio de suas instâncias representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas e do controle de sua execução. A participação social na saúde foi considerada a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada nas leis de 1990 (lei 8.142/1990).

Essa participação se concretiza por meio da organização de conselhos de saúde nas diversas esferas de governo e da realização periódica das conferências de saúde (a cada quatro anos).

Os conselhos se constituem de forma colegiada, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Eles têm por função exercerem papel de formulação, acompanhamento e controle permanente das ações do governo nos seus três níveis, inclusive nos aspectos econômicos. Os conselhos constituem uma via de comunicação entre o gestor e a população, que se faz de modo paritário, possibilitando maior transparência no processo decisório. (BRASIL, 1990)

Em Quissamã, o Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela lei n. 076 em 26 de abril de 1991, sendo esta última alterada pela lei n. 861 de 22 de novembro de 2005. A este respeito cabe ressaltar que, tendo 20 anos acompanhando, portanto, a instituição do SUS, é o conselho mais antigo e atuante do município, com participação efetiva dos cidadãos e defesa acirrada de posicionamentos. Por conseguinte, também é permeado por posicionamentos implícitos de âmbito político partidário, conforme cenário estabelecido.

O Conselho Municipal de Saúde de Quissamã (CMSQ), ao longo desses 20 anos, vivenciou momentos diversos, amadurecendo e se organizando junto com a cidade de apenas 22 anos. Hoje, dispõe de um espaço amplo e acessível dentro da unidade de saúde de referência secundária, bastante conhecida de todos e localizada no centro da cidade com mobiliário e equipamentos novos, acesso à internet, linha telefônica própria e uma secretária executiva exclusiva concursada. No entanto, é importante ressaltar a necessidade de maior participação e envolvimento dos usuários.

Já as conferências de saúde são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do executivo. Têm por

objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação nos níveis correspondentes, podendo ser convocada pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1990).

Esse sistema de saúde, que contempla a participação popular e a universalização em todos os níveis, requer a articulação de políticas sociais, principalmente educação e assistência social, em que o combate à pobreza e à exclusão social seja prioridade para o desenvolvimento e sucesso de qualquer política de saúde a ser implementada.

> ao traduzir a noção de eqüidade como o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde, abolindo qualquer tipo de discriminação positiva ou negativa, a Reforma Sanitária assume a igualdade como valor e princípio normativo, formulando um modelo de ética e de justiça social fundado na solidariedade, em uma comunidade politicamente inclusiva (FLEURY, 1989 apud VASCONCELOS,2002,p.79)

2.5 SUS: REFORMA EM CONSTRUÇÃO E MUITOS DESAFIOS A ENFRENTAR

O arcabouço legal afirmou a saúde como direito e regulamentou princípios e diretrizes que devem nortear a condução das ações. Muitas portarias foram e são editadas pelo Ministério da Saúde, e novas leis aprovadas, no entanto muitos são os desafios a serem enfrentados em diferentes aspectos e sob diversos prismas para sua plena consolidação.

É importante destacar que o grande desafio da operacionalização do sistema se dá em que pese a heterogeneidade do Brasil, com estados ricos e pobres, municípios de grande extensão territorial e diferenças consideráveis em relação à organização política e interesses daqueles que se mantêm no poder (BAPTISTA, 2003)

Os principais gargalos identificados no sistema ocorrem, até hoje, no financiamento, na construção e estruturação adequada das redes de atenção, na regulação e na gestão eficiente. Quanto à gestão, é importante destacar a vontade política – que deve atender ao cumprimento das responsabilidades sanitárias - com técnicos capacitados, sobretudo nas áreas de planejamento em saúde, orçamento e

gerência, considerando também o monitoramento e a avaliação dos serviços de saúde.

Contribuindo com a reflexão nesse sentido, COHN (2005) destaca:

> O debate atual em torno da saúde tem-se centrado nas formas de reorganizar o setor, na repartição das responsabilidades entre os setores público e privado, enfatizando a melhoria da eficácia dos serviços e a descentralização como os melhores meios para concretizá-la. No Brasil, têm sido agregados a este debate pelo menos dois outros problemas: os relacionados ao financiamento do setor da saúde, envolvendo a definição dos recursos necessários e fontes estáveis para seu provimento, e os relativos a uma denominada 'crise de gerenciamento dos serviços. (p. 67)

Para a construção do sistema com base na reforma, muitos são os problemas apresentados que enfaticamente se relacionam à descentralização, que desde sua proposição acontece de modo limitado. O financiamento se dá a partir de regras e cálculos que não atendem às reais necessidades e fluxos, pelo próprio sistema desenhado. O controle social, por sua vez, luta pelo reconhecimento de fato, de suas atribuições. Há que se considerar o despreparo, a imaturidade, a falta de empoderamento e a presença de interesses próprios por parte de alguns conselheiros e representações do controle social, que são, também, grandes desafios enfrentados pelo SUS.

Conclui-se que toda essa problemática de desafios se traduz basicamente no contexto da universalidade e da integralidade, visto e enfrentado sob diferentes prismas e interesses por parte do Estado, dos profissionais da área, do setor privado e da sociedade.

Para Vasconcelos (2002), a questão não é discutir se ricos e pobres devem ter o mesmo tipo de assistência e sim, se a questão é fazer da diferença motivo para modelos de cuidados que irão aumentar a segmentação da assistência, de forma que a eqüidade deixe de significar acesso igualitário à tecnologia e recursos. Na verdade, Vasconcelos coloca em questão a equidade na saúde, no sentido de justificar a comercialização dos serviços de saúde para os que podem pagar.

> No sentido de justificar a comercialização dos serviços de saúde para os que 'podem pagar alguma coisa', a política de saúde oscila entre a atenção secundária e terciária privatizada via consórcios e organizações sociais, e para os pobres e miseráveis o Programa de Saúde da Família (VASCONCELOS, 2002, p.84).

Todos os desafios aqui apresentados e enfrentados pelo SUS exigem medidas de âmbito coletivo. A reforma do sistema de saúde brasileiro ainda está em processo de construção e desenvolvimento, e certamente o sucesso, se assim se pode dizer, só será alcançado se Estado e sociedade caminharem juntos, não medindo esforços e deixando interesses isolados fora do processo, rumo a uma política mais justa, inclusiva, de defesa da cidadania e, sobretudo, que se dê a partir da redistribuição da riqueza produzida no Brasil.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ

Este capítulo abordará o sistema de saúde do município de Quissamã, por meio do diagnóstico situacional do município, bem como pela composição da rede, pelas formas de acesso à assistência – porta de entrada no sistema, os recursos orçamentários, os instrumentos de gestão utilizados e a presença do controle social.

3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ – RJ

O município de Quissamã localiza-se no Norte do Estado do Rio de Janeiro, tendo sua emancipação político-administrativa em plebiscito ocorrido a 12 de Junho de 1989, com a lei sancionada em 4 de Janeiro de 1990, sendo portanto, um município jovem, de 22 anos.

Quissamã tem uma área geográfica de 724,2 km^2, e faz limite com os municípios de Carapebus, Conceição de Macabu e Campos dos Goytacazes. Em 2010, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população era de 20.244 habitantes. A agricultura e o petróleo são as bases de sua economia.

O município, ao longo de seus 22 anos, vem investindo considerável volume de recursos nas políticas públicas de educação, assistência social e saúde visando à ampliação do acesso aos serviços e oportunidades ao cidadão de forma ampla. Na área da educação, destaca-se pelas estruturas físicas bastante favoráveis para

educação e formação de seu povo. O destaque maior fica, até o momento, no custeio de curso de nível superior a qualquer um de seus munícipes. Na área de assistência social, privilegia a proteção e emancipação do sujeito social, realiza transferência de recursos financeiros em diversos programas municipais, benefícios eventuais e muitas atividades que visam à geração de renda. Na saúde, investe de 20 a 25% de seu orçamento total – acima do percentual preconizado pela Emenda Constitucional nº. 29 que é de 15% - com ações articuladas, dispondo de rede própria bem estruturada, humanizada, e 100% informatizada.

Quissamã, considerando sua localização, faz parte da Zona de Produção Principal de Petróleo e Gás Natural do interior do Rio de Janeiro, a chamada "Bacia de Campos", e assim recebe recursos das compensações financeiras (*royalties* e participações especiais). Com base no Info Royalties (2011), em 2010 o município recebeu de *royalties* + participação especial R$ 90.551.711,33, que é um recurso generoso para um município de 20.244 habitantes. Assim, Quissamã entre os oito municípios da região de saúde Norte, é o 4º. a receber o maior volume de recursos, o valor apresentado em 2010 equivale a R$ 4.473,01 *per capita*. Para os estudiosos da área, a questão relevante a ser discutida e investigada é avaliar até que ponto essa abundância de recursos tem contribuído para o desenvolvimento do município e da região, traduzida em qualidade de vida, oferta de serviços adequados, infraestrutura que atenda a toda a coletividade e também priorize a justiça intergeracional.

Os significativos recursos recebidos pelos municípios da Zona de Produção Principal da Bacia de Campos instigaram a curiosidade de alguns pesquisadores, que realizaram diversos estudos nos últimos anos com o intuito de avaliar criticamente o desempenho destes municípios "petro-rentistas". Leal e Serra (2003), Afonso e Gobetti (2008) revelam a menor eficácia tributária dos municípios beneficiários das rendas petrolíferas, isto é, menor arrecadação municipal e baixa qualidade dos gastos em relação à média dos municípios brasileiros.

3.2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM RELAÇÃO À SAÚDE

O Sistema Municipal de Saúde tem seu enfoque nos princípios norteadores do SUS, principalmente na universalidade, integralidade das ações, qualidade dos serviços e o desenvolvimento da política de atendimento humanizado. Destaca-se a formulação e implementação de ações de caráter preventivo e assistencial, efetivada através de 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, conforme preconizado pela lei nº. 8.080/90. Na execução e planejamento dessa política, o município conta com a participação do controle social e parcerias intersetoriais.

Considerada de importância relevante para análise da realidade epidemiológica do município de Quissamã, apresentam-se a seguir algumas informações.

Quanto à natalidade no município, obteve-se uma média de 308 nascimentos/ano, durante os anos analisados de 2005 a 2010.

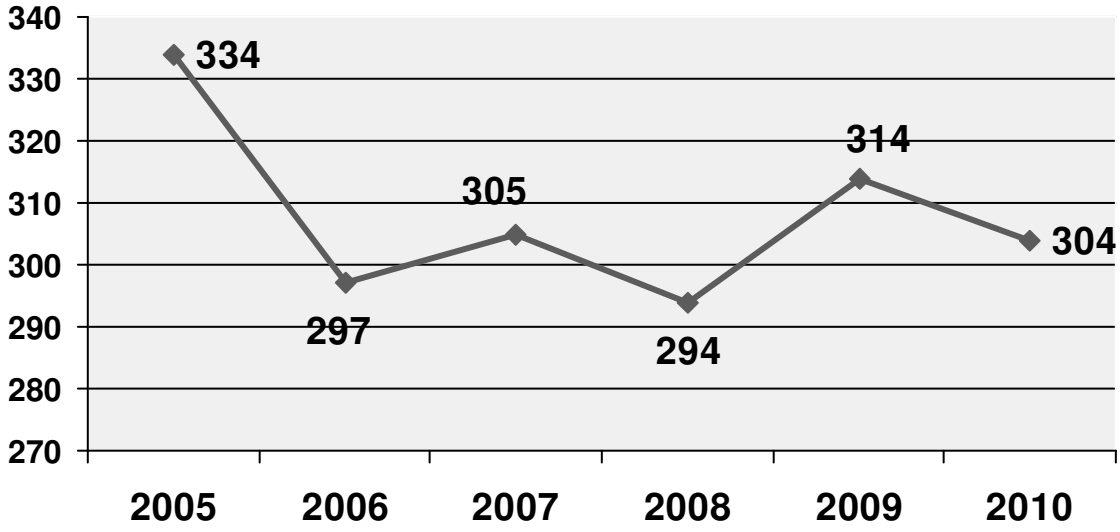

Figura 1- Número de nascidos vivos de mães residentes no município.

Fonte: SINASC /2010

A proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal, tem como meta pactuada pelo Sistema de Pactuação de Indicadores do

Ministério da Saúde (SISPACTO), a percentagem de 80,00%. Apresentamos, a Figura 2 considerando os últimos 6 anos.

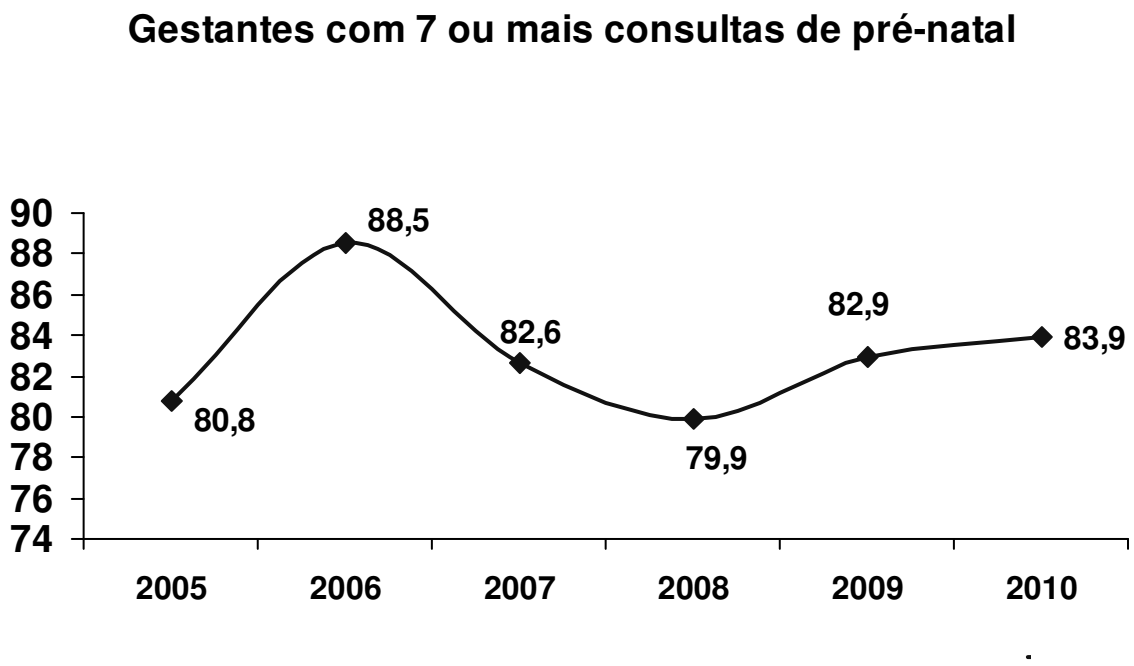

Figura 2- Gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal

Fonte:SINASC 2010

Quanto aos óbitos no município, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e considerando os anos de 2005 a 2010 verifica-se que as Doenças do Aparelho Cardiovascular foram a principal causa de óbito, seguidas das Doenças do Aparelho Respiratório, Causas Externas, Neoplasias e Causas Indeterminadas, que sempre estiveram entre as cinco principais causas de morte até 2007.

A partir de 2008, os óbitos por Doenças Metabólicas e Endócrinas passaram a figurar entre as 5 primeiras causas, excluindo deste rol os ocorridos por Causas Indeterminadas. Importante ressaltar que, conforme informação fornecida pela Coordenadora de Epidemiologia de Quissamã em setembro de 2011, a Srª. Ana Paula Dal-Cin, a partir do ano de 2009 houve o decréscimo importante dos óbitos por causas indeterminadas. Isso se deu considerando ações realizadas com profissionais do Hospital Municipal e a Coordenação de Epidemiologia, além da

investigação epidemiológica de todos estes óbitos, para encontrar a real causa da morte do residente. Os dados de mortalidade, entre 2005 e 2010, mantêm uma freqüência semelhante, sendo observado um aumento progressivo dos óbitos por Causas Externas, que tiveram seu ápice no ano de 2008, quando foram registrados 20 óbitos por esta causa. Destaca-se que os acidentes de transporte são responsáveis por aproximadamente 50% destes casos, nos anos analisados.

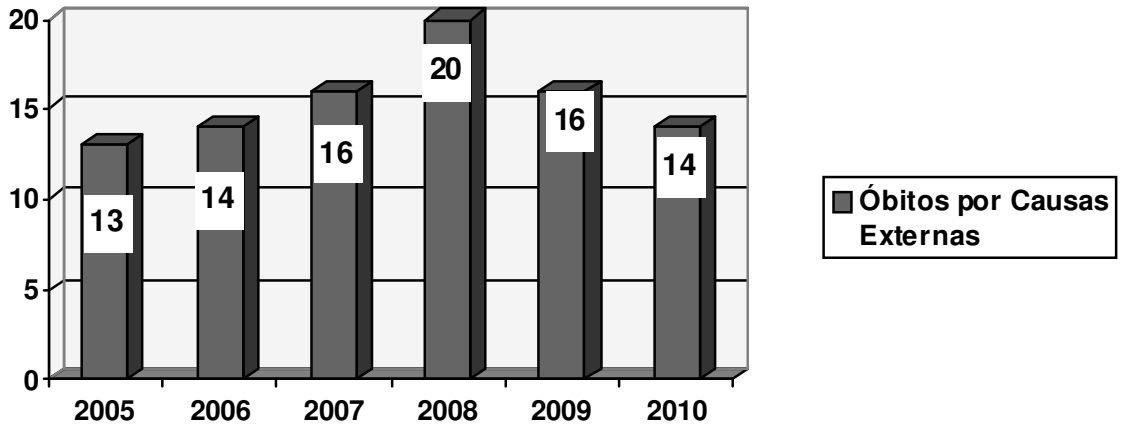

Figura 3: Óbitos por Causas Externas. Quissamã-RJ, 2005-2010

Fonte: SIM/Datasus/2010

Considerando ainda as principais causas dos óbitos entre as doenças do aparelho circulatório, o Infarto Agudo do Miocárdio teve peso preponderante, chegando a um aumento de 100% em 2008 em relação ao ano de 2006. As Doenças Hipertensivas apresentaram uma queda acentuada, no ano de 2008, quando houve apenas 1 óbito por esta causa básica. Entre as Neoplasias, as do trato digestivo tiveram maior percentual, alternando a frequência com as neoplasias respiratórias, de mama e de próstata. Nota-se um decréscimo nos casos de óbitos por neoplasias de pulmão, traquéia e brônquios de 6 casos em 2005 para 2 no ano de 2008, porém, em 2009, eles voltam a ter sua frequência aumentada para 5 óbitos.

Tabela 1: Percentual de óbitos em residentes, segundo principais causas em Quissamã –RJ, 2005-2010

Causas CID 10BR	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%	%
Neoplasias	18,8	13,2	8,1	13,5	12,2	10,9
Doenças do Aparelho Circulatório	28,7	34,5	19,8	24,8	34,5	37,9
Doenças do Aparelho Respiratório	10,8	15,9	18,9	12,8	15,8	14,1
Causas Indeterminadas	2,9	4,4	7,2	3,0	2,2	2,3
Causas Externas	12,8	12,3	14,4	13,7	11,5	10,9
Doenças Metabólicas	10,8	5,3	4,5	8,3	7,9	3,9
Doenças do Aparelho Geniturinário	1,9	2,6	4,5	3,8	3,0	2,3
Óbitos infantis	2,9	0,8	8,1	3,0	0,7	3,1

	1ª Causa de Morte
	2ª Causa de Morte
	3ª Causa de Morte
	4ª Causa de Morte
	5ª Causa de Morte

Fonte: SIM/Datasus (dados 2010)

Apesar da mortalidade proporcional estar dentro do padrão de um nível de saúde elevado, a mortalidade infantil aumentou devido à mortalidade neonatal, principalmente no ano de 2007. A proporção dos óbitos de pessoas acima de 50 anos diminuiu a partir de 2005, indicando um aumento da expectativa de vida da população. Os óbitos de pessoas entre 15 a 49 anos aumentaram nos anos de 2005 a 2009 e, em 2010, observamos uma queda importante na proporção dos óbitos nessa faixa etária.

Tabela 2: Mortalidade por faixa etária de residentes – 2005 a 2010

Faixa Etária	Ano					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
< de 1 ano	**3 (2,9%)**	**2 (1,7%)**	**9 (8,1%)**	**4 (3%)**	**1 (0,7%)**	**4 (3,1%)**
1-4 anos	3	0	1	2	0	1
5-14 anos	0	1	1	1	0	2
15-49 anos	19 (8,4%)	21 (7,9%)	28 (5,2%)	33 (24,4%)	30 (21,6%)	20 (15,6%)
> 50 anos	**76 (73,8%)**	**89 (76,1%)**	**69 (62,2%)**	**93 (68,9%)**	**108 (77,7%)**	**97 (75,8%)**
Ignorado	2 (1,9%)	4 (3,4%)	3 (2,7%)	2 (1,5%)	0	4 (3,1%)
Total	103	117	111	135	139	128

Fonte: SIM/Datasus (2010)

Quanto à mortalidade infantil, a mesma é classicamente utilizada como indicador de saúde, refletindo tanto o grau de desenvolvimento da sociedade, assim como a preocupação e compromisso de seus governantes com o bem-estar coletivo.

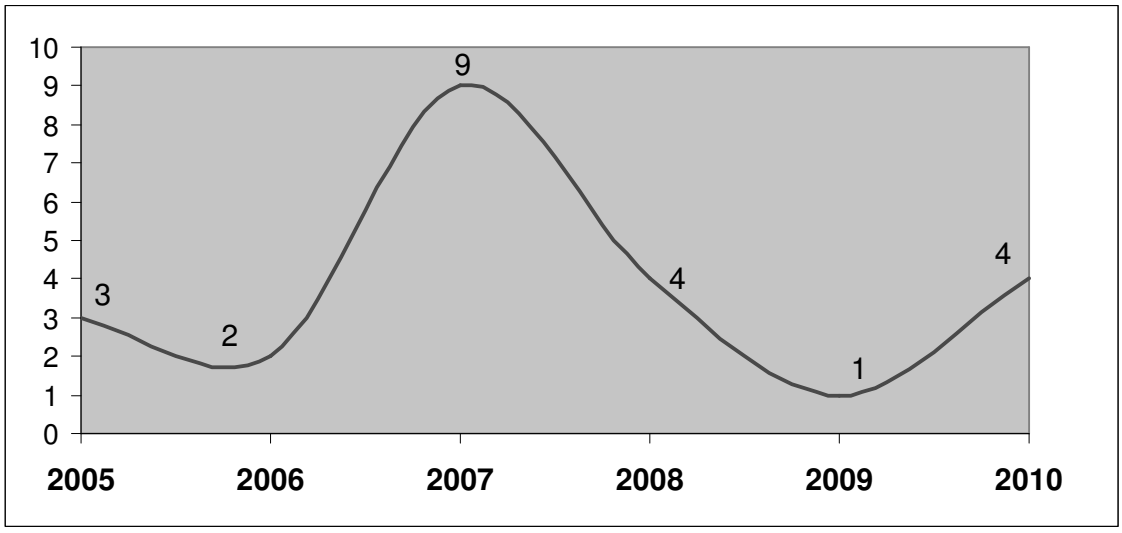

Figura 4: Mortalidade infantil /1000 nascidos vivos – 2005 a 2010

Fonte: SIM/Datasus (2010)

Assim, com relação à mortalidade infantil, verifica-se um aumento do número de casos no ano de 2007, quando ocorreram 9 óbitos em menores de 1 ano. Ressalta-se que destes, 3 (33,3%) tiveram, segundo a área responsável, a malformação congênita como causa básica, não sendo considerados óbitos evitáveis. Nos demais anos, este indicador permaneceu com a taxa definida como

baixa pelo Ministério da Saúde, encontrando-se inferior a 20 /1.000 nascidos vivos. Houve um caso de mortalidade materna em 2010, que teve como causa básica a Síndrome Hellp, óbito este ocorrido no município de Macaé.

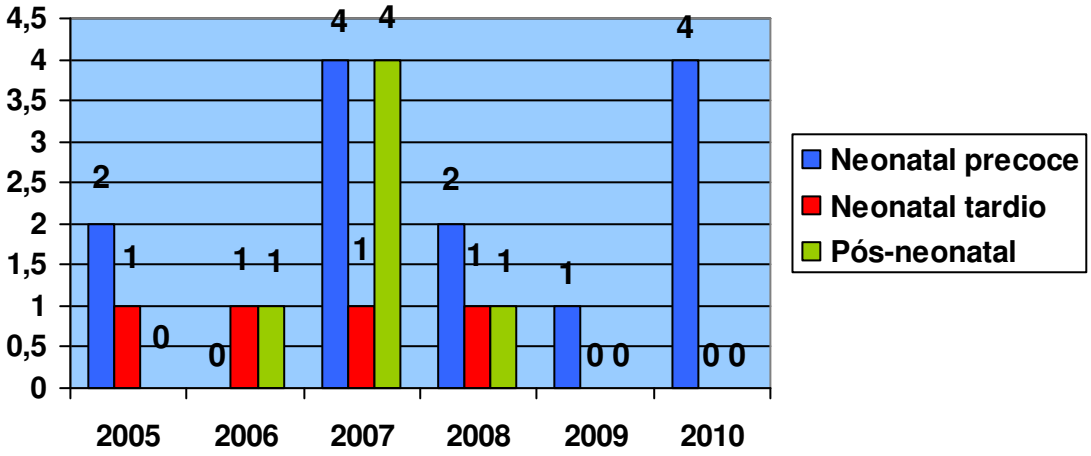

Figura 5: Mortalidade infantil por grupos.

Fonte: SIM/Datasus (2010)

Dentre as doenças de notificação compulsória, entre 2005 e 2010, a diarréia segue como a patologia de maior incidência, seguida das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's). Segundo informações da Epidemiologia, a grande detecção das IST's e infecções geniturinárias se deve principalmente a melhora do acesso e oferta do serviço com a descentralização da coleta de material para colpocitologia oncótica em todas as Unidades de Saúde da Família. No que diz respeito à ampliação da oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero, sendo esta questão inclusive ponto investigado na pesquisa com usuários neste trabalho, o município teve como meta pactuada o aumento em 0,30% de oferta e alcançou 0,37% (SISPACTO) e na pesquisa realizada apresentou melhora de 68,5.

Tabela 3: Número de notificações de agravos confirmados em Quissamã, 2005-2010

Agravo	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Acidentes com Animais Peçonhentos	-	-	2	1	3	1
AIDS	-	-	4	3	2	1
Atendimento Antirábico	75	1	66	76	57	55
Condiloma Acuminado	30	1	60	49	39	40
Conjuntivite	-	-	245	92	117	42
Dengue	03	19	36	55	2	45
Diarréia	606	164	878	456	963	479
Doenças Exantemáticas	8	2	-	-	-	-
Gestante com Rubéola	1	1	-	-	-	-
Hanseníase	5	2	3	4	1	2
Hepatite Viral	6	3	3	2	1	2
Herpes Genital	9	-	6	9	3	9
Sífilis em Adulto	5	1	1	-	5	2
Sífilis em Gestante	1	-	2	-	-	2
Sífilis Congênita			-	-	-	2
Sínd. do Corrim. Cervical em mulheres	211	-	27	23	19	-
Sínd. do Corrimento Uretral em homens	2	-	18	9	8	1
Sínd. do Corrimento Vaginal	397	1	533	402	360	341
Sínd. da Úlcera Genital	1	-	3	3	4	-
Toxoplasmose	2	-	-	3	-	-
Tuberculose	4	8	5	8	5	3
Varicela	232	-	38	112	19	90

Fonte: SEMSA Quissamã

A incidência de dengue, uma doença de notificação compulsória, e destacada no pacto pela vida como responsabilidade sanitária pactuada pelos gestores, seguiu num crescimento em larga escala, considerando os anos de 2005 a 2010. Atingiu seu ápice no ano de 2008, quando foram obtidas 150 notificações do agravo. A presença constante do *Aedes aegypti* em alguns bairros como Centro e Caxias e o aumento do fluxo populacional de indivíduos, vindos de áreas com altos índices de infestação do mosquito, propiciaram risco potencial de aumento de incidência da doença, o que acabou por ocasionar, no primeiro semestre de 2011, uma epidemia confirmada e monitorada pelas áreas técnicas do município e da Secretaria de Estado de Saúde (Avaliação do Plano Municipal de Saúde/ Epidemiologia/SEMSA 2010). Na pesquisa de satisfação realizada para este trabalho, a atenção

dispensada aos pacientes com diagnóstico de dengue ficou como a segunda questão que mais melhorou, com 81,7%.

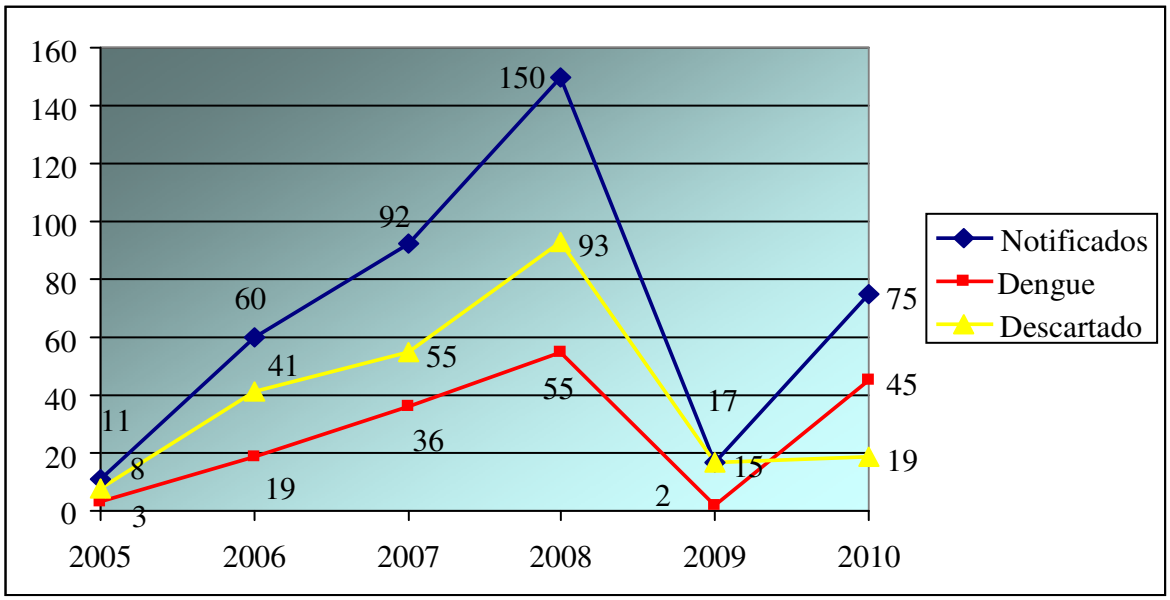

Figura 6: Casos de Dengue em Quissamã. 2005-2010.

Fonte: SINAN

Com relação a doenças imunoprevisíveis e imunização, as coberturas vacinais, em sua maioria, superaram a meta do SISPACTO, delimitada pelo Ministério da Saúde. A exceção refere-se à vacina Triviral (contra rubéola, sarampo e caxumba), aplicada em crianças a partir de um ano de vida, que apresentou queda em sua cobertura, principalmente no ano de 2007.

As duas etapas da campanha contra paralisia infantil, na faixa etária de 1 a 4 anos, apresentaram coberturas maiores que 95% da população vacinada.

Tabela 4: Cobertura Vacinal em menores de 1 ano - 2005 a 2010

Vacinas	2005	2006	2007	2008	2009	2010	META
	Cober %	Cober %	Cober. %	Cober. %	Cober. %	Cober. %	
BCG	91,92	87,88	97,05	92,86	102,04	102,72	90%
Contra Poliomielite	87,13	100,34	102,95	102,87	97,57	100,27	95%
Tetravalente	91,02	101,68	102,95	98,98	96,60	101,70	95%
Hepatite B	87,43	97,98	96,07	90,14	92,86	98,64	95%
Tríplice Viral *(1 Ano)	**92,41**	**98,50**	**81,14**	**93,11**	**88,44**	**89,46**	95%

Fonte: SIAB/SEMSA Quissamã

A vacinação contra Influenza, aplicada em idosos, apresentou as seguintes coberturas: 2005 (92,74%), 2006 (98,47%), 2007 (98,06%), 2008 (93,57%), 2009 (88,16%) e 2010 (89,29%).

Um indicador de referência importante em saúde pública é o percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase e tuberculose pulmonar bacilífera, cujas metas pactuadas pelo município para o ano, respectivamente, foram de 100,00% e 85%, tendo sido atingidos 100% nos dois indicadores.

Um indicador também importante é a redução da internação hospitalar por acidente vascular cerebral, no âmbito do SUS. Quissamã tinha uma meta de redução para, pelo menos, 12,00% e avançou bastante, reduzindo as internações para 5,35% por esta causa no ano. Quanto à proporção de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cadastrados no Hiperdia (programa de acompanhamento e alimentação de dados do Ministério da Saúde), Quissamã tinha para o ano a meta de 80% de cadastros, e atingiu 129,20%. Assim também para o rastreio e cadastramento de portadores de Diabetes Melitus (DM) com alimentação no mesmo programa, o resultado alcançado foi de 105,21%.

Os resultados revelados e o cumprimento das metas devem ser analisados considerando sempre a cobertura de 100% pelo Programa de Saúde da Família, pois são indicadores de saúde pública relacionados à atenção básica.

3.2.1 Composição da rede própria e referenciada

É sabido que as diferentes formas de organização das ações e serviços de saúde do SUS são orientadas a partir de critérios diversos assim: tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, de urgência e de emergência), níveis de complexidade da atenção (básica, média e alta complexidade), direcionalidades das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde) e atenção à saúde (estratégia saúde da família, vigilância à saúde, papel desempenhado no sistema de saúde (produção de insumos, atendimento direto à população) (GODIM,2011).

As unidades de saúde de diferentes âmbitos de atuação e perfis de atendimento é que comporão uma rede na localidade, na região e no território. O planejamento regional, portanto, deve ser construído, elaborado e avaliado considerando as especificidades econômicas, políticas, sociais, capacidades instaladas, disponibilidade de mão de obra adequada, técnicos comprometidos e articulação entre os pontos.

> O território também é uma dimensão fundamental no conceito de rede. A magnitude dos problemas de saúde varia significativamente de um lugar para outro, interferindo nas definições da composição de cada nível da atenção à saúde. Por outro lado, dinâmicas territoriais específicas exprimem determinados modos e ritmos de vida das pessoas, que podem influenciar decisões a serem tomadas quanto à localização dos serviços de saúde, suas áreas de cobertura, formas e horários de funcionamento (MATTOS, 2007, p.372).

No município de Quissamã, o modelo de atenção básica operacionaliza-se via Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando oito Unidades de Saúde da Família. Todas as ações programáticas (programas de atenção aos pacientes com hipertensão e diabetes, saúde da criança, da mulher, do homem, do idoso, imunização, ações do DST/AIDS, tuberculose, hanseníase e outros) perpassam todos os níveis da atenção. Assim, a Estratégia Saúde da Família no município atende adequadamente, o que é preconizado pela Portaria 1.101/2002, cujo parâmetro de equipe por família é de 1/750 a 1.000 famílias por equipe. O município tem cadastrado 6.242 famílias, conforme quadro 1.

> Os princípios fundamentais da Estratégia de Saúde da Família, figura no cenário mundial como um grande desafio das políticas sociais que devem intervir e organizar suas políticas intersetoriais, visando modificar determinantes socioambientais de doenças e agravos à base das necessidades de saúde da população num entendimento para além do setor saúde e de seus profissionais. (GODIM, 2011, p. 116).

As equipes de saúde da família podem muito contribuir para a promoção da saúde, atuando juntamente com os indivíduos no reconhecimento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, assim como apontando formas de organização social que garantam melhor qualidade de vida.

Neste ponto, Quissamã desponta na região sanitária Norte, como o município referência em 2010, com cobertura de 100% de sua população pela estratégia de Saúde da Família e tendo, como diferencial para o Estado, o cadastro informatizado de todos os seus habitantes, identificados a partir da área de sua residência, nome do agente comunitário de saúde de sua unidade. O cadastro conta ainda com dados interligados e monitorados pela Coordenação de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria da Secretaria Municipal, que armazena e interliga os dados e atendimentos dos usuários no âmbito da saúde no município e busca o planejamento e novas estratégias de atenção à saúde. É importante destacar ainda que, até pouco tempo, há 5 anos, era difícil pensar que alguns locais distantes do município, como “Machadinha” cuja população residente é reconhecidamente quilombola pudesse contar com um sistema de saúde informatizado e integrado.

É fato também a interação realizada pelas unidades de saúde da família nas comunidades adstritas, seja por meio das associações de moradores, das escolas, igrejas e intersetorialidade com outras secretarias do governo. Cabe ressaltar que a alta capacidade de resposta da atenção básica é ponto fundamental para o funcionamento das redes de atenção à saúde.

Portanto, o município atende à Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº. 687/2006SAS/MS) quando propõe

> que as intervenções em saúde se dêem sobre os efeitos do adoecer, mas também que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação das escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território em que vivem e trabalham (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006, p.7).

É necessário explicar que a prestação da assistência à saúde no município conta com parceria de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) em caráter complementar, contratada na modalidade de concurso de projetos, firmado por meio de Termos de Parceria, conforme legislação pertinente. Fato este, objeto de diversos entendimentos, posicionamentos e pareceres jurídicos contrários no geral e inclusive efetuados em relação ao próprio município, mas que não figura como ponto de estudo deste trabalho.

Apresentam-se no quadro 1**,** as unidades de saúde da família e a população assistida, com destaque para o número de famílias, sendo esta a forma de trabalho do programa[3].

[3] OSCIP's são instrumentos de viabilização e implementação de políticas públicas em caráter complementar, conforme aponta a Constituição Federal/1988, a Lei nº. 9790/99, o Decreto nº. 3.100/99 e a Portaria GM/MS nº 1.034/2010.

Unidades de Saúde da Família	Área de Abrangência	Nº. de população assistida	Nº. de famílias cadastradas	Realização de Relatório de Gestão (Portarias GM/MS 3.176/2008 e 2751/2009)	Realização de Monitoramento e Avaliação (Art. 12 da Lei 8.689/93)
Caxias	Caxias Ribeira	3929	1.138	X	X
Carmo	Piteiras Carmo Goiabal	2379	692	X	X
Matias	Matias Sítio Quissamã	3731	1.104	X	X
Santa Catarina	Santa Catarina Machadinha Sítio Boa Vista	2966	829	X	X
Barra do Furado	Barra do Furado Flexeiras	1345	454	X	X
Alto Grande	Alto Grande Praias (João Francisco e Visgueiro) Penha	1949	595	X	X
Morro Alto	Morro Alto	1086	334	X	X
Centro	Centro Canto da Saudade	3481	1.096	X	X
Coord. da ESF	Total Municipal:	20866	6.242	X	X

Quadro 1: No de famílias e habitantes adstritas por unidade de saúde da família, em 2011 com elaboração de RAG/2010/SEMSA-Quissamã e Monitoramento/avaliação 2010 e 1º.trimestre 2011.

Fonte: SEMSA/SIAB, 2010 * Obs. O número é maior que o registrado pelo IBGE.

A média complexidade conta com serviços de especialidades médicas, especialidades odontológicas, serviços de diagnóstico por imagem, diagnósticos laboratoriais, serviço de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, nutrição e terapia ocupacional que se concentram no Centro de Saúde Benedito Pinto das Chagas. Está ele, situado na região central, e recebe o encaminhamento, por meio do sistema de referência e contra-referências, vindo das unidades de Saúde da Família.

Compondo a rede de assistência no município, o Centro de Saúde Benedito Pinto das Chagas atende a dezoito especialidades médicas sendo: ginecologia, obstetrícia, pediatria, reumatologia, cirurgia geral, geriatria, mastologia, neurologia, nefrologia, endocrinologia, ortopedia, urologia, angiologia, otorrinolaringologia, dermatologia, oftalmologia, cardiologia, pneumologia. Estão também, no Centro de Saúde as instalações do complexo regulador municipal, o setor de reabilitação, as coordenações dos diversos programas de saúde (saúde da criança, saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do homem, saúde do idoso, DST/AIDS, imunização, tuberculose, hanseníase). As referências municipais na Média Complexidade se dão ainda com atendimentos odontológicos especializados nas áreas de periodontia e endodontia.

Quanto aos serviços de radiologia clínica e odontológica, o município os oferece no hospital municipal, no centro de saúde e em algumas unidades de saúde da família, no caso odontológico. Já no que diz respeito aos exames laboratoriais, são eles realizados, em sua maioria, no laboratório municipal localizado no hospital municipal, bem como por prestadores privados (através de contratualização) e pelo laboratório do Estado – LACEN.

Em 2010, através da prestação de contas, foi verificada a compra de serviços como tomografias, ressonância magnética, cintilografias, mamografias, endoscopias, densitometrias, eletroneuromiografia, ultrassonografias mais específicas e exames cardiológicos e oftalmológicos diante das dificuldades de acesso ao SUS.

Ainda na média e alta complexidade, o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus funciona 24 horas na atenção à urgência e emergência, e dispõe de internações em especialidades clínicas, inclusive com uma Unidade de Terapia Intensiva para adulto.

A rede dispõe também de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma Central de Abastecimento Farmacêutico com dispensação de medicamentos das especialidades, um laboratório municipal, um núcleo de educação em saúde e a vigilância em saúde.

O CAPS oferece assistência em Saúde Mental para portadores de transtornos mentais graves, recebendo usuários a partir de 16 anos. É referência para atendimento médico psiquiátrico e para o tratamento de álcool e outras drogas. A porta de entrada para o CAPS se dá através de encaminhamentos realizados pelo Ambulatório de Saúde Mental que funciona no Centro de Saúde, pois sua sede

própria encontra-se em construção. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que por sua vez ainda oferece aos usuários no âmbito da saúde mental os atendimentos em equoterapia e equitação (pioneiro no âmbito municipal no estado) – e o Serviço de Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus.

O sistema é composto também pela Vigilância em Saúde que abrange as vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica e de saúde do trabalhador.

A atenção à urgência e emergência é realizada pelo Pronto Atendimento do Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus (HMMMJ), e que funciona 24 horas. O Hospital Municipal possui 60 leitos (CNES,jul/2011), sendo 6 leitos de UTI tipo II e os demais distribuídos em clínica médica, cirúrgica, obstetrícia, pediatria e emergência. A Portaria n. 1.101/2002 estima a necessidade de leitos hospitalares de forma geral, considerando a taxa de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, e, neste sentido, o município, através dessa unidade hospitalar apresenta uma taxa de 3 leitos/1000 habitantes.

O Hospital Municipal teve, assim como as unidades de Saúde da Família, seu Relatório Anual de Gestão aprovado pelo Conselho Municipal, com a apresentação de monitoramento e avaliação conforme o Art. 12 da lei 8689/93. A tabela 5 demonstra o número de leitos hospitalares divididos por clínicas.

Tabela 5: Nº. de leitos por clínicas/setores do HMMMJ

Clínicas	Nº. Leitos
Cirurgia Geral	08
Clínica Geral	16
Unidade Isolamento	02
Unidade Intermediária	02
UTI Adulto – Tipo II	06
Obstetrícia Cirúrgica	10
Obstetrícia Clínica	04
Pediatria Clínica	09
Tisiologia	01
Reabilitação	01
Psiquiatria	01

Fonte: SCNES/Jul2011

Considerando a distância de 38 Km do centro do município, a localidade de Barra do Furado conta com o Serviço de Emergência Mário Barros Wagner, que funciona como um Pronto Atendimento, em regime de 24 horas, com médicos e enfermeiros, sendo considerado um braço do Hospital Municipal.

Uma situação importante a destacar é o elevado número de consultas realizadas, conforme apresentado na tabela 6. Considerando-se inclusive, os parâmetros da Portaria 1.101/2002 que preconiza de 2 a 3 consultas/hab/ano.

Tabela 6: Número de consultas por nível de complexidade em 2010

Instância	Quantidade
Unidades de Saúde da Família	35.420/1,749
Centro de Saúde	21.970/1,085
Hospital Municipal	46.780/2,310
Total de Consultas	104.170/5,145

Fonte: Sistema Victor/CONARA/Núcleo Qualidade HMMMJ/2010/SEMSA-Quissamã

Neste sentido, em análise com base na referida portaria, tem-se o número absoluto de 5,145 consultas por habitante, o que chama atenção e leva a uma pergunta: será que este número de atendimentos representa qualidade de saúde? Será que há pessoas não residentes sendo atendidas? Será uma questão oriunda da oferta e serviços possibilitada pela política e qualidade de saúde ofertada? Se for considerado o entendimento de que as demandas são socialmente construídas e fazem parte do imaginário social,

> traduzir as necessidades e demandas – ou seja , dar voz aos sujeitos – pode ser uma das estratégias para se organizar as práticas de integralidade em saúde nos serviços públicos. Isso significa que a ação dos sujeitos na busca de melhorias e enfrentamento dos problemas individuais e coletivos merece uma atenção especial por parte dos profissionais e gestores (LACERDA e VALLA (2005,p.285).

Ficam aqui assim, algumas considerações para uma futura análise, considerando não ser este o objeto de estudo deste trabalho.

O município, quando da não disponibilidade de atendimento em sua rede própria e dentro do seu território, utiliza as referências pactuadas na média e na alta complexidade na rede, que vem sendo desenhada com as pactuações no Colegiado de Gestão Regional (CGR) – agora Comissão Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Assim:

a)Atenção cardiovascular e UTI com suporte mais avançado que a do município :Hospital Álvaro Alvim e Santa Casa de Misericórdia de Campos, ambos na cidade de Campos dos Goytacazes;

b)atenção em Traumato Ortopedia: em caso de politrauma em emergência, Hospital Ferreira Machado (Campos dos Goytacazes), Instituto Nacional de Traumato-ortopedia INTO (Rio de Janeiro), Dona Lindu (Paraíba do Sul), e a empresa contratualizada pelo poder municipal, no ano de 2010 custeado por meio de recurso próprio, R. Luna Venâncio e Cia LTDA;

c) a atenção Oncológica segue referência regional, com Hospital Álvaro Alvim e Beneficência Portuguesa (Campos dos Goytacazes) e INCA (Rio de Janeiro);

d) na atenção auditiva de média complexidade, o município é o único no estado habilitado com a terapia fonoauditiva e referência para alta complexidade (tratamento e protetização) para o PROASA (Natividade) e AMADA (Rio de Janeiro);

e) a atenção aos portadores de doença renal: Clínica de Doenças Renais –CDR (Macaé),Pro Rim (Campos) e Instituto de Medicina Nuclear e Endocrinológica (Campos);

f) com relação às urgências e emergências, o atendimento é no Hospital Ferreira Machado e Hospital Geral de Guarus (Campos) e no Hospital Público de Macaé (Macaé); quanto à atenção à Gestação de alto risco, a referência é o Hospital Plantadores de Cana (Campos); o município conta com o hemocentro regional de Campos para o suporte de sangue e hemoderivados;

As referências no município para média e alta Complexidade são os atendimentos especializados no Centro de Saúde e Ambulatório de Saúde Mental e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Hospital Municipal Mariana Maria de Jesus e Serviço de Emergência em Barra do Furado. Ressalta-se que todos contam com o suporte do laboratório municipal localizado no próprio hospital, com o Lacen/ RJ e prestador privado. Assim também os serviços de radiologia são no Hospital Municipal e no Centro de Saúde.

O Hospital Municipal, além da emergência, realiza internação nas clínicas básicas e dispõe de serviço de ultrassonografia. Cabe informar que o município, em razão da disponibilidade de recurso financeiro, compra serviços de diagnóstico firmados na modalidade de chamamentos públicos e licitações, diante das dificuldades de acesso aos mesmos na rede SUS. A partir de demanda apresentada para tomografias, ressonâncias, colonoscopias, endoscopias e exames cardiológicos, totalizou no ano de 2010, o valor de R$ 887.533,61, conforme Anexo A.

Ainda se sabe que, conforme o art. 24 da lei nº. 8.080/90, quando as disponibilidades são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. O SUS, portanto, não é composto somente de serviços públicos, mas integra vários serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnóstico e terapia, que inclusive recebem recursos da saúde.

Assim, o município de Quissamã não é diferente dos demais no que tange ao acesso de serviços privados por meio de convênios e contratos, conforme os dispositivos legais – normas de direito público. O diferencial se dá na maior oferta à população pela disponibilidade financeira. No geral, os contratos efetuados são de empresas e prestadores localizados nos municípios vizinhos, pela ausência de prestadores privados no seu próprio território.

O gestor municipal não consegue realizar o atendimento à sua população apenas com a rede disponibilizada pelo SUS. Ademais, vale lembrar que a Emenda Constitucional 29, que estabelece fontes e percentuais a serem gastos pelas três esferas de governo com a saúde não foi aprovada ainda, e depende de aprovação de projeto de lei complementar.

Em Quissamã, a maior parte de recursos investidos na saúde é oriundo de recursos próprios e *royalties* do petróleo destinados, além da manutenção e ampliação da oferta de ações e serviços nas unidades próprias, à compra de serviços de alta complexidade em saúde na rede privada e para pagamento de parcerias com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

O município apresenta uma rede de saúde bastante estruturada, que possibilita o acesso de todos, o que pode ser um dos motivos da quase inexistência de serviços privados de saúde.

Ao mesmo tempo em que é muito bom os serviços serem de boa qualidade e de acesso a todos conforme preconizado pela política de saúde do país, por outro lado, o município não oferta, em seu território, os serviços não disponíveis no SUS e acaba por engrossar o imposto e a geração de renda em outras cidades, além da necessidade de oferecer o transporte de que necessita sua população.

Num aspecto incomum, se comparado a outras cidades, Quissamã apresenta-se como uma cidade limpa, organizada, cujos prédios, estruturas de serviços do poder público e qualidade desses serviços são adequados. No entanto, quanto à iniciativa privada, esta é tímida e deficitária. Os serviços que devem ser

preferencialmente da iniciativa privada (hotéis, restaurantes, comércio, transporte) são extremamente precários, e, em muitos casos, inexistentes. Tal questão leva o poder público a assumir atribuições que não necessariamente são suas e a adotar medidas de desenvolvimento econômico local. Por vezes, é o recurso público que vai alimentar o privado, como visto na própria saúde, a partir de meados dos anos 50, com o complexo médico-industrial.

Cruz analisa as interfaces do Desenvolvimento Econômico Local (DEC) após a crise capitalista e destaca que, no Brasil, considerando a inexistência de políticas de desenvolvimento, deve se ampliar para incluir um conjunto de ações e políticas de geração de trabalho e renda.

> As ações e políticas de desenvolvimento enquanto estratégias de superação da pobreza e do subdesenvolvimento, ou estratégias de modernização, empreendidas no pós-Segunda Guerra, sob os auspícios dos organismos internacionais multilaterais, sempre tiveram que lidar com o local, ou com os problemas do desenvolvimento no plano dos desequilíbrios ou das desigualdades territoriais ou regionais, embora sem o sentido e a dimensão estratégicos que o termo Local adquiriu a partir dos anos 70 (CRUZ, 2001, p.19)

Reitera-se que é questão peculiar no município a pouca atuação dos serviços privados localizados no seu território. Este fato é atribuído ao porte do município e à ampla cobertura dos serviços oferecidos pelo poder público, seja de forma direta ou através de contratualização na rede privada. “Os tipos de relações público-privadas existentes no Brasil são fundamentais para a compreensão da regionalização, imprimindo lógicas diferenciadas na conformação da rede regionalizada de atenção à saúde” (VIANA, et al.,2008).

A construção das referências de que os municípios precisam, principalmente os pequenos, esbarra-se na construção da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde, que figura como um grande dilema a ser superado em todo o território nacional. A construção da rede de atenção à saúde envolve muitos aspectos, a começar pela definição das regiões sanitárias num país com especificidades bastante díspares.

É importante ressaltar que a população do município de Quissamã é privilegiada pelo volumoso orçamento municipal,que propicia um confortável recurso financeiro para a saúde. A política de saúde recebe do poder municipal atenção especial, quando implementa serviços e atendimentos de média e alta complexidade

que, anteriores à assinatura do pacto, já eram ofertados e também entendidos pela população como de responsabilidade do município. Vale lembrar que a obrigatoriedade do município, até então, era com a atenção básica.

3.3 RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS PREVISTOS E EXECUTADOS

Com base nos dados disponibilizados no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o município de Quissamã teve sua LOA aprovada para o exercício de 2010 no valor de R$ 168.000.000,00, sendo destinado R$ 38.111.100,00 para a saúde. Mas, no decorrer da execução do exercício, somaram-se R$ 386.928,20 provenientes de suplementação. Assim, a Secretaria Municipal de Saúde totalizou R$ 38.498.025,20 de despesas liquidadas no ano de 2010, distribuídos conforme tabela 7 e apresentados em audiência pública de prestação de contas ao Conselho Municipal e à sociedade civil, no plenário da Câmara Municipal, conforme estabelecido pelo Art. 12 da lei nº. 8689/1993.

Tabela 7: Recurso Orçamentário ano de 2010

Trimestre/ 2010	Recurso Financeiro/orçamento
1º (jan, fev, mar)	R$ 8.726.892,81
2º.(abr, mai, jun)	R$ 10.122.735,83
3º.(jul, ago, set)	R$ 8.492.801,11
4º (out, Nov, dez)	R$ 11.155.595,45
Total Anual:	R$ 38.498.025,20

Fonte: SIOPS/FMS/CONARA/SEMSA- Quissamã

Quanto ao repasse do Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde este foi no valor de R$ 4.002.888,03 no ano de 2010. Com relação ao repasse pelo governo do Estado, o valor foi de R$ 40.500,00, referentes ao programa de co financiamento da atenção básica e R$ 804.000,00 do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), (RAG/SEMSA 2010).

Ressalte-se que, segundo entrevista realizada com a assessora executiva do Fundo Municipal de Saúde, Srª. Raquel da Fonseca Belmont, não houve possibilidade de utilização total dos recursos do Estado no ano corrente por

questões administrativas e burocráticas. Segundo a própria entrevistada, os recursos repassados fundo a fundo alcançaram o percentual de 10,49% do total das despesas executadas pelo Fundo Municipal de Saúde, no exercício de 2010.

Cabe reiterar nesta análise que o município gastou 23% de seu orçamento total na saúde e que, de acordo com a Emenda Constitucional – não aprovada até a metade deste ano de 2011-, todo município deve aplicar o percentual de 15% do orçamento municipal na saúde. A aprovação desta Emenda é esperada pelos municípios pelo fato de também determinar o percentual para os estados e união.

Tabela 8- Despesas 2010 SEMSA

Despesas	Elem. desp	Valor empenhado	%
Pessoal e Encargos	3190	R$ 15.000.347,60	38,94
OSCIP	3350	R$ 13.110.617,42	34,03
Diárias	0	R$ 73.478,00	0,19
Material de Consumo	0	R$ 2.777.784,13	7,21
Material de Distribuição gratuita	0	R$ 1.446.753,80	3,76
Serviço Pessoa Física	0	R$ 87.063,20	0,23
Servicos Pessoa Juridica	0	R$ 5.506.979,33	14,29
Despesas de Exercicios anteriores	0	R$ 14.532,75	0,04
Obras e instalacoes	0	R$ 32.293,06	0,08
Material Permanente	0	R$ 476.149,71	1,24
Total	(-)	R$ 38.525.999,00	100,00%

Fonte: RAG/2010/FMS/SEMSA - Quissamã

O município de Quissamã apresenta em seus indicadores de saúde e avanços nos serviços, uma realidade positiva. Através de parceria com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), consegue oferecer os serviços de saúde de que dispõe, realizando a média e alta complexidade (a exemplo o hospital municipal com 60 leitos, inclusive UTI), em virtude dessa complementação, em termos de parceria. Utiliza, para isso, os recursos dos *royalties,* considerando que, conforme os dispositivos legais, não pode pagar funcionários concursados com este recurso, apenas com recursos de fontes próprias. Todavia estes últimos são insuficientes para a folha e para ampliação dos serviços de média e alta complexidade. Os recursos dos *royalties* do petróleo são amplamente investidos na saúde, como demonstrado na tabela 9.

Tabela 9- Demonstrativo de execução financeira por fonte de recurso na Saúde no ano de 2010

Despesas	Recursos Próprios	Recurso SUS	Royalties	Total
Pessoal e encargos	15.433.537,23	321.237,08	-	15.754.774,31
Material de Consumo	-	891.542,73	1.069.843,48	1.961.386,21
OSCIPs	-	1.056.013,70	10.675.153,70	11.731.167,40
Material de Distribuição	-	342.149,22	1.108.808,56	1.450.957,78
Serviço de Pessoa Física	-	0,00	21.669,90	36.976,80
Serviço de Pessoa Jurídica	-	287.795,97	5.863.230,75	6.151.026,72
Despesas de outro exercício	-	-	40.396,02	40.396,02
Material Permanente	-	86.686,00	334.645,56	497.325,56
Diárias	-	-	49.073,00	49.073,00
Total	15.433.537,23	3.000.731,60	19.162.820,97	37.673.083,80

Fonte: FMS/SEMSA-Quissamã/2010

4 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Este capítulo discorre sobre os principais instrumentos para gestão e regulação do sistema de saúde, considerando a gestão a partir da regionalização, e o Pacto pela Saúde - que tem o objetivo de reestruturar as ações e serviços dentro de uma rede regionalizada, hierarquizada, e regulada.

4.1 PACTO PELA SAÚDE

No Brasil, a partir do final dos anos oitenta, e a legitimação do SUS através principalmente das leis 8.080 e 8.142/1990, grandes lacunas se constituíram acerca das questões cotidianas do fazer saúde para todos, numa perspectiva ampla e universal. Assim, um arcabouço jurídico-operacional foi-se constituindo ao longe dos anos.

Na década de 90, foram então editadas algumas normas reguladoras do SUS, através do Ministério da Saúde, sendo chamadas de Normas Operacionais Básicas, a saber: NOB Inamps/91(BRASIL,1991); NOB SUS/93; NOB SUS/96(BRASIL, 1996).

Não é proposta deste trabalho discorrer em detalhes sobre as proposições de cada NOB. No entanto, é importante considerar que cada uma trouxe consigo diretrizes e modos de operacionalização da saúde nos aspectos de organização,

financiamento, repasse de recursos, relacionamento entre os gestores, as instituições, e os prestadores de serviços.

Muitos avanços se deram, e medidas organizacionais continuam sendo necessárias. Importante considerar que não se tratava apenas de delinear um fluxo e um desenho para a saúde, mas que todo o movimento realizado se dava em meio a cenários políticos e correlação de forças bastante diversas.

Neste contexto, em 2001, é publicada a norma operacional de assistência à saúde – NOAS SUS 01/01 (BRASIL, 2001), que sinaliza a regionalização da atenção à saúde considerando que sua efetividade será ponto forte e caminho para o atendimento dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, buscados sem sucesso até então.

Para a explicitação e delimitação das funções dos gestores, organização dos instrumentos de trabalho e desenvolvimento continuado rumo ao processo de regionalização, e por conseguinte, descentralização, é editada a NOAS 01/02 (BRASIL, 2002), além de algumas portarias e dispositivos legais e organizacionais, culminando na aprovação do “Pacto pela Saúde” pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no dia 9 de fevereiro de 2006. Sua aprovação do citado Pacto é fruto da pactuação dos gestores do SUS, representados nas três esferas de governo.

O Pacto pela Saúde contempla três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, e foi publicado na portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Com ele, uma reforma institucional é instaurada e compromissos sanitários são assumidos, assim como a defesa do SUS como política não de saúde, mas sim de Estado e sobretudo com um comprometimento bastante solidário e delineado em relação a sua gestão.

O Pacto pela Vida é o compromisso assumido pelos gestores do SUS acerca de prioridades consideradas importantes e de impacto sobre a situação de saúde da população do país. Os compromissos sanitários deverão ser cumpridos através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, definidas e pactuadas entre os diversos gestores (BRASIL, 2006, v.1).

Desse modo, considerando as Portarias GM/MS nº. 399/2006 – do Pacto pela Saúde; a GM/MS nº. 598/2006 – Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão do SUS; a 648, 649 e 650/2006 – Política Nacional da Atenção Básica; a 687/2006 – Promoção da Saúde; 689/2006 – Financiamento; e a 699/2006 – Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão, um arcabouço de orientações,

ações, regulamentos, diretrizes, metas e termos de compromissos foram apresentados, traduzindo e explicitando o significado e os objetivos do Pacto.

No Pacto pela Vida, conforme o nível de governabilidade e amplitude das prioridades, os municípios, a região e os estados devem pactuar ações necessárias para o alcance das metas propostas, correspondentes às questões eleitas como prioritárias, que são as seguintes:

a)Saúde do idoso – as diversas ações se aglutinam acerca basicamente da implantação da "Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa", que busca atenção integral ao idoso.

b)Controle do câncer de colo de útero e de mama – ações que visem à redução da mortalidade por câncer do colo do útero e da mama, cuja taxa é considerada elevada no Brasil. Para o câncer do colo do útero, propõe-se uma cobertura de 80% para o exame preventivo, conforme protocolo, de 2006; Incentivo da realização da cirurgia de alta freqüência - técnica que pode ser realizada em ambulatório.

Para o controle do câncer de mama as principais ações visam ampliar para 60% a cobertura de mamografia, objetivando o diagnóstico precoce; e realização de punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

c) Redução da mortalidade infantil e materna – devem ser elaboradas propostas de intervenção que reduzam drasticamente a mortalidade materna, neonatal e infantil. Foram estabelecidas porcentagem de redução já em 2006, com redução de 5% da mortalidade neonatal; 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia; redução em 5% da razão da mortalidade materna; criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima de 80.000 habitantes e garantia de insumos, medicamentos para as síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT e qualificação dos pontos de distribuição de sangue para que atendam ás maternidades e locais de parto.

d) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza – ações que reduzam a infestação predial por *Aedes Aegyptis* nos municípios de incidência; elaboração e implantação de plano de contingência da dengue, unidades sentinelas e o sistema de informação/SIVEP-GRIPE pelas capitais; eliminação da hanseníase, um problema de saúde pública nos municípios prioritários; cura dos casos novos de tuberculose bacilífera; redução a incidência anual de malária, na região amazônica.

e) Promoção da Saúde – discorre sobre ações que elaborem e implantem a “Política Nacional de Promoção da Saúde”, que visa à adoção de hábitos saudáveis por parte de toda a população; estão incluídas a promoção de medidas de alimentação saudável, atividades físicas e combate ao tabagismo.
f) Fortalecimento da Atenção Básica – a estratégia de saúde da família deve ser a estratégia prioritária, como modelo de atenção básica e porta de entrada no SUS.
g) Regulação da atenção e regulação assistencial – É necessária a contratualização dos prestadores de serviços, sob direção do gestor de acordo com seu âmbito de atuação, regulação de todos os leitos e serviços ambulatoriais, e torna extinto o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7 (trata-se de anterior forma de pagamento aos médicos por produtividade e direto na conta dos mesmos).

As metas acima descritas são pactuadas a cada ano e acompanhadas continuamente, acrescidas de resultados cumulativamente alcançados e técnicas e tecnologias desenvolvidas para o monitoramento e *feedback*. Também foram acrescidas, às prioridades acima, a saúde do trabalhador, a saúde mental, o fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, a atenção integral às pessoas em situações ou risco de violência, e a saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS traz como ponto fundamental a defesa do SUS e propõe sua consolidação como política pública. Conforme o caderno v.1 da série Pactos pela Saúde do Ministério da Saúde de 2006, a partir das portarias já citadas, este pacto se apresenta considerando diretrizes, iniciativas e ações a serem efetivadas no âmbito do SUS.

Assim, são diretrizes: expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação do processo da reforma sanitária brasileira; desenvolver e articular ações que visem a qualificar e a assegurar o SUS como política pública.

As iniciativas para o cumprimento deste pacto devem buscar

> a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais; a promoção da cidadania, como estratégia de mobilização social e a garantia do financiamento, de acordo com as necessidades do sistema(BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, v.1, p.13).

As ações devem envolver a articulação e o apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania; o estabelecimento de diálogo com a sociedade além dos limites institucionais do SUS; a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais; a elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos usuários do SUS; a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) n.º 29 pelo Congresso Nacional; e a aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão.

Por fim, o Pacto de Gestão do SUS traz a definição das responsabilidades sanitárias dos gestores municipal, estadual e federal do SUS e estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação na saúde.

Este pacto enfatiza que a gestão da saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo pelos compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestora Tripartite (CIT). A Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março de 2006, apresenta os Termos de Compromissos de Gestão a serem assinados por cada instância de governo (município, estado e governo federal), sendo considerados uma declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor frente aos outros gestores e à população adstrita em seu território. Esta portaria explicita atribuições, objetivos, metas prioritárias, indicadores de monitoramento e avaliação, termos de cooperação entre entes públicos, modelo para declaração da CIB e modelo de termos e extratos de limite financeiro global de acordo com cada instância.

No tocante às responsabilidades atribuídas aos municípios, a expressão “todo município deve” indica a obrigatoriedade do fazer. Para os itens que não se iniciam com a expressão acima, a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

Apresenta-se o Termo de Compromisso de Gestão do município de Quissamã como anexo B deste trabalho, cuja análise será contemplada no capítulo a seguir, considerando-o instrumento que aponta dados relevantes de investigação e estudo pretendidos por este trabalho.

Através da análise do Termo de Compromisso de Gestão este estudo busca identificar como a gestão municipal vem-se posicionando - assumindo suas

responsabilidades e pactuando suas referências- frente às prioridades elencadas e obrigatórias do pacto pela saúde. Pacto este assinado pelo município em final do ano de 2010. Através desse viés de estudo, busca-se analisar a implantação e satisfação dos usuários a partir daquela assinatura.

Apesar de todo o movimento e delineamento acerca do Pacto pela Saúde, que busca, em sentido amplo, a consolidação do SUS e a efetivação do direito à saúde de acordo com os princípios da universalidade e integralidade, muitos são os desafios apresentados e a serem enfrentados por parte de todas as instâncias governamentais. Além de desafios operacionais, mitos, informações desconfiadas e desencontradas, os obstáculos são , devido à precarização da assistência à saúde vivenciada pelos diversos municípios e estados do Brasil.

Segundo dados do CONASS/2011, até o meado deste ano, é considerada pequena o número de municípios do Brasil que assinaram o pacto e se tornaram gestão plena do sistema municipal, - fato que deve merecer análise e atenção das áreas técnicas de planejamento e gestão da política pública de saúde do país.

Importante esclarecer que não basta a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão para que ele se torne Gestão Plena do Sistema Municipal, e sim cumprir com todos os compromissos pactuados e assumir os prestadores de saúde dentro do seu território.

O Brasil possui 5.565 municípios, que totalizam 191.501.733 habitantes (CONASSS/2011). Deste total de municípios, 4.236 assinaram o pacto, representando 76,12% de adesão, como se pode verificar no figura 7.

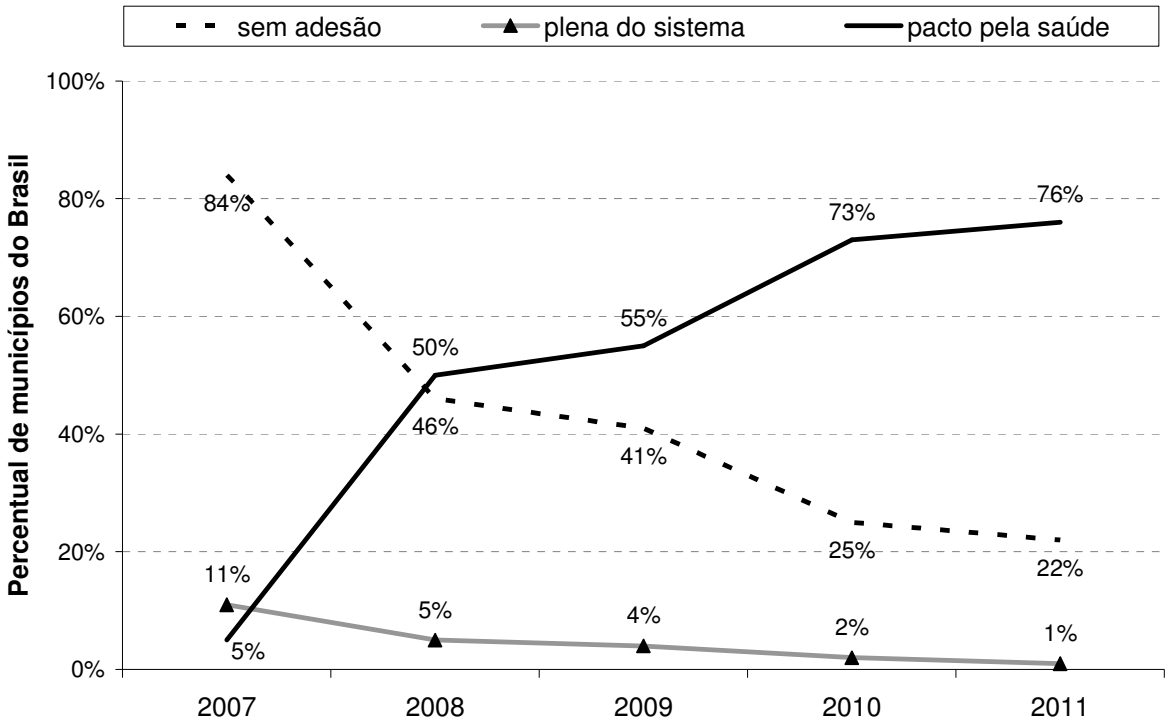

Figura 7- Percentual de municípios do Brasil por tipo de Gestão
Fonte: Secretaria Técnica / CIT / DAGD / SE

O Estado do Rio de Janeiro, localizado na região sudeste brasileira, possui 92 municípios com população total de 16.010.386 habitantes, distribuídos em 10 regiões de saúde (CONASS/2011). Ao se falar em regiões de saúde automaticamente deve-se atentar para o processo de construção de redes.“Um critério importante na identificação de uma Região de Saúde é garantir que a rede de serviços local tenha capacidade e suficiência em atenção básica e parte da média complexidade” (BRASIL, 2007, v.3, p.24).

Para FLEURY (2008, p.1.717), a discussão de rede tem demonstrado o avanço por parte da sociedade brasileira rumo a um projeto de gestão política mais adequada à complexidade geográfica, econômica, social e cultural do país. E destaca, como pauta importante, a discussão nova que vem sendo travada nos recentes processos de gestão da saúde pelos atores envolvidos, em torno das relações entre estado e sociedade civil, “o que, sem dúvida, é muito auspicioso por permitir compreender-se que a atividade intelectual focalizada na prática tem um valor pedagógico por excelência”.

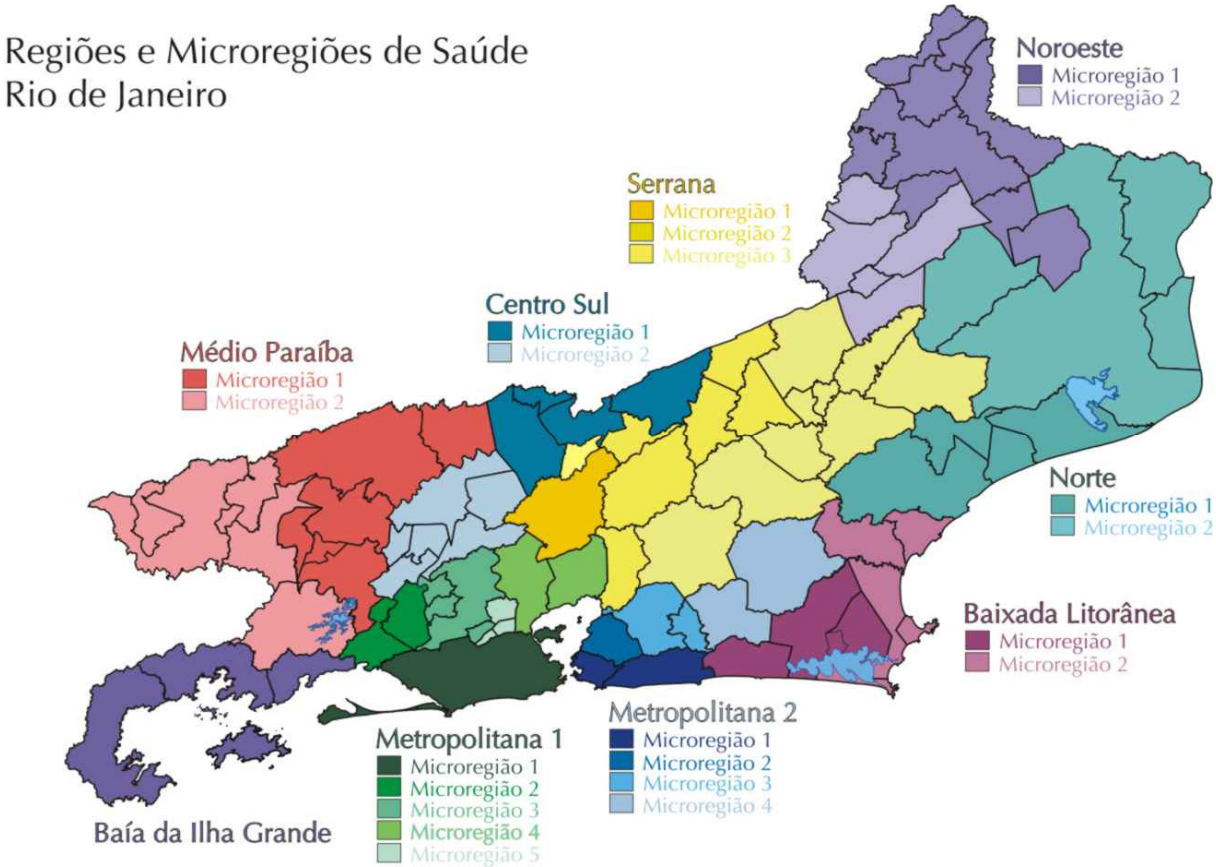

Figura 8- Mapa da divisão Política-Administrativa do estado do Rio de Janeiro em Regiões de Saúde **4.**

Fonte: Secretaria de Estado e Defesa Civil (SESDEC) Sub-Secretaria Geral (SG) Assessoria de Gestão do Pacto/2011

Até meados de 2011 apenas 48 municípios haviam assinado o pacto pela saúde (52,17%), sendo que apenas 09 encontram-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e assim 35 sem adesão (CONASS/2011).

4."As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. "(CONASS, 2011,v.1, pag.125)

A seguir, a figura **3** demonstra o percentual de municípios por tipo de gestão no estado do Rio de Janeiro (Sala de Situação/CONASS/2011).Este gráfico apresenta a adesão de 52% dos municípios do Estado do Rio de Janeiro ao Pacto pela saúde, estando abaixo da média nacional que é de 76%, conforme demonstrado na figura nº.9 .

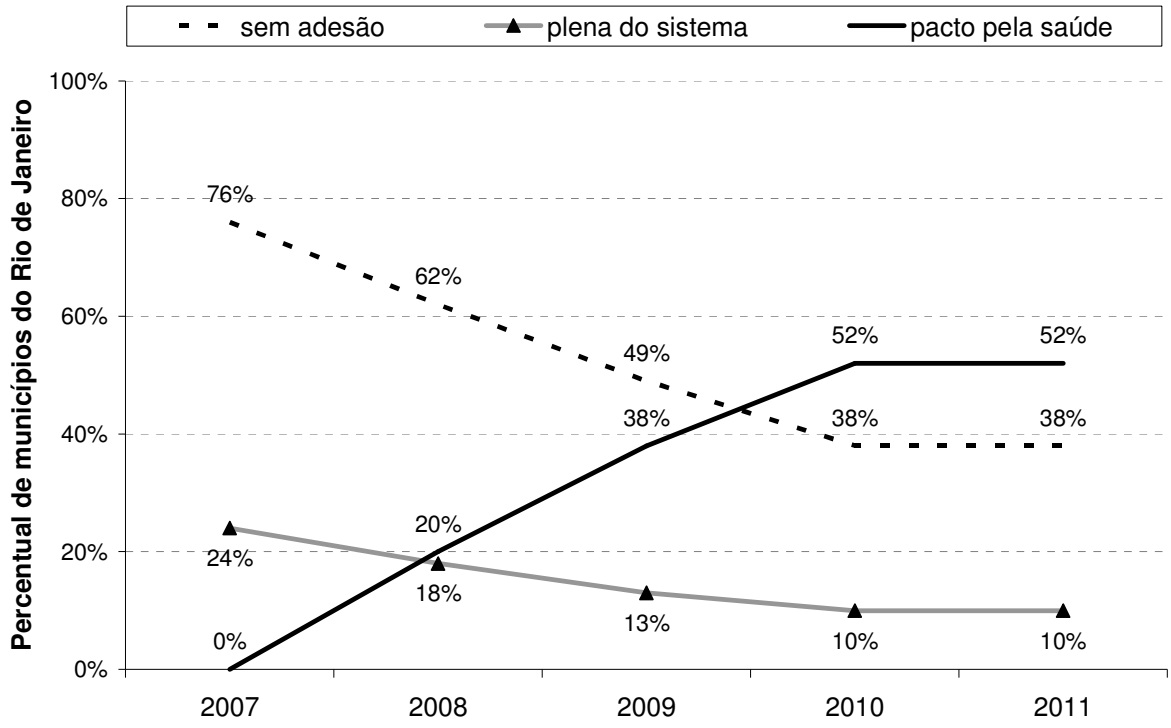

Figura 8- Percentual de municípios do estado do RJ por tipo de Gestão
Fonte: Secretaria Técnica / CIT / DAGD / SE

Para o Ministério, o pacto deve ter como principais resultados a mudança da forma de transferência federal de recursos por meio de blocos financeiros, o comprometimento e alinhamento de políticas de atenção básica e o estabelecimento e cumprimento das responsabilidades entre os gestores.

O Pacto de Gestão traz fortemente para a pauta a regionalização, que é uma diretriz do SUS, na qual regiões de saúde foram constituídas. Foram formados Colegiados de Gestão Regional (CGR)- e durante a elaboração deste trabalho através da publicação do decreto nº. 7.508 em 28 de junho de 2011, passaram a ser chamados de Comissão Intergestores Regional (CIR), com prazo para adequar sua documentação e com novas atribuições. Os CGR/CIR são constituídos por gestores municipais e alguns técnicos, com representantes do estado em nível regional e

central, para discussão da condução da saúde na região, além da busca de alternativas e construção das redes e pactuações.

Receberam, então a tarefa de elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada área adstrita, para constituir o do estado e também a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) como instrumentos de planejamento.

"É de responsabilidade do CGR/CIR planejar e cuidar da saúde regional, por meio de um processo solidário e cooperativo de gestão"(BRASIL, 2007, v.3,p.38). O decreto n.º 7.508/2011, que regulamenta a lei n. 8080/90, estabelece que a CIR, antigo CGR, está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

4.2 GESTÃO A PARTIR DO RECENTE PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO

O SUS traz a regionalização como estratégia prioritária e relevante para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, racionalizar gastos, otimizar recursos, promover a equidade e a integralidade da atenção e potencializar e organizar o processo de descentralização (CONASS, 2011, v. 1).

Em 2005, portanto ainda antes do pacto pela saúde, no artigo intitulado "Regiões de saúde e escala geográfica", de Raul Borges Guimarães, o mesmo destaca como fundamental a questão da regionalização – colocada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – SUS 01/2001.

A NOAS-SUS 01/2001 determina o aprofundamento no processo de descentralização com ênfase na regionalização, na equidade e na organização de sistemas de saúde em todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais. A NOAS/2001 traz o PDR como instrumento de planejamento prevendo a ampliação do acesso à atenção básica, a organização dos serviços de média e alta complexidade, o processo de programação dos serviços e do recurso, o processo de controle, avaliação e regulação da assistência e o processo de habilitação dos municípios em relação à gestão (BRASIL, 2001).

O referido artigo questiona se a regionalização da saúde brasileira representa ou não um aprimoramento das mediações entre as diversas escalas do SUS. Neste

artigo, Guimarães destaca positivamente a política pública de saúde do Brasil. Faz um paralelo com as diversas políticas de saúde do mundo, mas coloca que o Brasil para alcançar êxito nesta questão, deverá encontrar alternativas para distribuir melhor a renda, diminuir o índice de desemprego e aumentar o acesso a saúde entre outros. Aponta ainda para a necessidade de uma proposta de regionalização mais efetiva, que avance mais significativamente. Para ele o "município *per si* é uma mera abstração, uma vez que está inserido em diferentes formas de organização escalar"(Guimarães, 2005,p.1020).

Após o Pacto pela Saúde, muitos pontos desta proposta de fato foram clarificados e delimitados, inclusive com a definição de atores e seus níveis de complexidade.

A Portaria GM/MS nº. 399/2006, que trata do Pacto pela Saúde e discorre sobre as diretrizes para a Gestão do SUS - Pacto de Gestão-, enfoca que a regionalização é uma diretriz e um eixo estruturante, pois deve orientar e promover a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de pactuação entre os gestores.

Como citado anteriormente, os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da atenção à saúde. Cabe ressaltar que a elaboração destes planos e implantação encontram-se a passos distantes do pretendido e preconizado pelo arcabouço de normatização estabelecido.

O decreto n. 7.508/2011, que acaba de ser assinado e já citado neste trabalho vem reforçando a regionalização como condição fundamental para operacionalização do SUS. No entanto, cabe ainda a divulgação ampla e conhecimento do mesmo, a começar pelos técnicos e profissionais da área.

O PDR do Estado do Rio de Janeiro data de , com atualização de 2007, e o da região sanitária onde se localiza o município de Quissamã foi aprovado em 28/07/2009 pelo CGR, em reunião ordinária no próprio município de Quissamã. Apresenta ações a serem realizadas no âmbito da saúde na região, com metas e prazos a serem alcançados.

O referido plano dá ênfase a fatores críticos a serem o foco das ações e metas, são eles: baixa resolutividade da atenção básica; ineficiência e ineficácia da regulação de média e alta complexidade; oferta insuficiente e/ ou inadequada de

serviços de média, alta complexidade e em específico UTI; deficiência na atenção das urgências e emergências; não valorização e não cumprimento das obrigações referentes aos sistemas de informação; metodologia inadequada de revisão, avaliação e monitoramento da programação pactuada e integrada; recursos financeiros (desconhecimento dos custos e da necessidade de financiamento para a saúde);ausência de política de recursos humanos na atenção básica; ausência de laboratório regional de referência em saúde pública; deficiência de estruturação das vigilâncias e desarticulação com a atenção básica.

Quanto ao PDI, este deve apresentar os recursos de investimentos entre os níveis municipal, estadual e federal, de pactuação tripartite, que busque a integralidade da atenção à saúde e a superação das desigualdades de acesso. O estado do Rio de Janeiro conta com o PDI de 2007. Para a realização de um novo, mais adequado à realidade atual aguarda a conclusão de novo PDR, que deverá ser finalizado após a elaboração da tão esperada PPI ainda este ano.

O município de Campos dos Goytacazes assinou o Termo de Compromisso de Gestão um ano antes (2008) da realização do PDR, seguido dos municípios de Quissamã (2010) e Macaé (2010), mas há muitas disparidades entre os mesmos, considerando a realização e o cumprimento de metas preconizadas de caráter único para todo município, como previsto no documento legal – termo de Compromisso de Gestão (Anexo B).

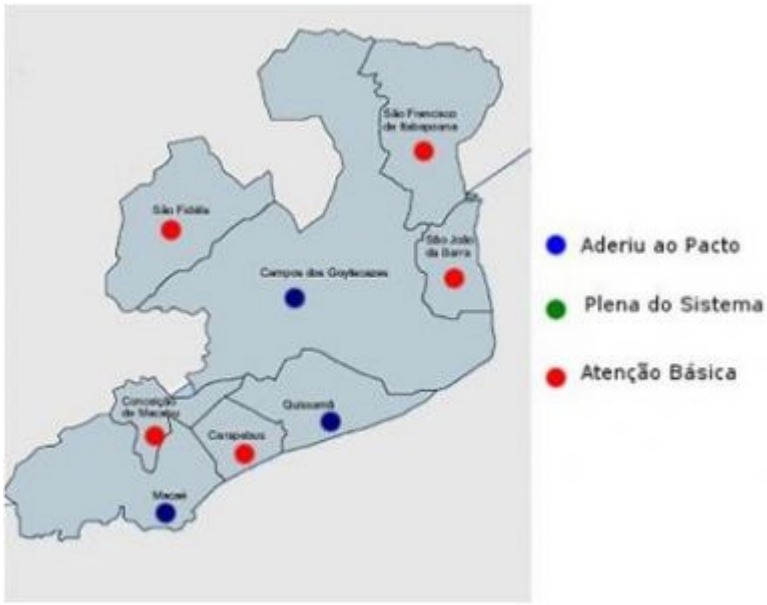

Figura 9– Mapa da região sanitária Norte. Situação de cada município em relação ao Pacto pela Saúde.

Fonte: Secretaria de Estado e Defesa Civil (SESDEC) Sub-Secretaria Geral (SG) Assessoria de Gestão do Pacto em 11/01/2011.Disponível em http://www.saude.rj.gov.br/informes-ao-gestor-pactos-pela-saude/pacto-de-gestao/4994-municipal?start=8)

Municípios	Adesão ao pacto pela saúde	
	Deliberação	Portaria
Campos dos Goytacazes	Nº 464 de 17/04/2008	Nº 408 de 02/03/2009
Macaé	Nº 1126 de 11/11/2010	Nº 4165 de 17/12/2010
Quissamã	Nº 1051 de 16/09/2010	Nº 3.444 de 11/11/2010

Quadro 2- Municípios da região de saúde Norte que aderiram ao Pacto e respectivas legislações.
Fonte: CONASS/2011

Um melhor desenho de efetiva construção de rede regionalizada e hierarquizada vem sendo elaborado, mas muito há que caminhar em relação a esta questão, principalmente ao considerar que o estado do Rio de Janeiro vem-se mostrando aquém em relação a outros estados do Brasil nas áreas de regionalização e regulação. Neste ponto, destaca-se a elaboração da PPI e a operacionalização de seu Sistema de Informação (SISPPI), cuja ênfase é exatamente a construção de rede, encaminhamento de necessidades a referências e pactuação das mesmas na realização da prestação de assistência a seus munícipes, entendendo que o deslocamento do serviço que vai ser referenciado implica também no deslocamento do recurso para o município executor.

A elaboração da PPI não foi concluída até os dias de hoje, meados de outubro de 2011. Encontra-se em processo de construção por este Estado, mesmo que de forma insuficiente como é a realidade nacional, assim também como diversos aspectos da regulação.

Na regionalização, o planejamento tem destaque importante, pois através dos seus instrumentos – PDR, PDI e PPI é que deverão ser feitas a programação e a alocação de recursos financeiros nos municípios, de acordo com sua capacidade instalada e necessidades, de modo a ser avaliado o atendimento de sua população e a prestação de atendimentos a populações referenciadas.

O movimento de regionalização traz para o cenário da gestão a importância do planejamento regional entendido como um processo dinâmico que tem prioridades, metas e responsabilidades e deve ser contínuo e vivo.

4.3 A REGULAÇÃO EM SAÚDE

É recente a relevância e atenção dada pelo SUS à Regulação do Sistema de Saúde. A regulação vem compor o sistema de saúde, sobretudo buscando a garantia do princípio da universalidade através do acesso.

A regulação estatal se dá:

> quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população Mendes, 2002 apud CONASS/2011,v.10, p. 18).

Deste modo, a regulação deve ser entendida como a organização a partir de fluxos, prioridades e protocolos ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. Para esta organização, deve-se contar com profissionais capacitados e com amplo conhecimento do SUS, das diretrizes de regionalização e hierarquização, das redes pactuadas, dos protocolos de acesso e devem contar também com aporte tecnológico.

No âmbito da regulação, o ponto mais enfatizado diz respeito à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Assim, o conceito de regulação tem-se dado numa concepção bastante restrita, dissociada de um processo maior que deve subsidiar e perpassar às formas de gestão do sistema de saúde. A regulação é reconhecida pela maioria dos técnicos como ponto bastante difícil e nó crítico da gestão em saúde, principalmente considerando a insuficiência de serviços para um mínimo de regulação.

A Portaria nº. 1.559/2008 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, organizada em três dimensões de atuação: i) Regulação de Sistemas de Saúde; ii) Regulação da Atenção à Saúde; iii) Regulação do Acesso à Assistência;

A regulação de sistemas de saúde preconizada pela portaria tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e cujos respectivos gestores devem executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância

desses sistemas. Contempla: elaboração de decretos, normas e portarias; planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde; controle social e ouvidoria em saúde; vigilância sanitária e epidemiológica; regulação da saúde complementar; auditoria assistencial ou clínica; e avaliação e incorporação de tecnologias em saúde.

Quanto à regulação da atenção à saúde, o objetivo é garantir a adequada prestação de serviços à população através dos prestadores públicos e privados, tendo como sujeito de regulação e avaliação os gestores públicos. Esta dimensão contempla as seguintes ações: cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; cadastramento de usuários no Sistema Nacional de Saúde – CNS; contratualização de serviços de saúde segundo arcabouço jurídico; credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; Programação Pactuada e Integrada – PPI; avaliação analítica da produção; avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS; avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

A terceira dimensão de atuação elencada pela Política Nacional de Regulação do SUS, a que mais tem sido discutida, considera que a necessidade premente de atendimento imediato á população é a Regulação do Acesso à Assistência e diz respeito à disponibilização assistencial adequada à necessidade do usuário em atendimento às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem . Contempla as ações de regulação médica, da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do

desenho das redes. A implantação dos complexos reguladores, que podem ser municipais, regionais e estaduais, tem por objetivo operacionalizar e articular a rede de saúde como estratégia de regulação de acesso (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

Os Complexos Reguladores têm por premissa serem receptores da demanda do usuário no sistema. Cabem-lhe a avaliação, a busca, o encaminhamento e o direcionamento de sua solicitação para o serviço de serviço adequado, sendo o responsável por todas as ações da Regulação do Acesso à Assistência.

> Essas estruturas permitem aos gestores articular e integrar os dispositivos de Regulação do Acesso, como as Centrais de Internação, as Centrais de Marcação de Consultas e Exames Especializados (NASCIMENTO,2009,p.350).

Em 2001, a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em parceria com o Datasus – Departamento de Informática do SUS / Secretaria Executiva do Ministério da Saúde – desenvolveu o SISREG. O SISREG é um sistema de informação *on line* disponibilizado pelo Datasus para o gerenciamento e operação das centrais de regulação, sendo um programa(software). Hoje o SISREG encontra-se na versão III e é o aplicativo , cuja disponibilização é feita gratuita pela referida secretaria e pelo Datasus.Importante ressaltar que a região Norte, não dissociada de outras regiões sanitárias do estado do Rio de Janeiro, enfrenta diversos problemas operacionais por parte do próprio sistema (SISREG III).

O atendimento dos usuários da região Norte foi pensado pela áreas técnicas do estado e pelo próprio processo de regionalização em construção. Com base nas especificidades locais e considerados os aspectos econômicos, de acesso e de locomoção, criaram dois polos de referência. Os serviços de saúde dos municípios de Macaé e de Campos dos Goytacazes eram inclusive identificados até o ano de 2010 como microrregião 1 e 2 respectivamente. A microrregião 1 tinha nos municípios de Macaé, Quissamã, Carapebus e Conceição de Macabu sua organização, e a Microrregião de saúde 2, Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Francisco do Itabapoana e São Fidélis, formando a região de saúde Norte.

Pela Resolução CIB nº. 753/2009, de 13 de novembro de 2009, foram extintas as microrregiões, mas o fato é que, bem antes da portaria, os municípios já se

comportavam como uma região única, sem divisões. Aliados a isto, a grande ausência e o afastamento do município de Macaé se evidenciavam. O referido município não participou dos debates, enfrentamentos e discussões da região, também se distanciando dos chamamentos das áreas técnicas do estado. Por conseguinte, não se firmou como referência de sua região, assumindo uma posição de isolamento.

A situação descrita sobrecarregou o município de Campos dos Goytacazes, que já vivenciava dificuldades técnicas e políticas no âmbito de sua administração - a citar as frequentes trocas de prefeito e secretários municipais em períodos considerados curtos e sem eleição, e a interrupção das ações da Estratégia de Saúde da Família por decisão judicial. A realidade atípica vivenciada por Campos deixou a gestão de sua saúde bastante fragilizada, com uma população crescente, em decorrência de investimentos da bacia petrolífera de Campos e da instalação de um complexo portuário na localidade do Açu, em São João da Barra – município limítrofe.

Campos, portanto, em condições difíceis de prestação de assistência básica de saúde a seus munícipes, acabou arcando com a responsabilidade de ser referência na média e até na alta complexidade para si e os outros três municípios da microrregião anteriormente pactuada, e assim passou a assumir paulatinamente toda a referência da região de saúde Norte. A situação se coloca bastante complicada e Campos, na medida do possível atende a todos. Para tanto vem buscando se estruturar através de instrumentos tecnólogicos e programas de gerenciamento em saúde, bem como com a implantação do complexo regulador de suas centrais que se interligam e fazem interface com a Central de Regulação Regional do Estado, localizado no seu município.

O sistema de informática utilizado pela Central Regional é o Sistema Estadual de Regulação (SER). Não é utilizado o SISREGIII, por questões operacionais que impossibilitam interface com o sistema adotado pelo município de referência(executor) e também com referências fora da região. Os municípios,através de encontros e oficinas junto ao Estado, vêm pleiteando uma atenção especial a esta situação.

O Pacto pela Saúde estabelece que cada prestador deve responder a apenas um único gestor – prioritariamente o gestor do seu território, e conforme pactuação na CIB.

Ressalta-se pois, que, no Brasil, os governos locais já internalizaram e assumiram a gestão da atenção básica. No entanto, não é clara e nem se tem garantia de que a referida gestão promova e se dê com responsabilidade, eficiência, universalidade e integralidade. Para Arretche (2003), a qualidade da ação dos governos dependerá dos incentivos e controles que devem ser efetivados e já não se trata mais de desenhar ou redenhar os instrumentos institucionais, e sim amadurecer e operacionalizar a estrutura constituída.

> Na estrutura institucional do SUS, eleitores e representantes dos usuários e da sociedade civil dispõem de instrumentos para controlar e fiscalizar a ação dos governos locais. A posição do Ministério da Saúde nessa estrutura também lhe permite ter expressivo poder de indução sobre as decisões e ações dos governos locais, ao passo que estes dispõem de direitos institucionalizados de participação nas decisões do Ministério da Saúde que lhes dizem respeito (ARRETCHE,2003,p.343)

O sucesso da Política Nacional de Regulação dependerá da construção efetiva da rede de assistência, da existência organizada de fluxos, de instrumentos de acompanhamento e monitoramento das ações, da disponibilidade de recursos e ferramentas tecnológicas, da presença de técnicos capacitados, do entendimento do gestor no cumprimento de suas responsabilidades e do papel de sujeito integrante do processo que deve primar pelo acesso a todos de sua região, dando sua participação e apoio.

5 ANÁLISE DO PACTO DE GESTÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ EM 2010.

A análise da temática se operacionaliza por meio de três etapas, sendo a primeira a análise documental; a segunda, entrevistas em profundidade com atores envolvidos na gestão da saúde no município e na região, e, para melhor subsidiar a análise da situação de saúde do município de Quissamã, em virtude da assinatura do Pacto da Saúde no ano de 2010, a terceira etapa consta da aplicação de 153 questionários aos usuários do sistema de saúde do município.

Com relação às entrevistas, foram realizadas 10 entrevistas em profundidade com atores envolvidos na gestão da saúde no município e na região, como um recurso metodológico que busca, considerando pressupostos definidos pelo investigador, respostas a partir da subjetividade de uma fonte (DEMO, 2001).

As perguntas exploraram os assuntos, buscando descobertas acerca de entendimentos e concepções do passado, assim também como a visão crítica do entrevistado acerca dos temas abordados: o SUS, o Pacto pela Saúde, e o processo de gestão da saúde no município de Quissamã. “A entrevista em profundidade não permite testar hipóteses, dar tratamento estatístico às informações, definir a amplitude ou quantidade de um fenômeno. Objetiva-se saber como ela é percebida pelo conjunto de entrevistados.” (DUARTE, 2005,p.1).

Importante esclarecer que estas entrevistas em profundidade foram realizadas com o objetivo de enriquecer a análise da pesquisa documental, mas não serão tratadas em separado neste trabalho. O roteiro da entrevista encontra-se no anexo C deste trabalho.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental envolveu os seguintes documentos: o Plano Diretor de Regionalização aprovado em 28/07/2009 pelo Colegiado de Gestão Regional – Norte; o Plano Municipal de Saúde 2010-2013; a Programação Anual de 2010; o relatório da IX Conferência Municipal de Saúde realizada nos dias 03 e 04 de dezembro de 2009; o Pacto pela Saúde de 2006, principalmente as responsabilidades sanitárias do Pacto pela Vida e o Termo de Compromisso de Gestão (Deliberação CIB 1051/2010 de16/09/2010 e Portaria GM/MS nº.3444/2010), em que o município formaliza sua adesão ao Pacto pela Saúde.

A pesquisa documental permitiu constatar que a Secretaria de Saúde de Quissamã atendia às exigências quanto à elaboração dos instrumentos de gestão.

Constatou-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Quissamã, no ano de 2010, cumpriu adequadamente a exigência legal de realizar 4 prestações de contas, com apresentações trimestrais realizadas na Câmara Municipal, conforme preconiza o artigo 12 da Lei Federal nº.8689/93 com a presença dos Conselheiros de Saúde, Coordenadores de Programas, Diretores de Serviços e comunidade local.

Nestas prestações foram apresentadas a execução dos recursos financeiros pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS) e as ações realizadas pelos serviços e programas de saúde, assim como a apresentação do resultado das metas programadas pela Coordenação Geral de Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria (CONARA).

O município participa das discussões do Colegiado de Gestão Regional (CGR), denominado, a partir de junho/2011 de, Comissão Intergestores Regional (CIR)-Norte. Além disso colaborou com a elaboração do Plano Diretor Regional e, se coloca na região com bastante independência.

O PDR da região Norte foi aprovado em 2009 e apontou os fatores críticos para os quais definiu os objetivos e metas estratégicas a serem alcançadas até final de 2010. Entre esses fatores destacam-se a baixa resolutividade da atenção básica, deficiência na atenção das urgências e emergências, deficiência de estruturação das vigilâncias e desarticulação com a atenção básica, desconhecimento dos custos e da necessidade de financiamento para a saúde, oferta insuficiente e/ou inadequada de serviços de média, alta complexidade e UTI, Ineficiência e ineficácia da regulação

de média e alta complexidade, não valorização e não cumprimento das obrigações referentes aos sistemas de informação e metodologia inadequada de revisão, avaliação e monitoramento da programação pactuada integrada.

Em análise de atas do CGR/CIR e participação em algumas reuniões ao longo do ano de 2010 identificam-se a realização de debates e a busca de alternativas e possibilidades para o alcance das metas estabelecidas. Nas quais se constatam dificuldades, principalmente pela mudança freqüente dos gestores e técnicos. Observa-se ainda ausência de uma interlocução mais concreta e resolutiva por parte do estado apesar desse colegiado, agora comissão, ser mediado por um representante regional e um representante do nível central da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC), que a partir de julho de 2011, denomina-se apenas como Secretaria de Estado de Saúde (SES).

Ainda com relação ao PDR, ao que lhe cabia de modo isolado, o município de Quissamã atuou, fazendo seu dever de casa considerando os fatores: população de apenas 20.244 hab, 88% de unidades de saúde com instalações próprias, gestão dos serviços de saúde informatizada e integrada. No entanto, o município depende do acesso à rede de serviços na região, apesar de manter um comportamento isolado. Até meados do ano de 2010, acessava pouco a regulação regional e inclusive, o hospital municipal não utilizava o sistema informatizado–Sistema Estadual de Regulação (SER) e também não disponibilizava a totalidade dos serviços realizados em seu território. Um exemplo é a Unidade de Terapia Intensiva cujo credenciamento junto ao SUS não era pleiteado, só sendo o processo iniciado após a assinatura do Pacto pela Saúde.

Sobre esse assunto, na entrevista em profundidade com o prefeito municipal, Sr. Armando Cunha Carneiro, quando interrogado do porquê da assinatura do Pacto em 2010, ele deixou claro que não fora orientado e esclarecido adequadamente e que se soubesse, Quissamã já o teria feito porque, em sua análise, a saúde do município já dispunha de condições para essa efetivação, uma vez que já assumira as responsabilidades sanitárias elencadas, inclusive com a oferta de serviços de média e alta complexidade. Explanou Armando, ainda, que o município deve estar alinhado à política do Estado e do país, e incentivou os outros prefeitos a aderirem a ela.

Fato é que, em relação ao PDR, a região avançou na atenção básica, na organização das portas de entrada nos serviços, na definição das referências e dos

fluxos e no melhor cumprimento e utilização dos sistemas de informação. Quanto à Programação Pactuada e Integrada, a revisão encontra-se atrelada às áreas técnicas do Estado, considerando a revisão dos parâmetros que vem sendo analisada em todo estado. Quanto à implementação da política de urgência e emergência em 100% dos municípios e a ampliação da oferta de serviços de média e alta complexidade e UTI, a região avançou pouco e carece de empenho e ações, que se devem dar com bastante articulação entre os gestores, principalmente com relação à capacidade instalada, financiamento e fluxo adequado e participação efetiva do estado.

Importante ressaltar que a região de saúde é composta por municípios que contam com uma realidade de recursos financeiros diferenciada. Assim, a política salarial dos profissionais e majoração dos serviços de saúde pode acarretar um desequilíbrio por parte da oferta em alguns municípios, o que implica atendimento diferenciado aos usuários de acordo com seu município e inviabiliza a regulação.

Cita-se, como exemplo, o município de Campos dos Goytacazes, que complementa o pagamento dos procedimentos realizados pelo SUS com um aporte financeiro, como uma complementação de tabela. Essa complementação é realizada para todos os usuários atendidos em sua rede própria ou contratualizada, e independe do município do usuário, bastando ter sido regulado. Porém, o próprio município vem sinalizando não saber até quando conseguirá atender a todos desta forma. Tal questão implica o fator crítico elencado no PDR quanto ao dimensionamento e adequação da necessidade de recurso financeiro para a saúde na região.

O relatório da IX Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 03 e 04 de dezembro de 2009, com o tema “SUS 20 anos: avanços e desafios para a sociedade”, apresenta as propostas para comporem a elaboração do Plano Municipal de Saúde e aperfeiçoamento de controle social no SUS nas áreas de - a)saúde mental, b)superintendência de ações programáticas, c)hanseníase, tuberculose e DST/AIDS, d)hospital, Controle, avaliação, regulação e auditoria, laboratório, centro de saúde,e) PSF, f) vigilância sanitária e fisioterapia, g) saúde bucal.

As propostas evidenciam a existência de uma rede organizada carecendo de algumas adequações na rede de saúde municipal, como contratação de alguns profissionais e definição de fluxos. As propostas elencadas subsidiaram a

elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, aprovada com atraso, considerando que sistematicamente não subsidiou a elaboração do Plano Plurianual, conforme preconizado pelos dispositivos legais, como instrumento adotado pelo Sistema de Planejamento do SUS – PlanejaSUS.

É a partir do Plano Municipal que deve ser elaborada a Programação Anual – chamada anteriormente por alguns de agenda – que, por sua vez, deve orientar a Lei de Diretrizes Orçamentárias. A programação anual, entendida como instrumento de planejamento, deve conter a programação para cada ano, como um desmembramento do plano da saúde que é elaborado para quatro anos. A Programação Anual de 2010 apresenta um melhor ajuste no monitoramento e na auditoria de toda a rede e também dos prestadores privados. Busca, ainda, a ampliação de módulos no sistema de informática para alguns setores, e capacitação em todos os setores, envolvendo todos os profissionais.

Com relação às responsabilidades e atribuições sanitárias, inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS, que compõem o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e formalizam o Pacto pela Saúde nas dimensões Pela Vida e de Gestão, Quissamã realiza cerca de 89% das atribuições, conforme anexo B. Firma, ainda, prazo para realização das atribuições não cumpridas.

O Termo contém seis cláusulas sendo a segunda a “Das atribuições e responsabilidades sanitárias”. Apresenta ela um quadro que identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades para as condições de “Realiza”, Não Realiza”, “Prazo para Realizar” e “Não se Aplica”, correspondentes a sete eixos. São eles: 1)Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;2) Regionalização; 3) Planejamento e Programação; 4) Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;5) Gestão do Trabalho; 6)Educação na Saúde; 7) Participação e Controle Social.

Dos dezessete subitens do item nº1, o município assinalou que não realizava em sua totalidade cinco atribuições e por isso pediu prazo. Foram eles : a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; b) completa estruturação da assistência farmacêutica; c) humanização do atendimento conforme a Política Nacional de Humanização;d)implantação da política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas em âmbito nacional. Cabe ressaltar que o município já caminhava em direção ao cumprimento das mesmas, conforme verificado por meio dos instrumentos e relatórios analisados na pesquisa

documental. Todavia, de acordo com o documento orientador para assinatura, a condição de realizar se dá com o cumprimento de 75% das ações elencadas por cada item do Termo.

Quanto à regionalização, o item assinalado pelo município com a não realização se dá no item 2.4, por ter uma abrangência regional. Considere-se a ausência do Plano Diretor de Investimento por região sanitária, já que: “Todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização e no plano diretor de investimento.

No item terceiro, que trata do planejamento e programação, tendo sete subitens o município solicitou prazo apenas no item 3.6, que trata da responsabilidade na coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local. Quanto ao Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria composto por 19 itens, o município assinalou a não realização de 8 atribuições. Foram elas:

a)a adoção de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais; b) realização do pagamento de seus prestadores de serviços SUS - a partir da gestão plena;

c) operacionalização do complexo regulador dos serviços presentes em seu território;

d) elaboração de contratos com os prestadores de acordo com a Política Nacional de Contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a PPI da atenção à saúde;

e) monitoramento e fiscalização dos contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas – o setor realizava o monitoramento e fiscalização basicamente dos prestadores privados;

f) Implementação da auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

g) Realização de auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

h) elaboração de normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

Na Gestão do Trabalho, dos seis itens, foi apontado como não realizado o que destaca que: “Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização da participação e da democratização das relações de trabalho”.

Com relação à educação na saúde o município também assinalou a não realização de um item: “Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando forem o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento”. Sendo a participação e controle social o último eixo, a situação assinalada é de realização de todos os itens.

Em sua cláusula quinta, o Termo coloca que os objetivos, metas e indicadores, serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência. Para uma melhor compreensão, apresentam-se, no quadro nº.3, os requisitos não realizados pelo município em sua totalidade no momento de assinatura do pacto, para cujo cumprimento foi solicitado prazo, conforme dito anteriormente. Referem-se a responsabilidades não realizadas totalmente por parte do município no momento de assinatura desse pacto pela saúde.

Item	Sub-item	Requisitos não implementados e cumpridos no momento da assinatura.	Prazo
1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS	1.2- Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de: A- Promoção da Saúde, prevenção de riscos, danos e agravos	Implementação da Política de Atenção à pessoa Idosa, de acordo com as diretrizes de âmbito Nacional; assim também como a implementação da estratégia iniciativa de unidade Amiga da Amamentação (IUBAAM) nas unidades básicas de saúde.	03/2011
	1.10- Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção e a atenção a saúde no seu território, explicitando: C- Promovendo a humanização do atendimento	Implementar acolhimento com classificação de risco na atenção básica, unidades de pronto atendimento e hospitais conforme portaria GM/MS nº. 675/2006; organizar a gestão das unidades de saúde através dos colegiados; grupo de trabalho.	12/2011
	1.15- Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;	Instituir no organograma municipal a estrutura farmacêutica; estruturar adequadamente a assistência farmacêutica; cumprir o ciclo da assistência farmacêutica; promover o uso racional de medicamentos.	12/2011
	1.16- Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuadas estabelecidas, compreendendo ações de: B- Vigilância Sanitária	Instalações adequadas, descentralização.	03/2011
	1.17- Todo Município deve elaborar, pactuar e implantar a política de Promoção da Saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.	Implementar a Política de Saúde da Pessoa Idosa, de acordo com as diretrizes de âmbito nacional; implementar a estratégia iniciativa de unidade Amiga da Amamentação (IUBAAM) nas unidades básicas de saúde.	03/2011
2. Regionalização	2.4- Todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde, no Plano Diretor de Regionalização, no planejamento regional e no Plano Diretor de Investimento.	Ausência do Plano Diretor de Investimento da região de Saúde. Alcançar 60% da metas estipuladas no Plano Municipal de saúde, no Plano Diretor de Regionalização, no Planejamento Regional e no plano Diretor de Investimento.	06/2012
3. Planejamento e Programação	3.5- Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local.	Implementar os programas como Pró-saúde,Pet-saúde residência multiprofissional em saúde, formação profissional técnica de nível médio. O município não dispunha no momento de instituição acadêmica de formação em saúde.	12/2011
4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	4.6- Todo município deve adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com protocolos e diretrizes nacionais e estaduais.	Elaborar e implantar os protocolos cínicos e terapêuticos.	12/2011
	4.8- D- Realizar pagamento dos prestadores de serviços	Realizar o pagamento a partir da gestão plena, e não mais ser efetuado pelo estado.	03/2011
	4.9- Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida	Implantar um complexo de regulação.	03/2011
	4.12- Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a Política Nacional de Contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção a saúde.	Utilização de plano operativo para contratação atendendo à Portaria GM 1.034/2010.	12/2011
	4.13- Monitorar e fiscalizar a execução os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.	Implementar e adequar o monitoramento e avaliação inclusive dos serviços das unidades públicas.	12/2011
	4.17- Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos ou privados, sob sua gestão tomando como referência as ações previstas no Plano Municipal de Saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.	Elaborar relatórios das auditorias realizadas informando ao gestor local e ao conselho municipal de saúde; estruturar o componente municipal do sistema nacional de auditoria.	12/2011
5. Gestão do Trabalho	5.1- Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.	Implementar a política de gestão do trabalho.	12/2011
6. Educação na Saúde	6.1- Todo município deve formular e promover a gestão da Educação em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção a saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da Política de formação e Desenvolvimento,	Elaborar o plano Municipal de Educação Permanente definido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.	12/2011

Quadro 3- Responsabilidades do TCG não realizadas no momento da assinatura.
Fonte: Termo de Compromisso de Gestão 2010 – Município de Quissamã – SISPACTO/2010 MS.

O Termo de Compromisso de Gestão Municipal ao qual nos referimos, é a formalização do Pacto pela Saúde nas dimensões Pela Vida e de Gestão, e nela estão inseridas as responsabilidades sanitárias. Assim, buscou-se, neste trabalho, além da análise desse documento de pacto entre os entes federados, na figura de seus gestores, a concretude e verificação junto à população, através da aplicação de questionários com usuários do sistema de saúde do município.

5.2 PESQUISA COM USUÁRIOS DO SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ

Para melhor subsidiar a análise da situação de saúde do município de Quissamã, em virtude da assinatura do Pacto da Saúde no ano de 2010, questionários foram aplicados com usuários do sistema de saúde. O objetivo foi o de buscar a percepção deles quanto à saúde no município, considerando a prestação e o acesso aos serviços, uma vez que todo o planejamento e organização da política de saúde deve ter seu reflexo na satisfação e atendimento dos munícipes. O planejamento, os instrumentos, as conferências, os relatórios e programações de saúde devem se materializar através de indicadores reais e em ações concretas de prevenção e assistência.

O trabalho consistiu em um levantamento, por meio da aplicação de questionários aos usuários do sistema único de saúde do município de Quissamã, nas 8 unidades de Saúde da Família, que se dedicam à cobertura de 100% de assistência à população. A pesquisa se realizou durante o horário de atendimento, entre os meses de julho e agosto de 2011, sendo as questões preenchidas pelo entrevistador. A elaboração do questionário baseou-se nos sete eixos do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde/2006, assinado pelo município em 2010.

Uma vez elaborada a primeira versão do questionário, foi realizado um pré-teste, sendo entrevistadas 8 pessoas da unidade de Saúde da Família da localidade de Morro Alto, a fim de detectar eventuais problemas de complexidade, ambigüidade ou inconsistência nas perguntas que pudessem prejudicar o

andamento da pesquisa. Após esta fase, alguns itens foram excluídos, enquanto outros foram reescritos para melhorar sua compreensão.

A seguir, o questionário final reestruturado foi aplicado a usuários que, anonimamente, demonstraram sua percepção quanto à satisfação com os serviços prestados atualmente em relação ao período anterior à assinatura do pacto pela saúde. A escala de percepção utilizada foi a de Likert (MATTAR, 2005), sendo apresentadas 5 alternativas em gradação: (1) piorou muito; (2) piorou pouco; (3) não se alterou; (4) melhorou pouco; (5) melhorou muito; e mais uma opção de abstenção (N- não sei).

Os entrevistados também responderam quanto a dados pessoais, que permitiram caracterizá-los de acordo com sexo, número de filhos, existência de plano de saúde, faixa etária, estado civil, faixa de renda, escolaridade e se é morador de Quissamã. Foram aplicados, no total, 153 questionários (margem de erro de 7.89 pontos percentuais), sendo a amostragem estratificada de forma proporcional ao número de usuários em cada unidade de atendimento. Foi considerada uma população total de 21.252 habitantes tendo como fonte o cadastro realizado pelas unidades de Saúde da Família e alimentados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Ministério da Saúde.

As análises estatísticas foram processadas utilizando-se o aplicativo SAEG, versão 9.1, sendo apresentadas frequências simples e relativas, médias e erros-padrão de cada serviço prestado. Também foram obtidos os coeficientes de correlação entre a satisfação com os serviços e os itens relacionados ao perfil dos entrevistados.

A Tabela 10 apresenta o número de questionários aplicados por unidade de saúde da família em Quissamã em julho/agosto de 2011.

Tabela 10– Distribuição da amostra – pesquisa com usuários do serviço de saúde em Quissamã

Unidade de Saúde	População	%	Questionários	Aplicar
1.Barra do Furado	1345	6,33	9,49	10
2.Santa Catarina	2966	13,96	20,93	21
3.Morro Alto	1109	5,22	7,83	8
4.Caxias	4019	18,91	28,37	29
5.Alto grande	1949	9,17	13,76	14
6.Carmo	2379	11,19	16,79	17
7.Matias	4004	18,84	28,26	29
8.Centro	3481	16,38	24,57	25
Total	21252	100	150	153

Margem de erro = 7,89%
Fonte: SIAB/Sistema Victor/SEMSA Quissamã

Em relação ao perfil dos entrevistados observa-se que 84% são do sexo feminino e somente 16% representam o sexo masculino.

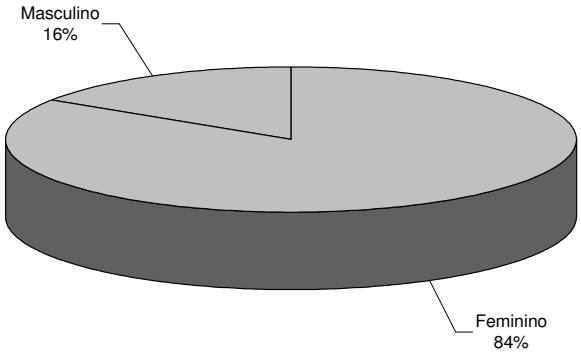

Figura 10: Perfil dos entrevistados em relação ao gênero.
Fonte: Elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

Quanto à idade, e considerando a idade mínima de 16 anos, o maior percentual, de 35,7%, ficou com os que têm entre 36 a 50 anos. A seguir, com 31,8%, os que se situam entre 21 a 35 anos; os que estão na faixa acima dos 60 anos totalizaram 14,3% seguidos dos 13,6% dos que se situam entre 51 e 60 anos e 4,5% dos que possuem até 20 anos conforme se observa na figura 12.

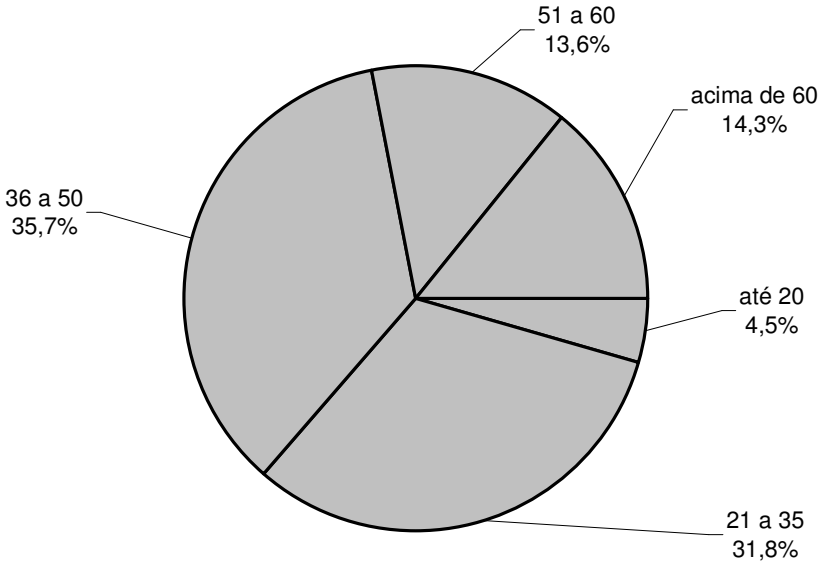

Figura 11: Perfil dos entrevistados quanto à idade.
Fonte: Pesquisa elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

Sobre o nível de escolaridade dos entrevistados, 37,7% declaram ter o ensino médio completo, seguido de 26,6% com ensino fundamental incompleto. Isto representa considerável parcela de usuários com pouca instrução do ponto de vista da educação formal. Usuários com ensino fundamental e ensino superior completos igualmente representam 14,3% do total dos entrevistados, como se verifica na figura 13.

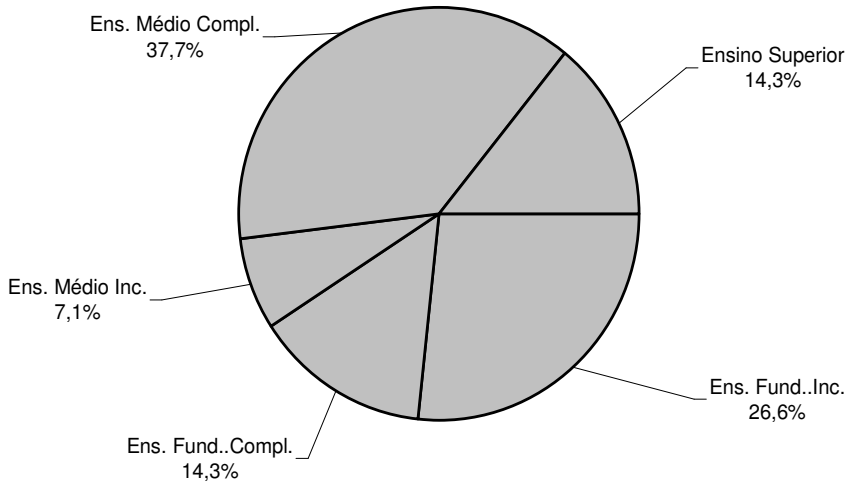

Figura 12- Perfil dos entrevistados quanto à escolaridade.
Fonte: Elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

Reportando-se à análise da renda familiar observa-se na figura 14, que a mesma reflete o nível de escolaridade apresentado, sendo 42,5% dos entrevistados com renda entre 1,1 a 2,0 salários mínimos, seguidos de 31,5% com até um salário mínimo.

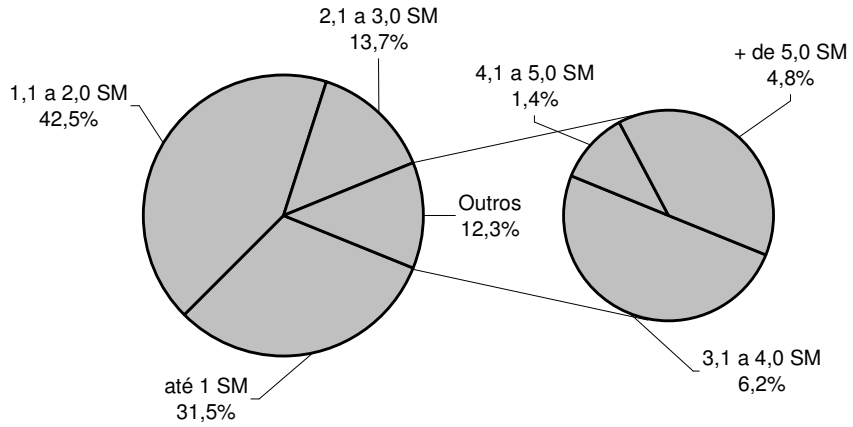

Figura 13- Perfil dos entrevistados em relação à renda familiar.
Fonte: Pesquisa elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

Na figura 15, em relação ao estado civil dos entrevistados, 60,85% se declaram casados, cabendo informar que foi considerada na pesquisa a condição de casado para as pessoas que não oficializaram a união, mas residem em situação conjugal estável.

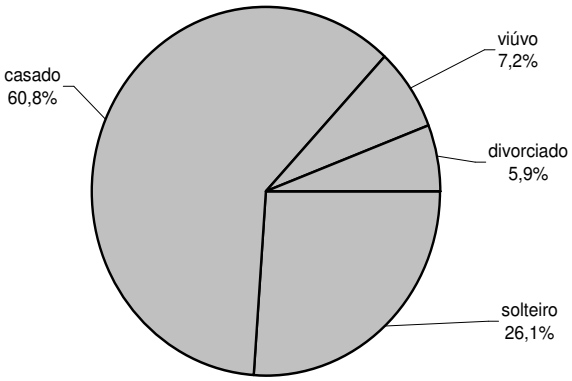

Figura 14- Perfil dos entrevistados quanto ao estado civil.
Fonte: Elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

A pesquisa revelou ainda que 34,4% dos entrevistados têm 2 filhos, seguidos de 22,7% com 1 filho, 20,8% sem filhos e 10,4% com 3 filhos. A percentagem de 11,7% representa outros, que vão de 4 até 11 filhos.

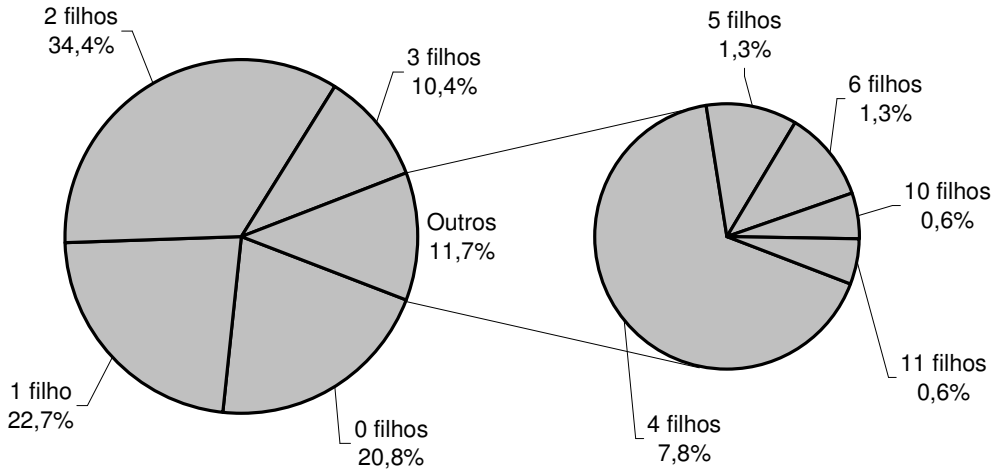

Figura 15- Perfil dos entrevistados quanto ao número de filhos.
Fonte: Elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

Conforme a figura 17, cerca de 98,7% dos entrevistados se declararam moradores de Quissamã, e apenas 1,3% afirmou não residir no município.

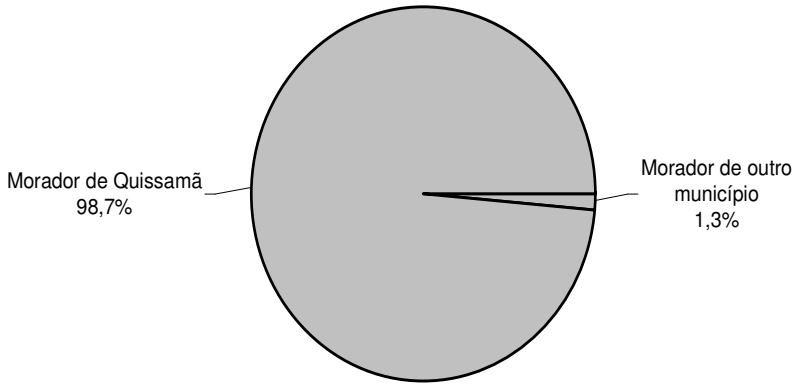

Figura 16- Perfil dos entrevistados quanto à residência em Quissamã
Fonte: Elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

Com relação a possuir plano de saúde privado, 81,0% dos entrevistados não possuem e 19,0% declaram que dispõem.

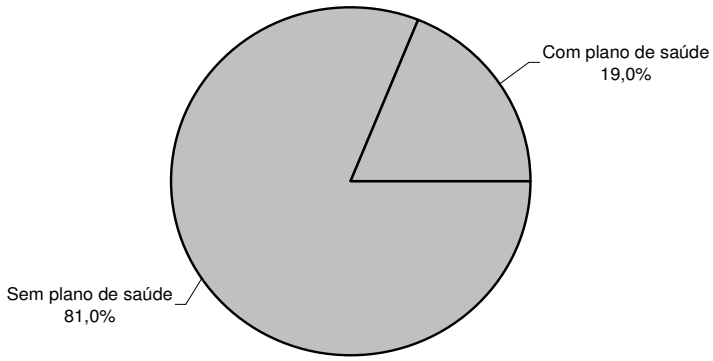

Figura 17- Perfil dos entrevistados quanto à cobertura médico-assistencial de plano de saúde privado.
Fonte: Pesquisa elaborada pela autora entre julho e agosto de 2011.

Quanto aos serviços de saúde no município atualmente, (julho e agosto/2011), a pesquisa realizada, conforme figura 19, demonstra que foram considerados bons por 43,1 % dos entrevistados e muito bons por 6,5%. Somadas, as gradações de

bom e muito bom resultam em 49,6% dos entrevistados. A pesquisa detectou como muito ruim o percentual de 2,0% e 5,9% ruim.

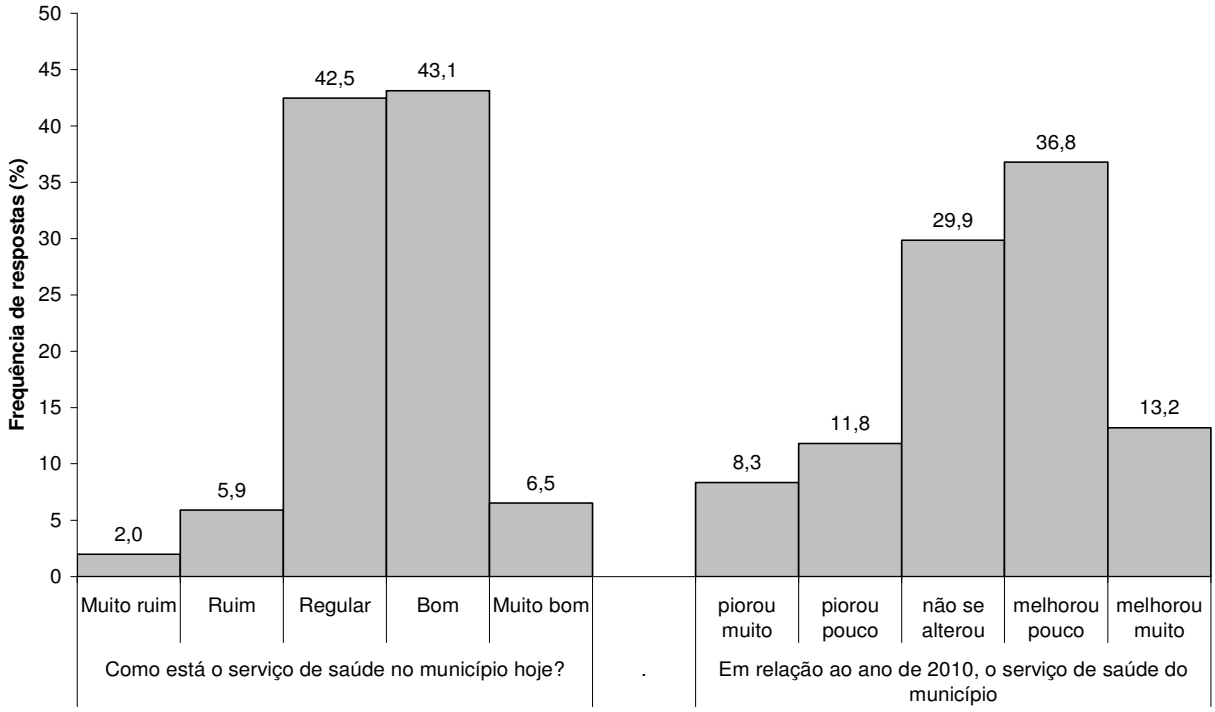

Figura 18- Serviços de Saúde em Quissamã hoje e em relação ao ano de 2010.
Fonte: Pesquisa elaborada pela autora no mês de agosto/2011 em unidades de saúde de Quissamã.

Importante analisar ainda que 42,5%, dos entrevistados consideraram o serviço regular e, neste sentido, a diferença entre regular e bom é de apenas 0,6%, cabendo, portanto uma reflexão. Em 2011, após a assinatura do pacto, os serviços, na percepção dos usuários, melhoraram pouco (36,8%). Será que os serviços de saúde do município já assumiam as responsabilidades sanitárias exigidas pelo pacto e, por conseguinte, foi pouca a percepção de melhoria por parte dos usuários?

A este respeito, a figura 19, que se reporta a 2010, apresenta uma melhora de 50% se somadas as gradações de melhorou pouco e melhorou muito da escala Likert, em relação aos parâmetros de piora que, somados, perfazem 20,1%.

Na avaliação do Dr. Cláudio Manoel Terra Petrucci, que desde novembro de 2009 é Médico Coordenador Regional do Colegiado de Gestão Regional Norte-(CGR), a partir de julho/2011 denominada Comissão Intergestores Bipartite (CIR), e que também atua como Coordenador da Central Estadual de Regulação Regional, desde Janeiro 2010, bem como da Srª. Geane Baptista, secretária executiva da

referida Comissão, o município de Quissamã, entre os demais da região, há tempos, apresentava melhores condições para a adesão ao Pacto. E já assumia muitas responsabilidades.

O Dr. Petrucci relata,

> a não assinatura do pacto anteriormente teve como a maior dificuldade o desconhecimento inicial pelo assunto-adesão, que foi resolvido com a capacidade dos novos técnicos de Quissamã e o apoio do CGR, tendo como fator importante para a adesão o apoio do prefeito Armando com sua visão sobre o SUS e a importância da regionalização (entrevista em junho/2011 constante no anexo C).

Quanto ao serviço hoje, e a estreita diferença entre bom e regular, Machado contribui para o entendimento do resultado obtido quando afirma,

> o pacto não traz grandes mudanças na estrutura imediata de funcionamento da rede de assistência do SUS, porém apresenta componentes novos como o processo de pactuação entre os gestores, extinguindo o processo de subsidiaridade que considerar as possibilidades dos gestores de assumirem responsabilidades, não transferindo para outras esferas a execução de ações que podem ser resolvidas em seu âmbito, com cooperação, coesão regional e responsabilização de cada gestor no seu âmbito de atuação.Outras mudanças ocorridas foram nas formas de recebimento dos recursos financeiros que passam a ser por blocos de financiamento, além de incentivos financeiros para a área de gestão e planejamento que historicamente nas normas anteriores não foram priorizadas (MACHADO, 2009,182).

Para o entrevistado, Dr. Jair Araújo Júnior, médico, atualmente diretor do Hospital Escola Álvaro Alvim e conselheiro de saúde há 14 anos na cidade vizinha de Campos dos Goytacazes,sendo este hospital referência para vários serviços na região e portanto para Quissamã, o pacto pela saúde traz agilidade nos processos de gestão para os municípios que aderem, mas também aumenta as responsabilidades dos gestores e do controle social.

> O pacto criou resistência e medo naqueles gestores e técnicos mais conservadores, por ter a responsabilidade de gerir a saúde de seu território, mas o pacto partiu da prática para a teoria e isso foi muito positivo e sobre Quissamã, não acompanho de perto, mas vejo nas discussões da região com bons olhos o tratamento dado à saúde, sabemos que investe com responsabilidade e vejo que um município novo esta realizando a 10º. Conferência de Saúde, independente do alcance de todos os resultados é muito importante. Vejo ainda que uma determinação positiva de Quissamã ao assinar o pacto é estar

> assumindo mesmo as responsabilidades (Entrevista em 08/07/2011 constante no anexo C).

.

Ainda contribuindo com este ponto o conselheiro de saúde de Quissamã, mais antigo e bastante atuante Sr. Adilson Leite, acredita que a não assinatura do pacto anteriormente foi uma desatenção dos gestores e técnicos.

Para ele

> tinha um grupo que deixou passar e houve umas conversas pelos funcionários da secretaria, mas não foram incentivados os conselheiros, pois não tem muita condição. Os conselheiros tem que ser mais preparados, passar por cursos e ter pessoas mais engajadas e com condição de discussão (Entrevista em junho/2011 constante no anexo C).

Como forma de desdobramento das duas questões básicas anteriormente apresentadas, a pesquisa contou ainda com 14 questões que atendem aos sete eixos do Termo de Compromisso de Gestão assinado, nas quais o usuário consegue demonstrar o acesso e aos serviços básicos preconizados e sua satisfação com eles.

Tabela 11- Avaliação dos usuários do serviço de saúde sobre os 7 eixos do Termo de Compromisso de Gestão. Quissamã/2011.

QUESTÃO	piorou muito	piorou pouco	não se alterou	melhorou pouco	melhorou muito
1. Acolhimento da pessoa idosa nas unidades de saúde	0,8	6,0	23,3	32,3	37,6
2. Dispensação e o acesso à Assistência Farmacêutica (prioridade para o idoso, gestante e recém-nascido)	2,8	13,1	24,8	31,7	27,6
3. Atenção domiciliar ao idoso	0,0	6,9	22,3	32,3	38,5
4. Ampliação da cobertura do exame preventivo do câncer de útero	2,4	4,7	24,4	33,9	34,6
5 Ampliação e acesso ao exame de mamografia	9,6	20,2	16,7	25,4	28,1
6. Assistência ao pré-natal com profissionais e exames adequados(inclusive com mais de 7 consultas.	2,1	2,1	21,3	28,7	45,7
7. Cuidados com o recém-nascido	1,1	2,2	15,1	31,2	50,5
8. Atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue no município	3,6	4,3	10,7	32,1	49,3
9. Orientação e ações educativas por parte dos profissionais da saúde sobre a dengue e incentivo a hábitos saudáveis(atividade física, alimentação, combate ao tabagismo)	0,0	2,7	20,5	30,8	45,9
10. Atenção básica e atendimento integral a família através da Unidade de Saúde da Família	2,6	6,6	16,6	38,4	35,8
11. Profissionais e infra-estrutura adequada ao atendimento e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde da Família.	1,4	5,4	26,4	33,1	33,8
12. Acesso a exames	7,4	11,4	16,8	36,2	28,2
13. Acesso a consultas de especialidades	9,6	17,1	18,5	34,2	20,5
14. Acesso a internação	3,2	5,6	30,4	17,6	43,2
TOTAL	3,4	7,9	20,6	31,6	36,5

Fonte: Pesquisa elaborada pela autora no mês de agosto/2011 em unidades de saúde de Quissamã.

Constata-se, na análise dos serviços em relação aos dois anos anteriores, que as questões que mais pioraram na avaliação dos entrevistados foram o acesso à mamografia e a consultas de especialidades, ambos com o percentual de 9,6 %. Por outro lado, os serviços que melhoraram muito foram os cuidados com o recém-nascido, com o percentual de 50,5% e a atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue, que totalizou com 49,3%.

Cabe uma informação para enriquecimento da análise dos serviços que pioraram na avaliação dos usuários. No momento da entrevista, quanto ao exame de mamografia, logo de pronto lamentavam a inexistência no município de um aparelho de mamógrafo e relataram ser atendidos, mas precisaram fazer uma viagem desgastante para a realização de um exame simples e de rotina na visão deles. Quanto às consultas de especialidades argumentam não poderem ir direto agendar,

já que os agendamentos são feitos na unidade de saúde da família junto ao complexo regulador.

Identifica-se que os usuários procuram o melhor e mais cômodo atendimento para si. No entanto, existe um paradoxo com relação à proposta do pacto, que traz a construção das redes e a regionalização, e, neste sentido, propõe que os municípios não só se articulem, mas que cada um monte uma estrutura organizativa diferente.

Constata-se que os usuários ainda demonstram desconhecimento quanto o fortalecimento da Unidade de Saúde da Família como porta de entrada do sistema, com esse elemento novo que é a regulação através dos complexos reguladores, devem eles atender à política de regulação em saúde preconizada pelo Ministério da Saúde, que estabelece os níveis de complexidade, e a hierarquização dos serviços com delimitação e construção das redes. Na verdade, os usuários considerando que desejam que todos os serviços sejam realizados no seu território e demonstram dificuldades na aceitação das regras de acesso, através da regulação por protocolos.

As Tabelas 12 a 15 apresentam as correlações entre as questões e o perfil dos entrevistados (número de filhos, idade, renda, escolaridade).

Tabela 12- Correlações entre as questões e o número de filhos.

Variável	Variável	Observações	Correlação	T	Significância
Q1	FILHOS	133	-0,1178	-1,3582	0,0872
Q2	FILHOS	145	-0,0769	-0,9227	0,1781
Q3	FILHOS	130	0,0493	0,5585	0,2883
Q4	FILHOS	127	0,0944	1,0603	0,1445
Q5	FILHOS	114	0,1110	1,1818	0,1186
Q6	FILHOS	94	0,0462	0,4440	0,3285
Q7	FILHOS	93	-0,0193	-0,1838	0,4271
Q8	FILHOS	140	0,0211	0,2482	0,4020
Q9	FILHOS	146	-0,0433	-0,5196	0,3017
Q10	FILHOS	151	0,0732	0,8954	0,1853
Q11	FILHOS	148	0,0815	0,9879	0,1616
Q12	FILHOS	149	0,1171	1,4294	0,0765
Q13	FILHOS	146	0,0265	0,3185	0,3751
Q14	FILHOS	125	0,0345	0,3825	0,3511

Tabela 13- Correlações entre as questões e a idade.

Variável	Variável	Observações	Correlação	T	Significância
Q1	IDADE	133	-0,0701	-0,8040	0,2107
Q2	IDADE	145	-0,1027	-1,2347	0,1085
Q3	**IDADE**	**130**	**-0,2617**	**-3,0680**	**0,0011**
Q4	**IDADE**	**127**	**-0,2337**	**-2,6877**	**0,0036**
Q5	IDADE	114	-0,0423	-0,4482	0,3270
Q6	IDADE	94	0,0387	0,3716	0,3551
Q7	IDADE	93	-0,1246	-1,1977	0,1155
Q8	IDADE	140	0,0690	0,8126	0,2082
Q9	IDADE	146	-0,0216	-0,2594	0,3977
Q10	IDADE	151	-0,0587	-0,7180	0,2364
Q11	IDADE	148	0,0212	0,2564	0,3988
Q12	IDADE	149	-0,0133	-0,1612	0,4360
Q13	IDADE	146	0,0490	0,5888	0,2780
Q14	IDADE	125	0,0071	0,0786	0,4687

Tabela 14- Correlações entre as questões e a renda.

Variável	Variável	Observações	Correlação	T	Significância
Q1	RENDA	125	-0,0626	-0,6954	0,2434
Q2	RENDA	137	0,0758	0,8834	0,1885
Q3	RENDA	123	-0,0234	-0,2577	0,3983
Q4	RENDA	120	-0,0191	-0,2077	0,4177
Q5	RENDA	107	0,0284	0,2909	0,3856
Q6	RENDA	89	-0,0486	-0,4538	0,3250
Q7	**RENDA**	**89**	**-0,2407**	**-2,3127**	**0,0104**
Q8	RENDA	132	-0,0875	-1,0010	0,1584
Q9	RENDA	138	0,0808	0,9459	0,1721
Q10	RENDA	143	0,0018	0,0216	0,4914
Q11	RENDA	140	-0,1330	-1,5760	0,0575
Q12	RENDA	141	-0,0966	-1,1446	0,1262
Q13	RENDA	139	0,0328	0,3843	0,3504
Q14	**RENDA**	**120**	**-0,1980**	**-2,1946**	**0,0141**

Tabela 15- Correlações entre as questões e a escolaridade.

Variável	Variável	Observações	Correlação	T	Significância
Q1	ESCOLAR	133	0,0591	0,6776	0,2490
Q2	ESCOLAR	145	0,1068	1,2850	0,0994
Q3	ESCOLAR	130	0,0457	0,5178	0,3023
Q4	ESCOLAR	127	-0,0840	-0,9424	0,1730
Q5	**ESCOLAR**	**114**	**-0,1638**	**-1,7570**	**0,0395**
Q6	ESCOLAR	94	0,0216	0,2070	0,4180
Q7	ESCOLAR	93	-0,1539	-1,4863	0,0686
Q8	**ESCOLAR**	**140**	**-0,2044**	**-2,4534**	**0,0071**
Q9	ESCOLAR	146	0,0065	0,0778	0,4690
Q10	ESCOLAR	151	-0,0004	-0,0054	0,5000
Q11	ESCOLAR	148	-0,0407	-0,4926	0,3112
Q12	**ESCOLAR**	**149**	**-0,2988**	**-3,7961**	**0,0001**
Q13	ESCOLAR	146	-0,0824	-0,9920	0,1606
Q14	**ESCOLAR**	**125**	**-0,2522**	**-2,8910**	**0,0019**

A pesquisa demonstrou também, através de algumas correlações, dados importantes para planejamento, organização e reestruturação da assistência por parte da gestão da política de saúde do município. Cabe destacar, inicialmente, a ausência significativa com relação ao número de filhos. Assim sendo, a questão nº. 3, que trata da atenção domiciliar ao idoso com relação à idade, evidencia, com 130 observações, que quanto maior é a idade do entrevistado, mais ele destaca piora na assistência, com correlação de -0,2607. Já a questão nº. 4 evidencia dificuldade de acesso ao exame preventivo do câncer de útero e, como já relatado, são do sexo feminino 84% dos entrevistados. O referido exame deve ser realizado anualmente por todas as mulheres acima de 18 anos ou após a primeira relação sexual.

Uma correlação significativa a destacar ainda é com relação à renda e os cuidados com o recém-nascido, questão nº. 7 da pesquisa, e que ficou em primeiro lugar com 81,7% de melhora após a assinatura do pacto, na análise geral. No entanto, identificamos que, quanto maior a renda (em salários mínimos), este atendimento foi considerado pior. Utilizando as variáveis questão e renda, com 89 observações, a correlação foi de -0,2407.

Ainda correlacionando a renda, a questão nº. 14 que trata do acesso à internação hospitalar, com 120 observações, a correlação foi de -0,1980, o que significa que, quanto maior a renda, mais foi identificado que a internação hospitalar não é boa, piorou.

As questões nº. 5 (acesso à exame de mamografia), nº.8 (Atenção aos pacientes de dengue), nº.12 (acesso a exames) e nº.14 (acesso à internação), ao se correlacionarem com a variável escolaridade, demonstram também que quanto maior é a escolaridade do ponto de vista formal, estes serviços foram identificados como pontos que pioraram. Também cabe dizer que, no geral, a questão nº. 8, atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue, foi o segundo ponto de maior melhora na análise geral atingindo o percentual de 81,4%, seguido da atenção ao recém-nascido.

Em contrapartida, o acesso a consultas de especialidades não apresentou correlação significativa com nenhuma das variáveis utilizadas.

Para melhor visualização dos resultados obtidos, apresenta-se a figura 20, com as quatorze perguntas descritas no quadro 3 e no Anexo B deste trabalho, porém numa junção das gradações afins da escala (piorou muito e piou pouco, e melhorou muito e melhorou pouco).

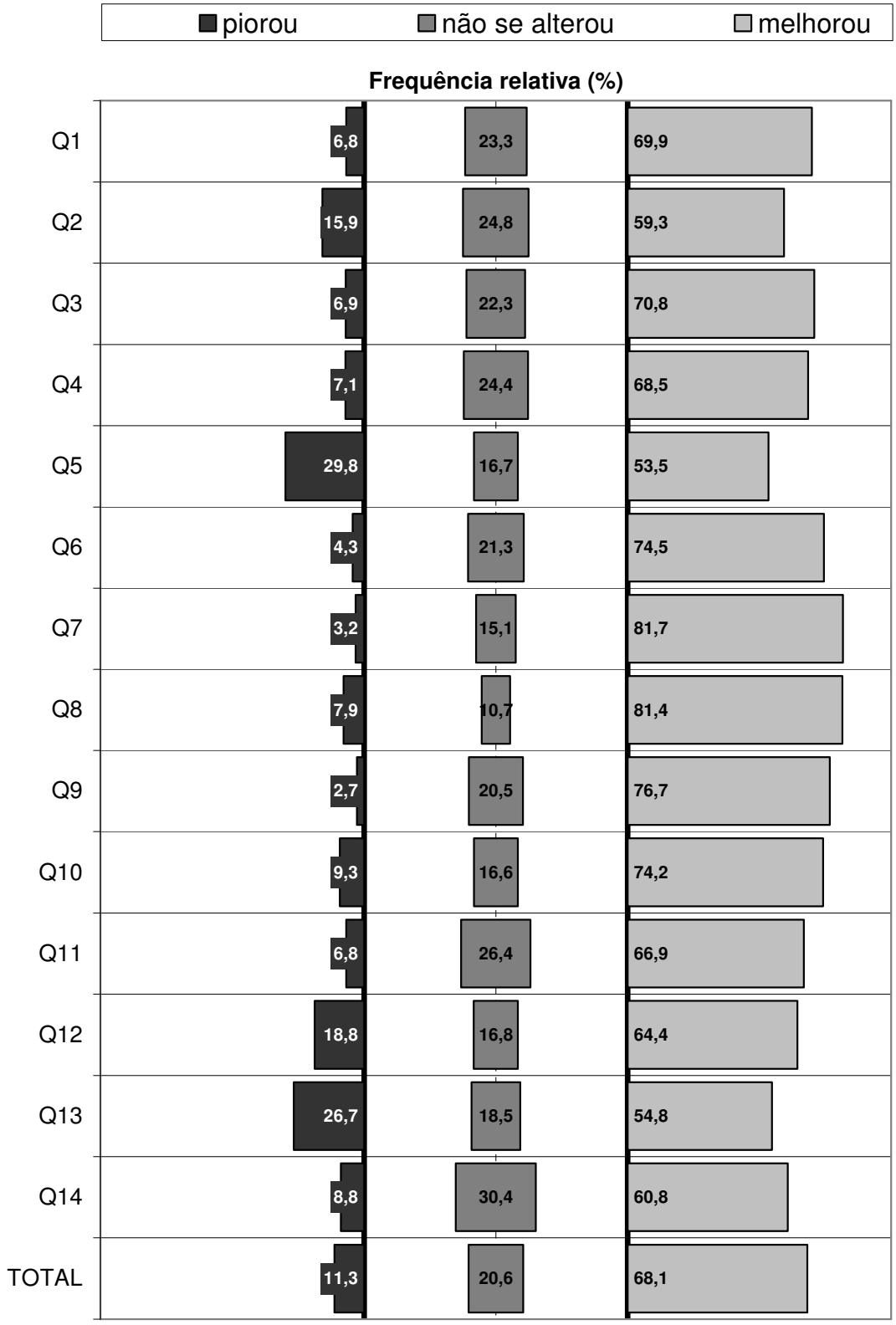

Figura 19- Avaliação dos serviços de saúde do município de Quissamã em relação a dois anteriores. Questões elencadas na tabela 7 e no anexo B deste trabalho.
Fonte: Pesquisa elaborada pela autora no mês de agosto/2011 em unidades de saúde de Quissamã.

Os dois serviços que na avaliação dos entrevistados, não se alteraram no período analisado dizem respeito às questões 11 e 14: “profissionais e infraestrutura adequada ao atendimento e funcionamento das Unidades de Saúde da Família” e o “acesso à internação”. Considerando a análise documental, as entrevistas em profundidade realizadas para aproximação do tema, e o depoimento dos usuários no momento da pesquisa, o resultado justifica-se, considerando que a maioria das unidades de saúde da família funciona em prédios próprios. Apenas duas são alugadas, sendo que um dos prédios já está em fase adiantada de conclusão da obra. Além disso, já são dotados de infraestrutura, e permanência dos profissionais durante o funcionamento das unidades. Foram relatadas dificuldades e descontentamento com a rotatividade de médicos.

A questão nº. 14 trata do acesso à internação. Apesar de na correlação com relação ao aumento de renda este ter sido considerado um ponto de piora, na análise geral não houve alteração, considerando que os usuários não sentem dificuldades para se internarem. Cabe informar que o município apresenta uma realidade bastante diferenciada em relação à maioria dos municípios do Brasil, pois com uma população de 20.244 habitantes, dispõe de um hospital com 60 leitos e prevê internação em várias clínicas. A capacidade instalada está muito além de sua ocupação, conforme preconizado a Portaria 1.101/2002.

Na figura 21, apresenta-se a média apurada por ordem decrescente, de melhora dos serviços de saúde.

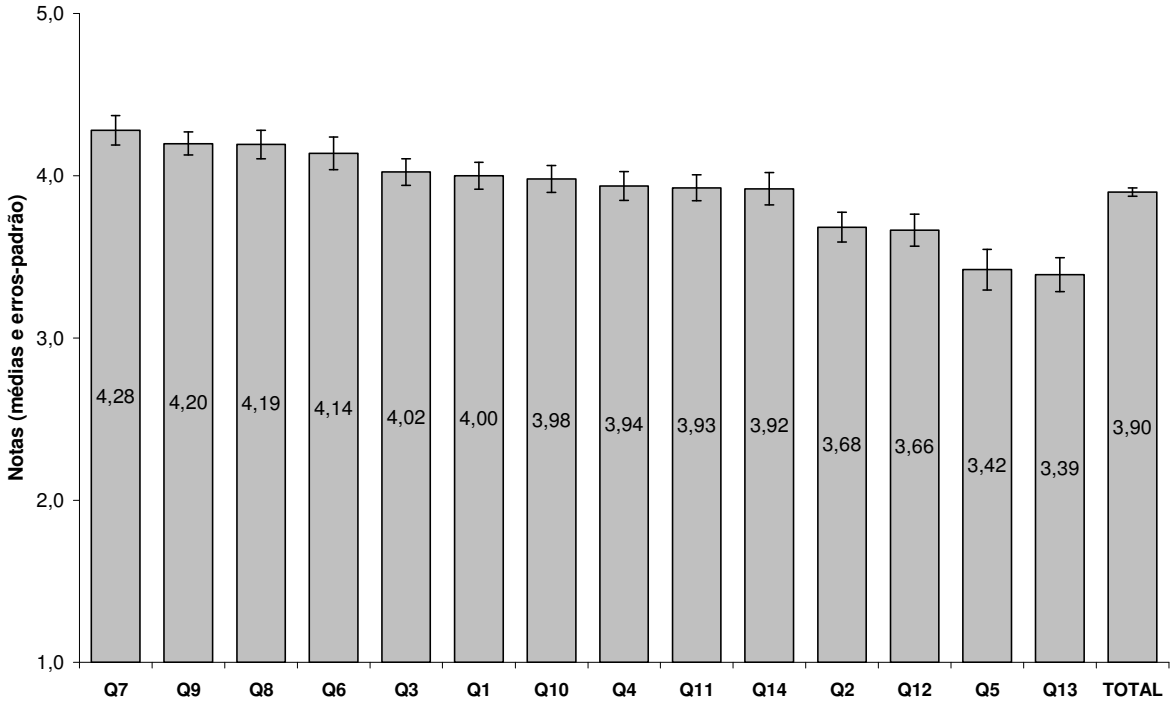

Figura 20- Médias dos itens em ordem decrescente.
Fonte: Os gráficos foram elaborados a partir de pesquisa elaborada pela autora nos meses de julho e agosto/2011 em unidades de saúde da família no município de Quissamã

Pode-se identificar e afirmar, a partir dos instrumentos que subsidiaram a análise geral deste trabalho que o município salvo algumas adequações que necessitam ser feitas.O município contava com números de profissionais, atenção à saúde básica, organização e estrutura dos programas da área de ações programáticas (saúde da mulher, criança e adolescente, tuberculose, hanseníase, DST/HIV, tabagismo, saúde mental) controle, avaliação, regulação, auditoria e outros dispunha de amplas condições para assinatura do Termo de Compromisso de Gestão do SUS.

Tal resultado responde também à pergunta fundamental desta dissertação no que se refere à melhora dos serviços de saúde no município de Quissamã após a assinatura do pacto pela saúde - o Termo de Compromisso de Gestão - quando o município passou a ter gestão plena do sistema municipal. É importante sinalizar o período avaliado ser ainda muito pequeno, uma vez que o município assinou o referido termo em setembro de 2010 e a pesquisa foi realizada em julho e agosto com finalização da análise em outubro de 2011. Trata-se de uma política pública

bastante complexa, dependente de vários determinantes, que não se esgotam em uma única gestão.

Para Quissamã, a adesão ao Pacto pela saúde é muito importante, pois mostra o compromisso do município com o SUS. Apesar da adesão no Estado ainda ser lenta, esse é um processo em construção que depende de gestores, profissionais de saúde, controle social e toda a sociedade em geral.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a conquista ao direito à saúde pelo cidadão brasileiro, o Sistema Único de Saúde responsável pela garantia e efetivação desse direito e os instrumentos de gestão como preconizados por essa política pública nacional, este trabalho teve como objetivo a realização de uma análise crítica da saúde do município de Quissamã, tendo como referência o Pacto pela Saúde de 2006 e assinado pelo município em 2010.

Importante citar que após mais de vinte anos da Reforma Sanitária, identifica-se que muitas das condições exigidas para a consolidação do SUS não aconteceram. Carecem de superação alguns importantes e fundamentais desafios, entre eles o financiamento adequado. Vale destacar como exemplo que, desde 2005, encontra-se no Congresso Nacional para regulamentação a Emenda Constitucional nº. 29, que redefine os critérios de partilha dos recursos federais, para estados e municípios, e dos estaduais, para os municípios.

Para que o SUS de todos os brasileiros se consolide, são necessários recursos financeiros, investimentos em tecnologias de informação, envolvimento de toda a sociedade, inclusive das classes de maior poder aquisitivo, para que seja desmistificado o imaginário de que o SUS é para pobre. Também é urgente a atenção na formação, capacitação e qualificação de todos os profissionais, inclusive com um plano de cargos e salários amplo, que contemple as especificidades de cada área, mas que se dê de forma equiparada e justa.

Importante frisar que os privilégios no acesso ao sistema também devem ser superados, reforçando a regulação, que deve ser estruturada de forma qualitativa e

contar com a suficiência das necessidades, de acordo com a construção das redes de acesso e referências. Para isso, deverá ser ampliado o investimento em capacidade instalada, em profissionais capacitados e engajados e haver um amplo entendimento, tanto dos profissionais quanto de toda a sociedade, acerca do SUS.

Ressalta-se que, aliado à situação e cenário apresentado, o sistema de saúde pública do país, considerada a sua inoperância, dificuldade e insuficiência no atendimento à universalidade a todos, a que se propõe, vem sendo tomado e demandado por atos do judiciário, ocorrendo a chamada judicialização da saúde. Essa judicialização soma a lista de desafios que o SUS deve enfrentar para sua consolidação, uma vez que desestrutura a organização técnica e se sobrepõe aos planos municipais de saúde e ao fluxo elaborado.Torna-se necessária a realização de reformas administrativas e jurídicas.

Acredita-se na possibilidade de implementação definitiva do SUS, conforme previsto pela reforma sanitária e preconizado pelas diretrizes e princípios fundamentais que o instituíram. No entanto, para isso caberá por parte de todos o enfrentamento de fato das questões estruturais e conjunturais que inviabilizam a sua implementação. Esses enfrentamentos também devem acontecer considerando o avanço e o crescimento necessário porque deve passar o país.

Quissamã, como apresentado no segundo capítulo, é um município de pequeno porte, cuja população é dependente do poder público municipal e, não dispõe de serviços privados na área da saúde. Quando não supridas pela rede local, se fazem necessárias a compra e a obtenção dos mesmos em outro município. Isto se dá considerando a disponibilidade financeira de recursos oriundos dos *royalties* do petróleo.

Porém, o município enfrenta uma situação que não é privilégio próprio, mas de alguns municípios do Estado, que é a questão da contratação de funcionários e serviços em caráter complementar. A complementação dos serviços públicos pelos privados é prevista na Constituição Federal e na lei orgânica da saúde no artigo nº. 4, por alguns chamada de terceirização na área da saúde, e vem crescendo no país, na forma de fundações de apoio, Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), cooperativas, e outros.

Assim, muitos serviços públicos estão sendo realizados pelo setor privado, através de contratos de concessão, contratos de gestão, termos de parcerias e convênios. A esse respeito, diversas áreas, não só a saúde, mas o planejamento e

finanças, a administração pública de todas as instâncias de poder, inclusive o setor judiciário, iniciam estudos para uma melhor análise e compreensão da questão. Cabe ao município de Quissamã uma análise de sua situação, frente à sustentabilidade de seus serviços e ao reforço de atenção ao utilizar a complementação desses serviços.

Sendo a descentralização e a regionalização diretrizes do SUS, passos foram dados para que, aos poucos, os municípios conquistassem autonomia. Os debates intensificam-se, e o entendimento é de que muitas questões podem ser resolvidas na seara regional, porém persistem as dificuldades, principalmente na oferta de serviços de média e alta complexidade, com insuficiência de oferta, fluxo desorganizado e insuficiência no financiamento. A região sanitária Norte, apesar de todas as dificuldades elencadas, tem conseguido avanços com discussões maduras e qualificadas, buscando fontes e alternativas de custeio de seus serviços, assim como o investimento em ferramentas que melhor favoreçam a informação, a identificação de áreas de estrangulamento, e na organização do fluxo e regulação regional. Neste aspecto, o município de Quissamã coloca-se numa posição importante na disponibilização de seus serviços para os municípios da região, se tornando referência regional.

O país adotou a Estratégia de Saúde da Família para atendimento da atenção básica responsável pela promoção, prevenção e recuperação da saúde de acordo com sua complexidade. No entanto, são muitas as diferentes realidades e especificidades do país, assim como são as considerações acerca do referido programa, principalmente na dificuldade da permanência do profissional médico nas equipes, em detrimento da carga horária e do salário. E, neste ponto, Quissamã, possui 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família apresentando bons indicadores de saúde. Considera-se que, para isso, conta com parceria de OSCIP, e que, mesmo assim enfrenta rotatividade do profissional médico, o que de certa forma descaracteriza um ponto importante da concepção do programa, cabendo a busca de alternativas e solução para minimizar esta questão.

Quanto ao pacto, importante dizer que não passará de um mero instrumento se os entes envolvidos não cumprirem suas responsabilidades. Para isso, a gestão de saúde deve contar com técnicos qualificados, principalmente nas áreas de planejamento e gestão, que conheçam os instrumentos e estejam atentos à Política de Saúde Nacional e a esperada consolidação do SUS. A adesão ao mesmo

substitui o anterior processo de habilitação dos serviços, cabendo uma responsabilidade maior por parte dos gestores e dos conselhos, que fazem o controle social.

A pesquisa realizada no município de Quissamã demonstrou maturidade de um município pequeno, pois já assumia muitas atribuições e responsabilidades sanitárias, para além do que normativamente seria sua atribuição.

Apresenta uma boa organização dos serviços de saúde, dispõe de unidades com infraestrutura adequada, quantidade de profissionais e capacidade instalada que supera as preconizadas pela Portaria 1.101/2002 e, portanto, já dispunha de condições favoráveis para assinatura do Termo de Compromisso de Gestão antes do ano de 2010. Este talvez tenha sido concretizado em virtude de desconhecimento técnico e da falta de habilidade na condução do processo na gestão. Mas, que a partir de sua assinatura, vem contribuindo para a melhoria dos serviços e atendimento de saúde a seus usuários, conforme dados da pesquisa realizada.

Deve-se dar destaque para a maioria das responsabilidades já assumidas pelo município como identificado no termo de compromisso de gestão (anexo B), principalmente no tocante aos eixos: nº.1 “das responsabilidades gerais do SUS”, nº.2, da “regionalização”,ao “planejamento e programação”, nº.3, ao eixo nº. 5, “gestão do trabalho” e a “participação e controle social”, nº.7.

A pesquisa realizada com os usuários ainda revela, em especial, um percentual de melhora em 81,7% nos cuidados e atenção ao recém-nascido, seguido de 81,4% de melhora na atenção dispensada aos pacientes com diagnóstico de dengue no município. Em contrapartida, apresenta a ampliação e acesso ao exame de mamografia como o serviço que mais piorou, com 29,8%, seguido do acesso a consultas de especialidade, com 26,7% de piora.

O resultado da pesquisa com os usuários afirma pontos importantes identificados na pesquisa documental, cabendo destaque aos pontos críticos do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que demonstrou, entre os demais já citados neste trabalho, a oferta insuficiente e/ou inadequada de serviços de média complexidade. Revela também ineficiência e ineficácia da regulação do acesso na região, correspondendo diretamente ao acesso ao exame de mamografia e ao acesso a consultas de especialidades.

O acesso ao exame de mamografia deve ser realizado de acordo com pactuação entre gestores de uma região de saúde, pós segundo os parâmetros da

Portaria n. 1.101/2002, o mamógrafo deve atender à proporção de 1/240.000 habitantes. Portanto, no caso de Quissamã, não se justifica a instalação e operacionalização de um equipamento deste, salvo se o mesmo for regionalizado.

Quanto às consultas de especialidade, a análise do relatório da IX Conferência Municipal de Saúde como já abordado neste trabalho, aponta a existência de uma rede de atendimento com porta de entrada em todos os serviços, o que de acordo com a Política de Regulação passa a ser restringida, conforme o nível de atenção e complexidade, e é executada por meio dos complexos reguladores.

Considerando todos os fatores elencados na análise, inclusive o curto período de tempo da assinatura do pacto, a dificuldade dos entrevistados em se reportar a dois anos anteriores e a estrutura e responsabilidades já assumidas pelo município, o total geral das 14 questões revelam que o percentual foi de 68,1%, com 20,6% de não alteração nos serviços de saúde e de piora em 11,3%.

Considerando as três etapas de pesquisa deste trabalho, a assinatura do pacto proporcionou, técnica e administrativamente, uma maior autonomia na gestão da política municipal. Na participação junto à região, ao Estado do Rio de Janeiro e ao Ministério da Saúde, tendo em vista que os municípios de gestão plena adquirem prerrogativas para desenvolvimento de projetos diferenciados e Quissamã já está inscrito em alguns desses.

Contudo é importante compreender e destacar que o pacto pela saúde é apenas início de um grande e desafiador processo no âmbito da saúde, e não o fim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, José Roberto Rodrigues; Gobetti, Sérgio Wulff. Rendas do Petróleo no Brasil: Alguns aspectos fiscais e federativos. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, v. 15. N.30, p.231-269, dez.2008.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tabnet. **Distribuição dos beneficiários**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <www.anstabnet.ans.gov.br/tabcgi.exe/dados/TABNET_BR.DEF>. Acesso em: 8 out. 2010.

ARRETCHE, Marta. Financiamento Federal e Gestão Local de Políticas Sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2003.

BAPTISTA, T. W. F. **Políticas de Saúde no Pós-Constituinte**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivo e legislativo no Brasil, 2003. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: CORRÊA, Gustavo; MOURA, Ana Lúcia (Orgs.). Políticas de saúde: a organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

_____. T. W. F. Seguridade Social no Brasil. Revista do Serviço Público. Rio de Janeiro. N.3; Ano 49; Jul-Set 1998.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da reforma Sanitária e do Processo Participativo.

Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006.

_____. Senado Federal. **Constituição da República do Brasil**. Brasília, DF: 1988.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do** SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, n.13.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.2.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.10.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, v.1.

_____. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Disponível em <www.conass.org.br; Sala de Situação em http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em 20/06/2011.

_____. Lei no 8.080. 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**, 20 set. 1990 a.

_____. Lei no 8.142. 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**, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **ABC do SUS***:* doutrinas e princípios. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em saúde. Brasília, DF: **CONASS**; 2007 (Coleção Progestores).

_____. Ministério da Saúde. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF; 2002.

_____. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 29. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das

Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos da saúde**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 14 set. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.571/2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 24 jul 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 2.203. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 28 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**. Divulga o Pacto pela Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 24 maio 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 28 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 649. Define valores de financiamento para o ano de 2006, com vistas à estruturação de Unidades Básicas de Saúde para as equipes Saúde da Família, como parte da Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 28 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 650. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 28 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 698. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 30 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 26 jan. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº.1.559/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 04 ago 2008.

_____. Ministério da Saúde. Resolução no 273/91. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-Inamps 01/91. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** 7 jan. 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria da Assistência à Saúde**. Regulação no setor de saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, DF; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**/ Ministério da saúde, secretaria-executiva, Coordenação de Apoio à gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da saúde, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos, vol. 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**/ Ministério da saúde, secretaria-executiva, Coordenação de Apoio à gestão Descentralizada. – Brasília: Ministério da saúde, 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos, vol. 2.

BRAGA, J. C. S; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**. Estudos de Política Social. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. **Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social**: elementos para o debate. In BRAVO, M. I. ET AL (ORG.). 2. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de janeiro: UERJ, 2006.

BUENO, Silveira. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 2.ed. São Paulo, FTD, 2007.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva***,* Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2001.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. DATASUS/MS 2011. Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp/VCod_Unidade=3304152267209>. Acessado em 02/03/2011.

COC. Casa de Oswaldo Cruz. **Guia do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro: COC: Fiocruz, 1995.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo: Cortez, CEDEC, 2005.

CORDEIRO, H. **SUS - Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Rio, 2005.

CRUZ, J. L. V. Trabalho, Renda e Desenvolvimento Local: Algumas Questões: **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, jan/abr.,2001

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados de Saúde Primários, 1978. Disponível em <www.saudepublica.web.pt/05-promoçaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acessado em 25/04/2011.

DUARTE, Jorge. Entrevista em Profundidade. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005. Disponível em <www.scribd.com/doc/.../Entrevista-Em-Profundidade>. Acesso em 22/06/2011.

ESPING-ANDERSEN, G. O futuro do Welfare State na nova ordem mundial. **Revista Lua Nova,** São Paulo, 35: 73-111, 1995.

FLEURY S. Ouverney AM. Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro:24(7) 1716-1719, jul, 2008.

FOUCAULT, M. Da metafísica à Biopolítica. In Vasconcelos, e.; Filho, P. E. **Revista Aulas**, Rio de Janeiro, n. 3, 2006/2007.

FILHO, P. E; VASCONCELOS E. Foucault M. Da Microfísica à Biopolíitca. **Revista Aulas**, Rio de Janeiro, n.3, março 2007.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de Saúde e Escalas Geográficas. **Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro. 21(4):1017-1025, jul-ago, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/04.pdf>. Acesso em 21/06/2011.

GODIM, Roberta. **Qualificação de gestores do SUS** (Org.) Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D (Org**.) Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

LAROUSSE. **Dicionário Larousse ilustrado da língua portuguesa**. São Paulo: Larousse do Brasil, 2004.

LACERDA, A.;VALLA, V.V. Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dádiva e das práticas de saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A (Org.) **Construção social da demanda: direito á saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco, 2005.p.279-292.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática – anos 80. IN: **Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS no Estado do Rio de Janeiro:** coletânea de textos/ Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, coordenação. – Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

MANSUR, M. C. **O financiamento federal da saúde no Brasil***:* tendências da década de 1990. 2001. Dissertação (Mestrado) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R.; MURICY, K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. In: **BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília, DF: 2011, v.1.

MACHADO, R. R; COSTA, E.,ERDMANN, A.L., ALBUQUERQUE G. L., ORTIGA, A. M. B.. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**.2009:11(1), p. 181-187. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>. Acessado em 22/06/2011.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Caderno Saúde Pública***,* Rio de Janeiro, n. 18, p. 163-171, 2002.

MATTOS, R. A. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro, R. A (Org.) **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Cepesc; Abrasco, 2007.p. 369-383

MENDES, E. V (Org.) **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MOTA, A. E. S. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90: São Paulo: Cortez, 1995.

NASCIMENTO, A. A. M. Regulação em Saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enferm**, Curitiba, PA, 2009, Abr/Junh: 14(2):346-352.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M (In) **previdência Social**: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, F.; **Crítica à razão dualista: O ornitorrinco**. São Paulo: Boitempo, 2003.

OMS/UNICEF, 1979. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados de Saúde Primários, 1978. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf>. Acessado em: 26/04/2011.

PANDOLFI, D. **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PARADA, R. A construção do sistema estadual de saúde: antecedentes e formas de inserção. In: **Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS no Estado do Rio de Janeiro**: coletânea de textos. Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, coordenação Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

PINHEIRO, R. Cuidado: as fronteiras da integralidade. In: **Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS no Estado do Rio de Janeiro**: coletânea de textos. Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, coordenação Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. ET AL (Orgs.). **Odontologia em saúde coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre, Artmed, 2003.

ROSEN, G. Uma história da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec/Unesp, 1994; apud SABROZA, P. C. In: **Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS no Estado do Rio de Janeiro**: coletânea de textos. Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, coordenação Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011

RIBEIRO, P. T**. A questão social na história recente**: implicações para a política de saúde no Brasil.In: Physis. **Revista de Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, 20 (1): 19-31,2010.

SABROZA, P. C. Concepções de saúde e doença. 2009. In: **Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS no Estado do Rio de Janeiro**: coletânea de textos. Roseni Pinheiro, Aluisio Gomes da Silva Junior, coordenação Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC – UERJ/ABRASCO, 2004.p.241-57.

SILVEIRA, Alex Santos da; LIMA, Rosângela, D. W. Gomes de**.** Saúde pública, atraso e reabilitação nacional: República Velha e depois**.... Revista Espaço Acadêmico,** n. 35, abril, 2004. Disponível em <http://www.espacoacademico.com.br/035/35esilveira_lima.htm>. Acesso em 21/05/2011.

SUS: **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. volume 1. São Paulo: Atheneu, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. Alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa. In: TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social**: **formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

VIANA, A. L. A. et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 139-151, 2002.

VIANA, A. L. D'Á. et AL. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. São Paulo em Perspectiva. São Paulo, v. 22, n.1,p. 92-106,2008.

ANEXO A - Exames de média e alta complexidade comprados no ano de 2010 com recurso próprio pela Secretaria de Saúde de Quissamã

Exames de Ultrassonografias realizadas no ano de 2010 – Empresa M.W.Souza		Valor individual	Valor Total
Tipo de Exame Ultrassonografia Básica	Quant.Total	do Exame	dos Exames
Ultrassonografia de Abdômen Total	380	R$ 38,66	R$ 14.690,80
Ultrassonografia Pélvica	87	R$ 35,15	R$ 3.058,05
Ultrassonografia Obstétrica	365	R$ 24,60	R$ 8.979,00
Ultrassonografia de Próstata	61	R$ 26,36	R$ 1.607,96
Ultrassonografia de Vias Biliares	0	R$ 38,66	R$ 0,00
Ultrassonografia Aparelho Urinário	193	R$ 38,66	R$ 7.461,38
Ultrassonografia Especializada	0		
Ultrassonografia Transvaginal	786	R$ 35,15	R$ 27.627,90
Ultrassonografia Obstétrica Morfológico	21	R$ 59,75	R$ 1.254,75
Ultrassonografia Mama	306	R$ 31,63	R$ 9.678,78
Ultrassonografia Tireóide	61	R$ 31,63	R$ 1.929,43
Ultrassonografia Doppler Obstétrico	46	R$ 70,30	R$ 3.233,80
Total:	2306		R$ 79.521,85

Exames de Ultrassonografias realizadas no ano de 2010 – Empresa Unicampos		Valor individual	Valor Total
	Quant.Total	do Exame	dos Exames
Ultrassonografia Transfontanela	4	R$ 60,00	R$ 240,00
Ultrassonografia de Testículo	6	R$ 60,00	R$ 360,00
U.S de Órgãos e Estruturas Superficiais	71	R$ 60,00	R$ 4.260,00
Ultrassonografia de Músculo esquelético	152	R$ 60,00	R$ 9.120,00
Punção Aspirativa – Mama (PAAF)	0	R$ 150,00	R$ 0,00
Tireóide (PAAF)	4	R$ 150,00	R$ 600,00
Punção Cisto Renal	0	R$ 200,00	R$ 0,00
Core Biópsia (Mama)	2	R$ 346,40	R$ 692,80
Biópsia Histolonginal (Próstata Transretal)	9	R$ 346,40	R$ 3.117,60
Total:	248		R$ 18.390,40

Exames de Ultrassonografias realizadas no ano de 2010 – Empresa Mirow & Crespo		Valor individual	Valor Total
	Quant.Total	do Exame	dos Exames
U.S com Dopler arterial de um membro	4	R$ 165,00	R$ 660,00
U.S com Dopler arterial de dois membros	13	R$ 220,00	R$ 2.860,00
U.S com Dopler arterial de quatro membros	0	R$ 300,00	R$ 0,00
U.S com Dopler venoso de um membro	10	R$ 165,00	R$ 1.650,00
U.S com Dopler venoso de dois membros	29	R$ 220,00	R$ 6.380,00
U.S com Dopler venoso de quatro membros	0	R$ 300,00	R$ 0,00
U.S com Dopler venoso/arterial de um membro	5	R$ 220,00	R$ 1.100,00
U.S com Dopler venoso/arterial de dois membros	15	R$ 440,00	R$ 6.600,00
U.S com Dopler venoso/arterial de quatro membros	0	R$ 441,60	R$ 0,00
U.S com dopler venoso/sperf/profundo 1 membros	1	R$ 330,00	R$ 330,00
Utrassonografia artéria renal	9	R$ 150,67	R$ 1.356,03
Utrassonografia sistema aorta	0	R$ 100,33	R$ 0,00
U.S com Dopler arterial de aorta abdominal	0	R$ 100,67	R$ 0,00
U.S com Dopler arterial dos vasos ilíacos	0	R$ 100,67	R$ 0,00
Utrassonografia com Dopler abdominal	0	R$ 100,67	R$ 0,00
Utrassonografia com Dopler de Tireóide	4	R$ 170,00	R$ 680,00
Utrassonografia com Dopler de Testículo	4	R$ 170,00	R$ 680,00
Total:	94		R$ 22.296,03

Exames de Urologia Ano de 2010 – Empresa – Unicampos	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Urografia Excretora	4	R$ 340,00	R$ 1.360,00
Uretrocistografia	0	R$ 380,00	R$ 0,00
Total:	4		R$ 1.360,00

Exames de Densitometria Óssea Realizadas no ano de 2010 – Empresa Unicampos	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Densitometria Óssea	46	R$ 140,00	R$ 6.440,00
Angioressonância	4	R$ 600,00	R$ 2.400,00
Colângio Ressonância	2	R$ 600,00	R$ 1.200,00
Total:	52		R$ 10.040,00

Exames de Eletroneuromiografia realizadas no ano de 2010 – Empresa Otoneuromed	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Eletroneuromiografia de 2 Membros	72	R$ 170,00	R$ 12.240,00
Eletroneuromiografia de 4 Membros	38	R$ 340,00	R$ 12.920,00
Total:	110		R$ 25.160,00

Exames de Eletroencefalograma realizadas no ano de 2010 – Empresa Ricardo Juliboni	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Eletroencefalograma	57	R$ 25,00	R$ 1.425,00

Exames de Video-Histeroscopias realizadas no ano de 2010 – Empresa CEVERJ	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Video-histeroscopia diagnóstica Ambulatorial	58	R$ 390,00	R$ 22.620,00
Video-histeroscopia com sedação	4	R$ 490,00	R$ 1.960,00
Video-histeroscopia Cirúrgica	17	R$ 860,00	R$ 14.620,00
Total:	79		R$ 39.200,00

Exames Cardiológicos realizados em 2010 – Empresa LGEH S. Médicos e Hosp. LTDA	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Ecocardiograma com ou sem Doppler	299	R$ 90,00	R$ 26.910,00
Duplex Scan de Caróticas e Vertebras	22	R$ 140,00	R$ 3.080,00
Holter 24h	20	R$ 93,00	R$ 1.860,00
Mapa 24h	16	R$ 93,00	R$ 1.488,00
Teste Ergométrico	73	R$ 80,00	R$ 5.840,00
Eco Transesofágico	1	R$ 500,00	R$ 500,00
Laudo de Exames inclusive de eletrocardiogramas	1138	R$ 1.600,00	R$ 8.000,00
Avaliação cardiológica em pacientes internados	11	R$ 800,00	R$ 4.000,00
Total:	1580		R$ 51.678,00

Exames Cardiológicos realizadas no ano de 2010 – Empresa Cardiologistas Associados	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Ecocardiograma com ou sem Doppler	171	R$ 80,00	R$ 13.680,00
Duplex Scan de Carótidas e Vertebras	15	R$ 130,00	R$ 1.950,00
Holter 24h	11	R$ 80,00	R$ 880,00
Mapa 24h	11	R$ 70,00	R$ 770,00
Teste Ergométrico	44	R$ 70,00	R$ 3.080,00
Laudo de Exames inclusive de eletrocardiogramas	220	R$ 1.000,00	R$ 4.000,00
Avaliação cardiológica em pacientes internados	9	R$ 1.000,00	R$ 4.000,00
Total:	252		R$ 28.360,00

Cirurgias de Facectomia realizadas no ano de 2010 – Empresa Centro Oftalmológico de Rio das Ostras	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Facectomia com Lio	36	R$ 1.071,42	R$ 38.571,12

Exames de Cintilografias realizadas no ano de 2010 – Empresa Cinticed	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Cintilografia de Tireóide c/ sem captação	2	R$ 150,00	R$ 300,00
Cintilografia do Miocardio/Perfusão estresse	20	R$ 900,00	R$ 18.000,00
Cintilografia Renal DTPA	1	R$ 228,00	R$ 228,00
Cintilografia do Miocardio de Repouso com Dipiridamol	1	R$ 900,00	R$ 900,00
Cintilografia Óssea c/ sem fluxo sanguínio (corpo inteiro)	10	R$ 300,00	R$ 3.000,00
Cintilografia de Pesquisa de Refluxo Gastro Esofágico	6	R$ 320,00	R$ 1.920,00
Cintilografia Pulmonar para pesquisa de Aspiração	0	R$ 480,00	R$ 0,00
Cintilografia Renal/Qualitativo e/ou Quantitativo	2	R$ 300,00	R$ 600,00
Total:	42		R$ 24.948,00

Contrato: 31/2008

Exames de Endoscopias Realizadas no ano de 2010 – Empresa Cliged	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Endoscopia Digestiva Alta	207	R$ 237,50	R$ 49.162,50
Videoendoscopia Digestiva Alta – Pediátrica Eletiva	2	R$ 570,00	R$ 1.140,00
Videoendoscopia Digestiva Alta – Cirúrgica (Polipectomia)	6	R$ 380,00	R$ 2.280,00
Videoendoscopia Digestiva Alta – Urgência Noturna	6	R$ 285,00	R$ 1.710,00
V. Dig. Alta – c/ retirada de corpo estranho Adulto	0	R$ 617,50	R$ 0,00
V. Dig. Alta – Pediátrica c/retirada de corpo estranho	0	R$ 760,00	R$ 0,00
V. Diagnóstica Alta – Devido a Hemorragia Digestiva	0	R$ 380,00	R$ 0,00
V. Diagnóstica Eletiva c/ Fotografia Videocolonoscopia	26	R$ 570,00	R$ 14.820,00
V. Cirúrgica Eletiva - Videocolonoscopia (Polipectomia)	4	R$ 855,00	R$ 3.420,00
Videoretossigmoidoscopia	3	R$ 190,00	R$ 570,00
Total:	254		R$ 73.102,50

Contrato: 69/2010

Exames de Endoscopias Realizadas no ano de 2010 – Empresa Cliged	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Endoscopia Digestiva Alta	212	R$ 195,00	R$ 41.340,00
Videoendoscopia Digestiva Alta – Pediátrica Eletiva	8	R$ 550,00	R$ 4.400,00
Videoendoscopia Digestiva Alta – Cirúrgica (Polipectomia)	12	R$ 420,00	R$ 5.040,00
Videoendoscopia Digestiva Alta – Urgência Noturna	12	R$ 320,00	R$ 3.840,00
V. Dig. Alta – c/ retirada de corpo estranho Adulto	1	R$ 630,00	R$ 630,00
V. Dig. Alta – Pediátrica c/retirada de corpo estranho	0	R$ 850,00	R$ 0,00
V. Diagnóstica Alta – Devido a Hemorragia Digestiva	0	R$ 430,00	R$ 0,00
V. Diagnóstica Eletiva c/ Fotografia Videocolonoscopia	35	R$ 550,00	R$ 19.250,00
V. Cirúrgica Eletiva - Videocolonoscopia (Polipectomia)	6	R$ 830,00	R$ 4.980,00
Videoretossigmoidoscopia	18	R$ 220,00	R$ 3.960,00
Total:	304		R$ 83.440,00

Contrato: 112/2009

Exames de R. Magnética Realizadas no ano de 2010 – Empresa Tomografia Macaé	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Ressonância Magnética do Tornozelo ou Pé (unilateral)	0	R$ 692,00	R$ 0,00
R. Magnética da Articulação Coxo Femural (bilateral)	2	R$ 692,00	R$ 1.384,00
Ressonância Magnética da Coluna Cervical	18	R$ 692,00	R$ 12.456,00
Ressonância Magnética da Coluna Lombo-Sacra	53	R$ 692,00	R$ 36.676,00
Ressonância Magnética da Bacia ou Pélvis	2	R$ 692,00	R$ 1.384,00
Ressonância Magnética de Crânio	9	R$ 692,00	R$ 6.228,00
Ressonância Magnética de Ombro (unilateral)	6	R$ 692,00	R$ 4.152,00
Ressonância Magnética do Abdômen Superior	0	R$ 692,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética do Joelho	16	R$ 692,00	R$ 11.072,00
Ressonância Magnética do Tórax	0	R$ 692,00	R$ 0,00
Total:	106		R$ 73.352,00

Contrato: 128/2009			
Exames de R. Magnética Realizadas no ano de 2010 – Empresa Tomografia Macaé		**Valor individual**	**Valor Total**
	Quant.Total	**do Exame**	**dos Exames**
Ressonância Magnética do Pé (unilateral)	0	R$ 560,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética da Coluna Torácica	0	R$ 560,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética do Cotovelo (cada lado)	0	R$ 560,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética de punho (cada lado)	0	R$ 560,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética Vias Biliares	0	R$ 560,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética Mastoides	0	R$ 560,00	R$ 0,00
Colângio Ressonância	0	R$ 680,00	R$ 0,00
Densitometria Óssea	3	R$ 330,00	R$ 990,00
Angioressonância	1	R$ 605,00	R$ 605,00
Total:	4		R$ 1.595,00

Contrato: 41/2010			
Exames de Ressonância Magnética Realizadas no ano de 2010 – Empresa Tomografia Macaé		**Valor individual**	**Valor Total**
	Quant.Total	**do Exame**	**dos Exames**
Ressonância Magnética do Tornozelo ou Pé (unilateral)	4	R$ 540,00	R$ 2.160,00
R. Magnética da Articulação Coxo Femural (bilateral)	0	R$ 540,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética da Coluna Cervical	3	R$ 540,00	R$ 1.620,00
Ressonância Magnética da Coluna Lombo-Sacra	32	R$ 540,00	R$ 17.280,00
Ressonância Magnética da Bacia ou Pélvis	3	R$ 540,00	R$ 1.620,00
Ressonância Magnética de Crânio	12	R$ 540,00	R$ 6.480,00
Ressonância Magnética de Ombro (unilateral)	1	R$ 540,00	R$ 540,00
Ressonância Magnética do Abdômen Superior	1	R$ 540,00	R$ 540,00
Ressonância Magnética de Abdomen Total	0	R$ 1.000,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética do Joelho	7	R$ 540,00	R$ 3.780,00
Ressonância Magnética do Tórax	0	R$ 540,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética da Coluna Torácica	5	R$ 540,00	R$ 2.700,00
Ressonância Magnética do Cotovelo (cada lado)	0	R$ 540,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética de punho (cada lado)	0	R$ 540,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética Vias Biliares	0	R$ 540,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética Mastoides	0	R$ 540,00	R$ 0,00
R. Magnética de Segmento Apendicular (unilateral)	1	R$ 540,00	R$ 540,00
Ressonância Magnética de Sela Túrcica	0	R$ 540,00	R$ 0,00
Ressonância Magnética de Braço	0	R$ 540,00	R$ 0,00
Anestesia	3	R$ 250,00	R$ 750,00
Total:	72		R$ 38.010,00

Contrato: 39/2010			
ames de Tomografias Computadorizadas Realizadas no ano de 2010 – Empresa Tomografia Ma		**Valor individual**	**Valor Total**
	Quant.Total	**do Exame**	**dos Exames**
TC de Crânio	118	R$ 286,77	R$ 33.838,86
TC de Coluna Lombar (até 3 segmentos)	9	R$ 270,83	R$ 2.437,47
TC de Articulações Punho	2	R$ 293,33	R$ 586,66
TC de Coluna Cervical (até 3 segmentos)	3	R$ 269,83	R$ 809,49
TC de Córnea	0	R$ 286,33	R$ 0,00
TC de Face ou Seios da Face	8	R$ 284,00	R$ 2.272,00
TC do joelho (cada lado)	0	R$ 292,33	R$ 0,00
TC de mastóides	0	R$ 315,67	R$ 0,00
TC do Ombro (cada lado)	0	R$ 300,67	R$ 0,00
TC de pelve ou bacia	26	R$ 371,67	R$ 9.663,42
TC de Pescoço (partes moles, laringe)	3	R$ 322,33	R$ 966,99
TC de Sacroiliaco (cada lado)	0	R$ 321,50	R$ 0,00
TC de abdômen superior	23	R$ 398,33	R$ 9.161,59
TC de Abdômen Total	5	R$ 531,67	R$ 2.658,35
TC de Calcâneo	0	R$ 303,17	R$ 0,00
TC de Tórax	16	R$ 398,33	R$ 6.373,28
TC de Externo / Clavicular	0	R$ 311,50	R$ 0,00
TC de Órbita	0	R$ 294,83	R$ 0,00
TC de Pé	2	R$ 300,00	R$ 600,00
TC Renal	0	R$ 458,33	R$ 0,00
Contraste	66	R$ 108,33	R$ 7.149,78
Total:	281		R$ 76.517,89

Exames realizadas no ano de 2010 – Empresa Laboratório Honor Sobral	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Histopatológico	397	R$ 50,00	R$ 19.850,00
Citopatológico	5	R$ 25,00	R$ 125,00
Total:	402		R$ 19.975,00

Contrato: 63/2008 Exames Otorrinolaringológicos realizadas no ano de 2010 – Empresa Fonoclin	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Audiometria + Imitenciometria	70	R$ 73,50	R$ 5.145,00
Processamento Auditivo Central	4	R$ 70,25	R$ 281,00
Emissões Otoacústica	46	R$ 65,00	R$ 2.990,00
Bera	1	R$ 61,00	R$ 61,00
Rinoscopia	22	R$ 37,20	R$ 818,40
Videolaringoscopia	22	R$ 70,00	R$ 1.540,00
Vectoeletronistagmografia	0	R$ 74,50	R$ 0,00
Total:	165		R$ 10.835,40

Contrato: 118/2010 Exames Otorrinolaringológicos realizadas no ano de 2010 – Empresa Fonoclin	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Audiometria + Imitenciometria	18	R$ 64,00	R$ 1.152,00
Processamento Auditivo Central	4	R$ 149,00	R$ 596,00
Emissões Otoacústica	37	R$ 81,00	R$ 2.997,00
Bera	0	R$ 149,00	R$ 0,00
Rinoscopia	2	R$ 84,00	R$ 168,00
Videolaringoscopia	10	R$ 84,00	R$ 840,00
Vectoeletronistagmografia	2	R$ 249,00	R$ 498,00
Total:	73		R$ 6.251,00

Exames realizadas no ano de 2010 – CAD Clínica do aparelho digestivo	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Phmetria	1	R$ 400,00	R$ 400,00
Manometria	0	R$ 400,00	R$ 0,00
Total:	1		R$ 400,00

Contrato: 199/2007 Exames Oftalmológicos realizadas no ano de 2010 – Empresa Hosp. Sntª Beatriz	Quant.Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Potencial de acuidade visual	13	R$ 15,00	R$ 195,00
Mapeamento de retina	40	R$ 40,00	R$ 1.600,00
Campo visual computadorizado	11	R$ 50,00	R$ 550,00
Ultrassonografia do globo ocular	54	R$ 50,00	R$ 2.700,00
Biometria Ultrassonica	5	R$ 60,00	R$ 300,00
Retinografia	17	R$ 50,00	R$ 850,00
Angiofluoresceinografia	51	R$ 50,00	R$ 2.550,00
Microscopia especular da córnea	3	R$ 80,00	R$ 240,00
Fotocoagulação	17	R$ 70,00	R$ 1.190,00
Total:			R$ 10.175,00

Cirurgias de Ortopedia - Empresa R. Luna Venâncio – Ano 2010 – Obs. Contrato iniciou em setembro	Quantidade Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Ressecção simples de tumor ósseo de partes moles	2	R$ 760,34	R$ 1.520,68
Tenosinovectomia em membro Superior	3	R$ 570,23	R$ 1.710,69
Artroscopia de joelho	4	R$ 2.790,00	R$ 11.160,00
Tratamento cirúrgico de fratura/lesão fisária da extremidade proximal úmero	2	R$ 1.670,91	R$ 3.341,82
Artroplastia coxo femural	1	R$ 6.200,93	R$ 6.200,93
Retirada de fio ou pino intra-ósseo	4	R$ 443,75	R$ 1.775,00
Tratamento cirúrgico de avulsão do grande e pequeno trocanter	2	R$ 3.126,72	R$ 6.253,44
Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos exceto da mão e do pé	1	R$ 3.290,08	R$ 3.290,08
Tratamento cirúrgico de fratura da extremidade/metafise distal dos Osso do antebraço	1	R$ 1.786,93	R$ 1.786,93
Amputação/ desarticulação de pé e tarso	2	R$ 1.532,04	R$ 3.064,08
Neurólise	2	R$ 922,35	R$ 1.844,70
Tratamento cirúrgico de osteomielite	1	R$ 2.222,08	R$ 2.222,08
Reparo de rotura do manguito rotador (inclui procedimento descompressivos)	4	R$ 1.093,40	R$ 4.373,60
Disjunção da sínfise pública+luxação sacroilíaca direita (Tabela – CBHPM)	1	R$ 3.376,72	R$ 3.376,72
Retirada de Placa e/ou Parafusos	1	R$ 443,78	R$ 443,78
Tratamento cirúrgico de fratura/luxação coxo-femural c/ fratura da epifise femoral	1	R$ 3.126,72	R$ 3.126,72
Artroplastia total de joelho – revisão/reconstrução	1	R$ 6.438,05	R$ 6.438,05
Tratamento cirúrgico de fraturas dos óssos do carpo	1	R$ 1.226,57	R$ 1.226,57
Sobreaviso	4	R$ 2.000,00	R$ 8.000,00
Triagem	4	R$ 1.300,00	R$ 5.200,00
Total:	42		R$ 76.355,87

Exames de Imagem – Centro de Medicina Nuclear da Guanabara – Ano de 2010 – Município Rio de Janeiro – Início em Novembro	Quantidade Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Cintilografia de Tireóide com ou sem captação	0	R$ 77,28	R$ 0,00
Cintilografia do Miocárdio/Perfusão estresse Mínimo de projeções	4	R$ 408,52	R$ 1.634,08
Cintilografia do Miocárdio em repouso mínimo de 3 projeções	4	R$ 383,07	R$ 1.532,28
cintilografia renal / qualitativo e ou quantitativo	0	R$ 133,33	R$ 0,00
Cintilografia Óssea c/ sem fluxo sanguíneo (corpo inteiro)	1	R$ 190,99	R$ 190,99
Cintilografia para pesquisa de refluxo gastro-esôfago	0	R$ 135,38	R$ 0,00
Cintilografia do Miocárdio Necrose	0	R$ 166,47	R$ 0,00
Cintilografia Sincronizada Câmaras Cardíacas Repouso	0	R$ 176,72	R$ 0,00
Cintilografia Sincronizada Câmaras Cardíacas Esforço	0	R$ 214,85	R$ 0,00
Cintilografia p/ Avaliação de esvaziamento gástrico	1	R$ 144,22	R$ 144,22
Cintilografia p/ pesquisa de hemorragia não ativa (Hemácias Marcadas)	0	R$ 310,82	R$ 0,00
Cintilografia das Glândulas Salivares com ou sem estímulo	0	R$ 87,89	R$ 0,00
Cintilografia do fígado e baço (Hepática)	0	R$ 133,26	R$ 0,00
Cintilografia do fígado e vias biliares	0	R$ 187,93	R$ 0,00
Cintilografia p/ pesquisa do corpo inteiro (Rastreamento)	0	R$ 338,70	R$ 0,00
Cintilografia de paratireóide	0	R$ 324,54	R$ 0,00
Cintilografia renal (qualitativa e/ou quantitativa – DMSA)	0	R$ 0,00	R$ 0,00
Cistocintilografia Indireta	0	R$ 144,50	R$ 0,00
Cisternocintilografia	0	R$ 205,34	R$ 0,00
Linfocintilografia	0	R$ 0,00	R$ 0,00
Cintilografia de Mama	0	R$ 289,43	R$ 0,00
Cintilografia Pulmonar (Perfusão)	0	R$ 130,50	R$ 0,00
Cintilografia Pulmonar (Inalação)	0	R$ 128,12	R$ 0,00
Cintilografia da Glândula lacrimal – Darcriocistografia	0	R$ 66,23	R$ 0,00
Ressonância Magnética da Articulação Temporomandibular (bilateral)	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Ressonância Magnética de Bacia ou pélvis	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Ressonância Magnética da Coluna Cervical	3	R$ 268,75	R$ 806,25
Ressonância Magnética da coluna Lombo Sacra	6	R$ 268,75	R$ 1.612,50
Ressonância Magnética da Coluna Torácica	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Ressonância Magnética de Abdômen Superior	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Ressonância Magnética de Crânio	5	R$ 268,75	R$ 1.343,75
Ressonância Magnética de Tórax	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Ressonância Magnética de Vias Biliares	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Angioressonância Cerebral	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Densitometria Óssea	4	R$ 55,10	R$ 220,40
Mamografia Bilateral para Rastreamento	38	R$ 45,00	R$ 1.710,00
Mamografia Unilateral	0	R$ 22,50	R$ 0,00
Determinação do fluxo plasmático renal com radioisótopos	0	R$ 63,22	R$ 0,00
Renograma	0	R$ 133,03	R$ 0,00
Estudo renal dinâmico com ou sem diurético – DTPA	0	R$ 165,24	R$ 0,00
Perfuração Cerebral c/ Sperct	0		0
Ressonância Magnética de Membros inferiores (unilateral)	0	R$ 268,75	R$ 0,00
Ressonância Magnética de Membros Superiores (unilateral)	2	R$ 268,75	R$ 537,50
Ressonância Magnética do Plexo braquial	1	R$ 268,75	R$ 268,75
Total:			R$ 10.000,72

Contrato: 172/2010 Exames Oftalmológicos realizadas no ano de 2010 – Empresa Clínica drº Cesário	Quant. Total	Valor individual do Exame	Valor Total dos Exames
Potencial de acuidade visual	1	R$ 40,00	R$ 40,00
Mapeamento de retina	8	R$ 50,00	R$ 400,00
Campo visual computadorizado	10	R$ 55,00	R$ 550,00
Ultrassonografia do globo ocular	24	R$ 80,00	R$ 1.920,00
Biometria Ultrassonica	1	R$ 80,00	R$ 80,00
Retinografia	0	R$ 50,00	R$ 0,00
Angiofluoresceinografia	29	R$ 100,00	R$ 2.900,00
Microscopia especular da córnea	0	R$ 100,00	R$ 0,00
Fotocoagulação	1	R$ 100,00	R$ 100,00
Total:	74		R$ 5.990,00

ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

PACTO PELA SAÚDE — DATASUS — SISPACTO - Aplicativo do Pacto pela Saúde

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de QUISSAMA, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de **QUISSAMA**, por intermédio de sua Secretaria Municipal de Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º **11.892.333/0001-99**, neste ato representada por seu Secretário Municipal de Saúde, **ALEXANDRA MOREIRA CARVALHO GOMES, SOLTEIRO**, portador da carteira de identidade n.º **101928**, expedida por **OAB /RJ**, e inscrito no CPF sob o n.º **031.313.597-57**, considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão, formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação destes Pactos.

§ 1º. Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º. As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º. O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda", "Prazo para realizar" e "Não se aplica".

§ 2º. Os itens que iniciam com a expressão "Todo município deve" indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção "Não se aplica".

§ 3º. Nos itens que não iniciam com a expressão "Todo município deve", a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º. A opção "Não se aplica" deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º. Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município.

1 RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTAO DO SUS		SITUACAO ATUAL	PRAZO PARA REALIZAR
1.1-	TODO MUNICIPIO E RESPONSAVEL PELA INTEGRALIDADE DA ATENCAO A SAUDE DA SUA POPULACAO, EXERCENDO ESSA RESPONSABILIDADE DE FORMA SOLIDARIA COM O ESTADO E A UNIAO;	*	*
1.2-	TODO MUNICIPIO DEVE GARANTIR A INTEGRALIDADE DAS ACOES DE SAUDE PRESTADAS DE FORMA INTERDISCIPLINAR, POR MEIO DA ABORDAGEM INTEGRAL E CONTINUA DO INDIVIDUO NO SEU CONTEXTO FAMILIAR, SOCIAL E DO TRABALHO; ENGLOBANDO ATIVIDADES DE:		
1.2.a-	PROMOCAO DA SAUDE, PREVENCAO DE RISCOS, DANOS E AGRAVOS;	Não Realiza	Data para realização 03/2011
1.2.b-	ACOES DE ASSISTENCIA, ASSEGURANDO O ACESSO AO ATENDIMENTO AS URGENCIAS;	Realiza	-
1.3-	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER A EQUIDADE NA ATENCAO A SAUDE, CONSIDERANDO AS DIFERENCAS INDIVIDUAIS E DE GRUPOS POPULACIONAIS, POR MEIO DA ADEQUACAO DA OFERTA AS NECESSIDADES COMO PRINCIPIO DE JUSTICA SOCIAL, E AMPLIACAO DO ACESSO DE POPULACOES EM SITUACAO DE DESIGUALDADE, RESPEITADAS AS DIVERSIDADES LOCAIS;	*	*
1.4-	TODO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DO FINANCIAMENTO TRIPARTITE DO SISTEMA UNICO DE SAUDE;	Realiza	-

1.5-	TODO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A GESTAO E EXECUTAR AS ACOES DE ATENCAO BASICA, INCLUINDO AS ACOES DE PROMOCAO E PROTECAO, NO SEU TERRITORIO;	Realiza	-
1.6-	TODO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR INTEGRALMENTE A GERENCIA DE TODA A REDE PUBLICA DE SERVICOS DE ATENCAO BASICA, ENGLOBANDO:		
1.6.a-	AS UNIDADES PROPRIAS E	Realiza	-
1.6.b-	AS TRANSFERIDAS PELO ESTADO OU PELA UNIAO;	Realiza	-
1.7-	TODO MUNICIPIO DEVE, COM APOIO DOS ESTADOS, IDENTIFICAR AS NECESSIDADES DA POPULACAO DO SEU TERRITORIO, FAZER UM RECONHECIMENTO DAS INIQUIDADES, OPORTUNIDADES E RECURSOS;	Realiza	-
1.8-	TODO MUNICIPIO DEVE DESENVOLVER, A PARTIR DA IDENTIFICACAO DAS NECESSIDADES, UM PROCESSO DE:		
1.8.a-	PLANEJAMENTO,	Realiza	-
1.8.b-	REGULACAO,	Realiza	-
1.8.c-	PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE,	Realiza	-
1.8.d-	MONITORAMENTO E AVALIACAO;	Realiza	-
1.9-	TODO MUNICIPIO DEVE FORMULAR E IMPLEMENTAR POLITICAS PARA AREAS PRIORITARIAS, CONFORME DEFINIDO NAS DIFERENTES INSTANCIAS DE PACTUACAO;	Realiza	-
1.10-	TODO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR O ACESSO A SERVICOS DE SAUDE RESOLUTIVOS E DE QUALIDADE NA ATENCAO BASICA, VIABILIZANDO O PLANEJAMENTO, A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE E A ATENCAO A SAUDE NO SEU TERRITORIO, EXPLICITANDO:		
1.10.a-	A RESPONSABILIDADE, O COMPROMISSO E O VINCULO DO SERVICO E EQUIPE DE SAUDE COM A POPULACAO DO SEU TERRITORIO,	Realiza	-
1.10.b-	DESENHANDO A REDE DE ATENCAO A SAUDE	Realiza	-
1.10.c-	PROMOVENDO A HUMANIZACAO DO ATENDIMENTO	Não Realiza	Data para realização 12/2011
1.11-	TODO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR E PACTUAR O ACESSO A ACOES E SERVICOS DE ATENCAO ESPECIALIZADA A PARTIR DAS NECESSIDADES DA ATENCAO BASICA, CONFIGURANDO A REDE DE ATENCAO, POR MEIO DOS PROCESSOS DE INTEGRACAO E ARTICULACAO DOS SERVICOS DE ATENCAO BASICA COM OS DEMAIS NIVEIS DO SISTEMA, COM BASE NO PROCESSO DA PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Realiza	-
1.12-	TODO MUNICIPIO DEVE PACTUAR E FAZER O ACOMPANHAMENTO DA REFERENCIA DA ATENCAO QUE OCORRE FORA DO SEU TERRITORIO, EM COOPERACAO COM O ESTADO, DISTRITO FEDERAL E COM OS DEMAIS MUNICIPIOS ENVOLVIDOS NO AMBITO REGIONAL E ESTADUAL, CONFORME A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Realiza	-
1.13-	TODO MUNICIPIO QUE DISPOE DE SERVICOS DE REFERENCIA INTERMUNICIPAL, DEVE GARANTIR ESTAS REFERENCIAS DE ACORDO COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Realiza	-
1.14-	TODO MUNICIPIO DEVE GARANTIR A ESTRUTURA FISICA NECESSARIA PARA A REALIZACAO DAS ACOES DE ATENCAO BASICA, DE ACORDO COM AS NORMAS TECNICAS VIGENTES;	Realiza	-
1.15-	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER A ESTRUTURACAO DA ASSISTENCIA FARMACEUTICA E GARANTIR, EM CONJUNTO COM AS DEMAIS ESFERAS DE GOVERNO, O ACESSO DA POPULACAO AOS MEDICAMENTOS CUJA DISPENSACAO ESTEJA SOB SUA RESPONSABILIDADE, PROMOVENDO SEU USO RACIONAL, OBSERVADAS AS NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
1.16-	TODO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A GESTAO E EXECUCAO DAS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE REALIZADAS NO AMBITO LOCAL, DE ACORDO COM AS NORMAS VIGENTES E PACTUACOES ESTABELECIDAS, COMPREENDENDO AS ACOES DE:		
1.16.a-	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA;	Realiza	-
1.16.b-	VIGILANCIA SANITARIA;	Não Realiza	Data para realização 03/2011
1.16.c-	VIGILANCIA AMBIENTAL;	Realiza	-
1.17-	TODO MUNICIPIO DEVE ELABORAR, PACTUAR E IMPLANTAR A POLITICA DE PROMOCAO DA SAUDE, CONSIDERANDO AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS NO AMBITO NACIONAL.	Não Realiza	Data para realização 03/2011
	2 REGIONALIZACAO	**SITUACAO ATUAL**	**PRAZO PARA REALIZAR**
2.1-	TODO MUNICIPIO DEVE CONTRIBUIR PARA A CONSTITUICAO E FORTALECIMENTO DO PROCESSO DE REGIONALIZACAO SOLIDARIA E COOPERATIVA, ASSUMINDO OS COMPROMISSOS PACTUADOS;	Realiza	-
2.2-	TODO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DA CONSTITUICAO DA REGIONALIZACAO, DISPONIBILIZANDO DE FORMA COOPERATIVA OS RECURSOS HUMANOS, TECNOLOGICOS E FINANCEIROS, CONFORME PACTUACAO ESTABELECIDA;	Realiza	-
2.3-	TODO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL, CUMPRINDO SUAS OBRIGACOES TECNICAS E FINANCEIRAS. NAS CIB REGIONAIS CONSTITUIDAS POR REPRESENTACAO, QUANDO NAO FOR POSSIVEL A IMEDIATA INCORPORACAO DE TODOS OS GESTORES DE SAUDE DOS MUNICIPIOS DA REGIAO DE SAUDE, DEVE-SE PACTUAR UM CRONOGRAMA DE ADEQUACAO, NO MENOR PRAZO POSSIVEL, PARA A INCLUSAO DE TODOS OS MUNICIPIOS NO RESPECTIVO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL.	Realiza	-
2.4-	TODO MUNICIPIO DEVE PARTICIPAR DOS PROJETOS PRIORITARIOS DAS REGIOES DE SAUDE, CONFORME DEFINIDO NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, NO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZACAO, NO PLANEJAMENTO REGIONAL E NO PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
2.5-	EXECUTAR AS ACOES DE REFERENCIA REGIONAL SOB SUA RESPONSABILIDADE EM CONFORMIDADE COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE ACORDADA NO COLEGIADO DE GESTAO REGIONAL.	Realiza	-
	3 PLANEJAMENTO E PROGRAMACAO	**SITUACAO ATUAL**	**PRAZO PARA**

3.1-	FORMULAR, GERENCIAR, IMPLEMENTAR E AVALIAR O PROCESSO PERMANENTE DE PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO E INTEGRADO, DE BASE LOCAL E ASCENDENTE, ORIENTADO POR PROBLEMAS E NECESSIDADES EM SAUDE, COM A CONSTITUICAO DE ACOES PARA A PROMOCAO, A PROTECAO, A RECUPERACAO E A REABILITACAO EM SAUDE, CONSTRUINDO NESSE PROCESSO:		
3.1.a-	O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE	Realiza	Período inicial 2010 Período final 2013
3.1.b-	SUBMETENDO-O A APROVACAO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE	Realiza	Data da Aprovação 12/05/2010
3.2-	TODO MUNICIPIO DEVE FORMULAR, NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, A POLITICA MUNICIPAL DE ATENCAO EM SAUDE, INCLUINDO ACOES INTERSETORIAIS VOLTADAS PARA A PROMOCAO DA SAUDE;	Realiza	-
3.3.a-	TODO MUNICIPIO DEVE ELABORAR RELATORIO DE GESTAO ANUAL,	Realiza	-
3.3.b-	A SER APRESENTADO E SUBMETIDO A APROVACAO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE	Realiza	-
3.4-	TODO MUNICIPIO DEVE OPERAR OS SISTEMAS DE INFORMACAO REFERENTES A ATENCAO BASICA, CONFORME NORMAS DO MINISTERIO DA SAUDE, E ALIMENTAR REGULARMENTE OS BANCOS DE DADOS NACIONAIS EXISTENTES, BEM COMO DE OUTROS SISTEMAS QUE VENHAM A SER INTRODUZIDOS, ASSUMINDO A RESPONSABILIDADE PELA GESTAO, NO NIVEL LOCAL, DO:		
3.4.a-	SISTEMA DE INFORMACAO DA ATENCAO BASICA - SIAB	Realiza	-
3.4.b-	SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE AGRAVOS DE NOTIFICACAO - SINAN,	Realiza	-
3.4.c-	SISTEMA DE INFORMACAO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZACOES - SIPNI	Realiza	-
3.4.d-	SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE NASCIDOS VIVOS - SINASC,	Realiza	-
3.4.e-	SISTEMA DE INFORMACAO AMBULATORIAL ¿ SIA	Realiza	-
3.4.f-	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS E PROFISSIONAIS DE SAUDE - CNES;	Realiza	-
3.4.g-	[...] E QUANDO COUBER, O: SISTEMA DE INFORMACAO HOSPITALAR - SIH	Realiza	-
3.4.h-	[...] E QUANDO COUBER, O: SISTEMA DE INFORMACAO SOBRE MORTALIDADE - SIM	Realiza	-
3.5-	TODO MUNICIPIO DEVE ASSUMIR A RESPONSABILIDADE PELA COORDENACAO E EXECUCAO DAS ATIVIDADES DE INFORMACAO, EDUCACAO E COMUNICACAO, NO AMBITO LOCAL;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
3.6-	TODO MUNICIPIO DEVE ELABORAR A PROGRAMACAO DA ATENCAO A SAUDE, INCLUIDA A ASSISTENCIA E VIGILANCIA EM SAUDE, EM CONFORMIDADE COM O PLANO MUNICIPAL DE SAUDE, NO AMBITO DA PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Realiza	-
3.7-	GERIR OS SISTEMAS DE INFORMACAO EPIDEMIOLOGICA E SANITARIA, BEM COMO ASSEGURAR A DIVULGACAO DE INFORMACOES E ANALISES.	Realiza	-
	4 REGULACAO, CONTROLE, AVALIACAO E AUDITORIA	**SITUACAO ATUAL**	**PRAZO PARA REALIZAR**
4.1-	TODO MUNICIPIO DEVE MONITORAR E FISCALIZAR A APLICACAO DOS RECURSOS FINANCEIROS PROVENIENTES DE TRANSFERENCIA REGULAR E AUTOMATICA (FUNDO A FUNDO) E POR CONVENIOS;	Realiza	-
4.2-	TODO MUNICIPIO DEVE REALIZAR A IDENTIFICACAO DOS USUARIOS DO SUS, COM VISTAS A VINCULACAO DE CLIENTELA E A SISTEMATIZACAO DA OFERTA DOS SERVICOS;	Realiza	-
4.3-	TODO MUNICIPIO DEVE MONITORAR E AVALIAR AS ACOES DE VIGILANCIA EM SAUDE, REALIZADAS EM SEU TERRITORIO, POR INTERMEDIO DE INDICADORES DE DESEMPENHO, ENVOLVENDO ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS E OPERACIONAIS;	Realiza	-
4.4-	TODO MUNICIPIO DEVE MANTER ATUALIZADO O SISTEMA NACIONAL DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS E PROFISSIONAIS DE SAUDE NO SEU TERRITORIO, SEGUNDO NORMAS DO MINISTERIO DA SAUDE;	Realiza	-
4.5-	TODO MUNICIPIO DEVE ADOTAR PROTOCOLOS DE REGULACAO DE ACESSO, EM CONSONANCIA COM OS PROTOCOLOS E DIRETRIZES NACIONAIS, ESTADUAIS E REGIONAIS;	Realiza	-
4.6-	TODO MUNICIPIO DEVE ADOTAR PROTOCOLOS CLINICOS E DIRETRIZES TERAPEUTICAS, EM CONSONANCIA COM OS PROTOCOLOS E DIRETRIZES NACIONAIS E ESTADUAIS;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
4.7-	TODO MUNICIPIO DEVE CONTROLAR A REFERENCIA A SER REALIZADA EM OUTROS MUNICIPIOS, DE ACORDO COM A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE, PROCEDENDO A SOLICITACAO E/OU AUTORIZACAO PREVIA, QUANDO COUBER;	Realiza	-
4.8.a-	DEFINIR A PROGRAMACAO FISICO-FINANCEIRA POR ESTABELECIMENTO DE SAUDE,	Realiza	-
4.8.b-	OBSERVAR AS NORMAS VIGENTES DE SOLICITACAO E AUTORIZACAO DOS PROCEDIMENTOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS,	Realiza	-
4.8.c-	PROCESSAR A PRODUCAO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE PROPRIOS E CONTRATADOS;	Realiza	-
4.8.d-	REALIZAR O PAGAMENTO DOS PRESTADORES DE SERVICOS;	Não Realiza	Data para realização 03/2011
4.9-	OPERAR O COMPLEXO REGULADOR DOS SERVICOS PRESENTES NO SEU TERRITORIO, DE ACORDO COM A PACTUACAO ESTABELECIDA,	Não Realiza	Data para realização 03/2011
4.9.a-	REALIZANDO A CO-GESTAO COM O ESTADO E OUTROS MUNICIPIOS, DAS REFERENCIAS INTERMUNICIPAIS.	Realiza	-
4.10-	EXECUTAR O CONTROLE DO ACESSO DO SEU MUNICIPE NO AMBITO DO SEU TERRITORIO, QUE PODE SER FEITO POR MEIO DE CENTRAIS DE REGULACAO:		
4.10.a-	AOS LEITOS DISPONIVEIS,	Realiza	-
4.10.b-	AS CONSULTAS,	Realiza	-
4.10.c-	AS TERAPIAS E AOS EXAMES ESPECIALIZADOS;	Realiza	-
4.11-	PLANEJAR E EXECUTAR A REGULACAO MEDICA DA ATENCAO PRE-HOSPITALAR		

4.12-	ELABORAR CONTRATOS COM OS PRESTADORES DE ACORDO COM A POLITICA NACIONAL DE CONTRATACAO DE SERVICOS DE SAUDE E EM CONFORMIDADE COM O PLANEJAMENTO E A PROGRAMACAO PACTUADA E INTEGRADA DA ATENCAO A SAUDE;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
4.13-	MONITORAR E FISCALIZAR OS CONTRATOS E CONVENIOS COM PRESTADORES CONTRATADOS E CONVENIADOS, BEM COMO DAS UNIDADES PUBLICAS;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
4.14-	MONITORAR E FISCALIZAR A EXECUCAO DOS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM CADA ESTABELECIMENTO POR MEIO DAS ACOES DE CONTROLE E AVALIACAO HOSPITALAR E AMBULATORIAL;	Realiza	-
4.15-	MONITORAR E FISCALIZAR E O CUMPRIMENTO DOS CRITERIOS NACIONAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE CREDENCIAMENTO DE SERVICOS;	Realiza	-
4.16-	IMPLEMENTAR A AVALIACAO DAS ACOES DE SAUDE NOS ESTABELECIMENTOS DE SAUDE, POR MEIO DE ANALISE DE DADOS E INDICADORES E VERIFICACAO DE PADROES DE CONFORMIDADE;	Realiza	-
4.17-	IMPLEMENTAR A AUDITORIA SOBRE TODA A PRODUCAO DE SERVICOS DE SAUDE, PUBLICOS E PRIVADOS, SOB SUA GESTAO, TOMANDO COMO REFERENCIA AS ACOES PREVISTAS NO PLANO MUNICIPAL DE SAUDE E EM ARTICULACAO COM AS ACOES DE CONTROLE, AVALIACAO E REGULACAO ASSISTENCIAL;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
4.18-	REALIZAR AUDITORIA ASSISTENCIAL DA PRODUCAO DE SERVICOS DE SAUDE, PUBLICOS E PRIVADOS, SOB SUA GESTAO;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
4.19-	ELABORAR NORMAS TECNICAS, COMPLEMENTARES AS DAS ESFERAS ESTADUAL E FEDERAL, PARA O SEU TERRITORIO.	Não Realiza	Data para realização 12/2011
	5 GESTAO DO TRABALHO	**SITUACAO ATUAL**	**PRAZO PARA REALIZAR**
5.1-	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER E DESENVOLVER POLITICAS DE GESTAO DO TRABALHO, CONSIDERANDO OS PRINCIPIOS DA HUMANIZACAO, DA PARTICIPACAO E DA DEMOCRATIZACAO DAS RELACOES DE TRABALHO;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
5.2-	TODO MUNICIPIO DEVE ADOTAR VINCULOS DE TRABALHO QUE GARANTAM OS DIREITOS SOCIAIS E PREVIDENCIARIOS DOS TRABALHADORES DE SAUDE NA SUA ESFERA DE GESTAO E DE SERVICOS, PROMOVENDO ACOES DE ADEQUACAO DE VINCULOS, ONDE FOR NECESSARIO, CONFORME LEGISLACAO VIGENTE;	Realiza	-
5.3-	ESTABELECER, SEMPRE QUE POSSIVEL, ESPACOS DE NEGOCIACAO PERMANENTE ENTRE TRABALHADORES E GESTORES;	Realiza	-
5.4-	DESENVOLVER ESTUDOS E PROPOR ESTRATEGIAS E FINANCIAMENTO TRIPARTITE COM VISTAS A ADOCAO DE POLITICAS REFERENTES AOS RECURSOS HUMANOS DESCENTRALIZADOS;	Realiza	-
5.5-	CONSIDERAR AS DIRETRIZES NACIONAIS PARA PLANOS DE CARREIRAS, CARGOS E SALARIOS PARA O SUS - PCCS/SUS, QUANDO DA ELABORACAO, IMPLEMENTACAO E/OU REFORMULACAO DE PLANOS DE CARREIRAS, CARGOS E SALARIOS NO AMBITO DA GESTAO LOCAL;	Realiza	-
5.6-	IMPLEMENTAR E PACTUAR DIRETRIZES PARA POLITICAS DE EDUCACAO E GESTAO DO TRABALHO QUE FAVORECAM O PROVIMENTO E A FIXACAO DE TRABALHADORES DE SAUDE, NO AMBITO MUNICIPAL, NOTADAMENTE EM REGIOES ONDE A RESTRICAO DE OFERTA AFETA DIRETAMENTE A IMPLANTACAO DE ACOES ESTRATEGICAS PARA A ATENCAO BASICA.	Realiza	-
	6 EDUCACAO NA SAUDE	**SITUACAO ATUAL**	**PRAZO PARA REALIZAR**
6.1-	TODO MUNICIPIO DEVE FORMULAR E PROMOVER A GESTAO DA EDUCACAO PERMANENTE EM SAUDE E PROCESSOS RELATIVOS A MESMA, ORIENTADOS PELA INTEGRALIDADE DA ATENCAO A SAUDE, CRIANDO QUANDO FOR O CASO, ESTRUTURAS DE COORDENACAO E DE EXECUCAO DA POLITICA DE FORMACAO E DESENVOLVIMENTO, PARTICIPANDO NO SEU FINANCIAMENTO;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
6.2-	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER DIRETAMENTE OU EM COOPERACAO COM O ESTADO, COM OS MUNICIPIOS DA SUA REGIAO E COM A UNIAO, PROCESSOS CONJUNTOS DE EDUCACAO PERMANENTE EM SAUDE;	Realiza	-
6.3-	TODO MUNICIPIO DEVE APOIAR E PROMOVER A APROXIMACAO DOS MOVIMENTOS DE EDUCACAO POPULAR EM SAUDE NA FORMACAO DOS PROFISSIONAIS DE SAUDE, EM CONSONANCIA COM AS NECESSIDADES SOCIAIS EM SAUDE;	Realiza	-
6.4-	TODO MUNICIPIO DEVE INCENTIVAR JUNTO A REDE DE ENSINO, NO AMBITO MUNICIPAL, A REALIZACAO DE ACOES EDUCATIVAS E DE CONHECIMENTO DO SUS;	Realiza	-
6.5-	ARTICULAR E COOPERAR COM A CONSTRUCAO E IMPLEMENTACAO DE INICIATIVAS POLITICAS E PRATICAS PARA A MUDANCA NA GRADUACAO DAS PROFISSOES DE SAUDE, DE ACORDO COM AS DIRETRIZES DO SUS;	Não se Aplica	-
6.6-	PROMOVER E ARTICULAR JUNTO AS ESCOLAS TECNICAS DE SAUDE UMA NOVA ORIENTACAO PARA A FORMACAO DE PROFISSIONAIS TECNICOS PARA O SUS, DIVERSIFICANDO OS CAMPOS DE APRENDIZAGEM.	Não Realiza	Data para realização 12/2011
	7 PARTICIPACAO E CONTROLE SOCIAL	**SITUACAO ATUAL**	**PRAZO PARA REALIZAR**
7.1-	TODO MUNICIPIO DEVE APOIAR O PROCESSO DE MOBILIZACAO SOCIAL E INSTITUCIONAL EM DEFESA DO SUS;	Não Realiza	Data para realização 12/2011
7.2-	TODO MUNICIPIO DEVE PROVER AS CONDICOES MATERIAIS, TECNICAS E ADMINISTRATIVAS NECESSARIAS AO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE, QUE DEVERA SER ORGANIZADO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLACAO VIGENTE;	Realiza	-
7.3-	TODO MUNICIPIO DEVE ORGANIZAR E PROVER AS CONDICOES NECESSARIAS A REALIZACAO DE CONFERENCIAS MUNICIPAIS DE SAUDE;	Realiza	-
7.4-	TODO MUNICIPIO DEVE ESTIMULAR O PROCESSO DE DISCUSSAO E CONTROLE SOCIAL NO ESPACO REGIONAL;	Realiza	-
7.5-	TODO MUNICIPIO DEVE PROMOVER ACOES DE INFORMACAO E CONHECIMENTO		

7.6-	APOIAR OS PROCESSOS DE EDUCACAO POPULAR EM SAUDE, COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA PARTICIPACAO SOCIAL NO SUS;	Realiza	-
7.7-	IMPLEMENTAR OUVIDORIA MUNICIPAL COM VISTAS AO FORTALECIMENTO DA GESTAO ESTRATEGICA DO SUS, CONFORME DIRETRIZES NACIONAIS.	Realiza	-

CLÁUSULA TERCEIRA

Suprimida em função da Portaria 91/GM de 10/01/2007 e Portaria 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007, sendo que os objetivos e metas prioritárias dos Pactos pela Vida e de Gestão, juntamente com os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão (cláusula quarta), passam a compor um anexo do Termo de Compromisso de Gestão, anexo este referente ao Relatório de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

CLÁUSULA QUARTA

Suprimida em função da Portaria 91/GM de 10/01/2007 e Portaria 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007, passando a compor, juntamente com os objetivos e metas prioritárias dos pactos pela Vida e de Gestão (cláusula terceira), um anexo do próprio Termo, referente ao Relatório de indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde.

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores, constantes como anexo deste Termo, serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Município ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Municipal de Saúde de **QUISSAMA** firma o presente Termo de Compromisso de Gestão,

Local e Data _____ , ____/ _____/ _____

Alexandra Moreira Carvalho Gomes
Secretaria Municipal de Saúde

Assinatura e identificação do Gestor Municipal

ANEXO C - Roteiro de Entrevista em Profundidade realizada em junho e julho de 2011

Esta entrevista tem como objetivo subsidiar análise da situação de saúde do município de Quissamã em virtude da assinatura do Pacto pela saúde no ano de 2010, para elaboração de uma dissertação de mestrado.

1) Nome, cargo, função, período;
2) Visão rápida sobre o Sistema Único de Saúde e se entender que o mesmo tem desafios a serem enfrentados citar os principais;
3) Como vê a saúde de Quissamã (a gestão) e se possível fazer um paralelo entre 2007 a 2010 e meados de 2010 a 2011;
4) O que sabe sobre o Pacto pela Saúde de 2006?
5) O município de Quissamã assinou o Pacto Pela Saúde em final de 2010. Em particular , como se deu o processo de assinatura do Termo de Compromisso de Gestão no município de Quissamã ? Motivos?Dificuldades? Mitos? Articulações políticas ? Cenário desfavorável?Insegurança? Dificuldades das áreas técnicas ?
6) O estado do Rio de janeiro segundo dados deste ano do CONASS tem 48 municípios que aderiram o Pacto pela Saúde,representando 52,17% ; No país esta porcentagem no universo de todos os 5565 (4.236 aderiram) municípios é de 76,12%. Como vê esta diferença de adesão do estado em relação ao país?
7) Visão sobre a regionalização e a regulação na região de saúde Norte
8) Visão geral da gestão da saúde no município de Quissamã considerando a regionalização e regulação de 2007 a 2010 e hoje.

ANEXO D - Questionário da Pesquisa Aplicada- usuários da saúde no município de Quissamã.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO EM UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE QUISSAMÃ

Esta pesquisa tem como objetivo subsidiar análise da situação de saúde do município de Quissamã em virtude da assinatura do Pacto da Saúde no ano de 2010, para a elaboração de uma dissertação de mestrado. Assim, trata-se de uma pesquisa de **INTERESSE ACADÊMICO**, portanto **SEM QUALQUER CUNHO POLÍTICO**.

Como está o serviço de saúde no município hoje?
(1) muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Muito Bom (N) não sei / prefiro não opinar

Em relação ao ano de 2010, o serviço de saúde do município:
(1) piorou muito (2) piorou pouco (3) não se alterou (4) melhorou pouco (5) melhorou muito (N) não sei / prefiro não opinar

Como o usuário vê as questões de saúde elencadas a seguir no seu município, principalmente com relação ao ano de 2010, quando foi assinado o pacto pela saúde num comparativo em relação ao ano de 2007?

Item	Avaliação Atribuir os valores de acordo com a escala de comparação: (1) piorou muito (2) piorou pouco (3) não se alterou (4) melhorou pouco (5) melhorou muito (N) não sei					
1. Acolhimento da pessoa idosa nas unidades de saúde	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
2. Dispensação e o acesso à Assistência Farmacêutica (prioridade p idoso, gestante e recém-nascido)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
3. Atenção domiciliar ao idoso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
4. Ampliação da cobertura do exame preventivo do câncer de útero	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
5 Ampliação e acesso ao exame de mamografia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
6. Assistência ao pré-natal com profissionais e exames adequados(inclusive com mais de 7 consultas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
7. Cuidados com o recém-nascido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
8. Atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue no município	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
9. Orientação e ações educativas por parte dos profissionais da saúde sobre a dengue e incentivo a hábitos saudáveis(atividade física, alimentação, combate ao tabagismo)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
10. Atenção básica e atendimento integral a família através da Unidade de Saúde da Família	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
11. Profissionais e infra-estrutura adequada ao atendimento e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde da Família.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
12. Acesso a exames	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
13. Acesso a consultas de especialidades	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)
14. Acesso a internação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(N)

Gênero: (1) feminino (2) masculino Nº de filhos: _____ Tem plano de saúde privado? (1) Não (2) Sim	Faixa etária: (1) até 20 (2) entre 21 e 35 (3) entre 36 e 50 (4) entre 51 e 60 (5) acima de 60	Estado Civil: (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) divorciado	Faixa de Renda (salários-mínimos): (1) até 1 SM (2) 1,1 a 2,0 SM (3) 2,1 a 3,0 SM (4) 3,1 a 4,0 SM (5) 4,1 a 5,0 SM (6) + de 5,0 SM	Escolaridade: (1) Ens. Fund..Inc. (2) Ens. Fund..Compl. (3) Ens. Médio Inc. (4) Ens. Médio Compl. (5) Ensino Superior Mora em Quissamã? (1) Não (2) Sim