



SAÚDE EM MACAÉ: CENÁRIO PRÉ E PÓS CRISE E SEUS DETERMINANTES PARA A SOCIEDADE

*Elaine Antonio Antunes Passos¹
Sabrina Nunes Dias da Silva Barbosa²*

1. INTRODUÇÃO

Abordar a trajetória e a complexidade da política de saúde no município de Macaé no cenário atual constitui-se um desafio importante. Trata-se de um debruçar-se sobre as questões operacionais e também sobre os aspectos transversais que orientam e determinam as configurações das práticas implementadas no setor.

O desafio posto pela proposta que orientou a construção deste material, a partir da utilização privilegiada da análise bibliográfica e documental para o estudo exploratório do tema, traz em seu bojo uma abordagem muito rica de possibilidades de interpretações a respeito da questão em pauta.

O estudo exploratório, segundo Michel (2005), define-se como uma forma de pesquisa que recorre a documentos para buscar resposta a uma dúvida, procurando explicar uma questão a partir de referências teóricas publicadas em documentos, dispensando a elaboração de hipóteses. Importa também sinalizar a concepção de método que embasa a análise documental norteadora do estudo que, para o autor, configura-se como a consulta aos documentos e registros oriundos do objeto de pesquisa estudado, visando coletar informações importantes para o entendimento e análise do problema.

Para tanto, recorreu-se aos bancos de dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e aos Relatórios Quadrimestrais de Gestão produzidos pela Gerência e, posteriormente, setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde no período estudado, bem como a pesquisa por meio de artigos científicos relacionados ao tema.

A construção de olhares diferenciados e a realização de uma análise crítica revelada a partir da legislação vigente e das fontes oficiais de monitoramento e avaliação de uma determinada política, servem para demonstrar o quanto tais documentos podem ser elucidativos no que se refere aos estudos da saúde pública brasileira.

O desenvolvimento deste capítulo adquire relevância ao permitir traçar um panorama do próprio município no que se refere à implementação de uma Política Pública, bem como retratar a trajetória da atenção em saúde. Nesse sentido, a pesquisa documental realizada a partir de relatórios sobre o tema e legislações de saúde pertinentes é fundamental, pois nos permite traçar um panorama das propostas empreendidas e o modo como estas vêm sendo manejadas.

Isto posto, é fundamental compreender que o contexto avaliado é permeado por peculiaridades observáveis no perfil de acesso aos serviços, e este vem sendo modificado consideravelmente ao longo dos últimos 5 anos. Tais peculiaridades e mudanças podem ser notadas a partir de diferentes indicadores que demonstram as variações econômicas e populacionais experimentadas pelo município nesse período. Associado a uma imagem de “Eldorado do Petróleo”, o município foi pesadamente impactado pela crise

capitaneada pela queda do valor do barril de petróleo, concomitantemente a uma crise institucional vivida pela Estatal Petrobras, situada na cidade objeto deste estudo.

É neste cenário que a atenção da equipe técnica de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Macaé volta sua atenção para a mudança do perfil assistencial da rede, buscando identificar o perfil do usuário da rede SUS, a fim de detalhar os pontos de estagnação dos serviços e identificar não só as possibilidades de resolubilidade para as questões evidenciadas a partir de então, como também contextualizar o município em relação à região e aos problemas por ela enfrentados. Nesse sentido, analisam-se os índices de crescimento populacional em relação à cobertura dos planos de saúde encontrados no município, o crescimento da cobertura de Atenção Básica no período e número de leitos disponíveis à população, percentual dos investimentos em saúde preconizados pela Lei Complementar 141/2012, a demanda por exames realizados no SUS no período, bem como a demanda de produção ambulatorial, com vistas a possibilitar um olhar amplo a respeito da situação da saúde configurada em Macaé neste cenário. A partir de algumas questões atinentes aos perfis de demanda dos serviços públicos de saúde, e seu tensionamento, procura-se elucidar alguns pontos importantes para a definição de estratégias de gestão em saúde capazes de assegurar a retomada do crescimento de resolatividade outrora evidenciado no município.

A primeira parte do capítulo procura contextualizar os conceitos essenciais para a compreensão do tema e considerações expostos. Na segunda parte, coligem-se os dados apurados no período e que são caros à abordagem desejada. A terceira parte traz algumas considerações importantes sobre o que se pode observar a partir dos dados apurados e as prospecções que se pode fazer a respeito do cenário encontrado.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO ECONÔMICO ATUAL FRENTE À CONSOLIDAÇÃO DO SUS

A contextualização do cenário em que se gesta e se desenvolve a problemática em questão, requer a retomada de alguns pontos essenciais relativos aos conceitos envolvidos e sua compreensão. O ponto de partida desta discussão remete às definições de saúde e de assistência à saúde, bem como seus desdobramentos a partir dos impactos desencadeados pela atual crise do capital no cenário local.

Compreender o sentido em que opera a dimensão conceitual oficial norteadora da política permite pensar aspectos como intencionalidade e possibilidades das práticas envolvidas, além de poder subsidiar os desafios de redefinir-se frente às mudanças da realidade. Esses desafios envolvem os esforços empreendidos em favor da construção de uma política de saúde pública que contemple a perspectiva consolidada no artigo nº 196 de nossa Carta Magna, os princípios e diretrizes consignados na Lei nº 8080/1990.

O ponto de partida para referenciar esta discussão encontra-se nas bases legais da política de saúde no Brasil. A primeira normativa a que precisamos nos referir é a Carta Magna, que trata sobre a Ordem Social, desdobrando-a no que se refere à Seguridade Social, nos artigos que vão do nº 196 ao 200, parte que contempla a definição do Sistema Único de Saúde – SUS. O texto traz a responsabilização do poder público, no que se refere à garantia de viabilização da saúde e alguns principais desdobramentos daí advindos. Tais desdobramentos são mais bem expostos no texto aprovado pela Lei nº 8080/90 que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” O conteúdo do texto que define a Lei Orgânica da Saúde congrega uma série de desafios a serem

enfrentados pela sociedade brasileira, considerando a operacionalização de um sistema de saúde integralmente público, gratuito e capaz de promover um efetivo enfrentamento às grandes iniquidades em saúde verificadas em nosso país. Importa salientar que isto se deu em um cenário econômico absolutamente adverso, em que os determinantes capitalistas traziam uma série de novas exigências ao setor público, tensionando suas relações e estimulando o rentismo das atividades de potencial interesse ao setor privado.

Conforme sinalizado em Antunes (2018), capitaneado pelos monopólios, o capitalismo contemporâneo provocou um movimento importante no interior do modo de produção capitalista. Identificado como a 3ª fase do Capitalismo Imperialista, a atual fase do referido modo de produção trouxe consigo importantes determinações para as sociedades nas quais opera. Tendo como marco inicial os anos 70 do século XX, esse estágio chegou a ser denominado por Harvey (2004) como "novo imperialismo". Foi marcado pelo encerramento dos Anos Dourados do capitalismo, período durante o qual este modo de produção prosperou abundantemente.

A referida fase trouxe consigo novas determinações para todo o mundo capitalista, demandando a produção de novas respostas para as sucessivas crises que vinham se tornando cada vez mais frequentes. O processo evidenciou a importância da realização de modificações nas estratégias organizacionais, adequando-as às rápidas transformações dos contextos institucionais, face ao ambiente cada vez mais inconstante causado pela globalização da economia que demanda integração dos mercados.

Segundo aponta Netto (2009), configurou-se nesse momento um período de restauração do capital, que para tanto, assentou-se no tripé que combinou reestruturação produtiva, financeirização do capital e expansão da ideologia neoliberal. Esse movimento impactou fortemente o mercado de trabalho e as relações produtivas em todos os segmentos, inclusive o dos serviços de saúde e afetou profundamente as condições de oferta, bem como as demandas pelos serviços ofertados pelo SUS.

O surgimento do SUS ocorre em um contexto em que se evidencia um elevado grau de irracionalidade no modelo de assistência médica individualizado, hospitalocêntrico e pouco resolutivo frente aos problemas de saúde de amplas camadas da população. Modelo este marcado por graves problemas estruturais em diferentes direções e que fora herdado de um contexto de gestão que Fernandes (1975) chamou de "Autocracia Burguesa". Esse período foi marcado por um forte traço de financeirização dos mecanismos de proteção social, dentre eles a saúde. Assim, no referido período, observa-se que "Os programas de saúde e de educação se desenvolveram com base no privilegiamento do setor privado, reproduzindo na política social as tendências da nova política econômica implantada." (BRAVO, 2011, p. 59) Trata-se de um processo orientado por uma lógica organizativa privatista de sociedade e que só começa a ser confrontado quando irrompem no cenário brasileiro as lutas pela democratização das políticas na década de 1970, no qual nasce a Reforma Sanitária.

No que tange à crise econômica vivenciada no Brasil entre 2014-2017 (BARBOSA FILHO, 2017), o marco essencial é delineado pelas oscilações do mercado petrolífero e a capilarização de seus impactos sociais sobre a operacionalização da política de saúde na esfera local. Essa dimensão faz-se necessária frente ao desafio de pensar nas determinações impostas pela limitação orçamentária para a consecução dos objetivos propostos para a política de saúde durante os exercícios financeiros atravessados no período.

O chamado "Movimento de Reforma Sanitária" foi crucial para possibilitar a inflexão dos mecanismos de proteção social relativos à política de saúde, que resultaram na concepção de saúde universal desenvolvida e consignada na Carta Magna de 1988. Graças à referida concepção foi possível a prospecção que resultou na construção do Sistema Único de Saúde do modo como conhecemos. Sistema Único de Saúde que estende sua

atuação em diferentes direções, a fim de proporcionar à sociedade ações de saúde plasmadas pela articulação de um conjunto de saberes e práticas capazes de ocasionar as mudanças essenciais para se produzir saúde em seu conceito lato.

Desde o momento em que a Carta Magna consigna como dever do SUS a responsabilidade de ordenar a formação dos recursos humanos para a área de saúde, inicia-se a materialização de uma nova era para a saúde pública no Brasil. Nesse cenário, constroem-se as interfaces necessárias para que o sistema opere com efetividade, viabilizando não só a assistência, mas também a oferta de meios para que se organizem e se mantenham as estruturas transversais que lhe dão sustentação. Como instrumentos para organizar o referido processo, foram elaborados e aprovados uma série de Portarias de grande importância, com objetivo de trazer ordens/instruções acerca da aplicação das leis 8080/1990 e lei 8142/1990.

Nas décadas de 1990 e seguintes, várias ações foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a capacitação de recursos humanos. Os projetos tinham por objetivo capacitar os trabalhadores do SUS para a implementação do sistema visando principalmente ao atendimento integral à saúde da população. (MAULER *et al*, 2015, p.18)

É a partir desse momento, que avança o processo crescente de complexidade que a estrutura do Sistema Único de Saúde evoca, para que possa assegurar a resolutividade necessária e esperada pelos usuários do sistema. Como mais um marco de relevância, temos as Portarias nº 399/2006 e 699/2006, a primeira contempla a metodologia de consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em seus três eixos estruturantes que são: Pactos Pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão; enquanto a segunda aborda a regulamentação das diretrizes operacionais dos pactos Pela Vida e de Gestão. É graças a essa perspectiva que a Gestão do sistema desponta como um aspecto estratégico e passa a requerer mais atenção no contexto do processo como ferramenta fundamental para monitoramento e avaliação da assistência prestada visando acompanhar suas eventuais interrupções e continuidades para identificar fragilidades e potencialidades do sistema.

3. CONTEXTUALIZAÇÕES DO CENÁRIO REGIONAL E DO MUNICÍPIO DE MACAÉ

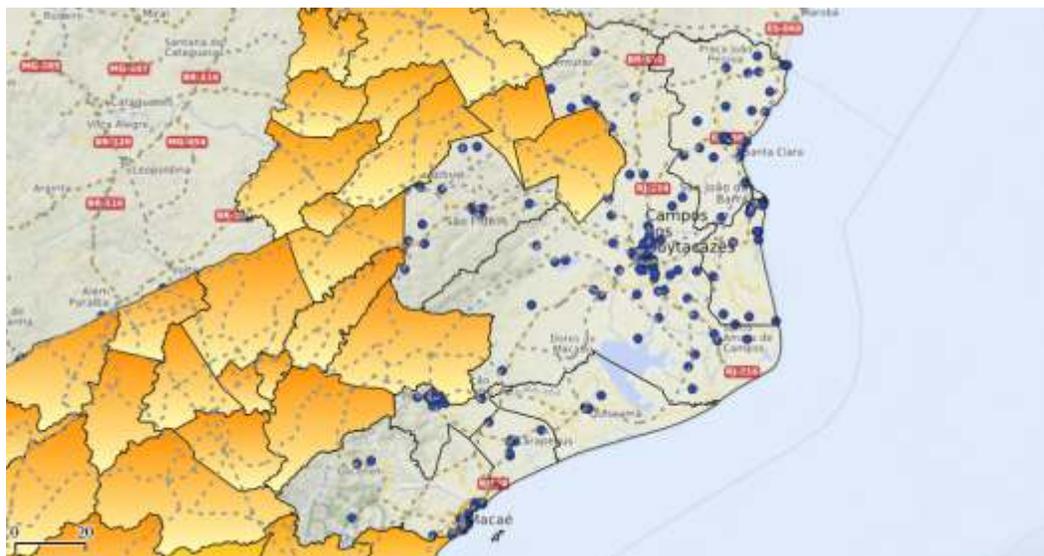
Dentro da lógica da regionalização³ instituída para o SUS no Pacto pela Saúde, insere-se o município de Macaé, na região Norte do estado do Rio de Janeiro, composta, por sua vez, por oito municípios, a saber: Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidelis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. Somados, correspondem a 21% da área total do estado do Rio de Janeiro.

Segundo o CEPERJ (2018), a agroindústria açucareira caracteriza, tradicionalmente, a região. Nas últimas décadas, dois outros produtos – petróleo e gás natural – assumiram importante papel na economia regional, a produção do petróleo e do gás natural, extraídos da Bacia de Campos, tornaram-se o principal fator de crescimento do PIB do estado do Rio de Janeiro nas últimas décadas.

Com isso, os municípios de Campos dos Goytacazes e Macaé são os que mais crescem e se destacam na região, como mostra o último Censo do IBGE/2010, que apresenta Macaé com uma população de 206.728 habitantes e uma estimativa de projeção de crescimento para 2018 estimada em 251.631 habitantes.

A região apresenta um mapa da saúde (Figura 1), conforme o Diagnóstico do Planejamento Regional Integrado do Estado do Rio de Janeiro (2018), configurado como se observa a seguir.

Figura 01 - Região Norte - fronteiras e concentrações de unidades de saúde SUS



Fonte: MS/CNES, 2016.

A Figura 1 revela as maiores concentrações de unidades de saúde, sendo a maior concentração regional situada em Campos dos Goytacazes.

Ainda segundo o Diagnóstico Regional elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde a respeito da Região de Saúde Norte (SES, 2018), a população regional equivale a 5% do total da população do estado do Rio de Janeiro, apresentando densidades demográficas relativamente baixas. Esse diagnóstico ainda sinaliza a possibilidade de que a população da região Norte esteja subestimada devido a oscilações na economia regional, (crise – investimentos – crise) que poderiam alterar seu perfil demográfico periodicamente, sem o devido acompanhamento estatístico (Tabela 1).

Tabela 01 - População estimada, tendência de crescimento e densidade de ocupação urbana dos municípios da região Norte

TERRITÓRIO	POPULAÇÃO ESTIMADA				DENSIDADE DEMOGRÁFICA (HAB./KM²)	
	2015	2016	2017	2018	Em áreas urbanas	Líquida
REGIÃO	892.045	901.210	910.045	935.369	2.362,55	105,43
Campos dos Goytacazes	483.967	487.186	490.288	503.424	2.189,91	135,72
Capapebus	15.007	15.293	15.568	16.039	3.087,00	51,54
Conceição de Macabu	22.161	22.315	22.461	23.064	2.932,33	66,60
Macaé	234.630	239.471	244.139	251.631	3.049,93	199,19
Quissamã	22.706	23.125	23.535	24.246	4.373,94	36,56
São Fidélis	37.706	37.696	37.689	38.626	5.481,46	37,77
São Francisco de Itabapoana	41.287	41.240	41.191	42.201	1.411,12	38,31
São João da Barra	34.581	34.884	35.174	36.138	1.315,48	83,64
Estado	16.550.009	16.635.996	16.718.956	17.159.960	4.211,99	433,26

Fontes: Ministério da Saúde/SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015; IBGE, Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS Estimativas de população para 2016, 2017 e 2018; IBGE - Áreas Urbanizadas do Brasil, 2015.

De acordo com o mesmo relatório, Macaé possui a 2ª maior população e a 1ª maior densidade demográfica da Região Norte (199,19 hab/km²), destacando-se em relação aos demais. No geral, alguns municípios destacam-se pelas altas taxas de crescimento e migração, tais como Macaé, Quissamã e Carapebus.

Com relação ao desenvolvimento econômico de Macaé, sua evolução exponencial ocorreu a partir da implantação da Petrobras na década de 1970, o que exigiu a criação de toda uma infraestrutura para atender aos determinantes do mercado de trabalho ora criado. Em 1974, a Petrobras elegeu a cidade de Macaé como base operacional para as atividades de prospecção e de produção para o então recém-descoberto petróleo da plataforma continental da Bacia de Campos. Inaugura-se, assim, um novo ciclo econômico regional, agora baseado direta e indiretamente nos recursos oriundos da extração petrolífera (ARAÚJO, 2005, p. 6).

O município, em face do processo de crescimento assumido, desenvolve-se de forma desordenada, o que naturalmente reflete em toda sua estrutura de prestação de serviços públicos sociais. Trata-se de uma característica que emerge, como apontado por Pizzol (2008) em diversas cidades produtoras. Ou seja, onde a herança de uma economia organizada a partir da indústria de petróleo manifesta os mesmos problemas típicos das grandes metrópoles: rápido crescimento, ausência de planejamento urbano, segregação espacial entre imigrantes ricos e pobres, favelização, trânsito caótico, alto custo de vida e forte especulação imobiliária, além de deficiências nas condições locais de atendimento básico à saúde, educação, moradia e infraestrutura.

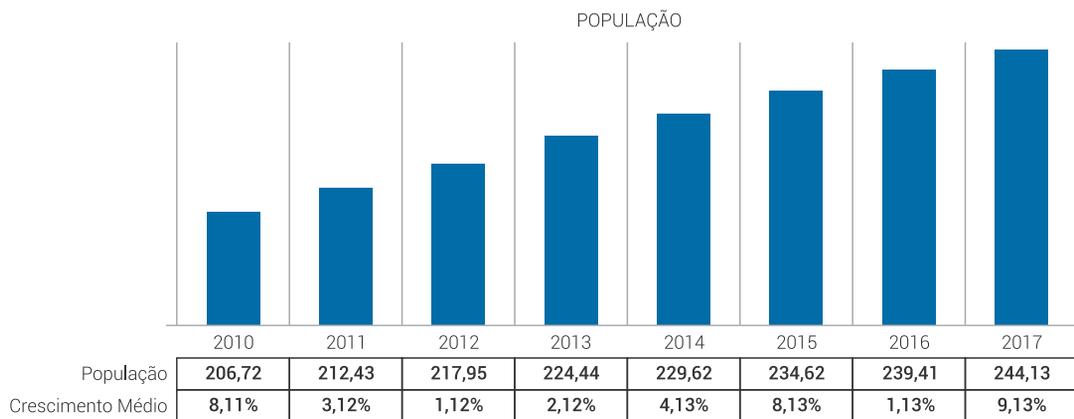
De acordo com dados do IBGE apurados por Antunes (2018), o município contava no ano referência de 2015 com um PIB *per capita* de R\$91.676,24. O IDH do município corresponde a 0,764 conforme PNUD 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,828, seguida de Renda, com índice de 0,792, e de Educação, com índice de 0,681 ainda conforme dados do *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2017)*.

De acordo com os dados oficiais, o município conta com uma população de 4,93% na linha de indigência e 14,17% na linha de pobreza. Tais valores são, ainda assim, bem melhores do que a média da Região Norte Fluminense, calculada em 11,95% e 31,76% respectivamente.

Outrossim, conforme sinalizado em Antunes (2018), entende-se que tais valores não são capazes de traduzir plenamente a real complexidade do problema, visto que o município conta com uma ampla população flutuante que não é devidamente dimensionada pelos órgãos de captação e sistematização de dados. São pessoas que integram um exército industrial de reserva à disposição do mercado de trabalho vinculado à área *off-shore* e que declaram moradia fixa em outras localidades, mas que permanecem aqui em função de suas atividades laborais. Estima-se que o percentual de pessoas que integram essa população flutuante possa chegar a 30% da população da cidade em períodos de maior concentração e disponibilidade de vagas no mercado de trabalho. Embora não haja dados sistematizados sobre a variação desse percentual populacional, informes da imprensa local e da Associação Comercial e Industrial da cidade dão conta de que essa variação é considerável⁴.

A População Economicamente Ativa do município, estimada pelo IBGE em 2015, foi de aproximadamente 72% da população e leva em consideração dados de referência de 2010, quando foi realizado o último Censo e o cenário de empregos na cidade ainda era consideravelmente diferente do atual.

Gráfico 1 - Contagem populacional em Macaé de 2010 a 2017



Fonte: IBGE, 2017.

Em observância ao Gráfico 1, pode-se dizer que Macaé é uma cidade em constante expansão, tendo um crescimento médio de 2,6% ao ano, totalizando um aumento de 18% de sua população ao longo dos últimos 7 anos. Contudo, o crescimento urbano não acompanhou o crescimento populacional, sendo esta defasagem expressa na falta e/ou deficiência da infraestrutura viária e de saneamento e outros bens e serviços públicos.

Quanto aos índices de pobreza, (Tabela 2 e 3), os dados apurados indicam que Macaé possui índices bem menores que no restante do estado e do país, sendo a porcentagem da população na condição de pobreza igual a 4,63%, a metade do estado e 1/5 do restante do país. A quantidade dos vulneráveis à pobreza é de 17,17% da população total contra 22,26% no estado e 32,56% no país. Quanto aos extremamente pobres, os índices do município mantêm-se próximos aos do estado, sendo de 1,38% contra 1,98%, distantes da realidade do Brasil, que fica em 6,44%. O número de vulneráveis à pobreza foi o que obteve a queda mais significativa, reduzindo-se em 27,38% desde 1991 até 2010, seguido pelo índice de pobreza, com uma redução de 18,09%, e os extremamente pobres com uma queda de 5,06%.

Tabela 2 - Indicadores de vulnerabilidade social

INDICADORES DE VULNERABILIDADE (2010)	BRASIL	RIO DE JANEIRO	MACAÉ (RJ)
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,44%	0,45%	0,79%
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	6,94%	6,08%	8,25%
Mortalidade infantil	1,67%	1,41%	1,36%
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	19,90%	14,73%	8,35%
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	3,31%	3,04%	3,09%
% de vulneráveis à pobreza	32,56%	22,26%	17,17%
% de pobres	15,20%	7,23%	4,63%
% de extremamente pobres	6,62%	1,98%	1,38%
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	54,92%	64,65%	67,80%

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2017.

Tabela 3 - Indicadores de vulnerabilidade social em Macaé ao longo dos anos⁵

INDICADORES DE VULNERABILIDADE (2010)	1991	2000	2010
% de mulheres de 10 a 14 anos que tiveram filhos	0,39%	0,39%	0,79%
% de mulheres de 15 a 17 anos que tiveram filhos	6,85%	9,99%	8,25%
Mortalidade infantil	3,52%	1,82%	1,36%
% de crianças de 4 a 5 anos fora da escola	-	17,66%	8,35%
% de crianças de 6 a 14 anos fora da escola	15,05%	3,01%	3,09%
% de extremamente pobres	6,44%	1,85%	1,38%
% de pobres	22,72%	9,77%	4,63%
% de vulneráveis à pobreza	44,55%	28,33%	17,17%

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, 2017.

3. MAPEAMENTO DAS AÇÕES: PANORAMA DA SAÚDE PÚBLICA MUNICIPAL DE MACAÉ

A fim de analisar e mapear as ações no território faz-se necessário primeiramente delinear a identificação da gestão no panorama da política de saúde. Nesse sentido, é necessário dizer que o estado do Rio de Janeiro ainda não aderiu ao Contrato Organizativo da Ação Pública para a Saúde (COAP) e, portanto, o município de Macaé está sob a vigência do *Termo de Compromisso de Gestão Municipal* (TCGM), homologado em Portaria nº 4.165, de 17 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União. Sob tais condições, a análise desenvolvida leva em consideração aspectos conjunturais, estruturais, físicos e orçamentários do processo.

3.1. A Oferta da Rede de Atenção à Saúde (RAS Macaé)

A fim de instrumentalizar o delineamento desejado do cenário de saúde do território estudado, outro fator importante envolve analisar o que a saúde pública tem a ofertar para a população em relação à estrutura de estabelecimentos de saúde, número de leitos e de profissionais disponíveis a serviço da população.

Conforme informado no Plano Municipal de Saúde 2018-2021 e de acordo com o SCNES (2017), Macaé dispõe de 02 hospitais cadastrados no SUS. Quanto ao número de leitos disponíveis à população, a oferta de leitos apresenta um total de 436 unidades cadastradas no CNES, dos quais 271 são leitos SUS e 165 não SUS, conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1: Leitos ofertados por especialidade em Macaé - 2017

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
01	BUCO MAXILO FACIAL	03	3	0
02	CARDIOLOGIA	13	0	13
03	CIRURGIA GERAL	83	28	55
04	ENDOCRINOLOGIA	1	1	0
05	GASTROENTEROLOGIA	5	5	0
08	NEFROLOGIA UROLOGIA	6	6	0
09	NEUROCIRURGIA	7	7	0
11	OFTALMOLOGIA	1	1	0
13	ORTOPEDIATRIA TRAUMATOLOGIA	33	29	4
14	OTORRINOLARINGOLOGIA	1	1	0
15	PLÁSTICA	2	2	0
16	TORÁCICA	5	5	0
TOTAL		160	88	72
CLÍNICO				
31	AIDS	1	1	0
32	CARDIOLOGIA	27	11	16
33	CLÍNICA GERAL	81	42	39
40	NEFROUROLOGIA	3	3	0
41	NEONATOLOGIA	11	9	2
42	NEUROLOGIA	12	10	2
46	PNEUMOLOGIA	3	3	0
TOTAL		138	79	59
COMPLEMENTAR				
66	UNIDADE ISOLAMENTO	13	11	2
74	UTI ADULTO - TIPO I	7	0	7
75	UTI ADULTO - TIPO II	36	22	14
78	UTI PEDIÁTRICA - TIPO II	4	4	0
80	UTI NEONATAL - TIPO I	10	0	10
81	UTI NEONATAL - TIPO II	5	0	5
82	UTI NEONATAL - TIPO III	20	0	20
TOTAL		95	37	58
OBSTÉTRICO				
10	OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	38	33	5
43	OBSTETRÍCIA CLÍNICA	12	5	7
TOTAL		50	38	12
PEDIÁTRICO				
45	UTI NEONATAL - TIPO II	50	47	3
68	UTI NEONATAL - TIPO III	16	10	6
TOTAL		66	57	9
OUTRAS ESPECIALIDADES				
34	CRÔNICOS	3	3	0
47	PSIQUIATRIA	5	5	0
TOTAL		8	8	0
HOSPITAL DIA				
07	CIRÚRGICO/DIAGNÓSTICO/TERAPEUTICO	14	1	13
TOTAL		14	1	13
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		298	167	131
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		436	271	165

Fonte: CNES, 2017.

Desse modo, do total de estabelecimentos informados no Sistema CNES analisado em 2018, 81 (oitenta e um) estão ligados hierarquicamente à Secretaria Municipal de Macaé.

Outro fator relevante a ser avaliado e que impacta diretamente na qualidade do serviço prestado à comunidade refere-se ao número de servidores municipais da saúde. Quanto à oferta de profissionais, segundo o PMS 2018 – 2021 e de acordo com a Divisão de Recursos Humanos, em abril de 2017, o quantitativo total de trabalhadores correspondia a 6.237 profissionais cujos vínculos se dividem conforme se apresenta na Tabela 4, a seguir.

Tabela 4 - Servidores da SEMUSA Macaé - 2017

VINCULO EMPREGATÍCIO	ABR
Cedidos com ônus	5
Cidadãos com Cargo Comissionado	66
Contratados por prazo determinado	1.191
Estagiários	44
Estatutário Estadual	76
Estatutário Federal	63
Estatutário Funasa	4
Estatutário Municipal	4.702
Terceirizados	86
Total	6.237

Fonte: Recursos Humanos-SEMUSA, 2017.

Ainda em 2017, houve uma mudança na captação destes dados em virtude da estrutura demandada a partir da Reforma Administrativa implementada pela Gestão Central, o que passou a inviabilizar a atualização dessas informações. Conforme apontado em Antunes (2018) observa-se que a estrutura de saúde do município ficou organizada e distribuída de forma pouco articulada a partir da Reforma Administrativa aplicada pela Lei Complementar nº 256/2016. A referida normativa passou a dividir a Secretaria de Saúde em duas Secretarias adjuntas, a saber: Secretaria Adjunta de Atenção Básica (SAAB) e Secretaria Adjunta de Alta e Média Complexidade (SAAMC). Nesse sentido, a captação de dados e a sistematização de informações produzidas ficou comprometida.

Em um universo de 6.237 servidores distribuídos nos 81 estabelecimentos da saúde pública municipal, saber que 75% destes são compostos de servidores públicos concursados é um ponto que deve ser destacado, uma vez que qualquer treinamento ou investimento nesses servidores será de suma importância na melhoria das práticas assistenciais, pois fazem parte do Quadro Permanente de Servidores Públicos, o que é um ponto forte para a gestão.

Sabe-se, de igual modo, que além do quadro de recursos humanos na saúde, devem-se analisar os serviços prestados à população, contabilizando os investimentos em saúde. É em relação a esse contexto que analisaremos a seguir os investimentos que o município vem fazendo na saúde nos últimos anos.

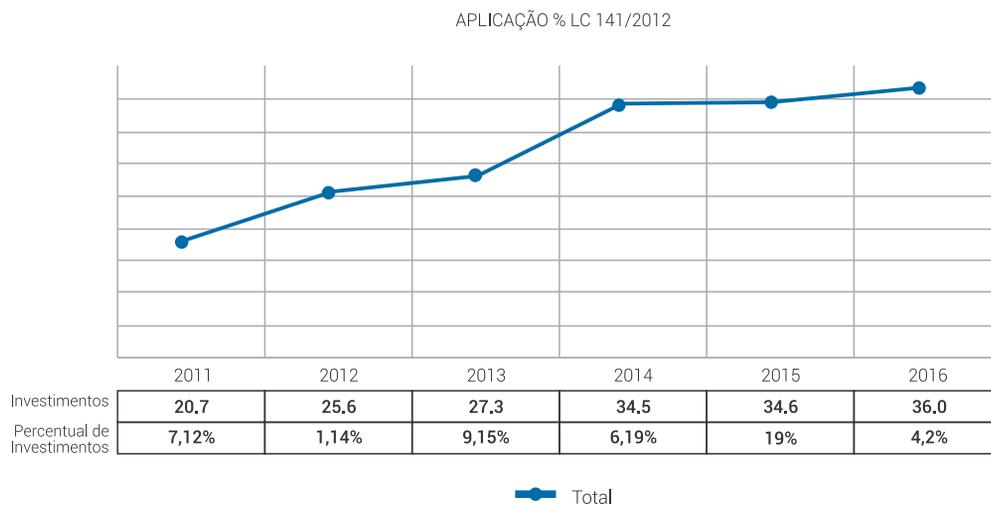
3.2. Indicadores de investimentos em saúde

Nos últimos anos, o investimento em saúde pública no Brasil tem sido tema de discussão bastante problematizado. O custo com internação de um paciente é relativamente maior que o custeio da atenção primária em saúde e ações transversais de prevenção.

É pensando nesse contexto que analisaremos, neste momento, os índices de investimento do município em relação à saúde dos usuários dos serviços do SUS.

O município tem aplicado em saúde mais do que é preconizado pela Lei Complementar 141/2012, que estabelece 15% de recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, conforme o Gráfico 2. Observa-se que, ao longo dos últimos 5 anos, os valores permanecem acima do dobro do valor mínimo estimado constitucionalmente.

Gráfico 2: Percentual de recursos próprios aplicados em saúde – EC 29, nos últimos 05 anos, no município de Macaé



Fonte: SIOPS, 2017.

Nota-se que, nos últimos 05 anos, a curva apresenta-se predominantemente ascendente. Isso demonstra que há um crescente investimento na aplicação de recursos próprios para a saúde em Macaé, apesar das limitações orçamentárias ocasionadas pelas sucessivas reduções na arrecadação ocorridas a partir de 2014, ano decorrente do início da crise e da análise deste objeto de estudo. Em 2017, os investimentos feitos em saúde foram de 33,76%, como mostra a Tabela 5.

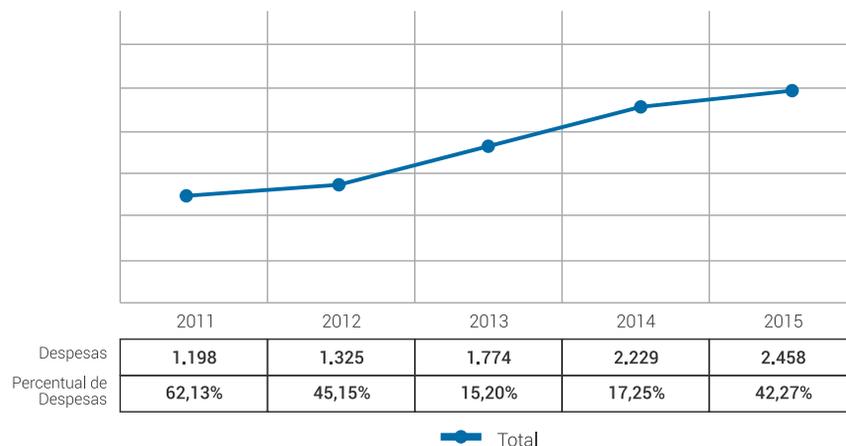
Tabela 5: Indicadores Municipais - Macaé, 2017 - 6º Bimestre⁶

INDICADORES DO ENTE FEDERADO		
Indicador		Transmissão
		Única
1.1	Participação da receita de impostos na receita total do Município	32,68%
1.2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	53,30%
1.3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	4,73%
1.4	Participação % das transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município	94,17%
1.5	Participação % das transferências da União para a Saúde (SUS) no total de transferências da União para o Município	9,31%
1.6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita total do Município	56,29%
2.1	Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$ 2.133,48
2.2	Participação da despesa com pessoal na despesa total do Município	77,09%
2.3	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	0,00%
2.4	Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	10,02%
2.5	Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde	0,69%
3.1	Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	10,41%
3.2	Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012	33,76%

Fonte: SIOPS, 2017.

Em 2018, devido a uma modificação no sistema SIOPS do Governo Federal, não foi possível contabilizar os percentuais para determinar os investimentos do Município em saúde até o presente momento (Gráfico 3).

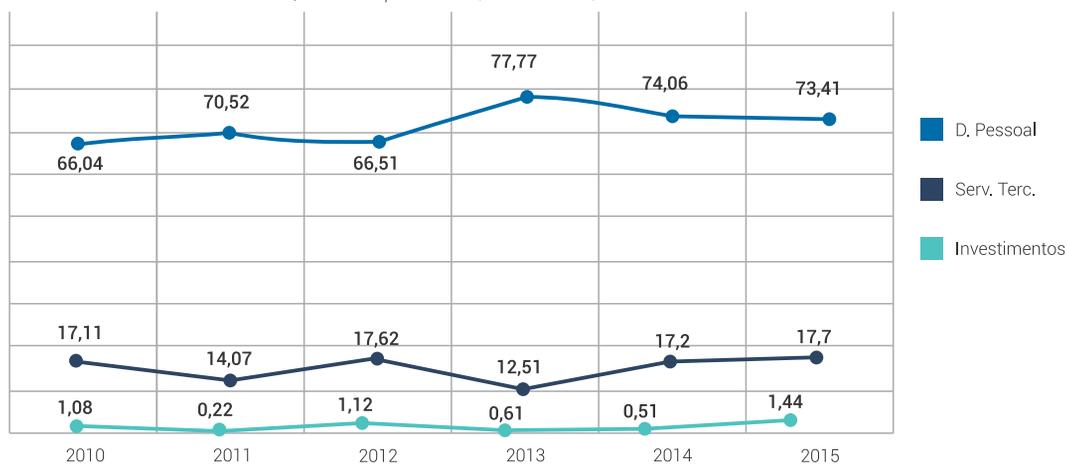
Gráfico 3: Despesa Total com Saúde/Habitante, em Macaé, nos últimos 05 anos



Fonte: SIOPS, 2017.

Do total das despesas realizadas no Setor Saúde, a despesa com pessoal prossegue como a mais representativa no que tange ao montante.

Gráfico 4: Percentual de despesas com pessoal, serviços de terceiros e investimentos em relação à despesa total, em Macaé, nos últimos cinco anos

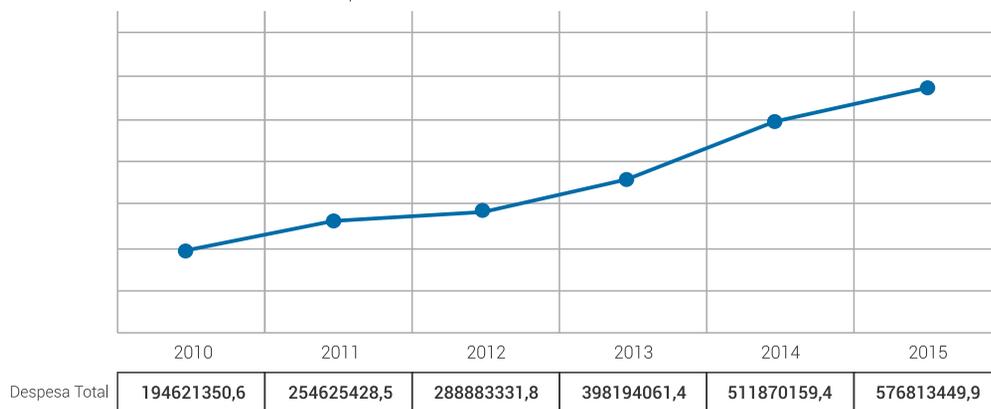


Fonte: SIOPS, 2017.

As oscilações verificadas nos últimos anos indicam a crescente redução das despesas com pessoal e de igual modo um aumento daquelas que estão relacionadas à contratação de serviços de terceiros, bem como as relativas aos investimentos. Desse modo, deve-se ainda analisar com afinco a questão da EC 95/2016 que congela os gastos em saúde por 20 anos e impactará diretamente os avanços e investimentos no SUS nos próximos anos. Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS, 2018), no seu 3º Fórum de Debates com o tema "Novo Regime Fiscal: Efeitos na Saúde", ressaltou-se que

(...) todos os governos federais que passaram pelo país até agora, independente do partido, diminuíram o investimento em saúde e quem vem arcando com os problemas gerados por isso são os municípios. Daqui há 20 anos, se essa lei ainda estiver em vigor, o presidente estará aplicando 1% do PIB com investimentos em saúde. (CONASEMS, 2018)

Gráfico 5: Despesa total com Saúde em Macaé, nos últimos cinco anos



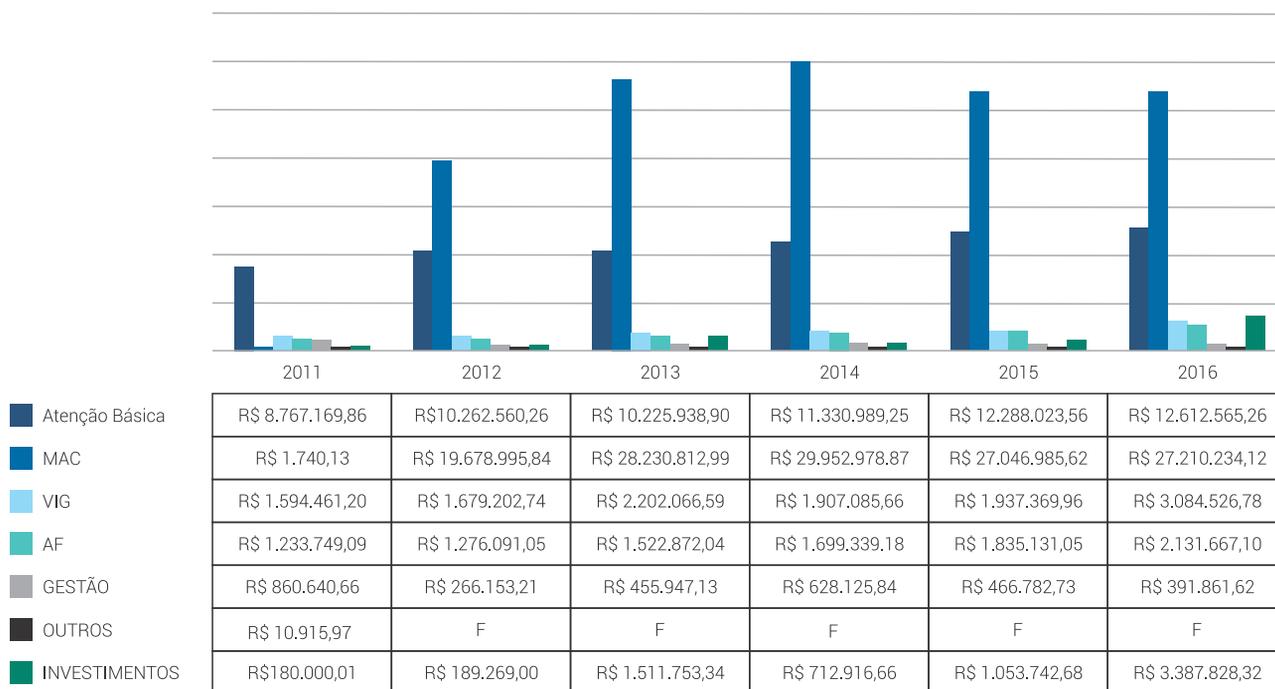
Fonte: SIOPS, 2017.

A despesa total em saúde apresentou um aumento gradual ao longo desses 05 últimos anos, conforme demonstrado no Gráfico 5.

Apesar do momento de crise, em que se configurou um corte significativo no orçamento, comprometendo a aplicação dos recursos, as despesas em saúde também sofreram aumento considerável em face do cenário socioeconômico do município, com severa redução do acesso a serviços privado-corporativos de saúde. O contexto evidencia a dificuldade de aumento das receitas repassadas fundo a fundo, tendo em vista a inexistência de novos projetos a serem habilitados pelo Ministério da Saúde. Esse aspecto é importante para pensarmos o comprometimento dos investimentos em saúde, frente ao aumento da demanda.

Com relação aos repasses financeiros fundo a fundo, o Gráfico 6 mostra as oscilações dos repasses efetuados.

Gráfico 6 - Repasses financeiros por blocos de financiamento repassados fundo a fundo nos últimos 05 anos para o município de Macaé



Fonte: Fundo Nacional de Saúde, 2017.

O incremento substancial de receitas no bloco de financiamento de média e alta complexidade, observado a partir do ano de 2012, ocorreu em função de o município ter aderido ao Termo de Compromisso de Gestão Municipal, que faz com que ele receba o total do Teto Financeiro previsto pelo Ministério da Saúde, independente da produção apresentada mês a mês. Todavia, há um claro desafio configurado. O cenário de problemática nacional e suas repercussões locais devem levar em consideração questões como demanda reprimida, população flutuante, mercado de óleo e gás e demais fatores, além das contradições frente ao elevado investimento de recursos aplicados em saúde.

4. MARCO CONCEITUAL SOBRE A SAÚDE COMPLEMENTAR NO BRASIL

As ações de saúde estão hoje divididas em SUS e Não SUS, ou seja, complementar ou suplementar. No Brasil, ambas são monitoradas pelo Ministério da Saúde. Para tanto, deve-se entender o significado de algumas nomenclaturas relacionadas à saúde complementar, como se apresenta a seguir:

A Lei 9.656/1998 define Operadora de Plano de Assistência à Saúde como sendo a pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. (FENASAUDE, 2018)

Ainda segundo o FENASAUDE (2018), as operadoras que compõem a estrutura empresarial do setor de saúde suplementar classificam-se em diferentes modalidades de atuação no mercado: medicinas de grupo; seguradoras especializadas em saúde, cooperativas médicas; filantropias; autogestões; odontologias de grupo; cooperativas odontológicas; e administradoras de benefício.

É importante sinalizar que o setor público de atendimento em saúde é composto unicamente por unidades de abrangência municipal de atendimento e que há um amplo setor privado que complementa a rede com o fornecimento de exames, procedimentos e internações de natureza cirúrgica. O setor privado no município, segundo dados da ANS, em junho de 2017 contava com 107.710 pessoas beneficiárias de planos de saúde, compondo 35,4% dos municípios com cobertura de saúde suplementar de 51,61% estimada em 2015, pela Agência. O referido segmento, além de prestar serviço ao SUS mediante contratualização², também opera de forma autônoma. Do total das unidades privadas de saúde existentes no município, 5 contam com regime de internação.

Neste estudo, apontaremos alguns dados das operadoras de planos de saúde que são as informações de maior relevância nesta pesquisa, visto que sua disponibilidade no cenário local, seu funcionamento e seus indicadores no período pré e pós crise econômica brasileira nos anos de 2014 a 2018, impactaram diretamente sobre nossa rede local de serviços públicos de saúde. Veremos, a seguir, um pouco sobre o funcionamento da saúde complementar e suplementar em Macaé e na Região Norte Fluminense.

4.1. A Rede de Saúde de Macaé – Complementar e Suplementar

Para compreender a saúde complementar em Macaé, iniciaremos analisando a questão dos estabelecimentos habilitados à prestação de serviços de saúde. No 1º quadrimestre de 2018, o município apresentava a seguinte composição de estabelecimentos de saúde, como mostra a Tabela 6, a seguir.

Tabela 6: Rede de estabelecimentos públicos e privados de Macaé, RJ

TIPO DE ESTABELECIMENTO	TOTAL
Posto de Saúde	4
Centro de Saúde/Unidade Básica	42
Policlínica	13
Hospital Geral	4
Hospital Especializado	1
Pronto socorro geral	1
Consultório Isolado	483
Clinica/Centro de Especialidades	120
Unidades de Apoio diagnose e terapia	82
Unidade Móvel de nível pré hospitalar na área de urgência	4
Farmácia	1
Unidades de Vigilância em Saúde	3
Central de gestão em saúde	1
Centro de Atenção hemoterapia e/ou hematológica	2
Centro de Atenção Psicossocial	3
Centro de Apoio a saúde da Família	1
Pronto Atendimento	2
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Central de Atenção Domiciliar Isolado (<i>Home care</i>)	1
Central de Regulação do Acesso	1
Pólo de Prevenção de Doenças e Agravos e promoção de saúde	3
TOTAL	773
Esfera Administrativa (Gerência)	TOTAL
Privada	589
Pública	88

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos, SCNES, 2018.

De acordo com a Tabela 6, observa-se que a rede de saúde privada do município supera em muito a rede pública. É preciso ainda analisar a cobertura territorial de saúde pública do município de Macaé. O sistema responsável por analisar toda a situação de monitoramento e acompanhamento da Atenção Básica no país, de onde são extraídos relatórios como o de cobertura territorial de saúde pública, também conhecido como E-Gestor (2018), tem uma cobertura de Atenção Básica no Município de Macaé, especificamente no mês de Setembro de 2018, correspondente a 58,18% e a de Estratégia de Saúde da Família corresponde a, aproximadamente, 41%, apontando para um déficit significativo da oferta de serviços frente à demanda de cobertura assistencial territorial local.

Ainda em relação à região e à saúde suplementar regional, segundo o Diagnóstico Regional elaborado pelo Estado do Rio de Janeiro (SES/RJ 2018), afirma-se que 75% da população residente na região Norte é cliente exclusiva do SUS, excetuando a situação de Macaé, com menos de 60% da população neste mesmo ano utilizando exclusivamente os serviços do SUS, como também vimos anteriormente no Tabela 7.

Assim, sabemos que os planos de saúde somente ambulatoriais representam menos de 1% do total de pacientes cobertos, enquanto os hospitalares e ambulatoriais chegam a representar 25% do total.

Tabela 7: População que dispunha de planos de saúde complementar e população cliente exclusiva do SUS, por modalidade de cobertura/demanda, 2018

MUNICÍPIO/REGIÃO	POPULAÇÃO QUE TINHA PLANO DE SAÚDE COMPLEMENTAR EM 2018		POPULAÇÃO USUÁRIA (CLIENTE) EXCLUSIVA SUS EM 2018			
	Hospitalares e ambulatoriais	Somente ambulatoriais	Somente hospitalar		Ambulatorial e hospitalar	
			N	%	N	%
Campos dos Goytacazes	110.580	74	392.844	78,03	392.770	78,02
Capapebus	2.189	0	13.850	86,35	13.850	86,35
Conceição de Macabu	3.655	1	19.409	84,15	19.408	84,15
Macaé	103.409	101	148.222	58,90	148.121	58,86
Quissamã	2.113	0	22.133	91,29	22.133	91,29
São Fidélis	4.984	5	33.642	87,10	33.637	87,08
São Francisco de Itabapoana	2.609	5	39.592	93,82	39.587	93,81
São João da Barra	4.841	5	31.297	86,60	31.292	86,59
Norte	234.380	191	700.989	74,94	700.798	74,92

Fonte: Microdados da ANS, competências de junho de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Analisando-se de igual modo os dados da Tabela 8, temos quase metade da população macaense analisada no ano de 2018, contando com a prestação de serviço de algum tipo de plano de saúde, embora a maioria dos usuários, como supracitado, ainda sejam de usuários que utilizam exclusivamente o SUS.

Tabela 8: Variação anual da população que dispõe de plano de saúde na modalidade hospitalar

PLANOS HOSPITALARES	2015-2014		2016-2015		2017-2016		2018-2017	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Campos dos Goytacazes	-1.060	-1.091	-618	-947	-190	-149	1.077	859
Capapebus	70	78	-251	-309	5	12	-37	-105
Conceição de Macabu	-79	-77	-280	-302	-7	0	-25	-62
Macaé	-3.313	-4.726	-7.623	-10.081	-150	-172	804	551
Quissamã	80	202	-189	-187	4	-3	-80	-67
São Fidélis	104	160	67	-14	10	13	3	-55
São Francisco de Itabapoana	77	23	118	10	11	10	-7	-38
São João da Barra	187	-925	36	-114	-11	5	52	80
Norte	-3.934	-6.356	-8.740	-11.944	-328	-284	1.787	1.163

Fonte: Microdados da ANS, competências de junho de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

Com relação à variação de usuários de planos de saúde nos últimos anos na região, como podemos observar, entre os anos de 2014 e 2017, segundo dados da ANS (2017), os habitantes da Região Norte perderam/cancelaram 31.586 planos de saúde de modalidade hospitalar + ambulatorial, especificamente 41% mulheres e 59% homens. Isso representou para o Sistema Único de Saúde uma sobrecarga potencial de 3,5% no total de clientes, supondo que aqueles que contavam com a saúde suplementar não fizessem uso regular do sistema. Aqui, destaca-se o município de Macaé pela expressividade do quantitativo observado no período e que corresponde a um aumento da demanda por serviços ofertados pelo SUS, no período que vai de 2014 a 2016, e cuja recuperação sutil só é observada a partir de 2017 (Tabela 9).

Tabela 9: Variação anual da população que dispõe de plano de saúde na modalidade ambulatorial

PLANOS AMBULATORIAIS	2015-2014		2016-2015		2017-2016		2018-2017	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
Campos dos Goytacazes	119	75	30	62	17	18	-131	-119
Capapebus	1	-1	-1	0	0	0	0	0
Conceição de Macabu	-97	-44	1	0	0	0	0	-1
Macaé	115	59	-6	45	13	4	-67	-69
Quissamã	-4	-3	-2	-3	0	0	0	0
São Fidélis	-1	-2	0	-2	0	0	0	0
São Francisco de Itabapoana	0	3	-3	-2	0	0	0	1
São João da Barra	-11	-6	0	0	0	0	0	0
Norte	122	81	19	100	30	22	-198	-188

Fonte: Microdados da ANS, competências de junho de 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018.

5. CONCLUSÃO

A análise realizada neste estudo evidencia, portanto, que a saúde pública ofertada por Macaé apresenta em sua totalidade boa resolutividade, mesmo com os impactos relacionados ao equacionamento entre o aumento da oferta e da demanda de serviços prestados.

Macaé possui um perfil socioeconômico elevado, mas em contrapartida o desemprego cresceu vertiginosamente em função da crise econômica. O potencial de mobilidade da economia local atrai muitas pessoas em busca de uma melhor qualidade de vida, o que acarreta um volume de migração crescente e constante, que demanda o recurso a instrumentos mais precisos de mensuração para que se possa realizar uma análise mais aprofundada a respeito do total de habitantes do município e a respectiva demanda por acesso a bens e serviços públicos.

A Saúde Suplementar de Macaé possui um bom número de estabelecimentos e recursos, mas ainda assim, é preciso uma análise mais aprofundada acerca do perfil desses estabelecimentos e o perfil epidemiológico deles exigido, para que consigamos dimensionar a efetividade na oferta desses serviços e possamos dizer se eles atendem às demandas de doenças características do município.

O número de leitos ofertados, tanto na rede SUS, quanto na rede não SUS, mostra-se, nesse caso, insuficiente para atender à demanda de crescimento populacional. A crise 2014 – 2018 impactou

significativamente os valores de recursos investidos em saúde nos últimos cinco anos. Por outro lado, os dados apontam que houve maior demanda por serviços de média e alta complexidade, não mais cobertos nos pacotes de serviços ofertados pelos planos de saúde vinculados às empresas sediadas no território. Algumas medidas ainda deverão ser estudadas a fim de aprimorar o monitoramento dos dados compilados a respeito dessa área, pois são muitos indicadores que precisam ser adequadamente dimensionados e correlacionados a fim de garantir uma melhor avaliação dos problemas enfrentados pela saúde municipal.

O cenário delineado nas conjunturas pré e pós crise demonstram que os recursos aplicados no setor eram maiores nos primeiros anos avaliados e foram sendo redistribuídos ao longo dos anos com vistas a atender melhor a demanda crescente que passou a tensionar o sistema. Importa-nos, portanto, acompanhar os novos desdobramentos e impactos que a questão orçamentária e as limitações financeiras impostas pela crise têm a nos ensinar.

NOTAS

¹ Prefeitura Municipal de Macaé. Especialista em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (FIOCRUZ). Endereço Institucional: R. Darcílio Possati, 134 - Centro, Macaé - RJ, 27943-110. Email: antuneselaine@yahoo.com.br

² Secretaria Municipal de saúde de Macaé. Mestre em Engenharia Ambiental (IFF). Endereço institucional: Rua Darcílio Possati, 134, sala 10 – Setor de planejamento. Email: sabryskiko@gmail.com

³ A Regionalização se constitui como um dos eixos estruturantes do Pacto pela Saúde, tendo como lógica operacional instituir uma divisão territorial em que se organize e distribua a oferta de ações e serviços de saúde no SUS.

⁴ <https://acim-macae.com.br/index.php/component/content/article/9-paginas/17-apresentacao-conheca>; <https://www.odebateon.com.br/site/noticia/detalhe/15867/macae-continua-crescendo-e-populacao-flutuante-tambem>; <http://tvbrasil.ebc.com.br/reporterio/episodio/macae-teria-2o-turno-se-populacao-flutuante-votasse>

⁵ 1 - Salário mínimo considerado no período igual a R\$ 510,00. 2 - O índice de pobreza considerado no período é o de indivíduos cuja renda mensal domiciliar per capita não ultrapassa R\$ 140,00. 3 - O índice de pobreza extrema considerado no período é o de indivíduos cuja renda mensal domiciliar per capita não ultrapassa R\$ 70,00. 4 - O índice de vulnerabilidade à pobreza considerado no período é o de indivíduos cuja renda mensal domiciliar per capita não ultrapassa meio salário mínimo, ou seja, R\$ 255,00.

⁶ a) Os indicadores 2.1 a 3.1, ao serem demonstrados na Situação de Entrega, estão sendo calculados pela segunda fase da despesa, ou seja, empenhada. Essa fase é considerada visando atender às disposições da Lei n.º 4320, de 17 de março de 1964, e as normas editadas pela Secretaria do Tesouro Nacional, sobre os demonstrativos que deverão compor o Relatório Resumido da Execução Orçamentária (PT/STN: 560/01, 517/02, 441/03, 471/04, 587/05 e 663/06).

b) O indicador 3.2 (Participação da receita própria aplicada em Saúde) é calculado em conformidade com a Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000 e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 322, de 08 de maio de 2003. Pela metodologia adotada pela equipe responsável pelo SIOPS, o cálculo tradicional do indicador 3.2 tem sido realizado baseado nas seguintes fases da despesa: Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012

REFERÊNCIAS

- AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE. Saúde Suplementar. Região Norte Fluminense, 2017. http://cvirtual-economia.saude.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=1045
- ANTUNES, Elaine Antonio. *Formação do trabalhador do SUS e Gestão: valorizando interfaces entre os processos de integração ensino-serviço*. 2018. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2018.
- ARAÚJO, Faber Paganoto. Migrantes Ricos e Migrantes Pobres: a herança da economia do petróleo em Macaé/RJ. In: IV Encontro Nacional sobre Migrações, 2005, Rio de Janeiro. Anais do IV Encontro Nacional sobre Migrações, 2005.
- BARBOSA FILHO, Fernando de Holanda. A crise econômica de 2014/2017. *Estud. av.*, São Paulo, v. 31, n. 89, p. 51-60, Apr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142017000100051&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 fev.2018.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da república Federativa do Brasil de 1988. Brasília: congresso nacional, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%c3%a7ao.htm. Acesso em 2 fev. 2017.
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial [da] república Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/executaPesquisalegislaao.action>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- _____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário oficial [da] república Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/executaPesquisalegislaao.action>. Acesso em: 2 fev. 2017.
- BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998a. Dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jun. 1998.
- BRAVO, Maria Inês Souza. *Saúde e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos*. São Paulo. Cortez Editora, 2016.
- CEPERJ. As regiões do Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.ceperj.rj.gov.br/ceep/info_territorios/divis_regional.html, Acesso em: 10.12.18.
- FENASAÚDE. Conceito de Saúde Suplementar. Disponível em: <https://cnseg.org.br/fenasaude/sobre-o-setor/>; Acesso em 10.12.18
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, SCNES, 2017.
- FERNANDES, Florestan. *A Revolução Burguesa no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- IBGE – Áreas Urbanizadas do Brasil, 2015.
- _____. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS – Estimativas de população para 2016, 2017 e 2018. MAULER, Irene Magda Borges; LIMA, Maria Aparecida Rodrigues de Oliveira; MAGALHÃES, Marta Gama de; CARREIRO, Monica de Almeida; ABRANCHES, Sueli Soldati; MENDONÇA, Vera Regina. A Educação Permanente em Saúde no Sul Fluminense: o protagonismo da região do Médio Paraíba.
- MAGALHÃES, Marta Gama de; FREIRE, Flávia Helena M. da A; PINHEIRO, Roseni (organizadoras). *Educação Permanente em Saúde: caminhos percorridos na região do Médio Paraíba, estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, CEPESC Editora; IMS/UERJ; ABRASCO, 2015. p.17-47.
- MICHEL, M.H; *Metodologia e Pesquisa científica em ciências sociais*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Planejamento do SUS: Uma construção coletiva. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Cadernos de Planejamento, Brasília, v.1, 2009.
- _____. /SVS/CGIAE - Estimativas de população para 2015.
- SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Diagnóstico Regional da Região Norte Fluminense. Planejamento Regional Integral, 2018.