



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Amanda Morais dos Santos

O Plano Municipal de Saúde: um estudo sobre o Plano Municipal de Saúde de Queimados e demais municípios da Baixada Fluminense

Rio de Janeiro

2013

Amanda Morais dos Santos

O Plano Municipal de Saúde: um estudo sobre o Plano Municipal de Saúde de Queimados e demais municípios da Baixada Fluminense

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

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Cristina França da Silva

Co-orientador: Prof. Dr. Roberto Parada

Rio de Janeiro
2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S237 Santos, Amanda Morais dos
O plano municipal de saúde: um estudo sobre o Plano Municipal de Saúde de Queimados e demais municípios da Baixada Fluminense / Amanda Morais dos Santos. – 2013.
85 f.

Orientadora: Tânia Cristina França da Silva.
Co-orientador: Roberto Parada.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde – Planejamento – Baixada Fluminense (RJ) - Teses. 2. Saúde – Planejamento – Queimados (RJ) - Teses. 3. Saúde pública – Teses. 4. Política de saúde – Teses. I. Silva, Tânia Cristina França da. II. Parada, Roberto. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 614(815.3)

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

Assinatura

Data

Amanda Morais dos Santos

O Plano Municipal de Saúde: um estudo sobre o Plano Municipal de Saúde de Queimados e demais municípios da Baixada Fluminense

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

Aprovada em 28 de Novembro de 2013.

Orientadora: Prof^a. Dra. Tânia Cristina França da Silva
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Roberto Parada
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a. Dra. Marismar Horsth De Seta
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

A meus pais, Armando e Dilcéa; a meus filhos, Lucas e Letícia; ao meu amado companheiro, Carlos Henrique, pessoas essenciais a minha vida, que me incentivam, me apoiam e vibram comigo a cada nova conquista. A minha amada família e meus amigos, exemplos de força, determinação, superação, me ensinando a cada dia que jamais devemos desistir.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, ser supremo, companhia constante em minha vida, pelo sustento diário, pela fé, força e auxílio em minha caminhada. Tenho a certeza de que sem ele, sem a fé que está presente em todos os dias de minha vida, eu nada poderia realizar.

À minha orientadora e professora, Tânia Cristina, pelo apoio durante todo o percurso do mestrado e pelos valiosos ensinamentos.

Ao meu mestre e co-orientador, Dr. Roberto Parada, pela confiança, dedicação, pelo acompanhamento desta dissertação, ensinamentos e compreensão das minhas limitações. Muito obrigada pelo incentivo e pelas chamadas de atenção quando me sentia desestimulada, pela assistência na dissertação e pela força nos momentos mais difíceis nas últimas etapas do mestrado.

Às amigas Ana Ilza e Maria Betania, pela amizade, companheirismo e incansável apoio durante o período do mestrado. Conviveram com meus momentos de intolerância, mau humor, cansaço, mas com sua eterna dedicação, compreensão, estiveram sempre ao meu lado dispostas a me ajudarem, com palavras de ânimo, incentivo e foram essenciais durante este processo da minha vida.

As amigas Nádia, Elaine e Rosana, pelo carinho, apoio, conversas e risadas que me ajudaram a seguir em frente.

Ao amigo Claudenir, pelo apoio e incentivo em todas as etapas deste processo.

Aos professores e colegas de turma do IMS, pelo convívio e aprendizado.

Às meninas da Secretaria do IMS, que sempre me atenderam com prontidão e carinho.

Ao meu amado companheiro, Carlos Henrique, pelo amor, atenção e compreensão destes momentos decisivos na construção e elaboração da dissertação e por ser também meu anjo da guarda em informática, sempre atento aos arquivos do *pendrive* e notebook, salvando todas as memórias desta dissertação.

Assim, deixo registrada minha gratidão a todos citados e os também não citados, que contribuíram para realização de mais uma etapa de minha vida na confecção deste trabalho.

É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar; é melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver.

Martin Luther King

RESUMO

SANTOS, Amanda Morais dos. *O Plano Municipal de Saúde: um estudo sobre o Plano Municipal de Saúde de Queimados e demais municípios da Baixada Fluminense*. 2013. 85f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O estudo tem por objetivo conhecer a realidade do planejamento de saúde do município de Queimados e da Baixada Fluminense, enfatizando a análise dos Planos Municipais de Saúde, identificando sobretudo em que bases o planejamento do município e da Baixada Fluminense foi estruturado. A metodologia foi realizada através de revisão bibliográfica, sites oficiais do Ministério da Saúde e análise dos Planos Municipais de Saúde da Baixada Fluminense, com vigência nos anos 2010-2013. A análise dos Planos Municipais de Saúde busca identificar as peculiaridades existentes, as características específicas de cada plano, a regionalização da rede de saúde e os instrumentos legais que norteiam sua elaboração. O resultado do estudo aponta que os planos são instrumentos de gestão elaborados pelos municípios no cumprimento da legislação e não são monitorados e acompanhados pela equipe municipal e pelos órgãos fiscalizadores. Assim, destaca-se a importância do tema na condução e perspectiva de melhorias nos processos de estruturação e organização das políticas públicas de saúde em âmbito municipal e regional.

Palavras-chave: Planejamento. Plano Municipal de Saúde. Regionalização. Rede. Baixada Fluminense.

ABSTRACT

SANTOS, Amanda Moraes dos. *The Municipal Health Plan: a study on the municipal health plan of Queimados and another municipality the Baixada Fluminense*, 2013. 85f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The study aims to understand the reality of health planning in the municipality of Queimados and the Baixada Fluminense, in the State of Rio de Janeiro, Brazil, emphasizing the analysis of Municipal Health Plans, identifying in particular the bases on which the planning was structured. The methodology was carried out through literature review, official sites of the Ministry of Health and analysis of Municipal Health Plans of Baixada Fluminense, effective in the years 2010-2013. The analysis of Municipal Health Plans seeks to identify existing peculiarities, the specific features of each plan, the regionalization of the health care system and the legal instruments that guide their development. The result of the study indicates that plans are management tools developed by municipalities in compliance with legislation and are not monitored or accompanied by the municipal staff and inspectors. Thus, we highlight the importance of this issue in the perspective of improvement in the processes of structuring and organization of public health policies at the municipal and regional levels.

Keywords: Planning. Municipal Health Plan. Regionalization. Network.
Baixada Fluminense.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Mapa dos municípios integrantes da Baixada Fluminense	35
Gráfico 1 –	População saúde suplementar x População SUS da Baixada Fluminense, 2012	37
Gráfico 2 –	Mortalidade por residentes na Baixada Fluminense, 2011	39
Gráfico 3 –	Morbidade hospitalar por residentes na Baixada Fluminense, 2012	40
Figura 2 –	Mapa da Região Metropolitana 1	49
Gráfico 4 –	Crescimento populacional de Queimados, 2000-2012	52
Gráfico 5 –	Pirâmide etária do município de Queimados, 2012	54
Gráfico 6 –	População SUS x população saúde suplementar por sexo em Queimados, 2012	56
Gráfico 7 –	Marcações por especialidade infantil/adolescentes no SISREG em Queimados, 2013	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Adesão dos municípios da Baixada Fluminense ao Pacto pela Saúde	26
Quadro 2 –	Principais regulamentações do SUS	34
Quadro 3 –	Estabelecimentos públicos de saúde no CNES de Queimados, 2013	63
Quadro 4 –	Estabelecimentos privados no CNES de Queimados, 2013	64
Quadro 5 –	Situação dos Planos Municipais de Saúde da Baixada Fluminense	75
Quadro 6 –	Disponibilidade dos Planos Municipais de Saúde	76
Quadro 7 –	Análise dos Planos Municipais de Saúde por município da Baixada Fluminense	77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	População estimada da Baixada Fluminense segundo sexo e crescimento populacional, 2012	37
Tabela 2 –	Índice de Desenvolvimento Humano da Baixada Fluminense, 2012	38
Tabela 3 –	Internações por causa externa na Baixada Fluminense x Estado do Rio de Janeiro, 2012	41
Tabela 4 –	Tipo e quantitativo de Unidades de saúde por município da Baixada Fluminense	43
Tabela 5 –	Tipo de prestador por municípios da Baixada Fluminense, 2013	44
Tabela 6 –	Cobertura de Estratégia de Saúde da Família na Baixada Fluminense, 2013	45
Tabela 7–	Ofertas de leitos por município na Baixada Fluminense, 2013	47
Tabela 8 –	População residente de Queimados por faixa etária e sexo, 2012	53
Tabela 9 –	População beneficiária de saúde suplementar por sexo e faixa etária, 2012	55
Tabela 10 –	Nascidos vivos por tipo de parto residentes em Queimados, 2011	57
Tabela 11 –	Morbidade hospitalar por sexo em Queimados, 2012	58
Tabela 12 –	Mortalidade geral de residente por sexo em Queimados, 2011	59
Tabela 13 –	Mortalidade infantil por faixa etária e capítulo CID-10 em Queimados, 2011	60
Tabela 14 –	Serviços de saúde públicos x privados em Queimados, 2013	62
Tabela 15 –	Leitos SUS e não SUS por especialidades no CNES em Queimados, 2012	66

Tabela 16 –	Procedimentos ambulatoriais de média complexidade em Queimados, 2012	68
Tabela 17 –	Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade em Queimados, 2012.....	70
Tabela 18 –	Marcações por especialidades em adultos no SISREG, Queimados, 2013	71
Tabela 19 –	Encaminhamentos de consultas cirúrgicas no SISREG, Queimados, 2013	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISBAF	Comissão de Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ações Públicas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM	Gabinete Ministério
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretriz Orçamentária
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOBS	Norma Operacional Básica de saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PES	Plano Estratégico Situacional
PESB	Programa Especial de Saúde na Baixada
PIB	Produto Interno Bruto

PMS	Plano Municipal de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento
PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório de Gestão
RT	Residência Terapêutica
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do Sistema Único de Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SISREG	Sistema de Regulação
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCGM	Termo de Compromisso de Gestão Municipal

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	16
1	BREVE HISTÓRICO DO SUS	19
2	PLANEJAMENTO	22
2.1	Planejamento no SUS	23
2.2	Instrumentos do Planejamento no SUS	24
2.3	Pacto pela Saúde	25
2.4	Decreto nº 7.508/2011 – Regulamentação da Lei nº 8.080/1990	27
2.5	Contrato Organizativo de Ação Pública	27
2.6	Lei complementar nº 141/2012	28
2.7	Espaços de negociação	28
2.7.1	<u>Conselho Municipal de Saúde</u>	28
2.7.2	<u>Colegiado de Gestão Regional</u>	31
2.7.3	<u>Comissão de Intergestores Regional</u>	31
2.7.4	<u>Comissão de Intergestores Bipartite</u>	30
2.7.5	<u>Comissão Intergestores Tripartite</u>	30
2.7.6	<u>Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense</u>	32
2.8	Planejamento na Baixada Fluminense	33
3	BAIXADA FLUMINENSE	35
3.1	Índice de Desenvolvimento Humano	38
3.2	Perfil epidemiológico	39
3.3	Rede de saúde na Baixada Fluminense	42
4	O MUNICÍPIO DE QUEIMADOS E O PLANEJAMENTO NA SAÚDE	48
4.1	Histórico do município	48
4.2	Localização do município	49
4.3	Formação administrativa	49
4.4	Gestão municipal	50
4.5	Perfil socioeconômico	50

4.6	Perfil demográfico	51
4.7	População beneficiária de saúde suplementar de Queimados	54
4.8	Perfil epidemiológico	56
4.8.1	<u>Taxa de nascidos vivos</u>	56
4.8.2	<u>Morbidade hospitalar geral</u>	57
4.8.3	<u>Mortalidade geral</u>	59
4.8.4	<u>Mortalidade infantil</u>	60
4.9	Capacidade instalada da rede de saúde de Queimados	61
4.10	Necessidades dos serviços de saúde de Queimados ..	67
4.11	Plano Municipal de Saúde em Queimados	74
5	ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DA BAIXADA FLUMINENSE	75
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS	83

INTRODUÇÃO

O interesse em estudar a construção do planejamento no município de Queimados se deu a partir do sentimento da fragilidade e falta de *expertise* sobre o tema no município e na região. Constatou-se que não existe um histórico ou memória do ato de planejar, de estabelecer a prática do uso dos instrumentos de Planejamento, o que muito dificulta a inserção dessa prática no âmbito da gestão.

Em 2009, na busca por informações necessárias para o diagnóstico do perfil epidemiológico, para a elaboração do 1º Plano Municipal de Saúde de Queimados, identificou-se o que se poderia considerar a primeira dificuldade técnica, uma vez que o setor de epidemiologia municipal não dispunha dos sistemas de informações formais, como SINAN (Sistema de Informação de Notificações e Agravos) e SIM (Sistema de Informações de Mortalidade). O único sistema disponível era o SINASC (Sistema de Informação de Nascidos Vivos), razão pela qual foram utilizados o SINAN Estadual e o DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde).

A construção do referido plano teve a participação do secretário municipal de Saúde, de sua equipe técnica, bem como do Conselho Municipal de Saúde e sociedade civil organizada,¹ com destaque para a adequação das diretrizes nacionais que iriam compor e dar formato ao plano, com vigência de quatro anos (2010-2013), de acordo com a realidade local.

Ao longo da pesquisa, verificou-se a necessidade de analisar os Planos Municipais de Saúde da Baixada Fluminense na perspectiva de identificar as peculiaridades e características próprias existentes entre os mesmos. Entretanto, no conteúdo dos planos não se observam os limites de atuação dos serviços de saúde dentro do espaço territorial do município, o que impossibilita a definição e quantificação das ações necessárias a serem realizadas em outro município ou regionalmente, não tendo, portanto, a clareza do que se deve complementar em outros locais.

¹ Sociedade Civil Organizada: Associação de Moradores do Campo da Banha, Associação de Moradores do São Roque, Igreja Católica N. Srª da Conceição, Igreja Católica São Francisco de Assis, APAE, sindicatos locais, SINTRASEF, ONGs, profissionais de saúde, técnicos e coordenadores de gestão

Tal constatação indicou a necessidade de estudar o tema do planejamento local e de estabelecer parcerias no município de Queimados e nos municípios da Baixada Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro. Assim, este estudo apresenta, como um de seus objetivos centrais, a prática do ato de planejar como suporte para o desenvolvimento das ações de saúde.

O objetivo geral desta dissertação é estudar o cenário atual do planejamento de saúde no município de Queimados, com ênfase na análise do Plano de Saúde local e da Baixada Fluminense. Seus objetivos específicos são:

- analisar o cenário atual da gestão em planejamento no município de Queimados e na Baixada Fluminense;
- identificar os serviços de saúde do município de Queimados e da Baixada Fluminense;
- analisar os Planos Municipais de Saúde do município de Queimados e da Baixada Fluminense.

A metodologia utilizada para elaboração desta dissertação foi a pesquisa bibliográfica, pesquisa em sites oficiais do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e análise documental, através dos Planos Municipais de Saúde das Prefeituras da Baixada Fluminense disponibilizados.

Cabe esclarecer que foi necessário aguardar oito meses para que os Planos Municipais de Saúde para realização do estudo fossem disponibilizados; mesmo assim, não foi possível obter os planos dos municípios de Magé e Nilópolis. Assim, o presente trabalho pretende contribuir para a discussão sobre a elaboração dos instrumentos de gestão do SUS no município e na região. Sua construção foi fruto da teoria do processo de preparação do Plano Municipal de Saúde no município de Queimados-RJ, comparando-o com os demais municípios da Baixada Fluminense.

A dissertação se divide em sete partes: na primeira, encontram-se a Introdução, onde são apresentadas as motivações para o estudo deste tema, que se deu a partir da fragilidade e da ausência da memória do ato contínuo de planejar nos municípios, e o curto roteiro metodológico, o qual possibilitou percorrer os caminhos desta dissertação. A segunda parte apresenta um breve histórico do SUS, descrevendo os principais pontos da promulgação da Constituição Federal. Na terceira, discute-se o conceito do Planejamento, abordando o planejamento no SUS, os instrumentos do PlanejaSUS, as legislações que preconizam o planejamento, o

Pacto pela Saúde, contrato organizativo de ações públicas, os espaços de negociações e o planejamento regional.

Em seguida, a quarta parte descreve o histórico da Baixada Fluminense, suas características sociodemográficas e epidemiológicas, e apresenta-se sua rede de saúde. A quinta parte apresenta o município de Queimados, com sua história, aspectos socioeconômicos, epidemiológicos, a capacidade instalada de sua rede de saúde, as necessidades dos serviços de saúde, bem como ocorreu o processo de construção do planejamento do Plano Municipal de Saúde do município.

Na sexta parte, este estudo adentra no processo de análise e comparação dos Planos Municipais de Saúde da Baixada Fluminense e do município de Queimados, e por último, a título de considerações finais, indica-se que os planos tiveram participação direta de diferentes atores na elaboração de suas políticas públicas de saúde e são meros instrumentos formais no cumprimento da legislação vigente.

1 BREVE HISTÓRICO DO SUS

A política de saúde, até os anos 1980, era fragmentada e faltava integração entre as redes de atenção das três esferas de governo, que atuavam isoladamente.

Entretanto, parte das reformas que vieram a originar a ideia do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início antes da Constituição Federal de 1988, com a inclusão das diretrizes de universalização, da priorização da saúde preventiva e de ações de coordenação entre as esferas de governo na prestação dos serviços de saúde, resultante do processo histórico desde as Ações Integradas de Saúde (AIS), implementada entre 1983 e 1986, e o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), criado em 1987 (LUCCHESI, 1996).

Em 1986, A 8ª Conferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p. 53).

As diretrizes para implementação de um novo sistema de saúde, previstas na Constituição Federal, tiveram início na década de 1990, definindo a estrutura de um sistema único e descentralizado com dificuldades a serem enfrentadas geradas pela estrutura federativa. Segundo João Carlos Magalhães (2008), com a Constituição Federal de 1988, os municípios passaram a ser considerados entes federativos e a desempenhar papel mais relevante na administração pública brasileira. Em decorrência, os municípios receberam extenso e detalhado tratamento constitucional, com competências privativas ou em colaboração com os estados e a União. Nessa linha de autonomia, a Constituição de 1988 atribuiu aos municípios competências tributárias próprias e participações no produto da arrecadação de impostos da União e dos estados. Em contrapartida, foi ampliada a esfera de obrigações dos municípios na prestação de serviços públicos essenciais.

A promulgação da Lei nº 8.080/1990 originou a implantação do SUS, definindo o papel das três esferas de governo e estabelecendo um processo de reorientação das ações de saúde, na qual se destacam duas diretrizes na Constituição Federal: a descentralização das ações de saúde para os municípios e participação social.

A descentralização dos serviços de saúde foi uma das diretrizes da Constituição na instituição das políticas públicas de saúde, que não se converteram automaticamente nos territórios. E com isto, o Ministério da Saúde teve que arcar com o financiamento e regulação das ações de saúde, fortalecendo os estados e municípios para que as políticas públicas de saúde se concretizassem. Após a promulgação da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, teve destaque a importância da participação social, artigo que havia sido vetado na Lei nº 8.080/990.

O período de implantação do SUS também foi marcado por várias Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOBS), Normas de Assistência à Saúde (NOAS), Pacto pela Saúde e, finalmente, pelo Decreto-Lei nº 7.508/2011, na busca de aperfeiçoamento da organização e estruturação do sistema.

O SUS organiza os serviços de saúde nas três instâncias governamentais, mas sua implantação tem apresentado dificuldades relacionadas a seu financiamento, eficiência administrativa, na grande maioria dos municípios, alguns deles de emancipação muito recente – por exemplo, pode-se citar o município de Queimados, emancipado em 11 de dezembro de 1990.

Cabe destacar que o SUS é uma política de saúde que inclui toda população, independentemente de sexo, idade ou classe social. Antes do SUS, a população era dividida desigualmente entre os que tinham uma ocupação formal e acessavam os serviços da previdência, e os que não possuíam e eram tratados nas estruturas dos serviços de saúde prestados por alguns municípios mais antigos e pelo Estado, que possuía centros e postos de saúde localizados nos municípios e nos distritos considerados sedes. O atendimento voltado para a assistência curativa era realizado nos municípios através dos PAMs, da rede contratada e conveniada ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), pelas entidades filantrópicas e Santas Casas de Misericórdia. (PARADA, 2002).

O Ministério da Saúde cuidava da prevenção e o Ministério da Previdência da assistência curativa; não existiam secretarias de Saúde em todos os municípios e em alguns deles a responsabilidade formal estava alocada a departamentos

subordinados, frequentemente à Secretaria de Educação. Os municípios de Duque de Caxias e de Nilópolis, na Baixada Fluminense, eram os únicos que tinham organização mais complexa, com desenho de modelo assistencial diferenciado da maioria dos outros municípios (PARADA, 2002).

Muitos municípios prestavam assistência de saúde de forma deficitária e insuficiente, e suas ações de saúde eram realizadas apenas com campanhas de prevenção e pequenos postos de saúde mantidos pelo estado. Entretanto, mesmo com as dificuldades na sua implementação, o SUS tem sido capaz de instituir um sistema público de saúde com resultados importantes para a população.

O período de Promulgação da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990 caracterizou um *boom* na emancipação de vários distritos, tornando-os municípios e refletindo no novo sistema de saúde, composto por municípios mais antigos e pelos recém-emancipados.

A municipalização da saúde na região da Baixada Fluminense aconteceu concomitantemente à emancipação dos municípios de Belford Roxo, Queimados, Japeri e, por último, Mesquita, tornando-os independentes do município de Nova Iguaçu. Na mesma ocasião, Seropédica tornou-se independente do município de Itaguaí.

Assim, os municípios foram se estruturando de acordo com as normas operacionais indutoras com apoio e financiamento do Governo Federal, na perspectiva da organização de sua estrutura física e operacional e na construção de novas unidades de saúde.

2 PLANEJAMENTO

De acordo com a enciclopédia livre Wikipédia, “planejamento” é um instrumento administrativo que possibilita perceber a realidade, avaliar os caminhos, construir um referencial futuro, estruturando o trâmite adequado e reavaliar todo o processo a que o planejamento se destina. É, portanto, o lado racional da ação. Trata-se de um processo de deliberação abstrato e explícito que escolhe e organiza ações, antecipando os resultados esperados (Wikipédia, acesso em 05 nov 2013).

Os setores públicos e privados de todas as áreas utilizam no seu cotidiano o planejamento, definindo, organizando as ações e os resultados a serem alcançados. Segundo Vilas Bôas (2004), pode-se afirmar que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana; ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação.

O planejamento das ações de saúde apareceu em consequência do processo de trabalho, dada a necessidade de enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população. Por este lado, a prática do planejamento já se fazia presente com a realização das campanhas sanitárias e dos programas de controle de doenças. Portanto, como afirma Chorny (1998, p. 13_), extraído do caderno 2 da Série Cadernos de Planejamento p.13). “[planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro]”.

Segundo Matus (1970), o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi idealizado, a partir de sua vivência como ministro da Economia do governo Allende, durante os anos em foi preso político da ditadura militar do Chile, no período de 1970-73, e da análise de outras experiências de planejamento normativo ou tradicional na América Latina cujos fracassos e limites instigaram um profundo questionamento sobre os enfoques e métodos utilizados.

O enfoque do PES (MATUS, 1993, 1994a, 1994b) surgiu, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente

adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Esse enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados, e o poder se encontra compartilhado – ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

No planejamento cabe destacar que, mesmo a partir de um campo ou setor específico, os problemas são abordados em diversas dimensões – política, econômica, social, cultural, etc. – e em sua diversidade, seus motivos não se restringem ao interior de uma área específica. Muitas vezes suas soluções dependem de recursos extrasetoriais e da interação dos diversos setores e atores envolvidos na situação.

2.1 Planejamento no SUS

Através do Sistema do Planejamento do SUS, busca-se um desempenho contínuo, articulado, integrado e solidário das três esferas de governo que determina informações e características para sua operacionalização, visando dotar os gestores, de forma oportuna das especificidades de cada esfera de direção, do que necessitam para oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Trata-se então de uma ferramenta estratégica de gestão, que tem o intuito de observar os princípios e o cumprimento das diretrizes operacionais que norteiam o SUS.

Na Saúde, a partir da Lei nº 8.080/1990, até o atual Decreto-Lei nº 7.508/2011, a gestão municipal vem utilizando os instrumentos normativos e orientadores para aperfeiçoamento do ato de planejar.

Os debates nas câmaras técnicas e fóruns decisórios Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), Comissão de Intergestores Estaduais (CIB), Comissão de Intergestores Regionais (CIR), Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense (CISBAF) e Conselho Municipal de Saúde (CMS), em concomitância com a publicação de decretos,

portarias, normas operacionais, buscam vencer os obstáculos, na organização territorial das políticas públicas de saúde, que se diferenciam tendo em vista a grande diversidade e desigualdade inter-regional e intrarregional.

Com isto, o planejamento em saúde vem sendo instituído em nível local e regionalmente, conservando as diferenças e realidades históricas da utilização das ferramentas para elaboração dos planos e projetos municipais e regionais.

2.2 Instrumentos do planejamento do SUS

A Portaria nº. 3.085, de 01 de dezembro de 2006, regulamenta o planejamento do SUS e define seus instrumentos básicos. Para que as propostas elaboradas no planejamento se concretizem e suas ações sejam alcançadas, é preciso disponibilizar recursos materiais (financeiros).

Através dessa portaria, o planejamento instituiu os seguintes instrumentos básicos de gestão (BRASIL, 2007b):

- **Plano de Saúde (PS)** – instrumento de análise epidemiológica e situacional que apresenta as metas, ações e resultados a serem alcançados no período de quatro anos de governo, tendo seu início de vigência no segundo ano do governo e término ao primeiro ano do governo eleito. É importante dizer que o plano é elaborado com participação dos gestores de saúde, profissionais de saúde, equipe técnica e participação do Conselho Municipal de Saúde. O plano deverá exprimir as políticas públicas, as pactuações, os compromissos e prioridades de saúde do município, estado ou União.
- **Programação Anual de Saúde (PAS)** – instrumento que contempla as ações contidas no Plano de Municipal de Saúde, contendo propostas financeiras para metas e ações e deve ter correlação com o Relatório Anual de Gestão.
- **Relatório Anual de Gestão (RAG)** - instrumento que consolida todas as ações realizadas e resultados alcançados pelo governo, e que deve estar em consonância com a execução da PAS. O RAG deverá ser digitado em um programa *online* denominado Sistema de apoio ao relatório de Gestão do Sistema Único de Saúde (SARGSUS).

Os instrumentos de gestão citados deverão ser apresentados e aprovados pelo Conselho de Saúde, podendo sofrer alterações de acordo com as necessidades que surjam durante o decorrer dos anos.

Cabe ressaltar que as ferramentas de gestão do planejamento devem estar em consonância com o Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Leis Orçamentárias Anual (LOA), instrumentos próprios de cada nível de gestão, conservando a uniformidade de objetivos, diretrizes e metas.

2.3 Pacto pela Saúde

Firmado em fevereiro de 2006 pelo Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS) e de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o Pacto pela Saúde apresentou uma resposta a várias dificuldades e problemas que ocorriam nos entes federativos na execução e prestação dos serviços de saúde.

O Pacto pela Saúde foi um acordo assumido entre os gestores dos entes federativos com o objetivo de elaborar novas estratégias na gestão, envolvendo a mobilização social, o movimento em defesa do SUS e as novas formas de financiamento do sistema com o propósito de avançar na consolidação do SUS.

Tratou-se de um conjunto de propostas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), com a finalidade de promover novos processos e instrumentos de gestão, e apresentou como propósito alcançar maior eficiência e qualidade do sistema de saúde. A adesão dos municípios, estados e União era realizada pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que estabeleceu metas e compromissos para cada ente da federação.

O TGC redefiniu os eixos das responsabilidades sanitárias e atribuições de cada esfera de governo, estabelecendo metas e prioridades dispostas por eixo para seus integrantes, incluindo e reforçando várias políticas de atenção à saúde.

O financiamento no Pacto foi estruturado em seis blocos e novas categorias de repasses fundo a fundo, que foram definidas em: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e investimentos do SUS. Era realizado através da adesão entre os gestores

firmando um compromisso que possibilitaria mudanças significativas nas normativas do SUS em três dimensões: Pacto pela Vida (definia os compromissos sanitários em objetivos e metas), Pacto em Defesa do SUS (visava à Mobilização Social do SUS) e Pacto de Gestão (fortalecia a gestão compartilhada e solidária do SUS).

Quanto à adesão dos municípios da Baixada Fluminense ao Pacto pela Saúde, o quadro a seguir apresenta a situação de cada ente federado de acordo com o site da Secretaria de Estado de Saúde.

Quadro 1 - Adesão dos municípios da Baixada Fluminense ao Pacto de Saúde

Situação dos municípios da Baixada Fluminense em relação a Adesão ao Pacto pela Saúde			
Região de saúde	Município	Deliberação	Portaria
Metropolitana 1	Belford Roxo	Deliberação nº 738 de 08/10/2009	Portaria nº de 2.725 de 11/11/2009
	Duque de Caxias	Deliberação nº 706 de 13/08/2009	Portaria nº de 2.725 de 06/10/2009
	Itaguaí	Deliberação CIB nº 1.274 de 15/04/2011	Portaria nº de 1.093 de 12/05/2011
	Japeri	xxxxxxx	xxxxxxx
	Magé	Deliberação nº 793 de 03/12/2009	Portaria nº de 03 de 04/01/2010
	Mesquita	Deliberação nº 464 de 17/04/2008	Portaria nº de 408 de 02/03/2009
	Nilópolis	Deliberação CIB nº 706 de 13/08/2009	Portaria nº de 2.347 de 06/10/2009
	Nova Iguaçu	Deliberação nº 399 de 08/11/2007	Portaria nº de 13 de 08/01/2008
	Queimados	Deliberação CIB nº 1.251 de 17/03/2011	Portaria nº de 1.093 de 12/05/2011
	São João de Meriti	xxxxxxx	xxxxxxx
	Seropédica	Deliberação nº 568 de 13/11/2008	Portaria nº de 1.184 de 04/06/2009

Fonte: SES site consultado em 14-10-2013 às 23:25

Conforme apresentado no quadro 1, nove municípios aderiram ao Pacto pela Saúde, com exceção de Japeri e São João de Meriti, que permaneceram habilitados em Gestão da Atenção Básica e Gestão Plena, respectivamente.

2.4 Decreto-Lei nº 7.508/2011 - Regulamentação da Lei nº 8.080/1990

A publicação no Diário Oficial da União, em 29 de junho de 2011, do Decreto Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011, teve a finalidade de adequar a estruturação organizativa do SUS e articular os entes federados. A proposta deste novo modelo de estrutura organizacional possibilitou uma segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federados para que o munícipe pudesse conhecer as ações e serviços de saúde ofertados na sua região de saúde, assim como fora de seu território, possibilitando maior controle social.

A regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), através do Decreto-Lei nº 7.508/2011, permitiu que o Ministério Público e o Poder Judiciário identificassem as ações e responsabilidades (competências e atribuições) dos entes federativos nas redes de atenção à saúde.

2.5 Contrato Organizativo de Ações Públicas

O Contrato Organizativo de Ações Públicas (COAP) é um contrato firmado entre os entes federativos, na esfera regional, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população, com a estruturação, organização, agregação e complementação das ações e serviços de saúde na região.

O contrato atende às responsabilidades individuais e solidárias pactuadas pelos entes federativos em relação à Região de Saúde e são definidas em quatro partes, a saber: organizativas; executivas – onde são explicitadas as metas regionais e os indicadores; orçamentárias e financeiras; e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria.

Este novo modelo tem como objetivo que os municípios realizem a contratualização dos seus serviços através de metas quantitativas e qualitativas. Trata-se de outro formato de gestão organizacional para a rede regionalizada, sem padronização formal e definida para a contratualização das ações e serviços de saúde.

2.6 Lei complementar nº 141/2012

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal e, conseqüentemente, a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, quando define os recursos mínimos a serem aplicados na saúde pelos entes federados.

Esta lei define os critérios de distribuição, aplicabilidade dos repasses financeiros, as normas de fiscalização, avaliação e controle estabelecendo prazos para elaboração e cumprimentos dos instrumentos de gestão.

2.7 Espaços de negociação

Os espaços de negociação têm como objetivo adequar, propor, discutir, pactuar as políticas públicas de saúde entre os gestores da região. Esses espaços oferecem a possibilidade de lidar com os conflitos, regulando e estabelecendo normas para acordos possíveis.

As estruturas de negociação foram criadas para discutir e estabelecer decisões nas articulações políticas no âmbito municipal e regional.

2.7.1. Conselho Municipal de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi o primeiro fórum de negociação instituído pela Lei nº 8.142/1990 no âmbito municipal. Trata-se de um órgão normativo e deliberativo atuando na elaboração de estratégias e na execução do controle ações de saúde. São constituídos por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e sociedade civil organizada.

2.7.2 Colegiado de Gestão Regional

O Pacto pela Saúde fortalece a estruturação do processo de regionalização e apresenta como proposta a flexibilidade de estados e municípios se adequarem de acordo as características locais. As estruturas criadas pelo pacto têm o intuito de qualificar o processo de regionalização no SUS, viabilizando a ação cooperativa dos gestores nas regiões de saúde, constituindo um espaço de governança em âmbito regional.

O Colegiado de Gestão Regional (CGR) tem como objetivo ser um espaço de discussão, articulação, decisão, de acordo com a identificação, definição de prioridades estabelecendo soluções, pactuações, organizando as ações e serviços de atenção a saúde integrada da rede regional.

A área de abrangência do CGR da Região de Saúde Metropolitana I compreende os seguintes municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica.

2.7.3 Comissão de Intergestores Regional

O Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, substituiu a terminologia do CGR para CIR (Comissão de Intergestores Regional).

A CIR atua elaboração dos métodos de identificação dos problemas, das necessidades e da organização da saúde regional, possibilitando a elaboração de estratégias e planos regionais de saúde que auxiliarão no enfrentamento dos

problemas identificados em nível regional, considerando as especificidades de cada localidade. Assim, pode ser considerada uma instância de decisões importantes para a garantia da governabilidade regional, pois é neste colegiado que os municípios, juntamente com o estado, apresentam e discutem suas necessidades de saúde, organização e financiamento da região.

As reuniões da CIR no âmbito da região Metropolitana 1 do Estado do Rio de Janeiro são realizadas em espaços alternados nos municípios que a integram. Seus participantes são técnicos e gestores municipais, que atuam nos debates, na elaboração de propostas e decisões em nível regional.

2.7.4 Comissão de Intergestores Bipartite

As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) foram instituídas no âmbito estadual, com a publicação da NOB 93, que tem formação paritária e são compostas por representantes indicados pelo Secretário de Estado de Saúde e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). De acordo com a NOB 93, a CIB é um colegiado de negociações e decisões, considerando as diretrizes do SUS e tendo com relevância a descentralização no âmbito estadual.

Levcovitz, Lima & Machado (2011) ressaltam que, com a criação das CIB, a coordenação do processo de descentralização nos estados não se constitui como atribuição exclusiva do governo estadual, já que em sua composição é prevista a participação da representação municipal, a qual, em conjunto com o estado, é responsável por decisões de natureza alocativa, distributiva e operativa de serviços de saúde.

A norma do plenário da CIB é definida considerando as características específicas de cada estado que são compostos por membros titulares e suplentes da Secretaria Estadual de Saúde e do COSEMS. Após as propostas serem discutidas na CIB, são encaminhadas para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

2.7.5 Comissão Intergestores Tripartite

A Portaria Ministerial nº 1.180, de julho de 1991, de âmbito nacional, está em conformidade com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde.

A constituição da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é paritária, sendo formada por membros dos representantes do Ministério da Saúde, dos Secretários Estaduais de Saúde e dos Secretários Municipais de Saúde, indicados, respectivamente, por CONASS e CONASEMS.

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008, p. 450):

[...] ao longo da década de 90, a CIT se consolidou como canal importante de debate sobre temas relevantes, promovendo a participação de estados e municípios na formulação da política nacional de saúde e incentivando a interação permanente entre gestores do SUS das diversas esferas de governo e unidades da federação. A dinâmica de funcionamento dessa instância de negociação tem possibilitado o reconhecimento das demandas e conflitos comuns aos três níveis de governo no que tange à implementação das diretrizes nacionais, favorecendo a construção de acordos governamentais e o amadurecimento político dos gestores do SUS.

A CIT é um espaço de articulação, negociação e pactuação entre os gestores de saúde das três esferas de governo, para proporem, definirem e executarem as políticas públicas de saúde no âmbito do Governo Federal.

O Plenário da CIT é composto por 21 membros sendo sete do Ministério da Saúde (MS), quais sejam: os titulares das Secretarias; sete do CONASS e sete do CONASEMS.

Os objetivos da CIT e CIB são os mesmos, respectivamente, no âmbito nacional e estadual:

- resolver aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS considerando os planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- definir diretrizes de organização e integração das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à governança institucional;
- fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferências e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde.

2.7.6 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense

O conjunto de 11 municípios (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica) integrantes da Região Metropolitana 1 do Estado do Rio de Janeiro, com exceção do município da capital, o Rio de Janeiro, compõem o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF).

O consórcio é um espaço de articulação entre os gestores para discutirem problemas comuns, apresentarem soluções, elaborarem projetos regionais e captação de recursos de investimento para as rede de saúde da Baixada Fluminense.

Em 2009, de acordo com a Lei nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 6.017/2007, o CISBAF passou a ser um consórcio público com personalidade jurídica de direito público. Tinha como missão captar recursos com o propósito de promover investimentos regionais, buscar inovações na gestão da saúde, reestruturar a Rede Regional de Saúde e capacitar recursos humanos gestores da saúde, gerentes e profissionais de saúde.

Atualmente os cerca de 3,5 milhões de habitantes da Baixada Fluminense tornam o CISBAF o maior consórcio de saúde do Brasil em termos de população abrangida.

O consórcio já desenvolvia o papel de articulador na região desde 2000, antes mesmo da criação do CGR (2006), atualmente CIR (2011). Esse perfil de atuação semelhante ao da CIR e vem produzindo papéis por vezes conflitantes.

É importante assinalar que no CISBAF há presença de decisões políticas dos prefeitos e secretários de saúde, ao passo que a CIR, até o presente momento, vem operando somente com os técnicos das secretarias por vezes sem poder decisório. Pode-se dizer, assim, que as negociações técnicas e políticas no consórcio, devido à presença dos prefeitos, podem conferir a este poder maior de articulação e decisão na região.

2.8 Planejamento na Baixada Fluminense

O planejamento na Baixada vem sendo discutido há algumas décadas, e tem como destaque a implantação do Programa Especial de Saúde para a Baixada (PESB), ferramenta utilizada antes do SUS que estabeleceu bases de um novo modelo de saúde para esta região.

O PESB construiu definições de organização dos serviços e da participação social. Este programa teve colaboração e incentivo da comunidade para que o estado tivesse presença maior nas ações de promoção de saúde e prevenção dos agravos, na construção de novas unidades de saúde para a atenção básica e implantação dos Distritos Sanitários, elaborando e sugerindo soluções colegiadas a partir das análises e avaliações dos indicadores epidemiológicos, econômicos e socioculturais.

Houve, ao longo dos últimos 20 anos, ações pontuais para organização da rede e montagem de sistemas de saúde regionais como, por exemplo, o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB). A maioria dos governos optou por uma postura mais conservadora, voltada para a saúde coletiva, tradição cultural da Secretaria do antigo Estado do Rio Janeiro, deixando a rede em segundo plano, contribuindo para o seu sucateamento. (PARADA, 1997, p. 53 da tese de doutorado).

A implantação do SUS teve como uma das diretrizes principais a descentralização das ações de saúde, a municipalização dos serviços e da gestão. A autonomia dos entes federados é garantida através da Constituição Federal de 1988, que institui a descentralização política e administrativa das unidades de governo e direciona para um modelo de gestão integrada e regionalizada. O processo do planejamento na Baixada Fluminense vem sendo discutido através da instância da CIR e do CISBAF.

As principais regulamentações instituídas durante décadas que falam do processo de regionalização são apresentadas no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Principais regulamentações do SUS

<i>Ano</i>	<i>Regulamentação</i>	Exposto na lei
1998	Constituição Federal – Art. 198	“As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada...”
1990	Lei nº 8080- Art. 7º	“b- regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”
1993	NOB SUS 01/93	g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, ofertas de serviços....
1996	NOB SUS 01/96	A totalidade das ações e serviços de atenção à saúde.... organizados em rede regionalizada e....
2001	NOAS SUS 01/2001 e 01/2002	(...) para o aprofundamento do processo de descentralização deve se ampliar a ênfase na regionalização... 1- Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde...
2006	Pacto pela Saúde 2006 – item 2	Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do pacto de gestão...

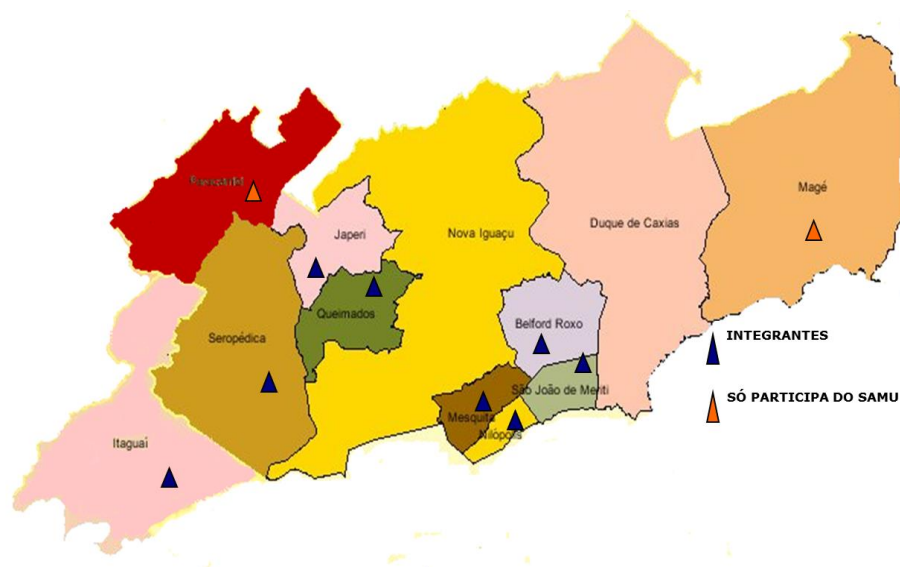
Fonte: Caderno de saúde série pacto pela Saúde – 2006

3 BAIXADA FLUMINENSE

A Baixada Fluminense situa-se na Região Metropolitana I e abrange os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Magé, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica, correspondendo a 5,17 % da área total do estado. Apresenta alta densidade demográfica (média da região de 1.634,69), abrigando cerca de 23,25 % da população estadual.

A região apresenta como características a inexistência de limites geográficos precisos entre os municípios e a presença de seis grandes eixos viários: Rodovia Washington Luís (BR-040), Rodovia Presidente Dutra (BR-116), Av. Brasil (BR-101), antiga Rio São Paulo (BR-465), antiga Rio-Teresópolis (BR-493) e Linha Vermelha, onde um grande contingente populacional circula diariamente. Caracterizam, assim, corredores de acesso aos municípios da Baixada Fluminense, bem como à cidade do Rio Janeiro e a seus arredores, para exercer suas atividades profissionais e buscar atenção médica.

Figura 1 - Mapa dos municípios integrantes da Baixada Fluminense



Fonte: CISBAF

A Baixada Fluminense tem como municípios limítrofes Rio de Janeiro, Mangaratiba, Petrópolis, Miguel Pereira e Guapimirim, ocupando uma área territorial de 2.410.475 km², com uma população de 3.592.593 habitantes (Censo IBGE 2012).

Os municípios da Baixada Fluminense são atendidos em 44,63% das habitações por rede de esgoto geral, tendo os municípios de Japeri, Magé e Seropédica as piores taxas; possui abastecimento de água em 76,93% das moradias. Este percentual de abastecimento de água possibilita o estímulo de armazenamento em pequenos reservatórios domésticos (latões e caixas d'água) e aberturas de poços na região.

A indústria e o comércio são as principais atividades econômicas da Baixada Fluminense. A média da taxa de crescimento estimada nos municípios da Baixada Fluminense é de 1,43%, que segue o padrão do estado (1,50%), sendo um pouco mais alta que da Região Metropolitana (1,10%). O município que teve maior crescimento populacional foi de Itaguaí, com 3,75%; seguido de Seropédica, 2,43%, e Japeri, 1,93%. Tais resultados podem ter sido influenciados pela construção do Porto de Itaguaí, que também é próximo do município de Seropédica e Japeri, devido à construção do complexo penitenciário, que trouxe muitas famílias para residirem próximos a seus parentes detidos.

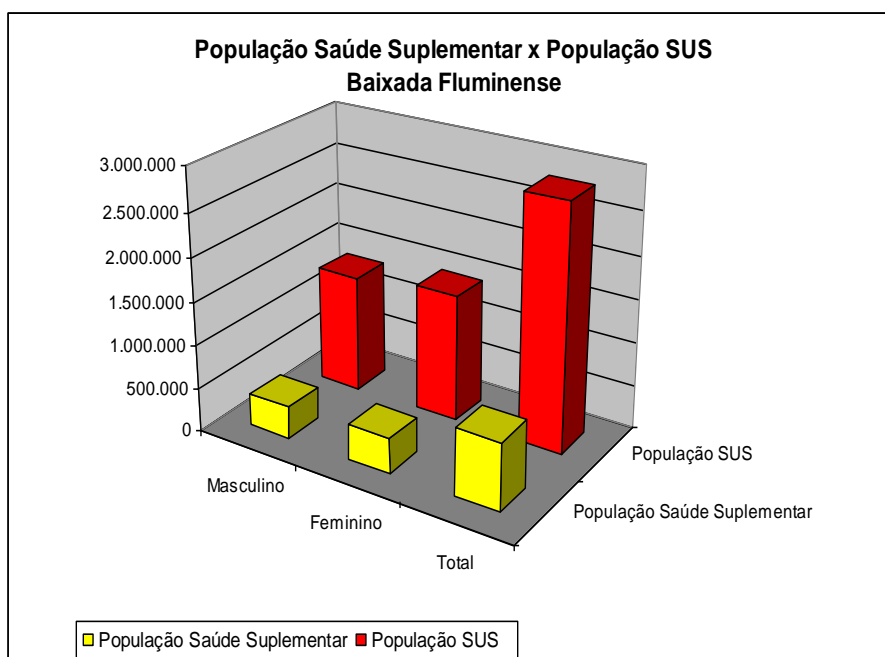
Os municípios que tiveram menor crescimento populacional foram, respectivamente, São João de Meriti e Nilópolis. É interessante destacar que o município de Japeri destoa de todos os municípios da Baixada, Metropolitana 1 e do estado quando apresenta uma população masculina superior à população feminina. De acordo com estimativas do IBGE para 2012, demonstrados na tabela 1, os municípios da Baixada Fluminense apresentam a seguinte população e crescimento populacional.

Tabela 1 - População estimada da Baixada Fluminense segundo sexo e crescimento populacional, 2012.

Município	Masculino	Feminino	Total	Crescimento Populacional (2010-2012 %)
Belford Roxo	229.302	245.294	474.596	1,12%
Duque de Caxias	416.852	450.215	867.067	1,40%
Itaguaí	56.451	56.731	113.182	3,75%
Japeri	49.009	48.328	97.337	1,93%
Magé	112.155	118.413	230.568	1,42%
Mesquita	80.342	89.195	169.537	0,68%
Nilópolis	73.935	84.051	157.986	0,35%
Nova Iguaçu	384.383	417.363	801.746	0,68%
Queimados	67.749	72.625	140.374	1,74%
São João de Meriti	218.765	241.297	460.062	0,30%
Seropédica	39.390	40.748	80.138	2,43%
TOTAL	1.728.333	1.864.260	3.592.593	1,10%

Fonte: IBGE, Resultados do censo 2010 e estimativas populacionais para o TCU (2012).

Gráfico 1 - População beneficiária de saúde suplementar x População SUS da Baixada Fluminense, 2012



Fonte: SIB/ANS/MS (jun 2013).

A Baixada Fluminense possui 21,5% da população total com saúde suplementar e 78,5% da população usuária do SUS.

3.1 Índice de Desenvolvimento Humano na Baixada Fluminense

A Baixada Fluminense constitui a periferia urbana do Estado do Rio de Janeiro e possui municípios com os piores índices de desenvolvimento humano de todo o estado, exceto Nilópolis. É importante ressaltar que o município de Niteroi se destaca com o melhor índice sendo, seguido por Rio de Janeiro.

Tabela 2 - Índice de Desenvolvimento Humano da Baixada Fluminense, 2012

Classificação Estadual	Município	IDH-M	IDH-R	IDH-L	IDH-E
1	Niteroi	0,886	0,891	0,808	0,96
2	Rio de Janeiro	0,842	0,84	0,754	0,933
19	Nilópolis	0,788	0,724	0,708	0,933
35	S. J. de Meriti	0,774	0,683	0,744	0,895
42	Itaguaí	0,768	0,692	0,724	0,889
45	Nova Iguaçu	0,762	0,686	0,717	0,897
47	Seropédica	0,759	0,684	0,712	0,882
52	D. de Caxias	0,753	0,678	0,708	0,873
57	Magé	0,746	0,665	0,711	0,863
59	Belford Roxo	0,742	0,642	0,711	0,873
73	Queimados	0,732	0,642	0,69	0,865
78	Japeri	0,724	0,616	0,694	0,863

Fonte: PNUD Brasil.

Esse índice é um importante referencial para mensurar o progresso do desenvolvimento humano influenciado diretamente pela saúde e educação.

A grande diversidade de características regionais, portes populacionais, área territorial, características econômicas e geográficas fazem com que a Baixada Fluminense-RJ não apresente comportamento homogêneo em relação ao desenvolvimento humano. No entanto, os indicadores da baixada são considerados

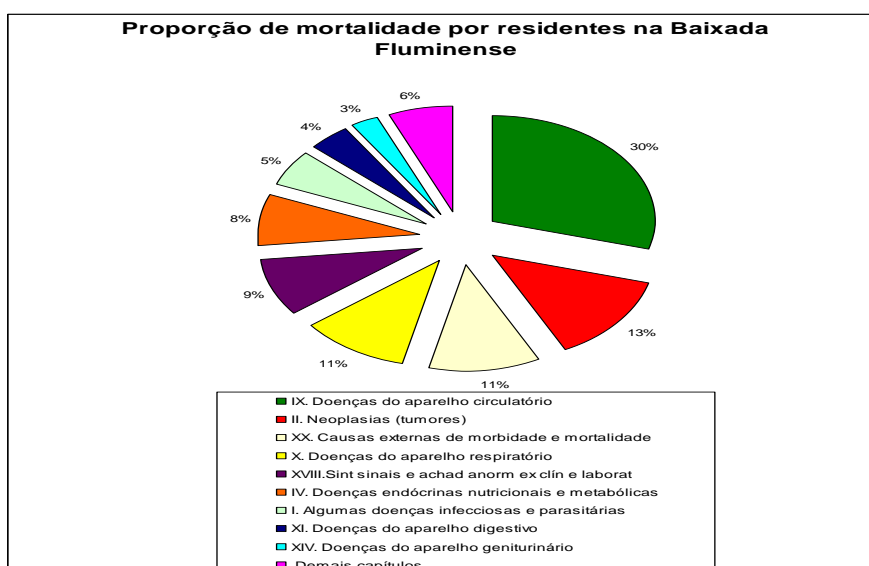
de acordo com o Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento com Médio Desenvolvimento Humano (PNUD).

O PNUD classifica os países como de baixo desenvolvimento humano (IDH até 0,5), médio desenvolvimento humano (IDH superior 0,5 e inferior a 0,799) e elevado desenvolvimento humano (IDH acima de 0,8).

3.2 Perfil epidemiológico

As doenças do aparelho circulatório correspondem a 29% dos óbitos totais, seguidas das neoplasias, com 13,2%; causas externas, 11,1%; doenças respiratórias representam 10,7%; e as causas indefinidas que estão no capítulo XVIII correspondem a 8,7 do total dos óbitos dos moradores da Baixada Fluminense, conforme apresentado no gráfico 2.

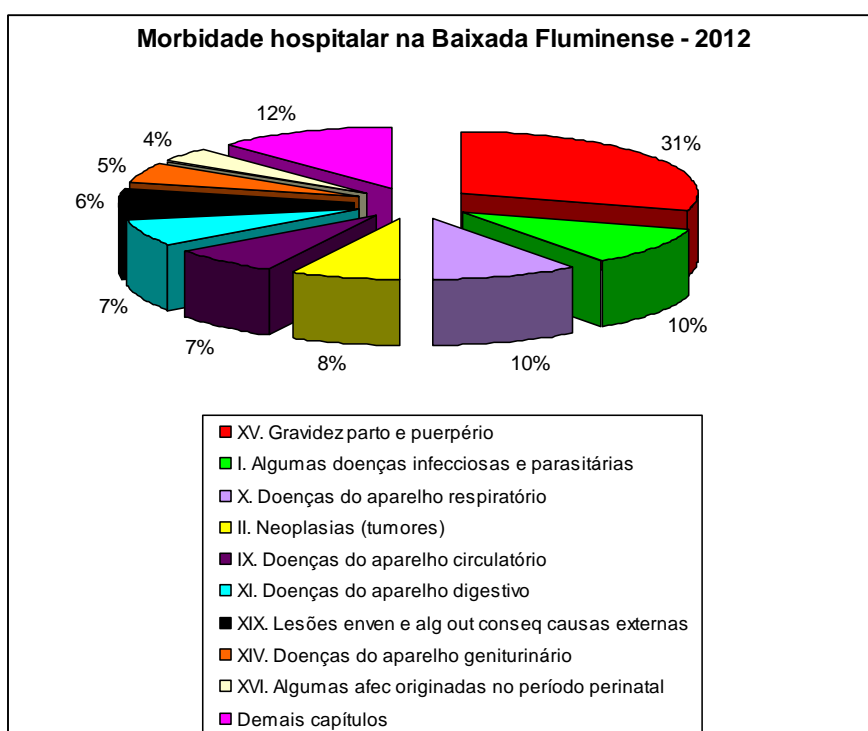
Gráfico 2 - Mortalidade por residentes na Baixada Fluminense.
Capítulo CID-10, 2011



Fonte: MS/SVS/DASIS-SIM.

A morbidade hospitalar é caracterizada por uma alta proporção de problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério, com três vezes mais casos que as doenças infecciosas e parasitárias ou as doenças respiratórias.

Gráfico 3 - Morbidade hospitalar dos residentes da Baixada Fluminense, 2012



Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS

Tabela 3 - Internações por causas externas na Baixada x Estado do Rio de Janeiro, 2012

Grande Grupo Causas	Estado RJ	Baixada Fluminense
Acidentes de transporte	11.021	1.879
Outras causas externas de lesões acident	28.143	5.021
Lesões autoprovocadas voluntariamente	254	7
Agressões	1.970	404
Eventos cuja intenção é indeterminada	6.888	200
Intervenções legais e operações de guerra	6	0
Complic assistência médica e cirúrgica	1.472	162
Sequelas de causas externas	979	25
Fatores suplement relac outras causas	28	1
Causas externas não classificadas	131	3
TOTAL	50.892	7.702

Fonte: Datasus/MS.

As causas externas de morbidade e mortalidade, devidas a agressões, acidentes e demais causas, têm peso importante na ocupação dos serviços de saúde, particularmente emergência, e custo econômico e social, na faixa etária de 20 a 29 anos, que representa 15,2% em relação às causas externas no estado, conforme apresentado na tabela 3.

3.3 Rede de saúde na Baixada Fluminense

A rede de assistência médica pública nos municípios da Baixada Fluminense oferece atendimento em todos os níveis de atenção à saúde. As Unidades de Saúde são responsáveis pela atenção primária aos munícipes, realizando consultas

médicas ambulatoriais, executando os programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Elas constituem o primeiro nível de atenção à saúde, ou seja, são a porta de entrada do sistema de saúde.

Na média e alta complexidade, os procedimentos são definidos no SUS quando fazem parte de um conjunto de serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, que associados à atenção primária visam garantir o cuidado integral aos cidadãos. Se a atenção primária desempenha o papel principal de coordenação do cuidado, promoção e prevenção à saúde, as assistências média e alta devem cumprir a integralidade sempre que as condições de saúde dos cidadãos exigirem.

A ampliação do acesso à atenção básica deve ser acompanhada pelas referências aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma articulada, regulada e oportuna. Neste sentido, a regionalização cumpre papel fundamental no planejamento em saúde.

Os estabelecimentos de saúde públicos e privados cadastrados nos municípios da Baixada Fluminense por tipo de unidade estão apresentados na tabela 4, a seguir.

Tabela 4 - Tipo e quantitativo de unidades de saúde por municípios da
Baixada Fluminense, 2013

DESCRIÇÃO	BR	DC	IT	JAP	MG	MQ	NIL	NI	QM	SJM	SER	Total
Centro de Saúde												
/Unidade												
Básica/Posto de Saúde/ Unidades Mista	34	94	35	11	64	23	14	69	14	16	15	389
Policlínica	13	20	2	2	1	4	6	51	10	16	1	126
Hospital Geral	1	11	1	1	4	1	3	2	0	2	0	26
Hospital Especializado	3	5	0	0	0	1	3	4	2	3	1	22
Pronto Socorro Geral/Pronto Socorro Especializado	3	6	1	2	5	0	0	2	1	1	1	22
Consultório Isolado	18	231	41	1	36	5	118	322	9	93	4	878
Clínica/Centro de Especialidades	31	145	24	1	23	7	30	166	7	37	5	476
Unidade de Apoio												
Diagnose Terapia (SADT Isolado)	6	49	4	2	20	7	17	51	3	22	2	183
Centro de atenção Psicossocial	3	5	2	1	3	2	2	3	2	3	2	28
Pronto atendimento	0	3	1	0	0	2	1	2	0	1	1	11
Total	112	569	111	21	156	52	194	672	48	194	32	2161

Fonte: SCNES/DATASUS/Abril 2013

Legenda

BR	Belford Roxo	MQ	Mesquita
DC	Duque de Caxias	NIL	Nilópolis
IT	Itaguaí	NI	Nova Iguaçu
JAP	Japeri	QM	Queimados
MG	Magé	SJM	São João de Meriti
SE	Seropédica		

Tabela 5 - Tipo de prestador por município da Baixada Fluminense, 2013

Tipo de prestador	BR	DC	ITG	JAP	MG	MQ	NIL	NI	QM	SJM	SER
Pessoa Jurídica com fins lucrativos	29	235	39	3	46	13	63	251	14	82	5
Pessoa Física com fins lucrativos	16	205	33	0	29	1	93	311	8	69	4
Privado optante pelo simples	8	5	4	3	0	4	2	23	6	12	1
Pública estadual	1	3	0	0	0	2	1	2	0	1	0
Pública municipal	70	120	38	20	85	40	34	83	25	37	27
Privado sem fins lucrativos	4	6	1	0	2	0	0	4	0	0	0
Filantrópica com CNAS válido	0	8	1	0	1	0	0	7	0	4	0
Sindicato	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	128	582	116	26	163	60	193	682	53	205	37

Fonte: DATASUS-CNES (2013).

Legenda

BR	Belford Roxo	MQ	Mesquita
DC	Duque de Caxias	NIL	Nilópolis
IT	Itaguaí	NI	Nova Iguaçu
JAP	Japeri	QM	Queimados
MG	Magé	SJM	São João de Meriti
SER	Seropédica		

Considerando a tabela 5, o município de Duque de Caxias possui em sua estrutura 120 estabelecimentos públicos municipais, tendo o maior quantitativo da região, seguido de Magé, com 85, e Nova Iguaçu, com 83 estabelecimentos. Percebe-se que a região dispõe de um número pouco expressivo de estabelecimentos públicos municipais e públicos estaduais, considerando a população da região.

Em relação à Estratégia da Saúde da Família (ESF), todos os municípios aderiram, mas não ultrapassam 50% de cobertura, exceto Magé, com cobertura de 90,4%, seguido de Seropédica, com 69,7%, e Nilópolis, com 63,4%. As coberturas da ESF por municípios estão demonstradas abaixo, na tabela 6.

Tabela 6 - Cobertura da Saúde da Família na Baixada Fluminense, 2013

Município	Nº de ACS implantado s	% de cobertura populacion al ACS	Nº de ESF implantad os	% de cobertura populacion al ESF	Nº de ESB modalidade I implantado s	Nº de ESB modalidad e II implantad os
Belford Roxo	235	28,63	26	19	8	0
Duque de Caxias	452	30,18	62	24,84	33	0
Itaguaí	56	28,96	6	18,62	5	0
Japeri	146	87,06	9	32,2	3	0
Magé	439	100	60	90,4	41	0
Mesquita	136	46,28	11	22,46	5	0
Nilópolis	342	100	29	63,44	4	0
Nova Iguaçu	500	35,98	58	25,04	8	8
Queimados	55	22,72	9	22,31	0	0
São João de Meriti	463	57,95	45	33,8	7	0
Seropédica	132	95,86	16	69,72	13	0

Fonte: DAB/Saúde da Família (maio 2013).

A estruturação e organização dos serviços de saúde na Baixada Fluminense vêm acontecendo de forma gradativa, tendo a colaboração do CISBAF e da CIR. A Baixada Fluminense segue a tendência nacional e apresenta como prioridade o aumento de cobertura da ESF, visando a prevenção e promoção da saúde do indivíduo.

As Unidades de Saúde da Família são uma das portas de entrada do sistema de saúde da atenção primária, pois muitos municípios ainda mantêm em sua estrutura o modelo tradicional de atenção básica. A organização dos serviços da ESF é realizada através das regiões adstritas, tendo como perspectiva o cuidado da atenção integral do cidadão e de sua família, com ênfase na promoção, prevenção e manutenção da saúde.

A ESF apresenta dificuldades de fixação dos profissionais médicos e no cumprimento da carga horária ditada pelo programa. Esta rotatividade do profissional na localidade vem sendo levantada e discutida pelos gestores e técnicos nas reuniões do CISBAF e CIR. Tal dificuldade tem como uma de suas justificativas as questões salariais e condições de infraestrutura física e operacional das unidades de saúde.

A Baixada Fluminense apresenta um quantitativo de 2.803 leitos gerais SUS, o que representa 0,78 leitos por 100 mil habitantes, valor inferior ao que prevê o parâmetro da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, de 2,5 a 3,0 leitos por 100 mil habitantes, sendo necessários 2,49 e 2,99 leitos por 100 mil habitantes, mínimo e máximo, respectivamente, de acordo com o apresentado na tabela 7, adiante.

Considerando o parâmetro dessa portaria, seriam necessários 8.981 e 10.777 leitos gerais por 100 mil habitantes. Percebe-se assim um déficit de leitos por município e na Baixada. De acordo com o apresentado na tabela, podemos afirmar que a Baixada Fluminense tem um déficit de 68% e 73% de leitos gerais, considerando o parâmetro mínimo e máximo da portaria, respectivamente.

Isto fica mais evidente quando falamos de leitos de UTI, pois apenas Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu e São João de Meriti dispõem destes leitos para toda a Baixada. De acordo com o parâmetro da portaria, a Baixada Fluminense tem um déficit dos leitos de UTI de 67% e 86% de acordo com o cálculo mínimo e máximo, respectivamente.

Tabela 7 - Oferta de leitos por município na Baixada Fluminense, 2012

Município	População estimada	Leitos SUS	Leitos/ 100.000 hab	Necessidade de leitos (min) 2,5	Necessidade de leitos (max) 3,0	UTI SUS	Relação 4% UTI por total de leitos (necessários)	Relação 10% UTI por total de leitos (necessários)
Belford Roxo	474.596	369	0,80	1.186	1.424	00	47	119
Duque de Caxias	867.067	631	0,72	2.168	2.601	30	87	217
Itaguaí	113.182	91	0,80	283	339	00	11	28
Japeri	97.337	163	1,70	243	292	00	10	24
Magé	230.568	231	1,00	576	692	00	23	58
Mesquita	169.537	89	0,52	424	509	00	17	42
Nilópolis	157.986	109	0,70	395	474	11	16	39
Nova Iguaçu	801.746	619	0,80	2.004	2.405	48	80	200
Queimados	140.374	142	1,00	350	421	00	14	35
São João de Meriti	460.062	332	0,70	1.150	1.380	30	46	115
Seropédica	80.138	27	0,33	200	240	00	08	20
Total	3.592.593	2.803	0,78	8.981	10.777	119	359	898

Fonte: Datasus/MS/CNES.

4 O MUNICÍPIO DE QUEIMADOS E O PLANEJAMENTO NA SAÚDE

4.1 Histórico do município

De acordo com o site oficial de sua prefeitura, no século XVIII iniciou-se a história do município de Queimados, que integrava as terras da freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Marapicu.

Em meados do século XVIII, a Freguesia de Nossa Senhora do Marapicu, com a expansão da economia cafeeira, iniciou a construção da Estrada de Ferro D. Pedro II, trazendo mais prosperidade à região. Porém, milhares de operários chineses, que trabalharam na construção da estrada de ferro, foram vitimados pela malária e pela epidemia de cólera, o que arrasou toda a colônia em 1855. Isso causou atraso no assentamento dos trilhos e foi construída a Estação de Queimados.

A origem do nome do município, segundo a história, deve-se ao acontecimento citado, uma vez que os chineses tinham por costume queimar seus mortos. Este costume criou entre os populares que passavam pelo local onde os corpos eram queimados, a seguinte forma de indicar o caminho: "vou pela estrada dos queimados". Isso nomeou a localidade.

Em 29 de março de 1858, a família imperial, no primeiro trem da Estrada de Ferro D. Pedro II, seguia para inaugurar o trecho de 48 km compreendido entre a Estação do Campo até Queimados. A população do lugarejo, que assistiu à solenidade, sentiu-se honrada pela visita do Imperador e entendeu aquele momento como sendo o instante oficial da inauguração do povoado de Queimados.

Marapicu e Queimados durante muito tempo disputaram a sede do distrito. Enfim em 1944, o Decreto-Lei Estadual nº 1.063 regulamentou Queimados como sendo o 2º Distrito de Nova Iguaçu.

4.2 Localização do município

Queimados está localizado na Baixada Fluminense, na Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, distante cerca de 50 km da área central da capital. Tem como limites os municípios de Japeri (noroeste), Seropédica (sudoeste) e Nova Iguaçu (norte/nordeste, sul/sudeste). Possui uma área de 75,6km², estando às margens da via Dutra e com grandes mananciais de água potável de qualidade. Dada sua proximidade, está integrado ao sistema viário e ferroviário da capital do estado, e a Via Dutra é seu principal acesso terrestre.

Figura 2 - Mapa Região Metropolitana 1



Fonte: IBGE.

4.3 Formação administrativa

O distrito criado com a denominação de Queimados, pelos decretos estaduais nº 1, de 08 de maio de 1892, e nº1-A, de 30 de junho de 1892, estava subordinado ao município de Iguaçu. Pela Lei Estadual nº 1.008, de 11 de outubro de 1911, ou nº

1.028, de 03 de novembro de 1892, o distrito de Queimados passou a ser grafado Queimado.

Durante divisão administrativa, Queimados foi desmembrado de Nova Iguaçu e elevado à categoria de município, através da Lei Estadual nº 1.773, de 21 de dezembro de 1990.

4.4 Gestão municipal

Queimados foi emancipado com a promulgação da Lei nº 1.364, de 11 de dezembro de 1990, e o governador Moreira Franco sancionou a Lei Estadual nº 1.773, criando o município em definitivo no dia 21 de dezembro de 1990.

O município é integrante do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (CISBAF) e atualmente tem a modalidade de Gestão Plena. Aderiu ao Pacto de Saúde, tendo assinado o Termo de Compromisso de Gestão Municipal (TGCM) em maio de 2011. Assim, o gestor municipal é o principal responsável pela qualidade, eficiência e eficácia da assistência, serviços de saúde do município e gerenciamento dos complementos dos serviços de média e alta complexidade.

4.5 Perfil socioeconômico

Queimados, como os demais municípios da Baixada Fluminense, estruturou-se em torno da capital Rio de Janeiro, cidade que apresenta uma economia mais consistente, dinâmica e onde se concentra a maior oferta de empregos. Essa realidade leva o morador a buscar emprego fora dos limites do município, caracterizando Queimados como uma das cidades-dormitório da região.

Atualmente, o município vem investindo no crescimento do Distrito Industrial, com a instalação de novas fábricas e contribuindo para a acomodação de novas lojas comerciais no município, gerando muitas oportunidades de empregos para a população local. Isso permite que as pessoas se estabeleçam no município e impacta diretamente na economia do município.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Queimados calculado em 2010, de acordo com o censo completo do IBGE, revelou um IDH de 0,680, ocupando o 73º lugar no estado do Rio de Janeiro, 11º da Região Metropolitana e 10º da Baixada Fluminense. Entre os anos de 2000 a 2010, observou-se que houve melhoria no IDH do município, que em 2000 era de 0,550 e em 2010 passou a 0,680, sendo que a maior contribuição foi dada pelo componente “educação” (IBGE, 2010).

Com relação ao comportamento de alguns indicadores de condições de vida, 80,41% da população têm acesso à canalização interna de água; 81,25% dos domicílios dispõem de esgotamento sanitário adequado (rede geral de esgoto ou pluvial e fossa séptica); 46,45% dos domicílios são atendidos por serviços de coleta de lixo e 40,84% dos responsáveis pelos domicílios têm renda inferior a dois salários-mínimos (IBGE, 2000).

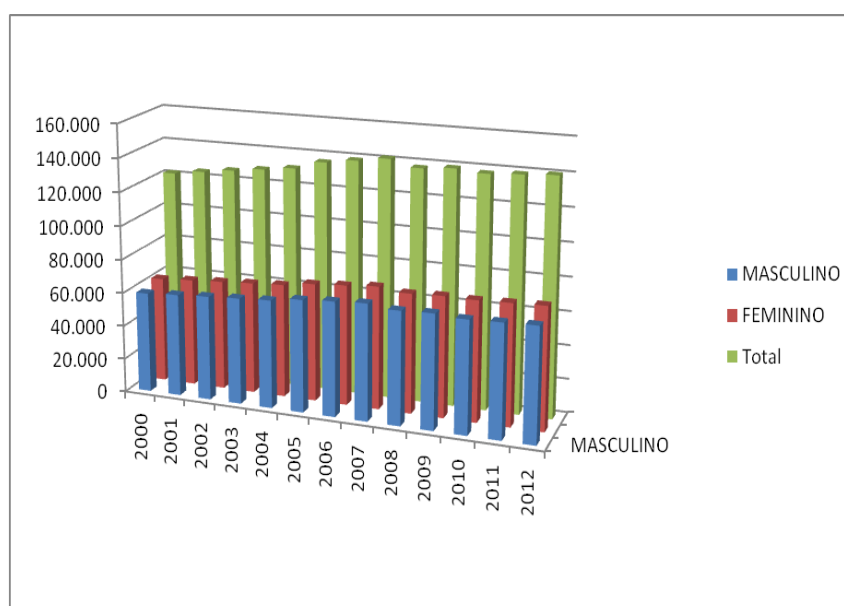
4.6 Perfil demográfico

Desde a emancipação do município, vários fatores econômicos e sociais contribuíram para o crescimento populacional de 13,09% referentes aos censos de 2000 e 2010 respectivamente.

Segundo dados do IBGE, a densidade demográfica é de 1.822,6 habitantes por km², contra 2.221,8 habitantes por km² de sua região. A taxa de urbanização corresponde a 100% da população. O município tem um contingente de 94.135 eleitores, correspondente a 68% do total da população.

A taxa média geométrica de crescimento anual para os anos de 2010-2012 foi de 1,7%, maior do que as médias do estado (1,5%), da região metropolitana e Baixada Fluminense (1,1%), conforme demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 - Crescimento populacional de Queimados, 2000-2012



Fonte: IBGE.

A população de Queimados, segundo o censo no ano de 2010, era de 137.962 habitantes e atualmente está estimada em 140.374 habitantes, correspondendo a 0,86% do estado, 1,4% do contingente da Região Metropolitana 1 e 3,9 % da Baixada Fluminense.

Ainda segundo o Censo 2010, a população está distribuída entre as raças branca, preta, parda e indígena. As mulheres apresentam um percentual de 51,7%; homens, 48,2% e a população acima de 60 anos representa 9,4% do total.

A tabela 8 representa a população estimada do município distribuída de acordo com sexo e faixa etária.

Tabela 8 - População residente de Queimados por faixa etária e sexo, 2012

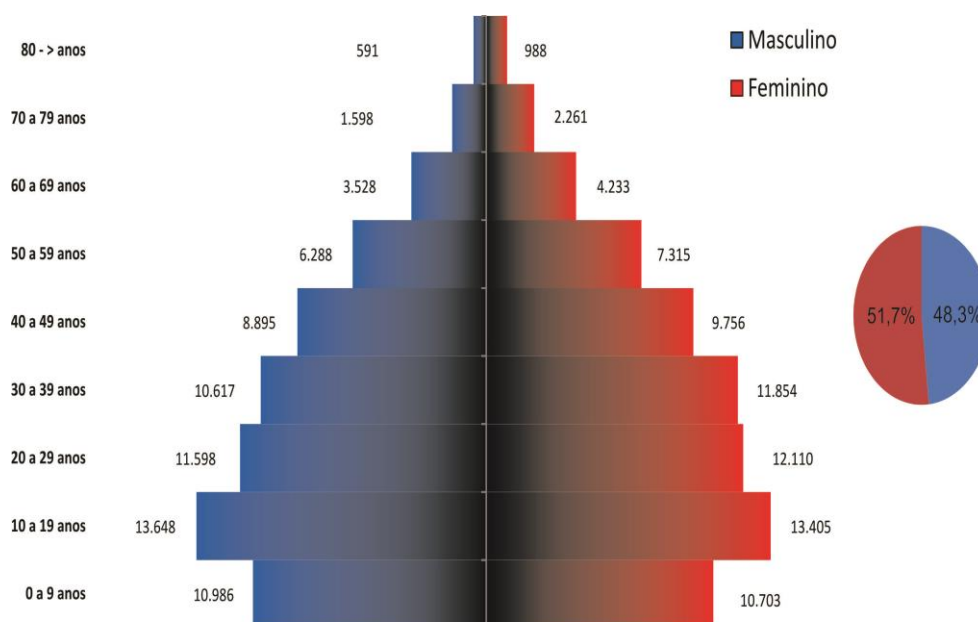
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	67.749	72.625	140.374
Menor 1 ano	1.012	961	1.973
1 a 4 anos	4.245	4.025	8.270
5 a 9 anos	5.729	5.717	11.446
10 a 14 anos	7.008	6.895	13.903
15 a 19 anos	6.640	6.510	13.150
20 a 29 anos	11.598	12.110	23.708
30 a 39 anos	10.617	11.854	22.471
40 a 49 anos	8.895	9.756	18.651
50 a 59 anos	6.288	7.315	13.603
60 a 69 anos	3.528	4.233	7.761
70 a 79 anos	1.598	2.261	3.859
80 anos e mais	591	988	1.579

Fonte: IBGE 2013 Estimativas populacionais enviadas para o TCU, MS/SGEP/DATASUS.

A faixa etária com maior concentração populacional é a de 20 a 29 anos, considerada uma população ativamente econômica.

No gráfico 5, a pirâmide etária demonstra, pelo estreitamento de sua base e topo, que apesar da transição do perfil epidemiológico nos últimos dez anos, decorrente da melhoria de qualidade de vida no Brasil, a expectativa de vida tanto nos primeiros meses quanto na infância ainda se encontra distante da distribuição nacional.

Gráfico 5 - Pirâmide etária por faixa etária de Queimados, 2012



Fonte: IBGE/DATASUS (2013).

4.7 População beneficiária de saúde suplementar em Queimados

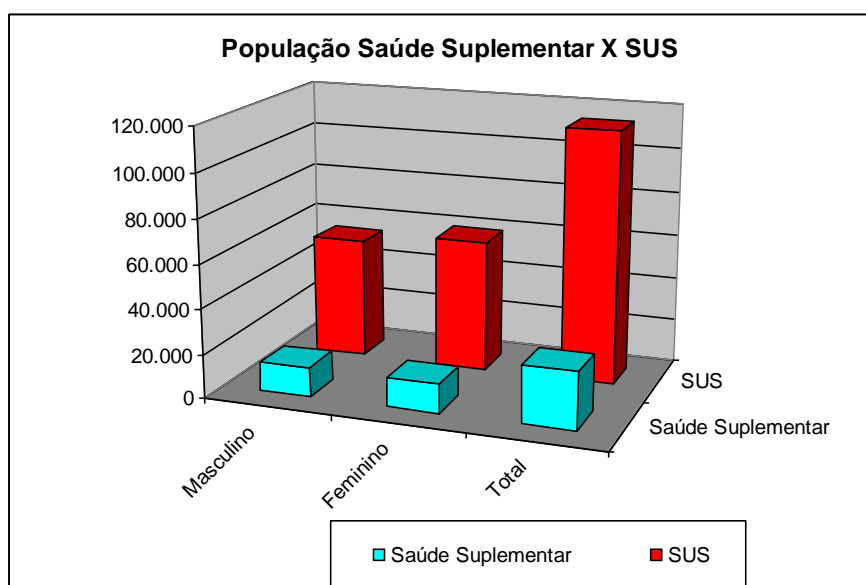
Considerando os dados da população do município apresentados, apenas 19% possuem um plano de saúde, sendo que 81% utilizam o SUS, conforme demonstrado na tabela 9.

Tabela 9 - População beneficiária de saúde suplementar por sexo e faixa etária, 2013

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	13.127	12.954	26.081
Até 1 ano	167	189	356
1 a 4 anos	890	857	1.747
5 a 9 anos	993	991	1.984
10 a 14 anos	923	869	1.792
15 a 19 anos	848	868	1.716
20 a 24 anos	946	1.112	2.058
25 a 29 anos	1.297	1.303	2.600
30 a 34 anos	1.576	1.503	3.079
35 a 39 anos	1.311	1.191	2.502
40 a 44 anos	1.118	984	2.102
45 a 49 anos	1.038	886	1.924
50 a 54 anos	784	643	1.427
55 a 59 anos	463	520	983
60 a 64 anos	320	344	664
65 a 69 anos	167	227	394
70 a 74 anos	120	179	299
75 a 79 anos	85	135	220
80 anos ou mais	81	153	234

Fonte: SIB/ANS/MS (jun 2013).

Gráfico 6 - População SUS x população saúde suplementar por sexo, 2013



Fonte: SIB/ANS/MS (jun 2013).

De acordo com o apresentado no gráfico 6, 19% e 18% da população masculina e feminina, respectivamente, possuem saúde suplementar. E 81% e 82% da população masculina e feminina, respectivamente, utilizam o SUS.

4.8 Perfil epidemiológico

4.8.1. Taxa de nascidos vivos

Em 2011, Queimados teve 2.421 nascidos vivos. Em relação à idade materna, observou-se que 0,9% das mães encontra-se na faixa etária entre 10-14 anos; 21% das mães são adolescentes (15-19 anos) e também na faixa etária de 25-29 anos; 30% encontram-se na faixa etária de 20-24 anos; 17% das mães tinham entre 30-34 anos; 6% estavam na faixa etária de 35-39 anos; 2% tinham de 40-44 anos; e 0,16%, 45- 49 anos.

A análise dos nascimentos segundo o tipo de parto segue na tabela 10, abaixo.

Tabela 10 - Nascidos vivos por tipo de parto residentes em Queimados, 2011

Faixa etária/ Tipo de parto	Cesáreo	Vaginal	Ignorado	Total
10 – 14 anos	09	13	00	22
15 – 19 anos	164	340	00	504
20 – 24 anos	353	376	00	729
25 – 29 anos	326	189	01	516
30 – 34 anos	288	138	01	427
35 – 39 anos	111	56	00	167
40 – 44 anos	41	11	00	52
45 – 49 anos	03	01	00	04
Total	1.295	1.124	02	2.421

Fonte: MS/SVS/DASIS/SINASC.

Apesar de o município investir na política de expansão da cobertura de Estratégia de Saúde da Família, as dificuldades para reduzir a taxa de parto cesáreo ainda são um desafio a ser enfrentado, considerando-se que o percentual de cesárea é de 53% e o de parto vaginal, 47%, conforme demonstra tabela 10.

Vale ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) considera que a redução das taxas de cesariana constitui um indicador de qualidade em relação aos cuidados de saúde materno-fetais. Diversos estudos nacionais e internacionais revelam maior morbi-mortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesárea, devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas. Assim, a OMS recomenda que a proporção de cesarianas não ultrapasse o patamar de 15%. Considerando este indicador, o município de Queimados está muito aquém do preconizado

4.8.2 Morbidade hospitalar geral

A principal causa de internações de acordo com os dados do DATASUS esteve relacionada com parto e gravidez e, proporcionalmente, representa 29,6% de

todas as internações. Cerca de 3,5% estão relacionadas a alguma intercorrência no período neonatal e 2,6% por conta de malformações e doenças congênitas.

O que entra em destaque no município é que a segunda grande causa de internações, com 19,6%, ocorre devido a doenças infecto-parasitárias, seguidas de 14,6% das doenças de aparelho respiratório; 7% das doenças do aparelho digestivo; 5,9% das neoplasias; 5,3 % das doenças aparelho circulatório; 5,1% das internações do trato geniturinário; 3,3% de internações por causas externas; e 621 internações por outras causas, o que representa um total de 9,23%.

A tabela 11 permite melhor visualização do processo de internação hospitalar no município de Queimados.

Tabela 11 - Morbidade hospitalar por sexo em Queimados, 2012

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
TOTAL	2.360	4.367	6.727
XV. Gravidez parto e puerpério	-	1.992	1.992
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	710	613	1.323
X. Doenças do aparelho respiratório	552	435	987
XI. Doenças do aparelho digestivo	243	228	471
II. Neoplasias (tumores)	109	292	401
IX. Doenças do aparelho circulatório	164	194	358
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	132	213	345
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	162	66	228
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	62	76	138
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	35	39	74
VI. Doenças do sistema nervoso	28	44	72
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	30	41	71
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	18	35	53
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	29	18	47
V. Transtornos mentais e comportamentais	29	12	41
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	12	22	34
XXI. Contatos com serviços de saúde	19	14	33
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	13	16	29
VII. Doenças do olho e anexos	8	14	22
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	5	3	8

Fonte: DATASUS/MS- SIH/SUS (2012).

4.8.3. Mortalidade geral

O número total de óbitos em 2011 foi de 1.056, e as principais causas de morte registradas de acordo com o sexo foram: doenças do aparelho circulatório: homens, 13,7% e mulheres com 14,5%; causas mal definidas: homens: 6,5% e mulheres, 6,6%; neoplasias: homens, 7,1% e mulheres, 5,6%; causas externas: homens, 8,6% e mulheres, 1,6%; doenças do aparelho respiratório: homens, 5,6% e mulheres, 4,4%.

A maior ocorrência de mortes devido a causas externas entre os homens indica que a população masculina está mais exposta aos óbitos por acidentes e violência do que as mulheres.

Tabela 12 - Mortalidade geral de residentes por sexo em Queimados, 2011

Capítulo CID-10	Masc	Fem	Total
TOTAL	579	477	1.056
IX. Doenças do aparelho circulatório	145	154	299
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	69	70	139
II. Neoplasias (tumores)	76	60	136
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	91	17	108
X. Doenças do aparelho respiratório	60	47	107
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	36	44	80
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	36	21	57
XI. Doenças do aparelho digestivo	24	18	42
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	15	17	32
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	14	14	28
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	5	8
VI. Doenças do sistema nervoso	4	3	7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	4	2	6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	3	4

VII. Doenças do olho e anexos	1	-	1
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	1	1
XV. Gravidez parto e puerpério	-	1	1

Fonte: MS/SVS/DASIS/ SIM (pesquisa realizada em junho 2013).

4.8.4. Mortalidade infantil

Quanto à mortalidade infantil de 0-10 anos, a tabela 6 destaca que 51,8% são referentes a algumas afecções originadas no período perinatal; 7,4% representam as causas externas; e 5,1% representam o total geral de óbitos ocorridos no município.

Tabela 13 - Mortalidade infantil por faixa etária e capítulo CID-10 em Queimados, 2011

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	1	-	1
II. Neoplasias (tumores)	-	-	2	2
X. Doenças do aparelho respiratório	4	1	1	6
XI. Doenças do aparelho digestivo	-	1	-	1
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1	-	-	1
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	28	-	-	28
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	-	-	6
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	4	1	-	5
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	1	1	4
Total	45	5	4	54

Fonte: MS/SVS/DASIS/ SIM (pesquisa realizada em junho 2013).

A mortalidade infantil no município é um fator relevante a ser tratado, pois as interferências para redução deste indicador são de difícil operacionalização e sentidas lentamente. Elas dependem não somente de ações voltadas para a melhoria da qualidade do pré-natal, mas também da ampliação do acesso a serviços médico-hospitalares de maior complexidade para a gestante de alto risco e o recém-nato.

4.9 Capacidade instalada da rede de saúde de Queimados

A rede pública de saúde do município de Queimados está constituída pela rede de atenção primária à saúde, com 13 unidades básicas, sendo dez com Estratégia de Saúde da Família e três no modelo tradicional.

Na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) aparecem 14 unidades, contando com o Centro Médico da Pedreira. Este era cadastrado como unidade básica de saúde, mas considerando suas características elencadas no atendimento de especialidades médicas, seu cadastro no SCNES foi alterado para “Policlínica” e ainda se encontra em processo de atualização pelo próprio sistema.

A rede de atenção à saúde mental possui um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) com um ambulatório adulto e um Núcleo de Álcool e Drogas; um CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) e duas Residências Terapêuticas (RTs). A rede de assistência secundária e terciária é composta por uma Policlínica (Centro Médico da Pedreira); um Centro de Tratamento de Hipertensão e Diabetes; e um Ambulatório Municipal (Casa do Idoso), que atende aos pacientes acima de 60 anos.

Atualmente, a política de atenção básica do município está voltada para a ampliação da ESF (Estratégia de Saúde da Família) e nesse âmbito conta com dez equipes em atividade, totalizando 29.547 pessoas cadastradas (dados registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB/2013), quantitativo equivalentes a 25,43% de cobertura da população.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a rede queimadense de serviços de saúde totaliza 53 unidades (tabela 14). Nesse total estão computados todos os serviços de saúde do município públicos (quadro 3) e privados (quadro 4).

Tabela 14 - Serviços de saúde públicos x privados em Queimados, 2013

Queimados	
Descrição	Total
MUNICIPAL	25
PRIVADA	28
Total de serviços	53

Fonte: CNES (2013).

Quadro 3 - Estabelecimentos públicos de saúde no CNES em Queimados,
2013

Estabelecimentos de saúde do município de Queimados:
públicos 25

Casa do Idoso
Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
Centro de Atendimento Psicossocial De Queimados
Centro Medico Da Pedreira
CETHID Centro de Esp no Trat de Hipertensao e Diabetes
Coordenadoria De Regulação Controle e Avaliação
Departamento de Vigilância Sanitária de Queimados
ESF Belmonte 1
ESF Inconfidência
ESF Jardim Da Fonte
ESF Jardim Queimados
ESF Santa Rosa
ESF Santo Expedito
ESF Tricampeão
ESF Valdariosa
ESF Vila Americana
ESF Vila Central
NAE Núcleo de Atenção ao Estudante
Secretaria Municipal de Saúde de Queimados
Serviço de Atendimento Móvel em Urgência 01 Samu192
Serviço de Atendimento Móvel em Urgência 02 Samu192
Unidade Básica de Saúde Belmira Vargas Roncador
Unidade Básica de Saúde Fazendinha
Unidade Básica de Saúde Julio Barros Paraíso

UPA 24H Queimados RJ

Quadro 4 - Estabelecimentos privados no CNES Queimados, 2013

Estabelecimento de saúde – privados = 28	Conveniada Sim/Não
Amanda Coelho de Almeida	Não
Arquitetura do Sorriso	Não
Brigite da Conceição Q. de A. Soares	Não
Casa da Mulher LTDA	Descredenciada
Casa de Saúde Nova Bom Pastor LTDA	Sim
Cassio Porto Ferreira	Não
CEMOQ	Sim
César Porto Ferreira	Não
Ceto Filial Queimados	Não
Clínica de Olhos de Queimados	Não
Clínica Odontológica e Medica Novo Rio LTDA	Não
Clínica Ortopédica de Queimados S C LTDA	Não
Clínicas Medica e Laboratório Everson	Não
Clínico	Não
Consultório Médico Dra. Andrea Filomena	Não
Eliel Figueiredo Diagnostico Médicos	Não
Hospital Infantil 21 de Julho LTDA	Sim
Inque Instituto Nefrológico de Queimados LTDA	Sim
Instituto de Olhos de Queimados	Não
Laboratório de Análises Clínicas de Queimados LTDA	Sim
Mediclin Saúde Ltda Me	Não
Nefro Queimados Centro Nefrológico de Queimados Ltda	Sim
Nívea da Silva Fernandes Pettena De Oliveira	Não
Physicalmed Serviços Médicos e Fisioterapia	Não
Saluz	Fechado
Saúde Sorriso Consultório Odontológico	Não
Top Trauma	Sim
5 Elemento Clínica de Reabilitação Fisioterapeutica LTDA	Não

Fonte: DATASUS – CNES (2013).

Considerando quadro 4, apenas 28,5% dos estabelecimentos de saúde privados cadastrados no CNES possuem convênio SUS no município. Observa-se que a maioria desses serviços é considerada de baixa complexidade, o que pode indicar que existe baixa oferta de serviços de saúde especializados disponíveis no território, sendo necessário buscar alternativas dos complementos de serviços de saúde na região.

As duas unidades hospitalares instaladas no município são conveniadas ao SUS e cadastradas no CNES, disponibilizam atualmente 146 leitos, com preponderância de leitos SUS 142 unidades; os leitos não SUS compreendem 04 unidades. A tabela abaixo apresentar a distribuição dos dados cadastrados nestas unidades.

Tabela 15 - Leitos SUS e não SUS por especialidade no CNES em Queimados, 2013

QUEIMADOS				
Código	Descrição	Existente	Sus	Não Sus
Cirúrgico				
3	Cirurgia geral	18	17	1
6	Ginecologia	5	4	1
13	Ortopedia-traumatologia	3	3	0
Total	26	24	2	
Clínico				
33	Clínica geral	3	3	0
Total	3	3	0	
Complementar				
65	Unidade intermediária neonatal	1	1	0
66	Unidade isolamento	1	1	0
92	Unidade de cuidados intermediários neonatais convencional	2	0	2
Total	4	2	2	
Obstétrico				
10	Obstetrícia cirúrgica	11	10	1
43	Obstetrícia Clínica	28	27	1
Total	39	37	2	
Pediátrico				
45	Pediatria Clínica	78	78	0
Total	78	78	0	
Sumário				
Total clínico/cirúrgico	29	27	2	
<hr/>				
TOTAL geral menos complementar	146	142	4	

Fonte: CNES (<http://cnes.datasus.gov.br> em 14/11/2013).

Uma das unidades hospitalares, denominada Hospital Infantil 21 de julho, é destinada ao atendimento de crianças até 14 anos e possui procedimentos de baixa complexidade e internações clínicas. A outra unidade hospitalar é a Casa de Saúde Bom Pastor, onde a maioria dos procedimentos é de obstetrícia de baixo risco. Entretanto esta unidade está cadastrada para realizar procedimentos de cirurgias eletivas e cirurgias de cataratas, bem como exames de imagem e análises clínicas.

4.10 Necessidades dos serviços de saúde em Queimados

A recente autonomia de gestão plena da saúde assumida pelo município de Queimados, após adesão ao Pacto pela Saúde em maio de 2012, com assinatura do TCGM, impôs adequação da estrutura administrativa e institucional da Secretaria Municipal de Saúde com a criação de novo organograma, uma vez que o município tem responsabilidade integral pelas políticas de saúde de sua população. Assim, para atender às demandas de saúde em seus diferentes níveis, cabe ao município buscar as ações de saúde necessárias para oferta da assistência aos seus munícipes em seu território ou regionalmente, bem como promover sua regionalização interna, na perspectiva de estruturar a rede de saúde intramunicipal.

Para efetivação da referida regionalização interna, o Conselho Municipal de Saúde aprovou o estudo, realizado no ano de 2013, de divisão das Regiões de Saúde no âmbito da própria Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que o Plano Diretor do município não contempla as ruas e bairros, o que dificulta a confecção da rede de saúde. Assim, o município iniciou o processo de reorganização dos serviços de saúde apresentando as reais necessidades de ações que serão realizadas no local e em outros municípios da região, com destaque para as ações de média e alta complexidade.

O levantamento das necessidades foi realizado no banco de dados do Sistema Nacional DATASUS, de acordo com a produção ambulatorial aprovada e as internações realizadas, uma vez que não havia memória que retratasse as necessidades de saúde do município nos arquivos do Departamento de Regulação, Controle e Avaliação do município de Queimados.

Tabela 16 - Procedimentos ambulatoriais de média complexidade em Queimados, 2012

Subgrupo proced.	Média complexidade	Parâmetro Portaria 1.101
TOTAL	129.632	
Coleta de material	55	
Diag. em laboratório clínico	5.026	
Diag. por anatomia patológica e citopatologia	6.151	6626/9938
Diag. por radiologia	3.588	21281/31921
Diag. por ultra-sonografia	11.501	1404/6317
Diag. por endoscopia	1.383	389/700
Métodos diagn. em especialidades	1.067	14037/25267
Diag. E procedimentos especiais em hemoterapia	54	8422/21056
Diag. por teste rápido	20	
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.378	
Fisioterapia	94.974	25267/37901
Trat. clínicos (outras especialidades)	15	
Hemoterapia	28	
Peq. cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	98	
Cir. Das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	1	
Cir. Do aparelho da visão	73	
Cir. do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	11	
Cir. Do sistema osteomuscular	2.086	
Cir. Do aparelho geniturinário	1	
Anestesiologia	16	
Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	26	
Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	80	

Fonte: Ministério da Saúde - SIA/SUS

Considerando o parâmetro da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, na tabela 16 percebe-se que os procedimentos ambulatoriais de média complexidade realizados são desproporcionais, tais como: os procedimentos de fisioterapia que apresentam no cálculo mínimo e máximo da portaria um aumento de 375% e 250%, respectivamente. A ultrassonografia também chama atenção, pois apresenta um percentual maior de 819% e 182%, considerando o mínimo e máximo, respectivamente, da portaria. Quanto aos procedimentos de radiologia, o inverso é

apresentado: apenas 17% e 11,2 % dos procedimentos foram realizados de acordo com o cálculo mínimo e máximo. Os déficits de procedimentos não realizados, considerando os parâmetros mínimo e máximo da portaria, são, respectivamente, 83% e 89%.

Tendo como parâmetro a Portaria nº 1.101/002, percebe-se na tabela 17, a seguir, um considerável aumento nos exames de alta complexidade. O diagnóstico por tomografia segundo o mínimo e o máximo da portaria, respectivamente, apresenta um superávit de 368,6% e 245,6%. Quanto à ressonância, o aumento ainda é maior, de 691% e 460%, mínimo e máximo, respectivamente. Já no diagnóstico de medicina nuclear in vivo, somente 19% e 13% do mínimo e máximo foram realizados, apresentando déficit de 81% e 87% de exames não realizados, considerando o mínimo e o máximo, respectivamente.

O tratamento em oncologia e nefrologia tem um número de procedimentos realizados que chama bastante atenção, podendo ser considerado exorbitante: superávit de 3.203% e 1.700% em oncologia, e 2.496% e 1.666% em nefrologia, mínimo e máximo. Respectivamente, de acordo com a portaria. Mesmo sem dispormos do SISREG em 2012, houve 1.707 exames autorizados pela regulação estadual.

No ano de 2013, o Departamento de Regulação, Controle e Avaliação avançou em suas ações. O SISREG foi liberado para o município a partir de janeiro, atualizando pendências de vários exames que estavam arquivados sem prévio destino.

Não há registros, arquivos, memória da demanda reprimida, dos serviços de média e alta complexidade, para que se possa conhecer a real necessidade das ações e dos serviços de saúde. Por essa razão, foi realizado um levantamento dos dados do SISREG 2013 dos serviços de saúde incluídos no sistema.

Tabela 17 - Procedimentos ambulatoriais de alta complexidade Queimados-RJ, 2012

Subgrupo proced.	Alta complexidade	Não se aplica	Parâmetro Portaria 1.101
TOTAL	192.108	2.166	
Coleta de material	10	-	
Diag. em laboratório clínico	446	-	
Diag. por radiologia	1.130	-	
Diag. por ultrassonografia	88	-	
Diag. por tomografia	2.068	-	561/842
Diag. por ressonância magnética	774	-	112/168
Diag. por medicina nuclear in vivo ²	78	-	393/590
Métodos diagn. em especialidades	155	-	
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	1.438	-	
Trat. clínicos (outras especialidades)	3	-	
Trat. em oncologia	5.731	-	182/337
Trat. em nefrologia	7.015	-	281/421
Hemoterapia	47	-	
Trat. Odontológicos	46	-	5615/8422
Terapias especializadas	52	-	8422/12634
Cir. Do aparelho da visão	204	-	
Cir. Do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	1	-	
Cirurgia em nefrologia	44	-	
Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	170	-	
Transplante de órgãos, tecidos e células	7	-	
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	172.601	-	
Órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico	-	340	
Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	-	119	
Autorização / Regulação	-	1.707	

Fonte: MS/DATASUS/ SIA-SUS.

² De acordo com a definição da Resolução nº 38, de 04-06-2008, 3.22 Medicina Nuclear: é a especialidade médica que utiliza substâncias radioativas, também chamadas radiofármacos, na forma de fontes não seladas, para administração a pacientes ou uso por técnicas "in vitro" com finalidades diagnóstica e terapêutica.

Tabela 18 -. Marcações especialidades adultas no SISREG, Queimados-RJ, 2013

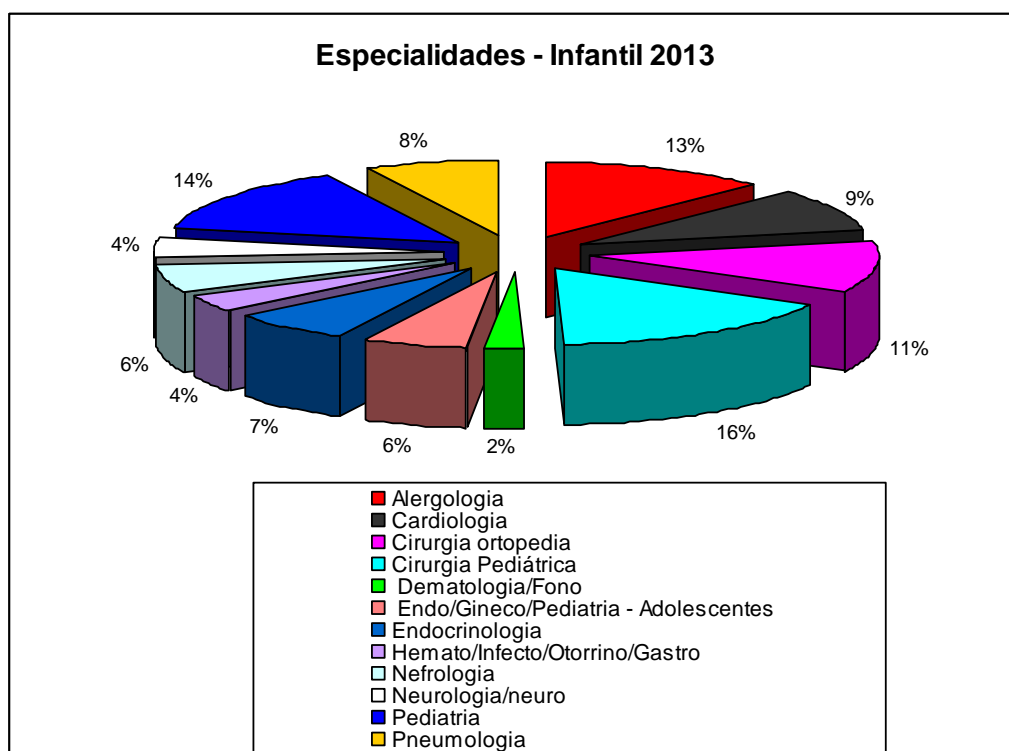
Especialidades	Quantitativo
Hepatites Virais	10
Cardiologia – Diversas	60
Angio/Clin.	35
Médica/Fisiatra/Fisio/Fono/Nefro/Nutri/Odonto	
Dermatologia geral/outras	91
Endocrinologia	39
Gastroenterologia	37
Gineco- Histeroscopia/Masto/Patologia/ Urodinâmica	101
Oncologia - Gineco/Masto/Neuro/Uro	32
Hematologia/Hepatologia	16
Neurocirurgia Geral	55
Neurologia Geral	20
Obstetrícia Alto Risco/Infecto	10
Ortopedia diversas	60
Otorrinolaringologia	64
Pneumologia	32
Proctologia	79
Urologia diversas	71
Total	812

Fonte: SISREG (2013).

Em consulta realizada no banco de dados, não foi possível verificar o tempo de espera das marcações, nem o quantitativo de encaminhamentos que estão no sistema aguardando liberação. No ano de 2013, foram realizados 812 encaminhamentos de adultos para especialidades fora do município.

Entretanto, os referidos encaminhamentos para o ambulatório de especialidades podem ser considerados uma avaliação prévia, que seriam em seguida encaminhados ao ambulatório de consultas cirúrgicas.

Gráfico 7 - Marcações especialidades Infantil - Adolescentes SISREG, Queimados-RJ, 2013



Fonte: SISREG (2013).

Quanto às especialidades infantis e de adolescentes, foram realizados 226 encaminhamentos, sendo 16% para cirurgias pediátricas, 14% para pediatria e 11% para cirurgias ortopédicas, conforme demonstra o gráfico 7.

Conforme aponta a tabela 19, a seguir, os encaminhamentos para cirurgias foram 575, sendo 29% para cirurgias ortopédicas, seguidas das cirurgias plásticas, com 15%; cirurgias gerais, 11%; e 8% de cirurgias oftalmológicas e ginecológicas.

Tabela 19 - Encaminhamentos consultas cirúrgicas SISREG, Queimados, 2013

Especialidades	Quantitativo	%
Cir.buco-maxilo	13	2,26
Cir. Geral Catarata	7	1,21
Cir.Geral Oftalmologia	49	8,52
Cir. Geral Outras cirurgias	41	7,13
Cir. Geral Oncologia	11	1,91
Cir. de cabeça e pescoço geral	7	1,21
Cir. Geral- Endocrinologia	5	0,86
Cir. Geral- Esôfago	3	0,52
Cir. Geral - Estômago e duodeno	1	0,17
Cir. Geral	62	10,78
Cir. Geral - Pâncreas e Vias Biliares	10	1,73
Cir. Geral - Parede Abdominal	11	1,91
Cir. Geral - Tireoides	3	0,52
Cir. Geral. Ginecológica	51	8,86
Cir. Geral Ortopedia	168	29,2
Cir. Geral Plástica Geral – Diversas	88	15,3
Cir. Geral Torácica – Geral	5	0,86
Cir. Geral Vascular – Carótida	40	6,95
TOTAL	575	

Fonte: SISREG (2013).

Quanto aos encaminhamentos incluídos no Sistema de Regulação-2013, seria necessário um levantamento mais aprofundado e detalhado do referido sistema para que fosse possível avaliar o quantitativo de referências inclusas e atendidas pelo sistema. Também não foi possível verificar no sistema o tempo de espera e o quantitativo dessas marcações para os munícipes.

4.11 Plano Municipal de Saúde em Queimados

A construção do Plano Municipal de Saúde de Queimados começou através da convocação da equipe técnica pelo secretário de Saúde, para que iniciasse a elaboração do PMS a vigorem no triênio 2010-2013.

A elaboração do plano apresentou dificuldades, pois o município não dispunha do SINAN, o que prejudicou as análises e comparações epidemiológicas. Naquele momento, foram utilizados os dados já consolidados no nível federal (disponíveis no site do DATASUS) para o perfil epidemiológico do município, e foram avaliadas as necessidades locais no território.

No início de 2009, o secretário de Saúde do município convocou os técnicos de saúde e a sociedade civil organizada para a Plenária Municipal de Saúde, realizada em 14 e 15 de março. Após dias de trabalhos intensos e muita discussão, a primeira versão do Plano Municipal de Saúde estava finalizado. Num segundo momento, solicitado pelo gestor, foi avaliado e aprovado na Conferência Municipal de Saúde de Queimados, realizada nos dias 21 e 22 de novembro de 2009. Ao final da conferência, com as alterações solicitadas pela plenária, o Plano Municipal de Queimados foi aprovado e publicado no *Boletim Oficial de Queimados* nº 111, datado de 30 de dezembro de 2009.

O Plano Municipal de Saúde teve a função de nortear o rumo das ações de saúde efetuadas pelos governos, agregando os conceitos de saúde debatidos junto às instâncias regulamentares dos setores da saúde e sociedade civil organizada. E ainda, consolida e traduz as diretrizes políticas que, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Queimados, visam colocar em prática o Plano de Governo Municipal e a implantação de medidas que fortaleçam o SUS no município, bem como a relação entre a política setorial, a articulação com os municípios vizinhos, com o CISBAF, estado e União.

Conforme prevê a Portaria GM/MS nº 548/2001, o Plano Municipal de Saúde de Queimados é o instrumento de referência para a gestão municipal do SUS, e cria possibilidades reais para novos e grandes avanços na qualidade de vida dos munícipes.

5 ANÁLISE DOS PLANOS MUNICIPAIS DA BAIXADA FLUMINENSE

O estudo dos Planos Municipais de Saúde da Baixada visa avaliar se estes contemplam as reais necessidades de ações propostas, de acordo com o perfil epidemiológico e peculiaridades, definindo os serviços de saúde realizados dentro e ou fora do seu território. Considerando a situação dos Planos Municipais de Saúde na Baixada Fluminense, o quadro abaixo apresenta o momento atual de cada ente federativo.

Quadro 5 - Situação dos Planos Municipais de Saúde na Baixada Fluminense

Situação dos municípios em relação aos PMS 2010-2013			
Região de Saúde	Município	Ofício do SMS encaminhando a aprovação do PMS 2010-2013 pelo CMS (Ata ou Resolução do CMS) Portaria MS/GM nº 3.332/06	Vigência
Baixada Fluminense	Belford Roxo	X	2010-2013
	Duque de Caxias	X	2010-2013
	Itaguaí	X	2010-2013
	Japeri	X	2010-2013
	Magé	X	2010-2012
	Mesquita	Não enviou	
	Nilópolis	X	2010-2013
	Nova Iguaçu	Não enviou	
	Queimados	X	2010-2013
	São João de Meriti	X	2011-2013
	Seropédica	X	2010-2013

De acordo com o apresentado no quadro 5, apenas os municípios de Mesquita e Nova Iguaçu não enviaram os respectivos Planos de Saúde para a Secretaria Estadual de Saúde oficialmente.

Apesar de os Planos Municipais de Saúde serem documentos administrativos da gestão e, portanto, terem caráter público, nem todas as secretarias de Saúde os disponibilizam a seus munícipes, conforme demonstra o quadro abaixo.

Quadro 6 - Disponibilidade dos Planos Municipais de Saúde

Municípios	Disponível	Site
Belford Roxo	No Sistema SARGUSUS em 2012	aplicacao.saude.gov.br/sargsus
Duque de Caxias	No Portal de Transparência	rj.portaldatransparencia.com.br/belfordroxo
Itaguaí	No Portal de Transparência	www.itaguaei.rj.gov.br
Japeri	Não disponível	-
Magé	Não disponível	
Mesquita	Não disponível	
Nilópolis	Não disponível	
Nova Iguaçu	Não disponível	
Queimados	No Sistema SARGUSUS em 2011	aplicacao.saude.gov.br/sargsus
São João de Meriti	Não disponível	
Serpédica	No Portal de Transparência	www.transparenciaseropedica.com.br

Fonte: Elaborado pela autora através de consultas nos sites das Prefeituras e do SARGUSUS

Na análise dos planos dos municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica, percebe-se através do conteúdo neles descrito, que os mesmos são fundamentados em documentos de gestão que oferecem subsídios para definição dos objetivos, diretrizes e metas pactuadas. Todos os planos têm vigência nos anos 2010-2013, com exceção de Mesquita e São João de Meriti, que, respectivamente, têm vigência 2010-2012 e 2011-2013.

Todos os municípios incluíram em seus planos os indicadores pactuados no SISPACTO, na PAVS. O SISPACTO é um sistema online de pactuação de

indicadores, com resultados alcançados no ano anterior e a proposta de meta para o ano em curso. O sistema produz relatórios dos dados inseridos pelo usuário cadastrado, proporcionando agilidade na transmissão das informações, bem como a credibilidade das mesmas.

A Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS), atual Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), é um instrumento de pactuação de indicadores da vigilância com metas estabelecidas a serem alcançadas com relevância para o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, eleitas pelas esferas federal, estadual e municipal.

Quadro 7 - Análise dos Planos Municipais de Saúde por município da Baixada Fluminense

Município	Necessidades de Saúde	Rede própria	Rede conveniada	Metas	Prazos	Resultados	Avaliação
Belford Roxo	Não	Sim	Sim	Metas	Prazos	xxxx	Não
Duque de Caxias	Sim	Sim	Sim	Metas	Prazos	xxxx	Não
Itaguaí	Sim	Sim	Não	Metas	Prazos	xxxx	Sim
Japeri	Sim	Sim	Não	Metas	Xxxx	Alguns programas	Sim
Mesquita	Não	Sim	Não	Metas	Prazos	xxxx	Não
Nova Iguaçu	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Queimados	Sim	Sim	Sim PPI assistência	Metas	Xxxx	Sim	Sim
São João de Meriti	Sim	Sim	Sim	Metas	Prazos	xxxx	Sim
Seropédica	Sim	Sim	Sim	Metas	Prazos	xxxx	Não

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Planos Municipais de Saúde

Todos os municípios contemplam, no seu plano, o histórico, a identificação, a localização territorial e os aspectos sociodemográficos, com exceção do município de Nova Iguaçu. A análise dos indicadores epidemiológicos encontra-se descrita em

todos os planos, entretanto não se estabelece relação com as necessidades dos serviços de saúde. A capacidade instalada da rede assistencial está exposta nos planos, tanto da rede própria, quanto da privada, à exceção dos municípios de Itaguaí, Mesquita e Nova Iguaçu.

Quanto aos recursos humanos, apenas os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Queimados e São João de Meriti descrevem no plano. O município de Duque de Caxias apresenta quadro detalhado informando função e vínculo empregatício.

A participação do Conselho Municipal na elaboração dos Planos de Saúde encontra-se em destaque nos municípios de Duque de Caxias, Japeri, Itaguaí, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica. O município de Belford Roxo cita a importância de o plano ser apreciado no Conselho de Saúde; no entanto, Mesquita não menciona o referido conselho. O município de Belford Roxo define custos, orçamento e realiza um planejamento participativo com propostas de infraestrutura, recursos humanos e organização dos serviços de saúde existentes.

O Plano Municipal de Saúde de Duque de Caxias destaca que sua missão é melhorar a qualidade de vida dos munícipes, através da prestação dos serviços de qualidade capazes de expressar um melhor desempenho de suas ações. O plano divide-se em cinco eixos prioritários: *Eixo 1*: promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidades e riscos à saúde; *Eixo 2*: Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e qualificação das ações de saúde; *Eixo 3*: Fortalecimento e aperfeiçoamento da capacidade de gestão municipal; *Eixo 4*: Educação e gestão participativa; *Eixo 5*: Gestão do trabalho atendendo as pactuações e diretrizes nacionais. O plano define que a rede municipal e conveniada é responsável pela maioria dos serviços de saúde prestados. É importante destacar que, ao falar dos serviços de alta complexidade, é citada a instabilidade das ofertas dos procedimentos desse segmento.

Ao falar de financiamento, Itaguaí destaca que a origem dos recursos impulsiona a execução das ações previstas, enfatizando que este é o combustível para o cumprimento do plano dentro do período de sua vigência.

Japeri cita a escassez dos recursos financeiros próprios na sustentabilidade e eficiência da gestão no cumprimento das ações propostas. Consta no plano a programação das necessidades de consultas e exames, tendo como parâmetro a Portaria GM/MS nº 1.101/2002.

Mesquita destaca que as demandas de saúde são ilimitadas e os recursos, limitados, mas não define quais. Afirma, ainda, que possui pouca autonomia econômica que permite sugerir que o mesmo sobrevive dos repasses governamentais. Afirma também que o plano deve apresentar soluções para os compromissos assumidos.

Em Queimados, a sociedade civil teve participação efetiva na elaboração do plano e apontou as dificuldades no que se refere ao perfil epidemiológico. Cabe ressaltar que os planos de Queimados e São João de Meriti foram submetidos à aprovação em suas respectivas Conferências Municipais de Saúde. O plano de Queimados consolida e traduz as necessidades das diretrizes políticas no âmbito da secretaria de saúde, citando a importância da integração e articulação com os municípios vizinhos, CISBAF, estado e União no fortalecimento das ações do SUS.

Seropédica deixa claro que o poder público municipal é o principal prestador de ações e serviços de saúde, cabendo à rede privada complementar os serviços que foram propostas no plano. Belford Roxo e Mesquita são os únicos que apresentam algumas planilhas com valores, seguindo a linha do PPA.

Quanto ao processo de avaliação, o município de Itaguaí afirma que deverá ser acompanhado e avaliado, enquanto Japeri diz que precisa ser revisado e reorientado anualmente. Queimados, por sua vez, informa que o monitoramento será realizado através do relatório de gestão anual.

Considerando que 89 % dos municípios descrevem metas em seus planos, 67% falam de prazos e 22% de resultados, é importante citar o estudo realizado por Zimbardi (2013), no qual relata que, em aproximadamente 30% dos municípios, o cumprimento das metas no Plano Municipal de Saúde não alcançou 50% do programado e somente 27% dos municípios tiveram mais de 75% de suas metas atingidas.

Os gastos com ações não previstas no Plano Municipal de Saúde podem indicar insuficiência de planejamento ou análise da situação de saúde precária; ou ainda pouca autonomia na gestão dos Fundos de Saúde.

Considerando que os Planos Municipais de Saúde devem estar em consonância com os instrumentos de gestão orçamentárias do Plano Plurianual (PPA), da Lei de Diretriz Orçamentária (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA), ao se analisar os planos percebe-se que Duque de Caxias, Queimados, Mesquita, Nova Iguaçu e São João de Meriti sequer citam esses documentos. Já os municípios de

Belford Roxo, Itaguaí, Japeri e Seropédica falam que o plano tem que estar em consonância com o PPA, e apenas Japeri deixa claro que o plano tem que estar previsto no orçamento e no PPA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Plano de Saúde de Queimados ocorreu em dois momentos diferentes, com grande intensificação das discussões das propostas de políticas públicas de saúde, das quais a sociedade civil organizada participou efetivamente. O primeiro momento foi a realização da Plenária Municipal de Saúde, em março de 2009, quando foi elaborada a minuta do Plano Municipal de Saúde, que foi estabelecido pela Resolução SES nº 68/2010. Até então, nunca havia sido elaborado um Plano de Saúde no município.

O segundo momento foi a realização da V Conferência Municipal de Saúde, em novembro do mesmo ano, quando as propostas foram rediscutidas e seguidas as diretrizes nacionais. Houve eleição do novo Conselho de Saúde e aprovação do Plano Municipal de Saúde em definitivo, publicado *Boletim Oficial de Queimados* nº 111, datado de 30 de dezembro de 2009.

Quanto à análise dos demais planos, pode-se afirmar que os mesmos seguem as pactuações previstas com órgão estadual e federal. Ainda que apresentem um diagnóstico situacional e o levantamento de sua capacidade instalada, nenhum deles explicita claramente suas reais necessidades de serviços de saúde, ou como devam complementar os serviços que não estão disponíveis na sua rede local.

É possível afirmar que o diagnóstico das necessidades de saúde e de serviços não foi elaborado de maneira que pudesse nortear ações previstas nos planos. O primeiro problema refere-se à integralidade das ações, da regionalização da rede de saúde e a ausência de um estudo do planejamento com o diagnóstico das reais necessidades dos serviços de saúde em nível local e regional. O segundo diz respeito ao monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde. O Poder Legislativo, diretamente ou com apoio do Tribunal de Contas e do Conselho Municipal de Saúde, deverá fiscalizar o cumprimento das normas de execução do Plano.

Depreende-se que os Planos Municipais de Saúde deveriam exercer influência no comportamento da execução das ações e serviços de saúde prestados, bem como nas pactuações previamente realizadas. No entanto, detecta-se que os

instrumentos não possuem nenhum tipo de monitoramento e avaliação das metas e prazos estabelecidos, assim como dos resultados alcançados.

Considerando que os Planos Municipais são instrumentos que devem nortear o processo decisório, a pesquisa de Zimbardi (2013) aponta que apenas 27% dos municípios da Baixada Fluminense tiveram 75% de suas metas propostas cumpridas.

Assim, é possível concluir que os planos são meros instrumentos que os municípios elaboram no cumprimento da legislação, para que não sejam punidos pelos órgãos de controle e financiadores. Não possuem nenhuma efetividade de monitoramento e acompanhamento da gestão. Portanto, é possível supor que o planejamento municipal e regional se tornou apenas um ato formal da administração pública.

REFERÊNCIAS

ARTMANN, E. *O planejamento Estratégico Situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa)*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, Brasília.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual. *Orientações para organização e funcionamento*, Brasília: MS, 2009, 60 p.: il – (Série B. Textos básicos em saúde; Série Pactos pela saúde, 2006, v. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Organização e funcionamento*. Brasília: MS, 2007a, 68 p. (Série B Textos básicos em saúde; Série Cadernos de Planejamento, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Instrumentos Básicos*. Brasília: MS, 2007b, 46 p. (Série B Textos básicos em saúde; Série Cadernos de Planejamento, v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Estudo sobre o arcabouço legislativo do Planejamento da Saúde*. Brasília: MS, 2007c, 114 p. (Série B Textos básicos em saúde; Série Cadernos de Planejamento, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Avaliação do desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde – 2004-2007*. Brasília: MS, 2007d, 72 p. (Série B. Textos básicos em saúde; Série Cadernos de Planejamento, v. 4).

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei complementar nº 141, 2012 de 13 de Janeiro de 2012. Congresso Nacional da República.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 1.101 de 12 de junho de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 38, de 04 de junho de 2008. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

CARVALHO, A.I. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBAM/ FASE, 1995.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Rio de Janeiro. Documento de Deliberação da CIB-RJ nº 1.550, de 12 de janeiro de 2012 que aprova o Regimento Interno da CIR.

Documento elaborado pelo CISBAF, para a proposta de ampliação da atenção básica, 11 de julho de 2013.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P.E.M.; SEIXAS, P.H.D. *Política e gestão pública em saúde*, São Paulo: Hucitec, 2011.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-318, 2001.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. 2a ed., Tomo I e II, série 143. Brasília: IPEA, 2006.

NORONHA, J.C, LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.p.435-472.

PARADA, R. *Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade do Rio de Janeiro*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Queimados, 2010-2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. São João de Meriti, 2011-2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Seropédica, 2010-2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Belford Roxo, 2010-2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Duque de Caxias, 2010-2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Itaguaí, 2010-2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Japeri, 2010-2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Mesquita, 2009-2012.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Nova Iguaçu.

SÁ, M.C.; ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico em Saúde: desafios e perspectivas para o nível local. In: MENDES, E.V. (Org.). *Planejamento e*

Programação Local da Vigilância em Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPS, 1994 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde 13).

TEIXEIRA, C.F.; VILASBÔAS, A.L.Q.; JESUS, W.L.A. *Proposta metodológica para o planejamento no SUS: planejamento em saúde. Conceitos métodos e experiências.* Salvador: Edufba; UFBA, 2010.

VIANA, A.L.D.; LIMA L.D.; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VIANA, A.L.D.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto. Lições do caso brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 3 p. 493-507, 2002.

VIANA, R.P. *Colegiados de gestão regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental.* Dissertação (Mestrado em 2012 – FIOCRUZ, RJ, 2012.

ZIMBARDI, L. *Gestão dos Fundos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: autonomia ou dependência?* (Mestrado em 2013 –IMS –UERJ, RJ 2013.