

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL

KLEYTON GOES PASSOS

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA: REALIDADE DE UM  
MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA**

Vitória

2014

KLEYTON GOES PASSOS

**PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA: REALIDADE DE UM  
MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção ao título de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho.

Vitória

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

---

Passos, Kleyton Góes, 1975 -

P289p      Programação pactuada integrada: realidade de um município da  
amazônia ocidental brasileira / Kleyton Goes Passos. – 2015.

97 f. il.

Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa  
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Política de saúde. 2. Regionalização. 3. Poder público. I. Coelho,  
Maria Carlota de Rezende. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa  
de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

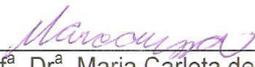
---

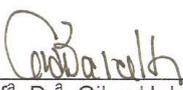
KLEYTON GOES PASSOS

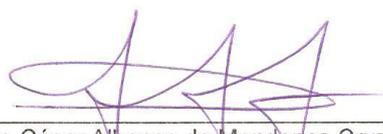
**PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA: REALIDADE DE UM  
MUNICÍPIO DA AMAZÔNIA OCIDENTAL BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação Em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovado em 12 de Dezembro de 2014

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria Carlota de Rezende Coelho  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Gilsa Helena Barcellos  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup>. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de  
Vitória – EMESCAM

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e consecutivamente ao meu falecido pai (Juarez), minha mãe (Joselita) juntamente com meus irmãos (Shanasis e Renzo) em especial ao grande amor da minha vida e eterna esposa (Fabíola) e meus filhos (Vítor, Breno e Larissa) pelo tempo que passei ausente.

## AGRADECIMENTOS

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta pesquisa, auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A ele, minha eterna gratidão.

Agradeço, especialmente, à minha família, pelo apoio para que eu concretizasse essa pesquisa: minha mãe Joselita e meu pai Juarez (In memoriam), que sonharam de forma incansável com esse momento; e, em especial, minha esposa, Fabíola Passos e meus filhos Vítor, Breno e Larissa, que estiveram sempre ao meu lado, confiando e entendendo-me nos momentos de ausência, dando-me apoio e carinho.

À professora doutora Maria Carlota de Rezende Coelho, minha “orientadora”, que possibilitou-me “aprendizagens únicas”, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante essa jornada.

Aos estimados Professores: Cesar Albenes de Mendonça Cruz e Gilsa Helena Barcellos, pelo aceite a participação da minha defesa avaliando, orientado e contribuindo na construção deste trabalho.

A todos professores do mestrado, cada um, à sua maneira, contribuiu para a construção desse trabalho.

À secretaria Yára Barcellos por todo seu carinho, encaminhamentos e esclarecimentos ao longo do curso, meu eterno agradecimento.

À Universidade Federal do Acre, em especial aos meus colegas do Curso Bacharelado em Enfermagem do Campus Floresta, pois esse apoio foi fundamental na realização deste trabalho.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, auxiliando nessa trajetória, com uma oração, com uma palavra de afeto ou simplesmente com um sorriso.

Meu muito Obrigado!

Portanto, tomai toda a armadura de Deus, para que possais resistir no dia mau e,  
depois de terdes vencido tudo, permanecer inabaláveis.

Efésios 6-13

## RESUMO

O Presente trabalho analisou os desdobramentos da aplicação da PPI (Programação Pactuada e Integrada) na região de saúde que faz parte o município de Cruzeiro do Sul/AC. O presente trabalho analisa os desdobramentos da PPI no município de Cruzeiro do Sul, os objetivos que específicos que nortearam a investigação foram: Conhecer as principais ações na saúde pública do município de Cruzeiro do Sul, e verificar avanços, limites e desafios que fazem parte da efetivação da PPI na referida região de saúde. A metodologia utilizada para o trabalho foi de abordagem qualitativa. Foram adotados os procedimentos revisão de literatura e pesquisa documental. A revisão de literatura constituiu em pesquisa em revistas eletrônicas e bibliotecas públicas; a pesquisa documental tomou como fontes leis, relatórios e decretos, as fontes foram localizadas no cadastro de acompanhamento da atenção básica e estratégia saúde da família produzidos pela prefeitura de Cruzeiro do Sul que abordam a execução e elaboração da PPI pela cidade, bem como: relatório de gestão, sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde pela prefeitura e pelas instituições que compõe o controle social do sistema de saúde local. Foi realizada ainda uma análise bibliográfica com os principais autores que discutem a temática da saúde no país além do breve estudo acerca dos conceitos que estruturam a Política Nacional de Saúde e seus desdobramentos. As fontes foram localizadas no cadastro e acompanhamento da Atenção Básica e ESF (Estratégia Saúde da Família) disponibilizados online, pelo Banco de dados do SUS (Sistema Único de Saúde), o DATASUS, por meio dos sistemas de monitoramento e avaliação. Tais ações foram vistas ao longo do trabalho, que trouxeram um breve panorama da saúde pública brasileira no ultimo século com destaque ao pós 1988, além da apresentação histórica da cidade de Cruzeiro do Sul e do respectivo Estado que a mesma faz parte e por último da PPI e seus desdobramentos práticos. Os resultados mostram que o município estudado encontra-se em processo de expansão política com limitações na assistência à saúde por fatores geográficos, profissionais e políticos. Vale ressaltar que o gestor não pode simplesmente se contentar em avaliar as metas de produção, mas é importante considerar que o monitoramento do quantitativo dos procedimentos pactuados pelo gestor municipal é crucial para garantir o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo prestador.

Palavras - Chave: Política de Saúde, Regionalização, Poder Público.

## **ABSTRACT**

Work Gift aimed to analyze the consequences of the application of the PPI (Agreed and Integrated Programming) in the health region which includes the city of Cruzeiro do Sul / AC , with the following objectives: To know the main actions in the public health of the city of the Southern Cross, and check advances , limitations and challenges that are part of the execution of the PPI in that health region . The methodology used for the study was a qualitative approach and was to sources laws , reports, decrees, produced by the Southern Cross Prefecture that address the implementation and development of PPI by the city, as well as materials collected from newspapers, about the work undertaken by health professionals by the city and the institutions that make up the social control of the local health system. Was further performed a literature review with the main authors discuss the health issue in the country beyond the brief study about the concepts that structure the National Health Policy and its consequences . The sources were located in the registration and monitoring of Primary Care and ESF ( Family Health Strategy) available online at SUS database ( National Health System ) , DATASUS , through the monitoring and evaluation systems. Such actions were seen throughout the work , which brought a brief overview of the Brazilian public health in the last century with emphasis on post 1988 beyond the historical presentation of the city of Cruzeiro do Sul and of the State that it is part and finally the PPI and its practical consequences . The results showed that the city is studied in political expansion process with limitations in health care by geographical factors , professionals and politicians. It is noteworthy that the manager can not just be content to evaluate the production targets, but it is important to consider that the monitoring of the quantitative procedures agreed upon by the city manager is crucial to ensure access to health services offered by the provider.

**Keywords :** Health Policy. Regional Health Planining. Public Power.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSESP	Fundação Serviço de Saúde Pública
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PAB	Piso de Atenção Básica
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPI	Programa Pactuado Integrado
SESP	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SISPPI	Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAC	Universidade Federal do Acre

## GRÁFICOS

Gráfico 1	Planilha para Pactuação das Metas dos indicadores nos municípios – 2014. Região do Juruá, Tarauacá e Envira (Dados de Fevereiro de 2014) Saúde da Mulher.....	60
Gráfico 2	Planilha para Pactuação das Metas dos indicadores nos municípios – 2014. Região do Juruá, Tarauacá e Envira (Dados de Fevereiro de 2014) Atenção a Saúde Indígena (Endemias).....	68
Gráfico 3	Planilha de divisão de leitos na Média Complexidade município de Cruzeiro do Sul/AC.....	72
Gráfico 4	Planilha de utilização de leitos hospitalares do Município de Cruzeiro do Sul/AC.....	77

## FIGURAS

Figura 1	Divisão Regional do Estado do Acre.....	43
Figura 2	Mapa destacando a Regional III.....	50

## SUMARIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICO.....	21
1.2	DESENHO DO ESTUDO.....	22
<b>2</b>	<b>BREVE ANÁLISE DO PANORAMA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....</b>	<b>25</b>
2.1	DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE A IMPLEMENTAÇÃO DA PPI: DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO SÃO FACES DA MESMA MOEDA.....	32
<b>3</b>	<b>CONHECENDO O CAMPO DE PESQUISA: MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL.....</b>	<b>43</b>
3.1	CRUZEIRO DO SUL: A PRINCESINHA DO JURUÁ.....	45
3.2	ORIGENS ÉTNICAS.....	47
3.3	INFLUÊNCIA INDÍGENA.....	47
3.4	LOCALIZAÇÃO.....	48
3.5	APRESENTANDO AS PRINCIPAIS AÇÕES EM SAÚDE DO MUNICÍPIO.....	50
<b>4</b>	<b>A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DO MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL.....</b>	<b>56</b>
4.1	CENTRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA.....	57
<b>4.1.1</b>	<b>Saúde da Mulher.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Saúde da Criança.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1.3</b>	<b>Saúde do Adolescente.....</b>	<b>62</b>
<b>4.1.4</b>	<b>Programa de Redução da Tuberculose.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1.5</b>	<b>Programa de eliminação da hanseníase.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1.6</b>	<b>Programa Saúde Bucal.....</b>	<b>66</b>
<b>4.1.7</b>	<b>Saúde Indígena.....</b>	<b>67</b>
4.2	PARÂMETROS PARA A PROGRAMAÇÃO.....	69
4.3	CONFORMAÇÃO DAS ABERTURAS PROGRAMÁTICAS.....	72
<b>4.3.1</b>	<b>Programação da Alta Complexidade Ambulatorial.....</b>	<b>74</b>
4.3.1.1	Procedimentos com finalidade diagnostica.....	74

<b>4.3.2</b>	<b>Programação da Média e Alta Complexidade Hospitalar.....</b>	<b>76</b>
4.4	PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO E RELAÇÃO INTERGESTORES....	79
4.5	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	81
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>86</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>91</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>94</b>
	<b>APÊNDICES A.....</b>	<b>95</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>
	<b>ANEXO A.....</b>	<b>97</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, esta afirmativa presente na Constituição Federal é o resultado vitorioso de uma série de movimentos em defesa da saúde pública no país, entretanto, fazer da saúde um bem público exige que as palavras saiam do papel se transformando em ações efetivas para o bem comum. Uma destas ações efetivas será apresentada neste trabalho que tem por objetivo central apresentar a PPI (Programação Pactuada e Integrada) e como a mesma vem sendo executada em uma região de saúde do Estado do Acre.

Até o final da década de 1980, as políticas de saúde no Brasil se inseriam no modelo residual e meritocrático, ou seja, não abrangiam toda a população e estavam vinculadas ao sistema previdenciário só recebia atendimento quem tivesse a carteirinha do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Havia, ainda, os que podiam pagar pelos serviços e aqueles que dependiam da ‘caridade’ – os indigentes.

Essa situação tem origens nos caminhos da história do Brasil: no período populista – Vargas: década de 1930 e 1940 – o desenvolvimento de políticas sociais não conseguiu eliminar a pobreza e promover a distribuição da renda, inclusive no que diz respeito às políticas previdenciárias e da saúde.

O regime autoritário de 1964 produziu profundas alterações no modelo de políticas sociais, anteriormente estabelecida, excluindo as oportunidades de participação da sociedade civil e criando investimentos públicos exclusivamente calcados na viabilidade financeira (atendimento específico aos consumidores com poder de compra) como, por exemplo, a criação das empresas estatais de saneamento. Até mesmo as práticas sanitárias baseavam-se em motivações econômicas como as que determinaram a criação da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), com seu ‘sanitarismo campanhista’.

As consequências foram desastrosas e, de 1964 a 1973, houve piora dos indicadores de cobertura das políticas sociais, em especial da mortalidade infantil que reverteu à tendência de decréscimo a qual vinha ocorrendo desde 1950.

De 1968 a 1974 o desenvolvimento da economia aconteceu com concentração de renda e degradação das condições de vida e saúde da população. Paralelamente, os anos 1970 trouxeram movimentos sociais formados por trabalhadores, profissionais de saúde, população em geral, buscando o resgate de valores ligados à cidadania, principalmente no setor saúde.

Esses movimentos e agências internacionais passaram a exercer intensa pressão sobre o governo Geisel, e a política governamental precisou romper com a lógica exclusiva da viabilidade econômica, o que ficou registrado com a inclusão, em 1974, do setor social no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), que criou, dentre outros programas de integração, o PIS-Pasep; política habitacional; ampliação de cobertura da previdência, entre outros.

A Previdência Social migrou do padrão seguro-saúde para um desenho organizacional típico da seguridade social, ocorrendo a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), em 1977 e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A partir de então, consolidou-se o movimento da reforma sanitária: diversas universidades se engajaram nos Departamentos de Medicina Preventiva; surgiram projetos municipais de organização dos sistemas locais de saúde: Campinas (SP); Caruaru (PE); Montes Claros (MG); foram organizados importantes movimentos dos trabalhadores da saúde: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 1976 (CEBES) e Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1979 (ABRASCO); aconteceram Encontros de Secretarias Municipais de Saúde em nível macrorregional e foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 1982.

Todo este movimento se fez presente e teve voz durante a constituinte e seus desdobramentos durante a década de 80 e 90 auxiliando na construção de uma saúde pública cada vez mais voltada a toda a população.

O processo normativo ministerial continuou mais voltado para as condições de acesso à atenção especializada e disponível em nível regional para a maioria dos municípios brasileiros. Surgiram as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), objeto de rica discussão entre as esferas de governo, porém com pactuação difícil e operacionalização engessada pelas características cartoriais. Mesmo assim, foram responsáveis por avanços consideráveis como a introdução de ferramentas importantes de planejamento e programação em saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

No que diz respeito à aplicação dos recursos públicos na gestão do SUS, em 2000, uma importante Emenda Constitucional, a EC n.º 29, determinou percentuais mínimos de aplicação dos recursos próprios federais, estaduais e municipais, o que traria um considerável aporte de recursos novos para a saúde, porém que até hoje está sem regulamentação, o que implica o não cumprimento por parte de muitos gestores.

Outro ponto observado com a efetivação da saúde pública no país está na edição de inúmeras portarias federais que dificultavam a operação do sistema, imobilizando, muitas vezes, a capacidade criativa e inovadora dos gestores e equipes de saúde. Vários fóruns, principalmente o Conass<sup>1</sup> e o Conasems<sup>2</sup>, começaram a discutir a necessidade de construir um novo pacto na saúde, capaz de substituir a normatização excessiva e a lógica da habilitação, por outra, de adesão e do compromisso com resultados.

Tais discussões trouxeram importantes resultados entre eles está o Pacto pela Saúde que passou a ser composto por três grandes linhas de ação: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

---

<sup>1</sup> O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal.

<sup>2</sup> O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) é uma entidade que representa potencialmente os interesses das Secretarias Municipais de Saúde e congrega todos os Secretários Municipais de Saúde como membros-efetivos.

O Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados que para serem alcançados necessitam da explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros.

São 11 as prioridades definidas no Pacto pela Vida, 6 delas foram escritas em 2006 e 5 acrescentadas em 2008, como resultado das pactuações realizadas nos Estados, durante a construção dos Termos de Compromisso de Gestão, bem como da discussão realizada no Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais foram mantidas em 2009 e continuaram em 2010: saúde do idoso; redução da mortalidade materna e infantil; redução das mortes por câncer de colo uterino e de mama; enfrentamento de endemias: dengue, malária, tuberculose, hanseníase e gripe aviária; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; saúde do homem.

O Pacto em Defesa do SUS é o compromisso inequívoco com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governo: levar a discussão sobre a política pública de saúde para a sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na lei n.º 8.080/1990. Estabelece 'as responsabilidades solidárias dos gestores' de forma a diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. (Brasil, 1990)

Os eixos prioritários do Pacto de Gestão são: descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e

controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde. Ainda que se identifiquem as três dimensões do pacto é preciso considerá-las intimamente correlacionadas e complementares entre si, integrantes de uma importante estratégia nacional determinada a retomar a responsabilidade solidária entre as instâncias do SUS.

O pacto de gestão busca preservar os princípios e diretrizes do SUS e é a possibilidade real de avançar no processo de consolidação da reforma sanitária, mesmo considerando que o enfrentamento dos problemas que permeiam a efetivação da saúde como direito de cidadania exige ações estruturais de médio e longo prazo.

Esse compromisso pactuado e assumido pelos gestores de saúde das três esferas de governo visa responder aos desafios da gestão e da organização do SUS; atender efetivamente às necessidades de saúde da população brasileira e tornar a saúde uma política de Estado mais do que uma política de governo.

Faz-se necessária a apresentação supracitada uma vez que a trajetória de saúde pública do país traz consigo a necessidade de um olhar regional a saúde pública, olhar este estimulado pelos pactos pela saúde e pela PPI (Programação Pactuada e Integrada) que, neste trabalho, será visualizada no período de 2000 a 2014 na regional de saúde em que faz parte o Município de Cruzeiro do Sul situado no Estado do Acre, Brasil.

A delimitação temporal do estudo se justifica em função da disponibilidade dos dados referentes ao cadastro e acompanhamento da população no referido município e por conter dados financeiros atualizados pelo Ministério da Saúde no Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI) publicados em 16/10/2014 relativos ao Município de Cruzeiro do Sul na modalidade ambulatorial e hospitalar.

Minha aproximação com a temática se dá através da formação acadêmica desde a graduação a especialização Lato Sensu, pois durante este processo de formação intelectual, vários foram os questionamentos referentes à saúde pública do nosso

país no que consiste a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua efetividade junto à população.

Vale salientar que essa observância me levou a uma posição social importante na sociedade brasileira no que consiste o processo ensino/aprendizagem, levando-me hoje a ser Professor do Campus Floresta no curso Superior de Enfermagem da Universidade Federal do Acre, cidade de Cruzeiro do Sul – AC, Brasil.

Esta posição social/profissional me remete a disciplinas importantes no contexto prático e social na rede hospitalar da região do Vale do Juruá, onde posso observar a população que necessita utilizar o serviço público de saúde e que por sua vez, demonstra fragilidade no que se refere à referência e contra referência da saúde em meu município.

O período que estive em supervisões de estágio supervisionado na rede hospitalar, pôde observar a demanda de pacientes descompensados e por muitas vezes sem diagnóstico, tratamento e ou acompanhamento pelo setor da Atenção Básica em saúde no município. Sendo assim observei questões relativas ao cadastro e acompanhamento dos pacientes que são consultados no hospital Regional do Juruá em Cruzeiro do Sul.

As contribuições deste estudo consistem de forma geral no plano para construção de conhecimentos relativos às informações presentes na PPI e no plano local, espera-se que o estudo venha a contribuir com a melhoria do serviço de atenção a saúde da região de saúde de Cruzeiro do Sul - AC.

Mediante ao exposto nesta discussão destaca-se o estabelecimento da Programação Pactuada Integrada como uma das principais ferramentas para o fortalecimento do processo de descentralização político administrativo do SUS. Portanto nesta investigação a questão que tentaremos responder é sobre os avanços e recuos na efetivação da PPI na região do vale do Juruá.

## 1.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Como procedimentos técnicos foram utilizados para execução deste trabalho a análise de leis, relatórios, decretos, produzidos pela prefeitura de Cruzeiro do Sul que abordam a execução e elaboração da PPI pela cidade, bem como: matérias de jornais coletadas, sobre o trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde pela prefeitura e pelas instituições que compõe o controle social do sistema de saúde local. Foi realizada ainda uma análise bibliográfica com os principais autores que discutem a temática da saúde no país além do breve estudo acerca dos conceitos que estruturam a Política Nacional de saúde e seus desdobramentos.

O Projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de um estudo que utilizou como fontes apenas dados secundários disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Cruzeiro do Sul, Ministério da Saúde e IBGE, portanto, de caráter público. Mas obedecendo aos critérios legais o projeto foi apresentado a Secretaria Municipal de Saúde, para obter autorização conforme anexo, tendo modificado seu tema após qualificação onde se intitulava: “*Sistema de informações sobre Hipertensão em um município da Amazônia ocidental brasileira: implantação e qualidade das informações (1998 – 2012)*” para “*Programação Pactuada Integrada: realidade de um município da Amazônia ocidental brasileira*”.

A metodologia referente às atividades científicas remete a um conjunto de operações instrumentais, sistemáticas e racionais que explicitam o caminho percorrido pelo investigador, visando alcançar seus objetivos. Tal explicitação possibilita que esse caminho possa ser percorrido por outros pesquisadores, proporcionando a detecção de possíveis erros em sua observação do objeto pesquisado. (LAKATOS; MARCONI, 1992)

Segundo Contandriopoulos et al. (1999, p. 215),

Quando escolhemos uma estratégia de pesquisa é essencial compreender que nenhuma abordagem de pesquisa é a melhor para todas as questões. A escolha de uma estratégia de pesquisa tem que ser feita considerando, entre outros, a natureza da questão da pesquisa, o contexto no qual a pesquisa se realizará, a formação e a experiência do pesquisador.

## 1.2 DESENHOS DO ESTUDO

Os processos de saúde e enfermidade do sujeito humano podem ser determinados por uma complexa interação de aspectos psicodinâmicos, sociais e culturais, que nem sempre são quantificáveis. Os fenômenos individuais e coletivos, por sua complexidade, extrapolam o domínio das Ciências Naturais, e, dessa forma, tem-se desenvolvido mais amplamente os modelos qualitativos. (TURATO, 2003)

Segundo Bauer, Gaskel e Allum, (2002, p. 21),

[...] na pesquisa social, estamos interessados na maneira como as pessoas espontaneamente se expressam e falam sobre o que é importante para elas e como elas pensam sobre suas ações e as dos outros.

Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, com análise histórica e social, sobre as Políticas Públicas de Saúde concernente Programação Pactuada Integrada da Cidade de Cruzeiro do Sul, estado do Acre. Além disso, procurou-se compreender os fatores que facilitam ou dificultam as práticas dos profissionais de saúde aos pacientes atendidos pela rede de atenção pública.

Os métodos qualitativos abordam aspectos subjetivos e podem ter caráter exploratório e descritivo, aproximando o pesquisador dos dados, orientados ao processo e ao descobrimento. Possuem amostragem tipicamente intencional, com um pequeno número de sujeitos e permitem a compreensão de particularidades e especificidades dos grupos pesquisados. Nas Ciências da Saúde, demarcam relevantes alternativas para o entendimento científico de fenômenos ligados aos processos humanos de saúde e enfermidade. (SERAPIONI, 2000; TURATO, 2003)

A pesquisa qualitativa deriva do pensamento compreensivista. Ela compreende especialmente a ausência de medidas numéricas e análises estatísticas para suas inferências, avalia de forma mais profunda aspectos subjetivos da temática em estudo. Caracteriza-se pela imersão do pesquisador no contexto e a perspectiva de interpretação na condução da pesquisa. (KAPLAN; DUCHON, 1988)

Permite a análise de descrições detalhadas de fenômenos e comportamentos; citações diretas de pessoas sobre suas experiências; trechos de documentos, registros e correspondências; gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; dados com maior riqueza de detalhes e profundidade; interações entre indivíduos, grupos e organizações. (GLAZIER; POWELL, 1992; PATTON, 1980)

Neste sentido foram consultadas fontes bibliográficas dos sites: Scielo, Lilacs, PubMed, que contém em seus bancos de dados um acervo das principais literaturas que discutem a temática, além da consulta de obras de autores clássicos e contemporâneos sobre o tema central e as categorias apresentadas. Os dados coletados para essa análise foram aqueles de relevância no cadastro e acompanhamento da Atenção básica e ESF disponibilizados online, pelo Banco de dados do Sistema único de Saúde, o DATASUS, por meio dos sistemas de monitoramento e avaliação.

A metodologia utilizada para análise proposta está apresentada nos seguintes tópicos: tipo de estudo, local do estudo, critérios de seleção do período, indicador a ser analisado e coleta de dados.

Outro ponto importante está no local do estudo, neste caso o município de Cruzeiro do Sul que possui uma população estimada em 78.507 habitantes com uma área de 7.924,94 km<sup>2</sup> e está localizado na região noroeste do estado do Acre, à margem esquerda do rio Juruá. Localizado na Meso região do Vale do Juruá, faz divisa com o Estado do Amazonas, ao norte; o município de Porto Walter, ao sul; com Tarauacá, a leste e com os municípios de Mâncio Lima, Rodrigues Alves e com a República do Peru, a oeste. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010)

O período selecionado para este estudo levou em consideração a implantação e alimentação do Sistema de Informação em Saúde, relativos ao agravo das doenças, e com isso, seu tratamento. Assim a publicação da portaria nº 1.882/GM de 18 de dezembro de 1997 pode ser considerada um marco para o registro dessas informações, pois ao estabelecer o Piso de Atenção Básica (PAB), determinou prazo para implantação dos mecanismos de operacionalização e envio de informações pelos municípios como condicionante para o recebimento do incentivo financeiro.

Outro fator a ser considerado é a instituição do Pacto de Indicadores em 1998, por meio da Portaria nº 3.925, que aprovou o manual para a organização da Atenção Básica. Dessa forma, acredita-se que os dados enviados pelos municípios a partir desse período sejam mais confiáveis.

O primeiro capítulo deste trabalho é dividido em dois subitens, no primeiro ocorre uma breve apresentação do panorama da saúde pública do Brasil até 1988, ano marco para as políticas públicas. No segundo subitem está a apresentação dos desdobramentos dos movimentos em prol da saúde pública e relatando as principais articulações políticas que possibilitaram o avanço nas políticas de saúde do Brasil, dando destaque especial a PPI e aos pactos pela saúde.

O segundo capítulo faz um apanhado geral do Estado do Acre, sendo apresentadas as principais características deste Estado, na segunda parte do capítulo se apresenta o município de Cruzeiro do Sul e as principais características da região de saúde que o município faz parte. Ao final deste capítulo se apresenta algumas ações em saúde atualmente desenvolvidas pela regional de saúde.

No terceiro capítulo se dá destaque aos desdobramentos da PPI na região de saúde do município de Cruzeiro do Sul, sendo apresentadas as principais ações promovidas pela região para que se cumpram os quatro eixos temáticos elaborados pelo governo federal para nortear as ações nacionais de saúde.

Considera-se que a partir deste estudo ações em saúde de melhor qualidade e eficiência poderá ser aplicada na região de saúde que faz parte a pesquisa, uma vez que o trabalho busca avaliar se tais ações estão sendo bem aplicadas e se caso não estejam sendo o que é necessário que seja revisto pelas autoridades competentes.

## 2 BREVE ANÁLISE DO PANORAMA DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Como forma de se iniciar um estudo aprofundado acerca das ações em saúde desenvolvidas no âmbito regional se faz necessária a breve análise do sistema de saúde brasileiro, para isso serão apontados às principais ações em saúde realizadas no último século no país mostrando como estas influenciam decisivamente o atual panorama, que está sendo estudado nesta pesquisa.

No que tange à saúde pública brasileira, observa-se que o início do último século é marcado por tentativas do governo em combater uma série de epidemias, o chamado *sanitarismo campanhista* que assolavam os grandes centros: febre amarela, tuberculose, malária, cólera, varíola. Estas são algumas das doenças que passam a ser combatidas como caso de polícia no país, que marchava no objetivo de deixar de ser agrícola para ser industrial buscando se assemelhar aos países de capitalismo central. Cabe destacar que à população pobre adocida restava o auxílio das Santas Casas de Misericórdia e outros hospitais mantidos pela igreja.

As ações se davam em locais estratégicos do território nacional, como São Paulo e Rio de Janeiro, e as principais referências desta política sanitária eram representadas por personagens como Osvaldo Cruz e Emílio Ribas, que defendiam a teoria bacteriológica como instrumento científico mais eficaz para a solução dos problemas de saúde:

Nesta linha, eles apontaram uma perspectiva tecnológica que visa à saúde e à doença como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria de um meio social/natural insalubre. Seus objetivos eram a descoberta e isolamento dos indivíduos (doentes) contaminantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios, possíveis de serem atingidos por tecnologias que fossem efetivas no controle dos 'fatores/riscos' a que as pessoas estivessem sujeitas ou no aumento da resistência destas à exposição. Para instrumentalizar as ações de saúde, então, tinham como paradigmas científicos principais a bacteriologia e a engenharia sanitária e, secundariamente, a medicina clínica, entendida como muito limitada e pouco eficaz, pois só interferia no nível curativo do indivíduo doente. (MERHY, 1997, p. 202-203)

Segundo Machado et al. (1978),

A administração portuguesa não se caracterizou, pelo menos até a segunda metade do século XVIII, pela organização do espaço social, visando um ataque planejado e continuado às causas de doença, agindo, por isso, de modo muito mais negativo que positivo no que diz respeito à saúde.

O estudo detalhado de documentos, periódicos, cartas, ofícios e teses, irão evidenciar que o tema da saúde, por si mesmo, não forma parte do projeto colonial, e somente pode ser registrado no momento em que a medicina se volta sobre a cidade, disputando um lugar entre os organismos de controle da vida social.

Considera, assim, que embora a saúde da população, especialmente no combate à lepra e à peste, e a existência de algum controle sanitário em relação aos portos, ruas, casas e praias, tenha sido objeto de atenção da administração portuguesa em fases anteriores, a transformação do objetivo da medicina, da doença para a saúde, irá ocorrer somente no século XIX, quando "O conhecimento da colônia é colocado como fundamento necessário para uma intervenção dirigida para o aumento da produção, para a defesa da terra, para a saúde da população". (MACHADO et al., 1978, p. 124)

A década de 20 trouxe para o país um turbulento momento nas relações de poder político com a aceleração do processo de industrialização nos espaços urbanos e o fortalecimento da oligarquia paulista cafeeira no cenário econômico e político. Na saúde o que se observa são propostas alinhadas ao ideário desenvolvido nos Estados Unidos no início do século - conhecido como *movimento médico-sanitário*, cuja introdução e expansão no território brasileiro se deram a partir do financiamento da Fundação Rockefeller se contrapondo a uma política de saúde de uso da força e que já não alcançava os objetivos desejados. Seguindo esta maneira de agir a medicina e a saúde pública, eram vistos como campos científicos específicos: a primeira como instrumento de cura ligado à patologia e à terapêutica, a segunda como espaço de educação sanitária e organização administrativa dos serviços voltada à prevenção e à promoção da saúde.

Resultado da relação entre medicina e saúde pública foi o surgimento de Centros de Saúde e Postos Sanitários Rurais, mantendo uma perspectiva médico-sanitária e comandados por sanitaristas que utilizavam os princípios da administração clássica

propostos por Taylor e Fayol combatendo as epidemias supracitadas anteriormente. Um exemplo clássico deste movimento foi à criação da Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP) em 1942, a partir de um convênio assinado entre os governos brasileiro e norte americano, interessados na extração de minério e borracha em regiões interioranas do país.

A criação do SESP baseou-se na criação de postos permanentes – centros de saúde e postos rurais – em várias regiões de Minas, Amazonas e Espírito Santo, contratação de sanitaristas por tempo integral e de uma equipe auxiliar com laboratoristas, escriturários, médicos consultantes, visitantes, entre outros. Tinha em vista uma organização regionalizada e hierarquizada, que formasse uma rede básica de serviços de saúde pública. As atuações davam-se a partir de atividades programadas que associavam controle de doenças contagiosas, diagnóstico precoce e tratamento preventivo, educação sanitária, atividade de higiene em geral e organização ‘científica’, em termos administrativos, dos serviços públicos. (MERHY, 1997, p. 208-209, grifo do autor)

Além disso, são fatos inerentes à década de 20 e as demais décadas subsequentes o enfraquecimento do discurso liberal, principalmente com o término da I Guerra Mundial, além da vitória do movimento socialista na Rússia em 1917. Tais acontecimentos impulsionaram a classe operária até então nascente no Brasil a pressionarem o governo da época a cumprir o tratado de Versalhes (1919) ao qual o país era signatário.

Essa construção decorreu da necessidade de resolver três problemas prementes: as lutas populares socialistas, a resistência de grupos tradicionais ameaçados pela modernidade capitalista e o surgimento de um estrato social ou de uma classe intermediária, a pequena burguesia, que aspirava ao aburguesamento e temia a proletarização. (CHAUÍ, 2000, p.18)

O referido tratado tinha como um de seus alicerces principais o enfrentamento das expressões da questão social pelo viés da formação de políticas públicas. A partir de um contexto de industrialização e desenvolvimento vivido no país. Uma das primeiras iniciativas concretas do governo na efetivação das políticas públicas no referido período se deu em 1923 quando foi promulgada a Lei Eloy Chaves que permitiu a efetivação das primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensão<sup>3</sup> (CAPs) sendo a primeira organizada pelos ferroviários<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> A partir do governo de Getúlio Vargas no Brasil, houve interesse do poder público na administração e união das CAPs. sendo assim surgem os primeiros IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) regulados pelo governo. Estes tinham como principal característica a uniformidade entre as CAPs. Para aqueles que não tinham trabalho formal restava o assistencialismo

De 1923 a 1936 outras categorias profissionais passaram a criar suas próprias CAPs. Sendo estas reguladas as suas maneiras.

Por outro lado, passou a interessar à acumulação de capital uma certa limitação das atividades sanitárias voltadas por exemplo ao controle do saneamento básico e higienização, as quais passaram a ser vistas como obstáculos ao pleno desenvolvimento econômico (CAMPOS, 1991, p. 42):

Assim, a Saúde Pública viu-se obrigada a renunciar às suas pretensões de regular o ambiente urbano, de planejar a organização das cidades segundo os preceitos de higiene ambiental. A ocupação do espaço urbano obedeceu mais à lógica da especulação imobiliária, da invasão desordenada de imensos contingentes migratórios expulsos do campo e dos estados mais pobres, inviabilizando a preservação de condições sanitárias adequadas. As políticas de saneamento obedeciam mais aos ditames do mercado financeiro do que aos riscos e danos à saúde, oriundos da ausência das condições básicas de saneamento.

A partir das décadas de 30 a 50 o que se observa é uma maior concentração dos gastos públicos em assistência médica, em detrimento das ações de saúde pública. Isso se deve em grande parte a política de desenvolvimento do país onde se faz necessário o investimento maciço na infraestrutura da saúde do país deixando de lado ações preventivas como previam as políticas sanitaristas.

Ou seja, tentava-se:

Justificar, a partir de um raciocínio aparentemente científico, a impotência dos programas e das instituições de saúde pública frente à imutabilidade do quadro sanitário brasileiro e frente aos interditos colocados pela dinâmica do processo de acumulação e reprodução do capital. (CAMPOS, 1991, p. 46)

Segundo Bravo (2002, p. 26):

A saúde pública foi predominantemente até meados dos anos 60 e teve como características: ênfase nas campanhas sanitárias; a interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e a criação de serviços de combate às endemias. A medicina previdenciária teve como marco a criação dos Institutos dos Aposentados e Pensões (IAPs) que substituíam os (CAPs)

---

e a caridade. O mesmo ocorria com a saúde, neste caso os que não tinham como pagar por uma consulta médica recorria à caridade principalmente da igreja católica por meio das Santas Casas.

<sup>4</sup> Destacam-se os ferroviários, pois este segmento está intimamente ligado ao desenvolvimento do país, a iniciativa do governo em dar apoio aos trabalhadores por meio de políticas sociais tem como objetivo harmonizar a classe trabalhadora para esta não prejudicar o desenvolvimento do país.

criadas em 1923. O modelo previdenciário teve orientação contencionista, ao contrário do modelo abrangente das CAPs, ou seja, em que pese a inclusão de outras categorias profissionais, houve nos IAPs uma redução da oferta de serviços prestados.

Com o golpe militar de 1964 foi intensificada a separação entre assistência médica e saúde pública e solidificado um modelo pautado pelo binômio repressão-assistência. A partir de agora a saúde passa a ser comercializados, em outras palavras, os grandes centros de saúde vinculados ao capital estrangeiro passam a atuar nas ações de saúde por meio da construção de grandes centros médicos vinculados e principalmente sustentados pelo setor previdenciário.

Incrementou-se o papel regulador do Estado, culminando com a concentração dos IAPs num único órgão - o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A criação do INPS permitiu a extensão de cobertura previdenciária para uma grande parte da população urbana e rural, dentro de um sistema de saúde baseado na criação de um complexo médico-industrial eminentemente privado e numa prática médica curativa individual e assistencialista, em detrimento de ações coletivas. (MERHY, 1997; MENDES, 1993)

A partir de 1974, o poder central, por não ter conseguido consolidar sua hegemonia ao longo de dez anos, modificou gradualmente sua relação com a sociedade civil. A política de saúde, neste período, enfrentou permanente crise entre os interesses dos setores estatal e empresarial, de um lado e a manifestação do movimento sanitário do outro. Nesta incongruência, algumas medidas de saúde pública foram retomadas, embora que de forma limitada. O chamado *Movimento da Reforma Sanitária*, cujo discurso constituía uma teoria crítica histórico-estrutural do binômio saúde-doença, inspirada num corpo de conhecimentos que incluía a medicina social inglesa, o estruturalismo francês e a sociologia política italiana. (CARVALHO, 2002)

A década de 80 marca uma lacuna do quadro econômico brasileiro que há uma década passada experimentava o milagre econômico. As consequências da crise são evidentes atingindo a Previdência Social e fortalecendo os campos teórico-conceitual, ideológico e político - do *Movimento da Reforma Sanitária* que passou a

ter suas ações voltadas à reorganização do Estado e à reformulação do sistema de saúde e seus mecanismos de gestão.

A década de 80, no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo. O movimento sanitário, que vem sendo construído desde meados dos anos 70, conseguiu avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado. (BRAVO, 2002, p. 32)

Fruto de todo o movimento em prol da melhor qualidade dos serviços de saúde ocorreu em 1986 na cidade de Brasília. De fato a VIII Conferência Nacional de Saúde indica a instituição de um sistema de saúde ajustado nos princípios da participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde e, principalmente a saúde como um dever do Estado.

A VIII Conferência Nacional de Saúde consolidou o processo de discussão e o embate político setorial, construindo um *consenso nacional* sobre as diretrizes gerais que deveriam, no âmbito da saúde, orientar a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88. Em suas grandes linhas, essas propostas foram incorporadas ao texto constitucional, conformando o Sistema Único de Saúde.

O resultado deste movimento pode ser visto na Constituição Federal de 1988, que além de trazer todas as propostas presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde avança no que tange à clara influência funcionalista, resultando em importantes conquistas relativas à expansão da rede pública, à consolidação de um arcabouço jurídico consistente e à institucionalização de espaços de participação popular a partir da formação do Sistema Único de Saúde (SUS). (MISOCZKY, 2000)

O SUS foi criado nesse contexto, fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, como instituição de caráter federativo orientado pela descentralização político administrativa. O artigo 196 da Constituição Federal (CF) garante a saúde como direito de todos e dever do Estado, fato que define de maneira clara a universalidade da cobertura do SUS.

A partir da formação do SUS o acesso aos serviços de saúde passou a ser possível para qualquer cidadão e não apenas àqueles que possuem a condição de *segurado* e *contribuinte* da Previdência Social. Além disso, a relação pública e privada na saúde passou a ser posta em prática por meio de a saúde complementar ao sistema por parte da saúde privada.

O SUS é considerado uma das mais amplas e importantes experiências de atenção à saúde no mundo. Resultado direto do movimento pela Reforma Sanitária, surgido nos anos 70, num contexto político-social de luta contra a ditadura militar, o SUS promoveu grandes avanços e melhorias na saúde da população brasileira, mas ainda necessita superar vários problemas - inclusive estruturais - para atingir a plenitude de seus objetivos.

Conforme ensinava o saudoso mestre Sérgio Arouca, um dos principais personagens do Movimento: *“Nós queríamos conquistar a democracia para então começar a mudar o sistema de saúde, porque tínhamos muito claro que ditadura e saúde são incompatíveis”*. (RADIS, 2003, p. 45, grifo nosso)

Durante o Regime Militar, a relação estabelecida entre o governo Federal, estados e municípios guardava características de Estado unitário. Neste modelo de Estado brasileiro, as políticas de Proteção Social, como é o caso da política de saúde, formavam um conjunto disperso, fragmentado, com reduzidos índices de cobertura e, uma intensa fragilidade financeira das iniciativas governamentais.

Foi esta forma de Estado que moldou uma das principais características institucionais do sistema político brasileiro, ou seja, a sua centralização financeira e administrativa. Governadores e prefeitos não tinham autonomia fiscal nem financeira, pois assumiam mandatos por indicação das lideranças do Regime Militar que concentravam os principais tributos no governo Federal. A autoridade política de governadores e prefeitos não era derivada do voto, portanto o poder político no plano estadual e municipal era uma delegação do governo Federal. (RIKER, 1987)

Diante disso, outro ponto positivo está na descentralização política e administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS) que emerge do modelo de Estado federativo adotado no Brasil. Cabe destacar que o Brasil adotou o federalismo com a promulgação da Constituição de 1891, mas segundo Santin e Flores (2006), foi a Constituição Federal de 1988 que elevou e reconheceu os Municípios brasileiros como entes federativos dotados de organização, governos próprios e competências exclusivas.

A estrutura federativa brasileira apresenta em seu eixo central três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Essa situação é amparada pela Constituição Federal de 1988, que fundamenta definitivamente os municípios à condição de entes federados. O federalismo é uma forma de Estado caracterizado pela união de coletividades públicas dotadas de autonomia política e constitucional. A característica básica de qualquer Federação está na concentração do poder governamental em duas instâncias: a União e os Estados federados. (SANTIN; FLORES, 2006). Neste modelo, a força dos estados fortalece o governo central configurando-se em modelo federativo de força centrípeta. Já o federalismo brasileiro, surge de um Estado unitário e, que por decisão constitucional, confere autonomia às províncias, passando a ser uma Federação por força centrífuga ou por desagregação. Neste contexto, é a autonomia dos municípios brasileiros a marca do federalismo no Brasil.

## 2.1 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À IMPLEMENTAÇÃO DA PPI: DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO SÃO FACES DA MESMA MOEDA

Como foi visto anteriormente as bases para o surgimento do SUS foram assentadas na década de 1980, oriundas de um vigoroso movimento sócio-histórico-político que compreendia a reestruturação do sistema de saúde como vinculada à luta pelo fim da ditadura militar e pela redemocratização.

O País vivia um período intenso e rico de construção de propostas fundamentadas na crítica e no questionamento ao sistema de saúde em vigor, que estava centrado na assistência médica, representada pelo Ministério da Previdência e Assistência

Social (MPAS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Os principais desafios do novo sistema eram: passar de uma cobertura aos previdenciários, para o atendimento à saúde de toda a população brasileira; de um instituto com estrutura centralizada, passar a funcionar por meio de uma articulação entre o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde estaduais e municipais; alterar a lógica de compra de serviços paga por produção, baseada em uma tabela de preços nacional, para sistemas que reconhecessem as peculiaridades de cada município brasileiro; modificar uma prática que lidava basicamente com a doença e com os doentes, para a garantia da integralidade e a articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Consequências do capítulo da Saúde Pública foram às leis 8.142/90 e 8.080/90. A primeira desempenhou a indicação de regulamentação da participação social e a passagem intergovernamental de recursos financeiros na saúde. A segunda – também chamada Lei Orgânica da Saúde - dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como o aparelhamento e o desempenho dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, foram criadas as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas dos Municípios, coligando os princípios da Constituição Federal e apresentados aos municípios um moderno papel frente ao Sistema Único de Saúde.

É evidente que esta conquista não foi tão fácil, visto que, durante o processo que levou a ela, foi visível a polarização da discussão da saúde em dois blocos antagônicos: um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais), que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional de Saúde, que defendia os ideais da reforma sanitária, que podem ser resumidos como: a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social. (BRAVO, 2002, p. 33.)

Nos anos seguintes a regulamentação do SUS prosseguiu através das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), determinadas pelo Ministério da Saúde, buscando regular as relações entre os gestores do sistema de saúde nas três esferas de Governo e formular novos

objetivos estratégicos, prioridades e movimentos tático-operacionais para a implantação do SUS no território nacional.

Ao longo deste período de existência do SUS, o Ministério da Saúde (MS) elaborou e implantou uma série de portarias e normativas com objetivos que visavam à organização do Sistema. As Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96) possibilitou a implantação de um processo de descentralização, transferindo para os estados e, sobretudo, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos voltados para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

A implantação do SUS, de responsabilidade dos três níveis de governo, exigia mecanismos de regulação dinâmicos, que permitissem, a partir de cada estágio de implementação, definir estratégias aplicáveis em cada momento específico, identificando e estimulando os avanços e corrigindo os problemas.

As normas operacionais básicas de saúde surgiram, então, como instrumentos fundamentais para a implantação do SUS, cumprindo importante papel no processo de regulamentação da divisão de responsabilidades entre a União, Estado e Municípios, da relação entre as três esferas de governo e dos mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de repasse de recursos.

Desde a publicação da Lei Orgânica da Saúde, em 1990, foram editadas quatro Normas Operacionais para a regulamentação de aspectos específicos do SUS: a NOB 91 (Resolução nº 273, de 17/07/91); a NOB 93 (Portaria GM nº 545, de 20/05/93); a NOB 96 (Portaria GM nº 2203, de 05/11/96, e posteriormente alterada pelas portarias nº GM 1882 a 1993, de 18/12/97); e duas versões da NOAS (Portaria GM nº 95, de 26/01/01, posteriormente republicada com alterações pela Portaria MS/GM nº 373, de 27/02/02).

Analisando-se o processo de edição das Normas Operacionais, constata-se que o SUS foi criado e implantado sem que houvesse uma cisão abrupta com a lógica da medicina previdenciária: a primeira norma operacional (NOB 91) foi assinada pelo

Presidente do INAMPS, e a segunda (NOB 93), pelo Secretário Nacional de Assistência à Saúde, que acumulava a Presidência do Instituto.

Fator importante contido na NOB 93 é a instituição de mecanismo de controle social, com os conselhos municipais e estaduais de secretários de saúde que posteriormente colabora para as conferências de saúde; o fortalecimento da atenção primária a saúde com maior recebimento de verbas públicas, sendo assim, construindo mais unidades, para atenção a população; melhoria dos principais indicadores de saúde.

Ao mesmo ritmo, o próprio processo de descentralização também teve suas raízes no INAMPS, uma vez que os serviços e funções que foram transferidos aos estados e municípios eram, em grande maioria, desempenhados pelo INAMPS e, portanto, organizados e localizados para atender à clientela previdenciária.

A organização institucional do SUS evidencia essa disposição tríplice e legítima a autonomia dos três níveis de governo na gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios ao constituir o sistema nacional de saúde, compondo, assim, o arcabouço do federalismo sanitário brasileiro.

Desta forma, tanto a CF como a Lei Orgânica da Saúde estabeleceram a descentralização como princípio norteador dos processos de organização político administrativa do SUS. A descentralização redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos poderes executivos na condução da política de saúde. Ela envolve a transferência de poder decisório, da gestão e de recursos financeiros, antes centrados na esfera federal. (DOURADO; ELIAS, 2011)

Além disso, outros avanços são evidenciados. É o caso da descentralização orientada para a democratização do estado e de instituição do federalismo, expressando-se na participação local e na gestão municipal sendo pactuada com os níveis estadual e federal, também vinculada ao propósito de mudar o modelo de atenção à saúde. (LOPES, 2007)

[...] as experiências de implementação da descentralização de políticas públicas nestas últimas décadas, em particular as de corte social, vêm provocando disputas e confrontos entre unidades federadas e entre atores sociais com graus de poder e de recursos distintos, num território complexo, heterogêneo e desigual como o da federação brasileira, em face das enormes disparidades intra e inter-regionais verificadas no país, o que tem condicionado, por sua vez, a existência de um alto grau de complexidade nas relações intergovernamentais no âmbito do federalismo brasileiro. (GUIMARÃES, 2013, p.112)

Ao longo de quase três décadas os avanços alcançados na implementação do SUS são inquestionáveis, embora ainda existam desafios a serem superados, muito em função da contradição entre um SUS de meta universalista no bojo de uma direção política que busca a redução das funções do Estado. Somado a outros desafios para vencer os obstáculos da concentração geográfica de serviços de saúde de maior complexidade, das diferenças de porte populacional e, das ideologias na condução política e administrativa dos entes federativos no Brasil. Desta forma, há necessidade de conformação de arranjos de atenção à saúde que não se restringem aos seus limites administrativos, sendo a interdependência entre os governos bastante positiva e imprescindível para a consolidação do SUS no modelo federativo adotado no Brasil.

Foi nesse contexto que a NOB 96 introduziu na gestão do SUS a *Programação Pactuada e Integrada* (PPI). Adotando como pressupostos as diretrizes gerais da atenção, definidas a partir da identificação das necessidades e prioridades assistenciais da população, a PPI tornou-se um instrumento importante para a organização da assistência local e intermunicipal, para a alocação de recursos assistenciais e para a explicitação das competências assistenciais entre as três esferas de governo.

[...] o processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor; o município elabora a sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado harmoniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na Comissão Intergestora Bipartite, cujo resultado é deliberado pelo Conselho Estadual de Saúde. (BRASIL, 1997, p. 05)

É importante destacar que a PPI é composta por diretrizes que orientam suas ações, tais diretrizes possuem cinco eixos: Centralidade da atenção básica; Parâmetros

para a programação; Conformação das aberturas programáticas; Processo de programação e relação intergestores e Monitoramento e avaliação.

O primeiro eixo busca por meio da centralidade da atenção básica a garantia da integralidade dos cuidados em saúde, para que isso ocorra são definidas áreas estratégicas tais como saúde da criança, adolescente, idoso, mulher, adulto, bucal, saúde da pessoa com deficiência, trabalhador, mental, entre outras. Tais ações sendo organizadas de forma estratégica permitem ao gestor em saúde ter uma visão ampla do sistema garantido assim a integralidade como foi supracitado.

O segundo eixo diz respeito às recomendações técnicas, o que permite ao gestor se organizar levando em conta a sua realidade local.

O terceiro eixo diz que as ações devem partir das áreas estratégicas, sendo necessário prever também aquelas ações que não estão vinculadas a estas áreas, tais ações serão norteadas pela estrutura da tabela de procedimentos que seguidas corretamente pelos municípios garante o recurso para as ações. Cabe destacar que os municípios que possuem estrutura de media e alta complexidade serão referências regionais para serviços que são alocados a estas demandas.

O quarto eixo diz respeito á oferta de serviços e á distribuição de recursos inerentes ao rol de serviços ofertados pelos municípios, onde aqueles que dispõem de maior estrutura em saúde recebem mais recursos, mas têm o dever de pactuação com outros municípios e disponibilizar os serviços regionalmente. O quinto eixo, como o próprio nome já revela, condiz com a fiscalização dos serviços pelas instâncias de controle social e os instrumentos ligados ao MS.

É necessário também explanar uma importante ação consequente da relação entre os eixos temáticos da PPI. O chamado Pacto pela Saúde vem trazer importantes mudanças no panorama de saúde especialmente no que tange à relação entre os municípios, são reunidas três características fundamentais do pacto pela saúde:

- a) substituição do processo de habilitação pela adesão solidária aos 'termos de compromisso de gestão;

- b) início do processo de regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante da descentralização;
- c) início do processo de integração das várias formas de repasse dos recursos federais;
- d) início do processo de unificação dos vários pactos até então existentes.

O pacto, no entanto, não termina no momento da assinatura do termo de compromisso. Seus objetivos e metas devem servir de norte para que os diferentes entes federados orientem as intervenções estratégicas e focalizem a alocação dos recursos conforme as prioridades estabelecidas.

Daí a importância de estarem no Plano Municipal de Saúde devidamente orçamentados, com estratégias locais eficazes e factíveis, além de ser objeto de análise e prestação de contas no Relatório Anual de Gestão.

Após a celebração do Pacto pela Saúde, todos devem assumir o compromisso de efetivá-lo e aprimorá-lo. De acordo com Guimarães (2003), a gestão estadual, usando os instrumentos de acompanhamento e avaliação, deverá desenvolver uma agenda de apoio aos municípios, a qual deve respeitar as peculiaridades locais e regionais além de qualificar as regiões seja com a instituição de mecanismos de cogestão, seja com a adoção do planejamento regional voltado para o atendimento às necessidades em saúde da população, priorizando a construção de redes de atenção apoiadas na atenção primária e pautadas pelas linhas de cuidado condizentes com as prioridades do Pacto pela Vida.

Também se deve valorizar a cooperação técnica solidária entre os gestores e, principalmente, o financiamento tripartite permanente.

Em quase quatro anos o pacto teve a adesão de todas as Secretarias Estaduais de Saúde e de 3.193 municípios (57,4%) até 7 de janeiro de 2010, segundo dados da Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite.

Avaliações realizadas pelo MS, pelo Conass e pelo Conasems revelam que ainda são muitos os desafios a enfrentar tanto nos estados como nos municípios. Os compromissos do pacto ainda não são totalmente utilizados como norteadores das intervenções locais e não foram agregados aos Planos de Saúde suplementar nem às Programações Anuais. O financiamento tripartite não está consolidado em 100% dos estados o que vem a prejudicar as ações em saúde na ponta do atendimento.

Tem-se como exemplo os poucos avanços na desprecarização dos vínculos empregatícios e, embora a proliferação dos Colegiados de Gestão Regional tenha ampliado a participação dos municípios no processo de pactuação, ela nem sempre foi acompanhada pela construção da regionalização propriamente dita, ou seja, pela definição de prioridades e pactuação de soluções para a organização de rede de atenção à saúde integrada e resolutiva.

A questão das Redes de Atenção à Saúde precisa ser debatida para o estabelecimento de consensos organizacionais, conceituais e de estratégias para a sua implantação, com ênfase no papel coordenador da Atenção Primária em Saúde (APS). É preciso também colocar na pauta de discussões o papel dos consórcios públicos. Outro grande desafio é o entendimento e a implantação de soluções para as questões das regiões interestaduais e de fronteira como é o caso do Estado do Acre.

A regulação, o controle, a avaliação e a auditoria são ferramentas de gestão que representaram grandes dificuldades para os municípios que compõem a regional de saúde em função de problemas geográficos, profissionais (indisponibilidade de médicos desvinculados da assistência e dedicados exclusivamente à gestão, por exemplo), com a elaboração de protocolos e normas voltados para as especificidades locais, com a necessidade de regular os atendimentos próprios a partir da Atenção Primária da Saúde.

A contratualização ainda não conseguiu aumentar a resolutividade dos pequenos hospitais nem conferir coerência e articulação entre esses serviços e a rede de APS. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) não é atualizado

sistematicamente e, em função disso, não serve como ferramenta no desenho das intervenções nas redes de atenção à saúde.

Chama atenção, também, o fato de que a maioria dos indicadores que não atingiram a meta proposta está relacionada com a baixa qualidade e resolutividade da APS. Os municípios vêm enfrentando sérios problemas com a interiorização de profissionais, em especial médicos.

Há uma grande dificuldade em operar os parâmetros assistenciais da Programação Pactuada Integrada (PPI) diante do quadro de insuficiência de recursos principalmente do Bloco de Média e Alta Complexidade. O tema está há muito tempo fora da pauta de discussão tripartite, inclusive quanto ao seu sistema de informação e efetiva implantação da PPI da *atenção à saúde*, com base na definição e organização das redes de atenção à saúde.

Na sequência a Lei 8.080/90 normatiza o funcionamento do SUS com comando único em cada esfera de governo e, colocou o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União, as Secretarias Estaduais como gestoras no âmbito estadual e na mesma linha as Secretarias Municipais como gestoras no âmbito municipal.

O SUS destaca-se no panorama internacional, senão dentre os países que destinam as maiores parcelas de recursos públicos para o financiamento das ações e serviços, mas dentre aqueles que adotaram sistemas universais, isto é, destinados para toda população (PAIM, 2009). Desse modo, com o SUS, o então considerados indigentes sanitários, pois formalmente excluídos do sistema público, passaram a utilizá-lo.

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças. O desafio do financiamento das ações é um deles. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. (PAIM, 2009, p. 36)

Ao realizar uma avaliação dos 12 anos do Sistema Único de Saúde, em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), apresentou os avanços conquistados, reafirmando a “Orientação do modelo de atenção à saúde na direção da Equidade, Universalidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social” (BRASIL, 2003:20). A integralidade, no entanto, não constou daqueles avanços, parecendo estar privilegiada dentre os desafios em garantir 85% dos problemas, com base nos serviços de atenção básica, sendo os demais referenciados para os serviços de média e alta complexidade, regionalizados, e com mecanismos eficazes de referência e contra referência. (LOPES, 2007)

Ao destacar a igualdade como princípio do SUS a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2009). Paim, (2009) defendeu sua transcendência em relação à equidade, pois implicado em acesso igualitário às ações e serviço. Para tanto o autor, afirmou que o SUS:

[...] poderia atender as pessoas e as coletividades de acordo com suas necessidades, mediante a diretriz de utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. (PAIM, 2009, p. 59)

A implantação do sistema nacional e universal como o SUS supõe o entendimento entre autoridades políticas de todas as unidades federativas dotadas de poder e legitimidade. Tanto o poder, como a legitimidade das autoridades políticas, das unidades federativas, enfrentam o grande problema das disparidades regionais, tanto financeira quanto social que perduram ao longo da história Brasileira. Eleger um município de pequeno porte da Amazônia Ocidental Brasileira faz deste estudo relevante, pois se apoia nas reflexões sobre os limites da descentralização na experiência brasileira frente aos entraves das desigualdades tanto social, quanto econômica.

Sob essa prisma, a PPI também tem seus antecedentes em processos de programação e orçamentação introduzidos pelo INAMPS, sofrendo modificações no decorrer do período de implantação do SUS, até atingir seu formato atual. A PPI em saúde pode ser tratada como perspectiva onde o planejamento se completa na ação, portanto, fazendo parte do processo de planejamento, com o pressuposto

teórico de que o planejamento é uma prática social sujeita a determinações histórico-concretas. (PAIM, 1999; PAIM; TEIXEIRA, 2006)

Neste contexto o município adota um sistema de Programação Pactuada Integrada (PPI) na gestão do SUS, assumindo um papel estratégico para reduzir as diferenças socioeconômicas entre estados e municípios, expressas, no setor saúde, pela distribuição desigual de serviços, tecnologias, profissionais de saúde e segregação sócio espacial.

Os pactos podem servir de estímulo à cooperação intergovernamental, fortalecendo a política de descentralização, políticas de responsabilidades sociais, de saúde e cooperação técnica e financeira entre as esferas dos três poderes de governo, fato que contribui para a redução da disputa por recursos e pela delegação de responsabilidades no desenvolvimento das ações.

Teixeira (2001), apresentou uma proposta metodológica geral de planejamento e programação local da vigilância da saúde. Fundamentou-se *na busca de uma tecnologia de planejamento e programação que contribua para a construção de um modelo de atenção integral à saúde*. A proposta se voltou à produção do plano municipal de saúde, com o suporte no planejamento situacional de Carlos Matus, para subsidiar a gestão no SUS no âmbito local. A programação operativa aí foi privilegiada como *um processo que implica na transformação dos objetivos em metas, na sala de tecnologias que serão utilizadas no processo de execução das atividades e na programação de atividades propriamente dita, isto é, na organização, no tempo e no espaço das ações que serão realizadas*.

Tendo apresentado o contexto histórico que fez nascer o atual sistema público de saúde brasileiro e suas atuais ações, dando ênfase ao processo de descentralização político-administrativa da saúde a partir do estabelecimento da Programação Pactuada Integrada (PPI) vamos apresentar mais adiante como tais ações ocorrem no município de Cruzeiro do Sul, estado do Acre, entretanto no próximo capítulo se apresentará as principais características da cidade pesquisada neste trabalho.

### 3 CONHECENDO O CAMPO DE PESQUISA: Município de Cruzeiro do Sul

Situado no extremo sudoeste da região Norte, em plena Amazônia brasileira, o Estado do Acre ocupa área de 153.149,9 km<sup>2</sup>, limitando-se ao norte com o Estado do Amazonas, a leste com o Estado de Rondônia, a sudeste com a república de Bolívia e ao sul e oeste com a república do Peru. A maior parte de seu território encontra-se em região de planalto, cortado a oeste pela serra da Contamana, que desce suavemente para a planície Amazônica, onde estão às cabeceiras dos rios Juruá e Purus, importantes afluentes do rio Amazonas. Seu clima é quente e úmido, com temperatura média anual de 25° C. O Estado do Acre está dividido em duas mesorregiões: a Mesorregião Vale do Acre que conta com três regionais, e a Mesorregião Vale do Juruá com duas regionais, a distribuição dos 22 municípios nessas regionais observa-se a seguir:

Figura 1: Divisão regional do estado do Acre

Mesorregiões e Regiões	Municípios
<b>Mesorregião Vale do Acre</b>	
<b>Regional Purus</b>	Manoel Urbano Santa Rosa do Purus Sena Madureira
<b>Regional Baixo Acre</b>	Acrelândia Bujari Capixaba Plácido de Castro Porto Acre Senador Guimard Rio Branco
<b>Regional Alto Acre</b>	Assis Brasil Brasiléia Epitaciolândia Xapuri
<b>Mesorregião Vale do Juruá</b>	
<b>Regional Juruá</b>	Cruzeiro do Sul Mâncio Lima Marechal Thaumaturgo Porto Walter Rodrigues Alves
<b>Regional Tarauacá – Envira</b>	Feijó Jordão Tarauacá

Fonte: Acre (2013)

O nome Acre origina-se de Áquiri, forma pela qual os exploradores da região transcreveram a palavra Uwákuru, do dialeto dos índios Ipurinã (LIMA, 2000). A ocupação do território do Acre inicia-se por volta de 1878, com a chegada de brasileiros (a maioria nordestinos), numa área ainda indefinida quanto aos limites com as repúblicas de Bolívia e Peru, visando a exploração econômica da borracha.

Em 15 de junho de 1962, o presidente da república federativa do Brasil João Goulart sanciona lei que eleva o território à categoria de Estado. (LIMA, 2000)

Fato importante para a história recente do Acre e que influenciou decisivamente na administração do Estado ocorreu em quatro de abril de 2008, o governo do Acre vence uma disputa judicial com o estado do Amazonas a respeito de uma disputa territorial que se arrastava havia 26 anos no complexo florestal Liberdade, Gregório e Mogno. O motivo foi que a Linha Cunha Gomes, demarcada ao início do século XX para servir de fronteira entre os dois estados, fora traçada imprecisamente, pois em meados da década de 1940 descobriu-se que parte dos municípios Tarauacá, Feijó e Sena Madureira, que deviam pertencer ao Acre (e que inclusive estiveram presentes na história deste estado), estava dentro do território amazonense. Foi então adotada provisoriamente pelo IBGE uma linha quebrada com quatro segmentos em 1942.

Durante o século passado houve várias situações em que os municípios tiveram administração conjunta entre os dois estados. Ao final da década de 1990, o IBGE começou a apoiar o pedido do Acre de receber os territórios definitivamente, culminando na decisão do Supremo Tribunal Federal de anexar a zona de litígio ao Acre. A transferência do território também se deve ao fato de esses municípios terem grande distância em relação a capital Manaus, o que dificulta e encarece a administração.

A desproporção em relação ao tamanho do território dos estados brasileiros já havia causado polêmica em relação ao sentido que tem a divisão territorial do país, o que contribuiu para a formação de estados mais recentes como o Mato Grosso do Sul, Roraima, Amapá e Tocantins. Na época em que o Acre foi anexado ao Brasil, três estados (Mato Grosso, Amazonas e Pará) ocupavam aproximadamente metade do território nacional. Assim o aumento do território acreano reflete a vontade de equalizar as proporções territoriais entre os estados.

A população do Estado do Acre totaliza atualmente 733.559 habitantes, distribuída em 22 municípios. A distribuição da população por sexo é equilibrada, uma vez que

as mulheres correspondem a 49,79% do total e os homens representam 50,21%. A maior parcela da população do Estado reside na área urbana, que corresponde a 72,56%.

A rede de serviços que atende à população do estado engloba algumas centenas de instituições de ensino (460 da educação infantil, 1.551 do ensino fundamental, 124 de ensino médio, 388 de educação de jovens e adultos, quatro de ensino profissional e onze de ensino superior). Existem, ainda, 380 estabelecimentos de saúde. O Acre detém o 25º maior PIB do País e posiciona-se na 21ª colocação no tocante ao índice de desenvolvimento humano de sua população. Seu PIB per capita é de R\$ 11.567,41 (LIMA, 2000). O Poder Executivo do Acre conta com 22 secretarias, além da Casa Civil, mas apenas cinco são chefiadas por mulheres: Secretaria de Estado de Turismo e Lazer, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria de Estado de Políticas para Mulheres, Secretaria de Estado de Gestão Administrativa, Casa Civil do Gabinete do Governador (LIMA, 2000).

### 3.1 CRUZEIRO DO SUL: A PRINCESINHA DO JURUÁ

O município mais populoso na região do Alto Juruá é Cruzeiro do Sul, com a segunda maior população do Estado. Cruzeiro do Sul tem seu limite ao norte com o Estado do Amazonas; ao sul com o Município de Porto Walter; a leste com o Município de Tarauacá e a oeste com os Municípios de Mâncio Lima e Rodrigues Alves e com a República do Peru. Cruzeiro do Sul é conhecido como “Terra dos Náuas”, devido à tribo indígena – os Náuas que habitavam esta região. A ocupação do município de Cruzeiro do Sul tem as mesmas características históricas da ocupação não só do Estado do Acre, mas da Região Norte. Resultante da vinculação, em mídia nacional, de uma campanha para povoar esta região.

Atraíam assim, principalmente os nordestinos, que fugiam da seca, e viam nas campanhas *enganosas* a esperança de encontrar melhores condições de vida. Jamais imaginariam que aqui encontrariam condições sobre-humanas de trabalho, ou melhor, de escravidão para a exploração da borracha. (LIMA, 2000)

Segundo dados do Governo do Estado do Acre (ACRE, 2011), sua população é de 78.507 pessoas, com uma área territorial de 881.636,74 Km<sup>2</sup>. Sendo que a população do município está distribuída em 55.326 mil habitantes na zona urbana e 23.181 mil habitantes na zona rural. O Município de Cruzeiro do Sul tem suas raízes no decreto de 12 de setembro de 1904, data em que o Cel. Gregório Thaumaturgo de Azevedo instalou a sede provisória do então departamento do Alto Juruá na confluência do Rio Moa com o Rio Juruá no lugar chamado *invencível*.

Em 28 de setembro de 1904, dando cumprimento ao disposto no decreto nº 8, da mesma data, que autorizava a transferência da sede do departamento, Cruzeiro do Sul foi fundada solenemente, em terras do ex-seringal *Centro Brasileiro*, pelo Cel. Gregório Thaumaturgo de Azevedo. Pelo decreto nº 34 de 31 de maio de 1906 foi elevada a categoria de cidade, capital do departamento do Alto Juruá. O seringal Centro Brasileiro, que deu origem a cidade, foi adquirido por compra, pelo governo da união, ao senhor Antônio Marques de Menezes (Pernambuco). O Cel. Gregório Thaumaturgo de Azevedo seu fundador foi também o primeiro prefeito da cidade e, governou no período de 1904 a 1906.

A planta de Cruzeiro do Sul foi traçada pelo seu fundador Cel. Gregório Thaumaturgo de Azevedo, que era um engenheiro militar com amplas praças ruas e avenidas. Apesar das alterações realizadas por alguns governantes ao longo dos tempos, ainda conserva muito do traçado urbanístico original.

Mas a fase áurea da administração cruzeirense ocorreu, portanto, paralela ao desenvolvimento do extrativismo durante o 1º e 2º surto da borracha, porém com a crise deste produto, as dificuldades de acesso à região e de alternativas econômicas com sucesso, fizeram com que esta localidade até fins da década de 1960, passasse por grandes dificuldades. Porém, avaliando o contexto econômico cruzeirense, destaca-se sobre tudo o extrativismo da borracha, com a primeira atividade econômica para os muitos seringueiros, que tinham na borracha a única fonte de renda. Com o decorrer do tempo, o extrativismo foi seguido pela pesca, caça e a agricultura de subsistência, como alternativas econômicas utilizadas pela

população da região. Destacando-se nesse seguimento a criação de animais por meio da pecuária.

A partir da década de 70, a cidade ainda jovem, começou a passar por um processo de crescimento populacional desordenado frente ao crescente êxodo rural. Com isso, inúmeros bairros começaram a surgir propiciando um contínuo processo econômico e social, evidenciado em significativas mudanças no sistema de saúde, educação e até mesmo na administração pública. Portanto, a Princesinha do Juruá começa a tornar imponente para o Acre, não apenas por suas obras majestosas, mas pelas possibilidades de crescimento econômico.

### 3.2 ORIGENS ÉTNICAS

A população do município de Cruzeiro do Sul caracteriza-se por suas raízes nordestinas (com predominância do Ceará), portugueses, sírios e libaneses, que desbravaram a região no fim do século XIX, ou nela se instalaram no início do século XX, enquanto os nordestinos se dedicavam ao extrativismo da borracha, portugueses, sírios e libaneses iniciavam o comércio na região.

O Município de Cruzeiro do Sul, desde os tempos heroicos do desbravamento da selva, contou, para a sua formação política econômica e social, com homens que constituíram uma verdadeira elite que dominavam a região.

Muitos foram seus pioneiros, que lutaram, ao mesmo tempo, com a selva e contra a indiferença do governo da união, que relegava ao esquecimento suas reivindicações. Alguns participaram das lutas que expulsaram o invasor peruano; outros constituíram as bases econômicas do município nos seringais ou implantando o comércio na cidade.

### 3.3 INFLUÊNCIA INDÍGENA

No Juruá, como no resto do país, os pioneiros despojaram o silvícola da terra que era sua de direito e de fato, e instalaram a civilização do branco, com seus vícios,

erros, acertos e costumes, trazidos de seus estados de origem. Havia varias tribos na região: Amarucas, Araras, Canamaris, Jaminaus, Tucanos, Náuas, etc. Essa última a mais numerosa e importante, que deu o título a Cruzeiro do Sul de Terra dos Náuas como também é conhecido.

Os índios perceberam em breve o que significava a tomada de posse de seu território, a qual tinha a princípio advertido: a cruz grosseira, feita de dois troncos de árvore, que se tinha erguido sobre a areia sob um caramanchão armado à pressa, e diante do qual um frade barbudo, revestido de uma branca sobrepeliz e uma casula vistosa, havia celebrado ritos estrangeiros. Ordenaram-lhes obedecer, de então em diante, aos recém-chegados, e na linguagem destes, obediência queria dizer servidão perpétua (LIMA, 2000, p. 40).

A tribo dos Nauas, os principais dominantes da região foram os que fizeram retroceder a expedição do cientista inglês William Chandlesse, em 1867, que abandonou a localidade, a partir de 1870, rumando para o Peru pelos altos rios, em consequência de terrível epidemia. Data de 1857 o início das expedições para o alto Juruá, quando o chefe de índios João da Cunha Correia, chegou à foz do rio Juruá-Mirim. Várias expedições foram realizadas, propiciando o início do povoamento da região por brasileiros civilizados. O seringal denominado Centro Brasileiro foi explorado por volta de 1890, e passou a congregar grande número de brasileiros.

Em 1896, os primeiros caucheiros peruanos começaram a aparecer. Em 1902, o comissário peruano Carlos Casquez Guadra estabeleceu-se oficialmente à foz do rio Amônia, dando início a uma sequência de choques entre brasileiros e peruanos. Com o Tratado de Petrópolis, firmado em 17 de novembro de 1903, o Acre passou definitivamente ao Brasil. Por essa época, o local Centro Brasileiro constituía-se de um povoado com algumas dezenas de casas e considerável movimento comercial.

### 3.4 LOCALIZAÇÃO

Desde 1999 a BR-364, no trecho de 672 km que liga a capital do Acre, Rio Branco, à Cruzeiro do Sul, tinha sido aberta ao tráfego somente no período do chamado verão amazônico, entre junho e outubro. Porém, a partir do ano de 2011, a expectativa é de que a rodovia não feche mais na época das chuvas.

Financiada pelos governos federal e estadual, a BR integra o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e foi orçada em cerca de R\$ 1 bilhão.

Existem também 580 km de ramais no município, que também somente dão acesso no verão, dificultando à promoção de ações de saúde as comunidades isoladas.

No município existe um número significativo de comunidades ribeirinhas, essas comunidades devido à dificuldade de acesso muitas vezes ficam desassistidas, porém com serviço dos Agentes Comunitários de Saúde. Uma das prioridades no presente plano é a expansão e implementação de um programa de saúde itinerante, que garanta as comunidades assistência básica de saúde.

No Brasil as comunidades ribeirinhas estão mais concentrados ao longo da costa do litoral norte, onde ocorrem numa porcentagem de 85%, e são mais complexos, mais preservadas e boa parte destas depende de manguezais como fonte de sobrevivência. O cotidiano das comunidades ribeirinhas é permeado pela atividade pesqueira artesanal, atividade essa, que depende do ritmo das marés. Isto significa que o horário de trabalho não obedece à lógica constante na maioria das atividades existentes na zona urbana. O relógio, o tempo para o trabalho, funciona pela ação da natureza, pelo ritmo das marés (preamar e baixa-mar), pelas noites com Lua ou sem Lua.

O volume da produção também é irregular, o que quer dizer que independe do trabalho investido, seja na pesca, seja na coleta de crustáceos. É sempre incerto o resultado do esforço investido a bordo das pequenas embarcações que servem de transporte para o ambiente de trabalho, que muitas vezes é a continuidade do espaço de moradia. E essa incerteza, aliada a falta de perspectivas de melhores condições de vida, é muitas vezes a causa da inserção de outras atividades além da pesca, para a subsistência, e da demonstração do pouco interesse das gerações mais novas pelo ofício dos pais.

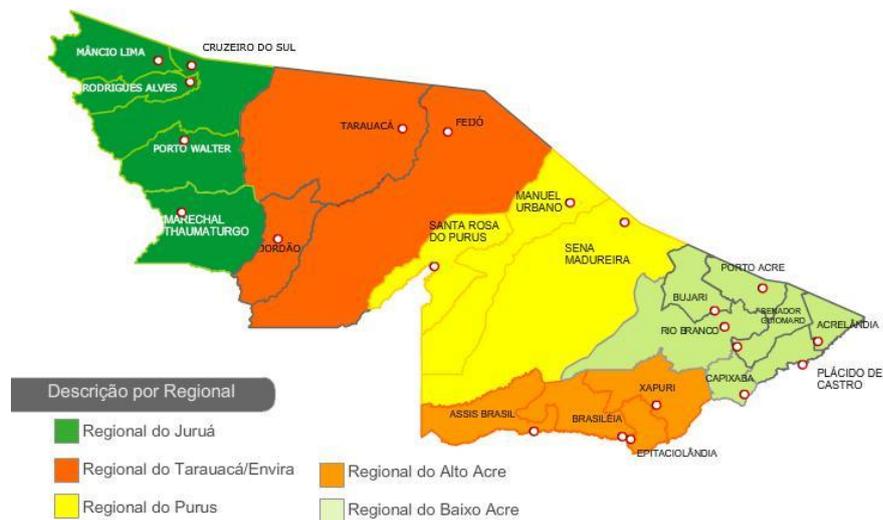
O transporte aéreo tinha grande importância para o município, apesar do alto custo. A estação chuvosa no Acre dura em média 06 meses, sendo que neste período a

aviação era o único meio de transporte efetivo e rápido, por causa do período em que a BR encontrava-se fechada pela dificuldade de passagem veicular motivado pelo solo argiloso da região. No entanto, Atualmente apenas uma empresa aérea de grande porte opera em Cruzeiro do Sul.

O município de Cruzeiro do Sul é banhado pelo Rio Moa e Rio Juruá, sendo o rio Juruá, o mais importante, pois constitui uma importante hidrovia que garante o abastecimento da cidade durante o ano todo de gêneros diversos, vindo principalmente de Manaus (AM) e Porto Velho (RO). Garante também a alimentação de várias comunidades que tem como base de sua alimentação o pescado.

O acesso a Capital se dá através da BR 364, importante via que ainda está em fase de conclusão, atualmente trafegável o ano inteiro, porém até julho de 2013 a BR 364 tinha seu tráfego apenas 04 meses por ano durante o verão amazônico.

Figura 2 - Mapa destacando a Regional III



Fonte: Acre (2015)

### 3.5 APRESENTANDO AS PRINCIPAIS AÇÕES EM SAÚDE DO MUNICÍPIO

Em Cruzeiro do sul, polo da regional III de saúde denominada regional do Juruá Tarauacá e Envira no estado do Acre, se tem um sistema de saúde com todos os níveis de atenção, com 53 unidades básicas de saúde que também exercem a

função de Estratégia Saúde da Família (ESF). Tais unidades são distribuídas em 5 (cinco) pontos estratégicos ou regiões de saúde, sendo que destas unidades atualmente 70% das mesmas encontram-se na área urbana.

Atualmente o município dispõe de dois hospitais que reúnem as demandas da alta complexidade do SUS, tais hospitais juntos reúnem aproximadamente 80 leitos qualificados que atendem minimamente a demanda da região. Quanto ao diagnóstico e tratamento da alta complexidade, boa parte dos exames são realizados na região. Isso se deve pela dificuldade de acesso ao transporte da população para a capital do Estado. Outro ponto importante está no fato de se ter toda uma estrutura de estudo e pesquisa na região provocada pela Universidade Federal do Acre (UFAC).

Quanto à Universidade o que se visualiza é uma relação satisfatória com o sistema de saúde local. A mesma por meio de seus cursos de graduação e pós-graduação nas áreas específicas de saúde possibilita o intercâmbio dos alunos com a realidade local pela via dos campos de estágio. Outro ponto importante está na participação dos docentes em espaços de discussão tais como os conselhos municipais e regionais de saúde.

No que concerne à rede privada de saúde e de ensino em saúde, não se visualiza a sua participação em espaços de discussão da temática apresentada. Consideramos que isso pode estar ocorrendo possivelmente pelas próprias características do mercado capitalista que preserva o lucro em detrimento de alternativas em tratamento discutidas no âmbito social.

Marshall (1967) analisa a evolução histórica da noção de cidadania na Inglaterra centrando-se em três elementos: 1) direitos civis em primeiro lugar: o elemento civil que é a liberdade individual de escolha de pensamento, religião, etc., e o direito de defendê-los; 2) direitos políticos: o componente político que se refere ao direito à participação como eleitor ou autoridade política de uma dada organização social; 3) direitos sociais, que só passaram a fazer parte do conceito de cidadania em meados

do século 20: o elemento social que se refere ao direito de viver como ser coletivo, de acordo com os padrões prevalecentes na sociedade.

Para Covre (1991), Marshall estabelece o aparecimento dos direitos civis, políticos e sociais, correspondendo, cada um deles respectivamente, às etapas do capitalismo: mercantilismo, liberalismo e monopolismo. A autora faz uma ressalva, ao dizer que, nesses diferentes momentos, o direito de reivindicar tais direitos processou-se bem mais do que o atendimento dos mesmos.

Segundo Scherer (1987), a importância dessa interpretação de Marshall está, particularmente, no fato de que o autor vincula o desenvolvimento do conceito de cidadania ao desenvolvimento simultâneo do capitalismo, pontuando o caráter de contradições e confrontos entre esse modo de produção como sistema suscitador de desigualdades sociais e, paradoxalmente, fomentador da luta contra a desigualdade inerente à luta pela cidadania. Marshall (1967) verifica que embora a cidadania pouco tivesse feito para diminuir as desigualdades sociais no final do século 19, não se pode negar que ela abriu caminho para a criação de políticas mais igualitárias no século 20.

Covre (1991) retoma Marshall, mas adverte que essa divisão - direitos civis, políticos e sociais - serve apenas para fins de análise. Isso porque, para que os direitos referidos sejam efetivamente atendidos, eles devem existir interligados, uma vez que o atendimento real dos direitos civis e/ou sociais depende do cumprimento dos direitos políticos e vice-versa.

O presente texto consiste em um ensaio acerca da cidadania no âmbito da saúde no Brasil, cujo objetivo é contribuir para o debate das políticas e práticas da saúde pública brasileira.

O que se verifica no âmbito prático sob a luz do referencial teórico adotado é que a interação entre os diversos espaços locais para a construção de uma saúde que atenda a toda a população ocorre minimamente, influenciada especificamente pelos interlocutores dos espaços públicos. O próprio Plano Municipal de Saúde de

Cruzeiro do Sul - gestão 2008-2012 reúne esforços dos integrantes da sociedade civil em direção à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Este trabalho vem sendo desenvolvido desde o 1º semestre de 2008, encontra-se organizado com o objetivo de cumprir os preceitos legais da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) de 2002, e já prevendo alterações que serão introduzidas pelos novos pactos, que são instrumentos orientadores da *marcha* do SUS – Sistema Único de Saúde em todo o Brasil, além disto, constitui um compromisso com o processo de planejamento estratégico, gestão democrática e participativa a ser implantado na Secretaria Municipal de Saúde.

Assim, mais do que representar o documento formal exigido pelas cláusulas conveniais com o Sistema Único de Saúde – SUS, é um documento cuja função é a de nortear as ações de saúde, destinando-se ao uso interno de todos os setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), do Município Cruzeiro do Sul.

O Plano Municipal de Saúde é ainda um instrumento dirigido à apreciação e acompanhamento por parte do Conselho Municipal de Saúde para isso é importante que o planejamento consiga estabelecer diretrizes e prioridades, suas metas de curto e longo prazo e uma agenda de saúde, funcionando como um instrumento de gestão e acompanhamento das ações e dos indicadores de saúde. O respectivo conselho exerce o controle social das ações práticas deste documento que serão vistas no próximo capítulo.

Quanto ao conselho municipal de saúde do município é importante prestar algumas informações relevantes e que foram observadas durante a execução da pesquisa. O conselho é formado por 12 representantes sendo seis da sociedade civil e seis do poder público. O que se observa na ação dos conselheiros, especialmente depois de lidas algumas das atas de reunião de seus integrantes é a total ausência de conteúdo teórico que possibilite uma visualização mais ampla das questões de saúde do território.

Quanto às normatizações dos conselhos considera-se importante elencar as principais e que dizem respeito às três esferas de governo: Titularidade de seus membros, igual para todos; Decisões tomadas por deliberação conjunta de um grupo de pessoas, por unanimidade ou por maioria; Oralidade das votações, reduzidas a termo em ata ou resolução; Responsabilidade do órgão uma, como um todo, após a deliberação do grupo; Representação legal por um presidente, que não vota, senão em casos de desempate; Estabelecimento prévio, em regimento, de normas sobre o quórum da votação, para a realização da sessão; para haver deliberação; para adoções de certas medidas relevantes.

O que se observou ao verificar as atas do conselho de saúde foi a ausência de boa parte das normatizações citadas, tais como a ausência de decisões tomadas de forma conjunta, não cumprimento do regimento interno em algumas situações específicas, entre outros.

Existe uma patente fragilidade de mecanismos institucionalizados de controle sobre a execução das políticas, e os números indicam a distância entre as competências estabelecidas legal e juridicamente para os conselhos e os resultados de sua implantação em processos sociais e institucionais complexos.

Uns dos problemas mais frequentes e difíceis de serem solucionados na prática estão relacionados a composição, representação e representatividade do conselho. Com frequência, a composição do conselho não respeita os princípios da paridade, e os critérios de escolha de seus membros são obscuros. Observa-se, em muitos casos, ingerências políticas na escolha de conselheiros, principalmente daqueles que representam os interesses dos usuários e, desta forma, estes acabam por não representar verdadeiramente os interesses dos cidadãos comuns. Em muitos casos, mesmo que a presença quantitativa dos representantes da população seja assegurada pelo requisito jurídico da paridade, não se observa correspondência direta da capacidade de intervenção desse grupo. (LABRA, 2002, 2005; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002; GUIZARDI et al. 2004; GUIZARDI; PINHEIRO, 2006, p. 128)

Em suma o capítulo apresentou, além da formação do Estado e do município onde se dá a pesquisa a ser apresentada no próximo capítulo, como a ausência de ações políticas mais efetivas para o fortalecimento das ações em saúde na região podendo ser um entrave para o fortalecimento do SUS. Considera-se de fundamental importância a participação do setor acadêmico, entretanto as ações não podem se

limitar a este viés, sendo importante a participação efetiva de toda a sociedade civil organizada.

O próximo capítulo descreve as ações propostas pela PPI regional a mostram como tais ações são distribuídas a população e os principais desafios para efetivação de seus benefícios.

#### 4 A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DO MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL

O modelo proposto pelo município pretende realizar a adaptação de redes de serviços regionalizadas, a partir da criação de dispositivos de coordenação, planejamento e regulação, dando estrutura assim as *redes funcionais*. O que se pretende é a garantia da forma mais racional possível, para o acesso da população a todos os níveis de atenção. A articulação entre os serviços de diversos graus de associação tecnológica que se localizam num mesmo município, bem como os mecanismos e instrumentos para a definição das referências pactuadas entre os municípios, é a proposta a ser considerada pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde [...] é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da integralidade e da universalização do cuidado, do vínculo e continuidade. A atenção básica considera-se o sujeito em sua singularidade, na inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde. (BRASIL, 2006 p.10, grifo do autor)

Tal programação deve procurar agregar as várias áreas de atenção à saúde, em conexão com o método global de planejamento, considerando as definições anteriores expressas nos planos de saúde e as possibilidades e limitações técnicas dos diversos municípios. Essa relação deve se dar no que diz respeito à análise da situação de saúde e estimativa de necessidades da população e definição das prioridades da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos diversos eixos programáticos. As recomendações de programação no SUS incidem, em geral, intencionalidades determinadas, verificando maior ou menor coerência com as orientações das políticas de saúde.

Sendo assim, após apresentada às principais características do município de Cruzeiro do Sul no que tange aos aspectos demográficos e socioeconômicos passamos a análise da PPI regional verificando se o mesmo alcançou as diretrizes

propostas pelo MS. O município compõe e regional a III regional de saúde juntamente com as cidades de Tarauacá e Envira.

A PPI regional será apresentada obedecendo aos eixos diretivos e suas principais ações no âmbito local. Vale ressaltar que conforme visto no primeiro capítulo a PPI é composta por diretrizes que orientam suas ações, tais diretrizes possuem cinco eixos: Centralidade da atenção básica; Parâmetros para a programação; Conformação das aberturas programáticas; Processo de programação e relação intergestores e Monitoramento e avaliação.

#### 4.1 CENTRALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

O primeiro eixo da PPI regional busca por meio da centralidade da atenção básica a garantia da integralidade dos cuidados em saúde, por meio de áreas estratégicas tais como saúde da criança, adolescente, idoso, mulher, adulto, bucal, saúde da pessoa com deficiência, trabalhador, mental, entre outras. Permitindo ao gestor uma visão ampla do sistema garantido assim a integralidade das ações. A programação da Atenção Básica e Média Complexidade Ambulatorial deve prioritariamente partir das áreas estratégicas. A Programação da Atenção Básica é de responsabilidade dos Municípios e não está previsto referenciamentos.

Para a Média Complexidade Ambulatorial a lógica da programação será ascendente, onde os municípios programam as ações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, daquelas ações que não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada, sempre deve estar de acordo com processo da regionalização.

Para a programação da PPI regional verificou-se que o documento se baseou na Portaria Nº 648/GM de 28/03/06 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica e a Portaria Nº 1097 de 22/05/06, que define o processo de Programação Pactuada e Integrada constante na Série Pactos pela saúde Vol. 4 e 5.

As ações que visam o fortalecimento da atenção primária/básica são de fundamental importância para a reorientação do modelo assistencial do SUS. De acordo com dados do MS cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população teriam resolutividade se tratadas na atenção básica que contam com instrumentos tais como Saúde da Família, Agente Comunitário da Saúde (ACS) e outras que privilegiam para o atendimento a clientela.

No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos. Seguindo o princípio da integralidade, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais do PSF. (ALVES, 2005, p. 41)

A partir das estratégias e instrumentais supracitados se busca o fortalecimento de modelo de atenção voltado para organização dos serviços de atenção básica, fortemente dirigidos para as ações de acesso e vigilância em saúde, buscando-se romper com a hegemonia do cuidado curativo centrado na atenção hospitalar como se viu anteriormente. Busca-se viabilizar o acesso universalizado e imparcial aos serviços de saúde, através de estruturação de Redes Funcionais, regionalizadas, organizadas, garantindo o acesso da população a todos os níveis de atenção.

A Atenção Básica segue com o objetivo responsável pela modulação da demanda aos demais níveis tecnológicos e assumindo responsabilidades. Suas ações podem causar expressivos resultados, tais como a diminuição de internações, entre outros. Entretanto, sabe-se na necessidade que as equipes básicas possuem para si todo um arsenal tecnológico e terapêutico de estrutura e de suporte, uma vez que sem o mesmo não existe possibilidade de resolução das questões básicas do SUS.

Na América Latina, o perfil da política social sofre uma profunda inflexão a partir da introdução do plano de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, com a adoção da perspectiva de racionalização do gasto público. Vários estudos têm salientado a forte influência dos organismos financeiros multilaterais, sobretudo do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI), na definição da agenda de reformas na área social, dentre elas a saúde. (...) as proposições destas agências para a área de saúde assentam-se no diagnóstico da inadequação dos gastos sociais, que seriam excessivos e não atingiriam as regiões e os grupos sociais mais pobres. Ao mesmo tempo o Banco Mundial critica o modelo de assistência em saúde, que se baseia no cuidado hospitalar ineficaz, na especialização

do cuidado ambulatorial, rápida incorporação de procedimentos de alta tecnologia e pequeno gasto nas ações preventivas. (BRAVO, 2006, p. 103)

No que tange as ações em vigilância em saúde do município, atesta-se que a mesma é realizada por meio de (04) quatro coordenações: **Coordenação de Vigilância epidemiológica** que desenvolve ações específicas de vigilância para o controle de agravos, objetivando a promoção e proteção da saúde, promove articulação e integração intra e interinstitucional; **Coordenação e Imunização e Rede de Frio** que coordena o programa municipal de imunização e realiza a investigação de eventos adversos pós - vacinais; **Coordenação de Vigilância Sanitária** que coordena a política municipal do sistema de vigilância sanitária, desenvolvendo ações de vigilância, objetivando a promoção e proteção da saúde, através de inspeções sanitárias em estabelecimentos comerciais e de ações de ações educativas preventivas e a **Coordenação de Vigilância Ambiental** que desenvolve ações do Programa VIGAGUA, através do monitoramento da qualidade da água do município.

O que se pode observar nas coordenações apontadas é que boa parte das ações de vigilância em saúde no município de Cruzeiro do Sul ainda precisam ser melhoradas, principalmente nos aspectos de qualificação profissional, estrutural, material e de logística, esse último caracteriza-se como o mais urgente, pois a insuficiência de transporte para o desenvolvimento das ações figura como o principal problema das vigilâncias uma vez que boa parte das estradas é trafegada somente no verão, ainda assim, de acordo com dados obtidos do relatório anual da secretaria municipal de saúde.

Ainda contemplando o primeiro eixo de ações diretas da PPI municipal verifica-se que são de responsabilidade do município as seguintes ações prioritárias:

#### **4.1.1 Saúde da Mulher**

No que concernem as ações direcionadas a saúde da mulher o município conta com os serviços de Assistência ao pré-natal e puerpério, prevenção ao câncer de colo

uterino, planejamento familiar, prevenção e controle das DST/HIV/AIDS, violência sexual e intra-familiar.

Segundo a PNAISM:

O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. (BRASIL, 2004, p. 12)

Estes programas de acordo com os dados da secretaria municipal de saúde e a partir da contagem da PPI atual tiveram a adesão de 95% da demanda, o que faz do resultado satisfatório para a gestão em saúde local, uma vez que atende as recomendações do MS. Tais dados podem ser observados conforme gráfico abaixo:

Gráfico 1 - Planilha para Pactuação das Metas dos indicadores nos municípios – 2014 Região do Juruá, Tarauacá e Envira (Dados de Fevereiro de 2014) Saúde da Mulher

Município	Proporção de Parto normal				Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal.				Nº de óbitos maternos em determinado período e local de residência
	Meta 2013	Result. 2013	Meta 2014	Result. 2013	Result. 2013	Meta 2014	Meta 2013	Result. 2013	Meta 2014
<b>CRUZEIRO DO SUL</b>	70	55	70	50	46	50	0	2	2
<b>FEIJÓ</b>	90	82	86	30	15	20	0	1	0
<b>MANCIO LIMA</b>	80	67	80	30	32	35	0	0	0
<b>MAL.THAUM ATURGO</b>	80	83	—	65	23	—	1	0	—
<b>PORTO VALTER</b>	96	67	—	50	20	—	0	0	—
<b>RODRIGUEZ ALVES</b>	82	69	—	30	33	—	0	0	—
<b>TARAUACÁ</b>	80	75	—	20	17	—	1	1	—
<b>REGIÃO</b>	75	69	—	24	30	—	2	4	—
<b>ESTADO</b>	70	61	—	65	39	—	7	7	—

Fonte: Cruzeiro do Sul (2014)

Observa-se que no município, apesar de significativa melhora, ainda não existe uma consonância dos serviços de pré-natal e puerpério com as normativas do MS, o que pode estar ocorrendo devido à dificuldade de acesso de transporte das gestantes ao serviço e casos até mesmo o surgimento de casos não notificados por ausência de um sistema fidedigno a tal função.

Quanto aos óbitos maternos como verificado neste capítulo, que ocorreram apenas (02) dois no período de 2014, evidenciando certamente um problema sério que até o presente momento se encontra em apuração dos fatos no Hospital onde aconteceu os mesmos. Fica claro a necessidade de implementação do *comitê de mortalidade materna e infantil*, para melhor definição dos óbitos maternos, bem como melhorar o registro no sistema de informação de mortalidade (SIM), pois os mesmos fazem parte do programa, e tal resultado negativo mostra fragilidade na fiscalização corroborando no aparecimento desses 02 casos.

#### **4.1.2 Saúde da Criança**

Vigilância alimentar e nutricional, aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, prevenção de acidentes e violência. Outro ponto em destaque se dá na promoção de crianças com aleitamento misto estável e elevada, ocorrendo uma redução discreta apenas em 2007, conforme demonstrado a análise da PPI, esses índices apontam a necessidade de manutenção a educação continuada e desenvolvimento de ações de incentivo ao aleitamento materno no município.

Fica claro que o município ao longo dos tempos mostrou resultados positivos no tocante a imunização e acompanhamento no crescimento e desenvolvimento das crianças, pois as unidades de saúde demonstram dados reais, uma vez que estes são necessários para manutenção de incentivos governamentais a população de baixa renda.

O coeficiente de mortalidade apresenta alternância de redução e a elevação, portando se faz necessário que se estabeleça a estabilidade do mesmo mantendo

um padrão de redução. Para isso, de acordo com relatório anual das atividades da secretaria, deve-se implementar ações eficazes e contínuas tais como: incentivo ao aleitamento materno, redução da prevalência de doenças infecciosas e parasitária (IRAS e DDA), melhorar a cobertura de pré-natal e assistência ao parto, implementar políticas de combate a desnutrição infantil, colocar o esquema vacinal em dia. Os dados mostram que a primeira causa de morbidade infantil são as doenças do aparelho respiratório, indo de encontro aos dados nacionais.

As doenças respiratórias, uma das principais causas de morbi-mortalidade entre os idosos e crianças, apresentam etiologias diferentes e níveis de gravidade distintas que, em comum, caracterizam-se por comprometer uma ou mais porções do trato respiratório da criança e podendo estar associada à exacerbação clínica da doença pulmonar obstrutiva crônica nos idosos. (GONÇALVES-SILVA et al., 2006 ; FRANCISCO et al., 2006, p. 68)

Em países em desenvolvimento, estima-se que 25% a 33% do total das mortes observadas nos cinco primeiros anos de vida sejam causadas por infecções respiratórias agudas. (GONÇALVES-SILVA et al., 2006; FRANCISCO et al., 2006)

Seguidas das causas originadas no período perinatal, reforçando a necessidade de reforçar a prevenção das doenças respiratórias em especial as IRAS, bem como oferecer um serviço de pré-natal e o oferecimento de parto de qualidade.

#### **4.1.3 Saúde do Adolescente**

Atenção integral a saúde do adolescente, imunização, prevenção das DST/HIV/AIDS, gravidez na adolescência, uso indevido de drogas, redução de danos, prevenção a acidentes e violências, incentivo a cultura, esporte e lazer. Entre os serviços supracitados se dá destaque ao percentual significativo de gravidez adolescência no município. Em 2004 cerca de 29,5%, conforme apresentado no capítulo II, das gravidez ocorridas no município foram em adolescente, esse percentual nos anos subseqüente continuaram elevados sugerindo ações de educação em saúde a esse publico específico.

Mccallum e Reis (2006) analisam o parto sob a perspectiva das mulheres jovens, adolescentes, negras e de classe popular.

Entendendo o parto como um processo biossocial, a investigação etnográfica na maternidade em Cruzeiro do Sul mostra como as mulheres produzem significados no momento do parto e como este poderia ser considerado um rito de passagem que legitima a maternidade, diante de reprovação institucional que deslegitima a reprodução sexual destas mulheres inseridas nestas condições.

Quanto à mortalidade ocorrida nesta faixa etária a principal causa é os fatores externos, especificamente acidentes de transportes seguido por agressões, evidenciando a necessidade de programar ações que visem à redução desses índices, principalmente ações educativas.

#### **4.1.4 Programa de Redução da Tuberculose**

O programa visa o controle da tuberculose através da busca ativa dos sintomáticos respiratórios, descoberta de casos novos e tratamento adequado, de modo a eliminar fonte de infecção na comunidade bem como a prevenção através da vacina BCG. Dentre as principais responsabilidades do programa estão:

- a) a busca ativa de casos;
- b) diagnóstico clínico;
- c) acesso a exames para diagnóstico;
- d) controle laboratorial e radiológico;
- e) cadastramento dos portadores;
- f) tratamento dos casos supervisionados e/ou auto administrados;
- g) medidas preventivas.

Ao analisar os dados do relatório anual da secretaria municipal de saúde do município pode-se verificar que o número de casos de tuberculose confirmados na população aumentou de 37 casos em 2004 e 2005, para 40 casos em 2006, esse aumento pode ter ocorrido por conta de intensas campanhas de diagnóstico realizadas nesse período, também foram implementadas outras ações do combate a doença pela SEMSA, tais como: busca ativa dos casos, disponibilidade de medicamentos, implantação do serviço de diagnóstico nas UBS, realização de campanhas educativas, entre outras.

A co-infecção Tuberculose/HIV/AIDS tem criado problemas de diferentes naturezas que atingem a população em geral, aos clínicos, epidemiologistas e planejadores da saúde pública.

A tuberculose, endemia caminhando para certo controle em alguns países, descontrolada ainda em outros, tem sua tendência alterada frente a ocorrência simultânea da infecção pelo HIV. Esta última tem sido apontada como a mais significativa ocorrência que alterou o equilíbrio entre o homem e o bacilo de Kock nos últimos 100 anos, sendo decisiva no risco de adoecimento por tuberculose, seja por reativação endógena ou infecção exógena. (Brasil , 1994)

Tem-se assinalado (STYBLO, 1990) que o impacto da infecção pelo HIV sobre a tuberculose numa determinada população dependeria dos seguintes elementos:

Prevalência da infecção pelo HIV na comunidade e sua tendência, Prevalência da infecção tuberculosa na população entre 15-49 anos, Taxa de morbidade de infecção tuberculosa na população para tuberculose (ativa); Taxa e tendência do risco anual de infecção tuberculosa e Taxa de detecção de casos novos, de cura, de abandono, de recaída da tuberculose em pacientes bacilíferos, infectados ou não pelo HIV.

Cabe a Secretaria Municipal de Saúde elaborar estratégias para manter e ampliar ações para continuar a tendência de redução de casos, portanto os limites de um município de pequeno porte não é diferente de outros municípios tendo em vista as dificuldades no controle de uma doença de forte cunho social ligado principalmente ao uso de álcool e droga, sendo agravado em um município em que apresenta características próprias em sua rede de transporte, tanto terrestre, fluvial e aérea.

A geografia do município justaposta a ausências de incentivos governamentais estaduais e federais não contribuem ao tratamento, dificultando a cura uma vez que estamos tratando de medicamentos de fácil rejeição ligados a fatores nutricionais e até mesmo fatores humanos, pois com isso o município necessita de profissionais para levar e administrar o medicamento direto ao usuário.

Vale ressaltar que este procedimento é foi implantado na tentativa de evitar a evasão do usuário ao tratamento, sem contar que muitos dos usuários são dependentes químicos ou usuários de drogas lícitas.

#### **4.1.5 Programa de eliminação da hanseníase**

O principal objetivo do Programa é a eliminação da hanseníase através de atividades voltadas às responsabilidades do município na Atenção Básica, com a busca ativa de casos, diagnóstico clínico, cadastramento de portadores, tratamento supervisionado, medidas preventivas e controle das incapacidades físicas. Atualmente, o município desenvolve ações do programa de forma satisfatória. No entanto, é necessário a intensificação das ações de controle, diagnóstico e tratamento da doença, aquisição e disponibilização de medicamentos.

Verificou-se no relatório anual da secretaria municipal de saúde que o número de casos confirmado de hanseníase no município de Cruzeiro do Sul passou de 47 e 42 em 2004 e 2005 para 90 casos em 2006, conforme demonstrado no capítulo anterior. Esse aumento foi ocasionado pela melhoria na qualidade do diagnóstico e ações de busca ativa de casos, nesse mesmo período o abandono do tratamento sofreu uma redução chegando à zero em 2007, a cura de casos também aumentou, contudo sofreu uma redução em 2007, apontando para intensificação das ações, principalmente realização de campanhas de conscientização sobre a doença e a disponibilização do tratamento aos casos confirmados.

Constantemente são feitas Campanha de Combate à Hanseníase e à Verminose, no município de Cruzeiro do Sul, o Ministério da Saúde, de forma a manter suas campanhas contra a Hanseníase anualmente em todo Brasil, lançou em 2012 uma campanha na tentativa de diagnosticar e tratar novos casos da doença. A meta da Secretaria Municipal de Saúde foi atingir ao menos 10 mil crianças no município.

Para isso, os profissionais de saúde estiveram focados nas escolas de ensino fundamental, onde estudam crianças e adolescentes com idade entre 5 e 14 anos.

Em dados gerais, houve uma redução significativa no número de casos de hanseníase no ano de 2013 em Cruzeiro do Sul. A doença foi diagnosticada em 11 pessoas, contra 26 casos no ano anterior. Mesmo assim, o índice continua acima do que é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que considera normal um caso para cada 10 mil habitantes.

Segundo a coordenadora do programa de hanseníase do município, Eliane Gonçalves, fichas distribuídas nas escolas foram preenchidas pelos professores onde os pais dos alunos iriam indicar se os filhos possuem manchas no corpo e outros sintomas. Os casos suspeitos foram encaminhados para o dermatologista e todas as crianças que se encaixaram na faixa etária da campanha fizeram uso de albendazol remédio utilizado na época em combate às verminoses.

#### **4.1.6 Programa Saúde Bucal**

O Programa de Saúde Bucal tem como diretrizes fundamentais à reorganização da Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família e a Atenção Especializada através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPDs. A Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família objetiva mudar o processo de trabalho buscando melhoria dos índices epidemiológicos e a ampliação do acesso da população às ações desenvolvidas como promoção, proteção e recuperação da saúde. Na atenção especializada quatro serviços estão implantados, sendo dois Centros de Especialidades Odontológicas – CEO Tipo II e dois Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD, que atendem demanda referenciada da Atenção Básica.

Conforme demonstrado no relatório anual da secretaria municipal de saúde as ações preventivas em saúde bucal somam mais de 65.000 procedimentos, superior as ações curativas que chegam a pouco mais de 12.000, contudo o número de exodontia no município ainda é muito alto, apontando para necessidade de ampliação dos procedimentos preventivos em saúde bucal.

Vale ressaltar que o município recebe muito profissional odontólogo oriundos de outros estados, onde os mesmos são bem recebidos pela população Acreana, em especial a Cruzeirense, sendo assim, todos montam consultórios particulares com bom fluxo de clientes, corroborando a saúde de nossa população.

Lembro que este serviço funciona de forma particular, contudo, o cidadão paga por ele.

#### **4.1.7 Saúde Indígena**

A FUNASA é responsável pelo Planejamento, coordenação, normatização das ações de atenção à saúde indígena em parceria com as Secretarias Municipais e Estadual de Saúde, que são os responsáveis pela execução das ações. O subsistema de Atenção a Saúde Indígena tem por base os distritos sanitários especiais indígenas – DSEI. Os DSEIs são responsáveis pela rede de serviço de saúde composta por Pólos-Base, Postos de Saúde e Casa de Saúde do Índio. Os atendimentos de Média e Alta complexidade são realizados por hospitais da rede de saúde do estado. No Município de Cruzeiro do Sul a população indígena cadastrada no SIASI/FUNASA/2007 é de 750 pessoas. Esses são assistidos pelo DESEI.

A terra, [...] nessas comunidades, caracteriza-se como importante mecanismo para manter a união do grupo, permitindo, assim, a sua continuidade ao longo do tempo, assim como a preservação da cultura, dos valores e de seu modo particular de vida dentro da comunidade. [...] por isso, a perda da identidade coletiva para os integrantes destes grupos costuma gerar crises profundas, intenso sofrimento e uma sensação de desamparo e de desorientação. (SARMENTO apud LENZA, 2009, p. 875)

Os atendimentos voltados à saúde indígena podem ser visualizados na planilha que segue abaixo. A mesma aponta a incidência de doenças parasitárias na região onde hoje vivem as comunidades indígenas atendidas pelos programas de saúde.

Vale ressaltar que recentemente a universidade Federal do Acre retirou o curso de formação indígena no Campus Floresta em Cruzeiro do Sul, com isso dificultou ainda mais o trabalho científico a essa população.

A população indígena apresenta uma característica própria no alto vale do Juruá, pois todo poder econômico do município e toda demanda política gira em torno desta população.

Gráfico 2 - Planilha para Pactuação das Metas dos indicadores nos municípios – 2014. Região do Juruá, Tarauacá e Envira (Dados de Fevereiro de 2014) Atenção a Saúde Indígena (Endemias)

Município	Incidência parasitária anual(IPA) de Malária – IPA			Numero absoluto de óbitos por dengue			Proporção de imóveis visitados em pelo menos quatro ciclos de visitas domiciliares para controle da dengue		
	Meta 2013	Result. 2013	Meta 2014	Meta 2013	Result. 2013	Meta 2014	Meta 2013	Result 2013	Meta 2014
CRUZEIRO DO SUL	190	245,2	190	NP	0	0	80	17	80
FEIJÓ	0	0,2	0	NP		NP	80	17	80
MÂNCIO LIMA	316	454,2	316	NP	0	0	80	-	80
MARECHAL THAUMATURGO	5	5,3		NP			80	-	
PORTO WALTER	35	29,8		NP			80	-	
RODRIGUES ALVES	236	235,1		NP			80	-	
TARAUACÁ	23	47,5		NP			80	16	
<b>REGIÃO</b>	NP			NP			-	7	
<b>ESTADO</b>	35	44		2	2		80	51	

Fonte: Cruzeiro do Sul (2014)

Pode ser visto que as populações indígenas recebem suporte técnico com efetividade na região. Tal fato ocorre devido influência do governo federal e por programas de assistência ao índio de forma específica.

## 4.2 PARÂMETROS PARA A PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA

O segundo eixo da PPI diz respeito às recomendações técnicas, o que permite ao gestor se organizar levando em conta a sua realidade local. Diante disso, analisando os relatórios na secretaria municipal de saúde do município pode-se constatar a formação de uma equipe especializada para dar resolutividade a PPI regional.

Conservando marcas da sociedade colonial escravista, a sociedade brasileira caracteriza-se pelo predomínio do espaço privado sobre o público e, tendo o centro na hierarquia familiar, é fortemente hierarquizada em todos os seus aspectos: nela, as relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior, que obedece. As diferenças e assimetrias são sempre transformadas em desigualdades que reforçam a relação mando obediência. O outro jamais é reconhecido como sujeito nem como sujeito de direitos, jamais é reconhecido como subjetividade nem como alteridade. (CHAUÍ, 2006, p. 353)

Tal programação foi discutida a partir de parâmetros apresentados no volume Nº 5 da Série Pactos pela Saúde, onde se fez composto grupos de trabalhos Bipartite, com participação das áreas estratégicas, da Atenção Básica, Vigilância em Saúde e municípios. Tais discussões ocorreram em Cruzeiro do Sul e as recomendações sugeridas puderam ser aplicadas na região de saúde estudada

[...] está a possibilidade da construção de novas formas de regulação das relações sociais através dos “rituais da negociação”, ancorados no terreno dos conflitos, abertos à pluralidade de problemas e temas emergentes que não encontram lugar no espaço unitário estatal, às contingências sempre imprevistas do conflito social e que deslocam o poder do Estado como árbitro exclusivo, bem como ampliam as fronteiras das relações de direito para além do que é definido como código jurídico e regra formal da lei [...]. A questão diz respeito à possibilidade da construção, entre, Estado, economia e sociedade, de arenas públicas que de em visibilidade aos conflitos e ressonância às demandas sociais, permitindo, no cruzamento das razões e dos valores que conferem validade aos interesses envolvidos, a construção de parâmetros públicos que reinventem a política no reconhecimento dos direitos como medida de negociação e deliberação de políticas que afetam a vida de todos. (TELLES, 1994, p.12 grifo do autor)

Foram programadas e analisadas situações de saúde, estudos e/ou informação sobre demandas, séries históricas, informações de instituições de ensino e pesquisa, estudos e artigos científicos, buscando construir consensos por meio de debates em reuniões dentro do território.

Com estes dados e estudos, o grupo de trabalho e as áreas estratégicas compuseram parâmetros que puderam dar visibilidade a realidade estadual, considerando os pactos firmados, precedida de estudos e informações constantes em diagnósticos de situação, perfil epidemiológico e normas técnicas. Estes parâmetros representam as necessidades para o cuidado e assistência em cada etapa do ciclo de vida, e áreas de atenção transversais que perpassam todo o desenvolvimento. Dessa forma foram obtidos, de acordo com a comissão criada, parâmetros ideais que representam necessidades em saúde, e metas do que se pretende atingir.

Entre as dificuldades visualizadas dentro do território nos relatórios está o transporte de pacientes e de técnicos em todos os níveis de complexidade. O que se deve especialmente a geografia da região, entretanto, a comissão não deixou de pensar em estratégias para minimizar esta problemática, tais como o uso do transporte aéreo e fluvial com maior frequência e qualidade, buscando transportar no território pacientes e funcionários de forma atender a demanda com efetividade.

Alguns parâmetros de algumas áreas estão muito próximos do que é possível realizar, e outras ainda distantes, cujos parâmetros fizeram parte do que a equipe de trabalho denominou *Plano de Assistência*, uma espécie de norteador de ações e procedimentos a serem incorporados pelo sistema. Buscou-se dessa forma, através de consenso, parâmetros possíveis, considerando capacidade instalada, recursos humanos, recursos financeiros. É interessante observar que o respectivo plano buscou tornar a Atenção Básica mais resolutiva, para assim diminuir a necessidade de Assistência nos outros níveis.

A programação das ações da Atenção Básica e da Média Complexidade Ambulatorial, que não estão organizadas por áreas estratégicas, foi orientada pela estrutura da Tabela Unificada de Procedimentos. Cada grupo da tabela poderá ser desagregado em subgrupo, forma de organização ou procedimento, cabendo ao gestor optar pelo nível de agregação coerente com as suas necessidades. Diferentes níveis de agregação poderão ser utilizados em um mesmo grupo, possibilitando maior adequação às realidades locais.

Neste ponto foi muito cobrada à participação dos municípios de menor porte oferecendo alternativa a atenção Básica, uma vez que a mesma bem empregada pode vir a diminuir o quantitativo de demanda das outras atenções. Nos procedimentos agregados do sistema utilizou-se a análise da série histórica de 2012 (físico e financeiro) com atualização dos valores financeiros (tabela unificada), e em conjunto com as áreas técnicas definiu-se um novo parâmetro, expresso em per capita físico para a população em geral (nº procedimentos/habitante/ano).

Para exemplificar de melhor forma tal análise tem-se como exemplo o Grupo do Radiodiagnóstico onde até então se utilizava um parâmetro de 8% em um total de duas consultas habitante/ano. A partir da efetivação da PPI atualmente ficou definido que para melhor apreciação situacional o melhor seria usar um Parâmetro per capita físico para alguns subgrupos do Diagnóstico por Radiologia. O objetivo da equipe de elaboração da PPI é que com isso os recursos sejam mais bem empregados em sua universalidade.

No que concerne ao parâmetro das Consultas, onde até então se contabilizavam duas consultas habitantes/ano, passou-se a utilizar, a partir da PPI um indicativo per capita para as Consultas Especializadas pela Classificação Brasileira de Ocupação<sup>5</sup> – CBO. As bases orientadoras do processo tiveram como foco a linha do cuidado e a integralidade, visando superar a fragmentação observada no sistema. A programação foi realizada a partir da atenção básica, integrando ações e procedimentos com os outros níveis de complexidade, a partir da articulação e das demandas provenientes da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, quando possível.

Na Programação da Atenção Básica e Média Complexidade Ambulatorial considera-se as áreas prioritárias definidas pelos Gestores e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIB/AC). Na alta complexidade, optou-se por utilizar os leitos constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e para as

---

<sup>5</sup> Não é condição para o cadastramento de CBO/Classificação Brasileira de Ocupação de médicos e médicos residentes no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde/CNES que o profissional seja portador de título de especialista. O CBO informado no CNES para o médico deve representar a real ocupação desempenhada pelo profissional no estabelecimento de saúde ao qual ele está vinculado. O CNES não é um instrumento de gestão de recursos humanos, mas de cadastro de estabelecimentos de saúde com relação à área física, equipamentos e profissionais.

Internações Hospitalares ficaram definidas as especialidades clínicas disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Gráfico 3 - Planilha de divisão de leitos na Média Complexidade município de Cruzeiro do Sul/AC

Média Complexidade						
Tipo de Leito	FAEC		MAC		PROPRIO EST.	
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
Cirúrgicos	0	0	821	0	0	0
Clínicos	0	0	1870	0	0	0
Hospital-dia	0	0	0	0	0	0
Obstétricos	0	0	1623	0	0	0
Outras Especialidades	0	0	126	0	0	0
Pediatria Cirúrgica	0	0	247	0	0	0
Pediatria Clínica	0	0	1217	0	0	0

Fonte: Cruzeiro do Sul (2014)

A incorporação da totalidade das ações realizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde é fundamental para que a programação reflita a realidade dos serviços. Portanto, torna-se imprescindível que também se programe as ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, de acordo com as aberturas programáticas definidas.

Cabe ressaltar que em relação ao paciente obstétricos fica uma lacuna, uma vez que a ocorrência de parto domiciliar é uma realidade que muitas vezes não são quantificados pelo sistema de saúde.

#### 4.3 CONFORMAÇÃO DAS ABERTURAS PROGRAMÁTICAS

As Aberturas Programáticas devem ser compreendidas partir dos níveis de agregação das ações de saúde, a pertinência de metas e a disponibilidade de recursos financeiros para o seu custeio.

Verificou-se que na PPI anterior, a associação dos procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS foram definidas a partir de três grandes blocos de orientação (M1, M2 e M3). Tais blocos foram organizados de forma fixa, por subgrupos e combinavam valores desiguais, além de diversas complexidades onde não se lavavam em conta a forma de financiamento. A PPI atual buscou avançar neste sentido passando a dar flexibilidade no nível de agregação dos procedimentos, seguindo a estrutura da Tabela Unificada para a área Ambulatorial.

Como foi visto anteriormente o terceiro eixo aponta que as ações devem partir das áreas estratégicas. Neste sendo o que se pode observar é que com a definição das áreas estratégicas de intervenção, tendo como norte a planilha de procedimentos as principais ações do município e conseqüentemente da região atendida estão em conformidade com o que é preconizado pelo MS. Em outras palavras prevê a resolubilidade de ações que possam evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas, a redução ao máximo da evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade e, especialmente a garantia da continuidade do cuidado na rede básica, ou seja, a contra referência.

Para que isso ocorra busca-se a organização do sistema visando a hierarquização dos serviços de saúde, considerando os níveis de complexidade visando a integralidade, além do estabelecimento de patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na dimensão assistencial mas também de promoção e prevenção.

Tendo em vista o objetivo de orientar os Gestores Municipais de Saúde para o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência, buscaram-se junto às diferentes áreas técnicas de atenção à saúde, integrando-se os técnicos da Secretaria Estadual de Saúde e dos Municípios, indicativos de necessidade da população da região que compõe a área de estudo. Dessa forma segue adiante as principais ações em saúde realizadas no âmbito territorial norteadas pela PPI.

Cabe destacar que as mesmas serão apresentadas tendo como norte aos padrões previstos em orientações do MS para elaboração da PPI nos âmbitos regionais.

#### **4.3.1 Programação da Alta Complexidade Ambulatorial**

Definem-se como alta complexidade as ações que tendem maior atenção de recursos humanos e financeiros do SUS, uma vez que tais ações já não dão conta de serem atendidas pela atenção básica de natureza preventiva. Para análise das principais ações organizadas no âmbito da alta complexidade ambulatorial, assim como nos outros âmbitos foram analisados dados contidos na PPI no período de Janeiro a Dezembro de 2013 e que estavam disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul. Ficou definida, a partir da elaboração da PPI, a formação de dois grupos para a programação da Alta Complexidade Ambulatorial, cabe destacar que esta divisão obedece a critérios indicados pelo MS como será visto a seguir.

##### **4.3.1.1 Procedimentos com finalidade diagnóstica**

As ações e procedimentos com a finalidade diagnóstica, preconizado pelos parâmetros estabelecidos pela PPI são divididos da seguinte forma:

- a) Patologia Clínica especializada (Hepatites virais);
- b) Radiodiagnóstico (Angiografia, Neuroradiodiagnóstico);
- c) Medicina Nuclear;
- d) Densitometria Óssea;
- e) Tomografia;
- f) Radiologia Intervencionista;
- g) Hemodinâmica.

Os Procedimentos que dizem respeito ao tratamento clínico e que compõe a rede de serviços (definições da Política de Alta Complexidade do MS). Estão previstas as seguintes aberturas programáticas:

- a) Nefrologia (Hemodiálise, Diálise peritonial, exames complementares de média complexidade);
- b) Oncologia (Quimioterapia – oncologia clínica, hematologia, oncologia pediátrica);
- c) Radioterapia (Radioterapia geral, Braquiterapia, Betaterapia, Roentgenterapia / cantatoterapia, Radiocirurgia / radioterapia estereotáxica, outros);
- d) Reabilitação (Saúde Auditiva, Bolsas de Colostomia, Reabilitação Física);
- e) Saúde do Trabalhador;
- f) Litotripsia;
- g) Hemoterapia (Triagem clínica de doador, coletas, sorologia total, exames imunohematológicos, processamento, pré-transfusional, transfusional e outros procedimentos).

As ações da alta complexidade supracitadas são realizadas no próprio município de Cruzeiro do Sul, sendo este referência para tais especialidades dentro da região. Quanto ao acesso na população a estes serviços visualiza-se que o mesmo ocorre de forma tranquila, uma vez que os municípios vizinhos oferecem transporte a seus moradores. Quanto à qualidade dos serviços de transporte observa-se que ocorre de forma satisfatória atendendo as necessidades da população em geral.

As ações de Alta Complexidade Ambulatorial e algumas de média complexidade (saúde trabalhador, parte da reabilitação e exames para diagnóstico e acompanhamento das hepatites virais) que apresentam características de estarem concentradas em alguns polos, são programadas com a lógica descendente, onde as referências são definidas no próprio município por ser polo na região e dispor deste tipo de atendimento mantendo consonância com a regionalização.

No que concerne aos procedimentos com finalidade diagnóstica, foi observado que durante o período analisado foram realizadas um total de 210 (duzentos e dez) procedimentos ambulatoriais o que de acordo com dados do DATASUS gerou ao SUS um custo de aproximadamente R\$ 4.022.601,32 (Quatro milhões vinte e dois mil seiscientos e um reais e trinta e dois centavos) em pagamentos a entidades filantrópicas e a iniciativa privada da região.

Cabe informar que o limite financiamento para Programação da Média Complexidade Ambulatorial de cada município é organizado de forma per capita, dentro do recurso alocado para esta finalidade, e que os procedimentos devem ser planejados ressaltando as peculiaridades de cada município, dentro do limite financeiro macro - alocado.

Ao analisar os procedimentos de saúde mais utilizados destacam-se: Hematologia Simples com 76.245 procedimentos; Bioquímica Simples com 49.644 procedimentos; Atendimento de urgência com observação de até 24 horas em atenção médica especializada com 38.329 procedimentos; Administração de medicamentos na atenção especializada por paciente 47.692 procedimentos; Consulta médica com Atenção Especializada (Médico ortopedista e traumatologista) com 223146 procedimentos.

Para definição dos procedimentos supracitados, foi considerado o quantitativo de 100 finalidades diagnosticas, nas diferentes áreas atendidas pelo regional. Portanto, para 100 consultas, buscou-se identificar qual a necessidade de diagnóstico, terapia e demais procedimentos, denominando este conjunto de procedimentos de agregados das Áreas Técnicas.

Pode-se observar que alguns destes parâmetros não são os apontados como ideais, visto que a equipe buscou adequá-los a sua capacidade operacional a um curto prazo, sem, no entanto, causar prejuízo ao mínimo necessário e, por conseguinte, determinar impacto na saúde da população. Como a PPI é um processo dinâmico, sistematicamente serão revistos os indicativos, bem como, seus recursos financeiros.

#### **4.3.2 Programação da Média e Alta Complexidade Hospitalar**

De acordo com a PPI regional, tendo como direcionamento as recomendações do MS, deve ser orientada pelas clínicas (Cirúrgicas, Obstétricas, Pediátricas, Clínicas, Outras especialidades e Hospital Dia) de acordo com a distribuição Leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

A Alta Complexidade Hospitalar deve ser norteadada pelas Clínicas (Cirúrgicas, Clínicas e Hospital Dia) de acordo com a classificação de leitos no CNES e considerando os respectivos serviços. As internações de alta complexidade, que apresentam características de estarem limitadas em alguns polos, são programadas com lógica descendente, onde as referências serão dirigidas a partir dos municípios que realizam este tipo de atendimento, definindo sua área de abrangência, sempre de acordo com o processo da regionalização. Quanto à distribuição dos leitos hospitalares de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI está de acordo com a distribuição do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

A programação destas internações é descendente, pelo fato dos serviços estarem concentrados em alguns polos, o recurso financeiro é alocado de forma regionalizada. Tal ação está em consonância com a Programação Pactuada e Integrada da Assistência que integra a programação da Vigilância em Saúde (PPI da Epidemiologia e Controle de Doenças) e da ANVISA (PPI da Vigilância Sanitária).

Cabe informar que tais atendimentos são realizados na cidade de Cruzeiro do Sul pelo fato do mesmo ser polo em saúde na região. Quanto ao quantitativo de atendimentos e os serviços ofertados pelo polo destaca-se a tabela abaixo. A mesma apresenta os atendimentos hospitalares realizados na cidade no período de Janeiro a Março de 2014, destaca-se este período por ser de referência da equipe da secretaria municipal de saúde para o norteamiento de suas ações.

Gráfico 4 - Planilha de utilização de leitos hospitalares do Município de Cruzeiro do Sul/AC

CONSULTA DA PRODUÇÃO NO MUNICÍPIO DE CRUZEIRO DO SUL/AC			
	Leito	Especialidade	Físico Produzido
1	CIRURGICOS	NEUROCIRURGIA - NEUROCIRURGIAS VASCULARES	2
2	CIRURGICOS	OFTALMOLOGIA - CAVIDADE ORBITARIA E GLOBO OCULAR	3
3	CIRURGICOS	OFTALMOLOGIA - CONJUNTIVA, CORNEA, CAMARA ANTERIOR, IRIS, CORPO CILIAR E CRISTALINO	1
4	CIRURGICOS	ONCOLOGIA - CABECA E PESCOCO	2
5	CIRURGICOS	ONCOLOGIA - ESOFAGO-GASTRO DUODENAL E VISCERAS ANEXAS E OUTROS ORGAOS INTRA-ABDOMINAIS	2
7	CIRURGICOS	ONCOLOGIA – MASTOLOGIA	4

8	CIRURGICOS	ONCOLOGIA - OTORRINOLARINGOLOGIA	1
9	CIRURGICOS	ONCOLOGIA - PELE E CIRURGIA PLASTICA	4
10	CIRURGICOS	ONCOLOGIA – UROLOGIA	1
11	CIRURGICOS	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA - CINTURA PELVICA	1
12	CIRURGICOS	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA - COLUNA VERTEBRAL E CAIXA TORACICA	3
13	CIRURGICOS	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA - GERAIS	2
14	CIRURGICOS	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA - MEMBROS INFERIORES	1
15	PEDIATRIA CIRURGICA	NEUROCIRURGIA - TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	1
16	PEDIATRIA CIRURGICA	OFTALMOLOGIA - CONJUNTIVA, CORNEA, CAMARA ANTERIOR, IRIS, CORPO CILIAR E CRISTALINO	1
17	PEDIATRIA CIRURGICA	OFTALMOLOGIA - PALPEBRAS E VIAS LACRIMAIS	1
18	PEDIATRIA CIRURGICA	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA - CINTURA PELVICA	1
19	PEDIATRIA CIRURGICA	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA - MEMBROS SUPERIORES	1
20	PEDIATRIA CIRURGICA	PLASTICA	1
21	CIRURGICOS	CIRURGIA GERAL	779
22	CIRURGICOS	NEUROCIRURGIA	14
23	CIRURGICOS	NEUROCIRURGIA - TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	0
24	CIRURGICOS	NEUROCIRURGIA - TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	0
25	CIRURGICOS	OFTALMOLOGIA	17
26	CIRURGICOS	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	429
27	CLINICOS	CLINICA GERAL	2.608
28	CLINICOS	NEUROLOGIA	82
29	CLINICOS	OFTALMOLOGIA	1
30	HOSPITAL-DIA	FIBROSE CISTICA	0
31	HOSPITAL-DIA	GERIATRIA	0
32	HOSPITAL-DIA	SAUDE MENTAL	0
33	OBSTETRICOS	OBSTETRICA CIRURGICA	563
34	OBSTETRICOS	OBSTETRICA CLINICA	1.120
35	OUTRAS ESPECIALIDADES	CRONICOS	0
36	OUTRAS ESPECIALIDADES	PNEUMOLOGIA SANITARIA	26
37	OUTRAS ESPECIALIDADES	PSIQUIATRIA	30
38	OUTRAS ESPECIALIDADES	REABILITAÇÃO	0
39	PEDIATRIA CIRURGICA	CIRURGIA GERAL	285

	PEDIATRIA		
40	CIRURGICA	NEUROCIRURGIA	5
41	PEDIATRIA CIRURGICA	NEUROCIRURGIA - TRATAMENTO NEUROCIRURGICO DA DOR FUNCIONAL	0
42	PEDIATRIA CIRURGICA	NEUROCIRURGIA - TRAUMA E ANOMALIAS DO DESENVOLVIMENTO	0
43	PEDIATRIA CIRURGICA	OFTALMOLOGIA	5
44	PEDIATRIA CIRURGICA	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	223
45	PEDIATRIA CLINICA	CLINICA GERAL	2.364
46	PEDIATRIA CLINICA	NEUROLOGIA	25
47	PEDIATRIA CLINICA	OFTALMOLOGIA	2
		TOTAL DE LEITOS	8.613

Fonte: Cruzeiro do Sul (2014)

#### 4.4 PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO E RELAÇÃO INTERGESTORES

Disserta acerca da oferta de serviços e a distribuição de recursos inerentes ao rol de serviços ofertado pelos municípios, obedecendo a relação estrutura X maior oferta de serviços aos municípios da região.

Os serviços de assistência à saúde devem ser financiados com recursos dos três níveis de governo. O nível federal tem assumido parte do custeio dos serviços de assistência à saúde, com as transferências fundo a fundo aos gestores estaduais e municipais, através dos limites financeiros de média e alta complexidade e outras modalidades de transferência de recursos, como o Piso de Atenção Básica – PAB, e o pagamento dos procedimentos cobertos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

As ações de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde SEMSA são realizadas pela coordenação de Planejamento, que ainda está em fase de implementação. O município de Cruzeiro do Sul utiliza os seguintes instrumentos de avaliação:

- a) Avaliação do pato dos indicadores da atenção básica;
- b) Avaliação da programação das ações de vigilância em saúde (PAVS);
- c) Avaliação da programação anual de saúde (PAS);
- d) Avaliação do plano anual de vigilância sanitária (PLANVIG).

O monitoramento dos instrumentos acima citados é realizado trimestralmente pelo departamento de controle e avaliação e socializado através da realização de oficinas semestrais. Com o objetivo de reforçar as ações de controle e avaliação e implantar o componente municipal de auditoria do SUS, pretende-se aderir à política nacional de participação do SUS (PARTICIPA-SUS).

Já o Fundo Municipal de Saúde foi criado através da Lei 011/95, publicada em 14/07/95, funciona na Secretaria Municipal de Finanças e conta com profissional qualificado para a sua operacionalização, o mesmo é gerenciado pela Prefeitura, entretanto o município pretende operacionalizar o Fundo Nacional de Saúde (FNS) na sede da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), para isso deverão ser providenciados os profissionais e materiais necessários, bem como, dotar o mesmo de personalidade jurídica própria.

No que concerne ao planejamento e alocação dos recursos financeiros verifica-se que o mesmo ocorre em etapas para sua melhor empregabilidade. No âmbito estadual o Gestor Estadual com auxílio de seu corpo técnico, define por meio da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) as situações específicas do campo da assistência além da macro - alocação dos recursos financeiros federais a serem programados pelos municípios e os recursos a serem utilizados para reserva técnica e alguns incentivos permanentes de custeio (INTEGRASUS, SAMU, CEO, e outros.) e a definição dos parâmetros assistenciais a serem adotados de maneira a refletir as prioridades definidas.

A Alta Complexidade e recursos com finalidade específica são registrados no Módulo Estadual, com parâmetros sugeridos por técnicos da Secretaria Estadual da Saúde, por representantes da respectiva secretaria, e de municípios polos, com aprovação da CIB.

No âmbito municipal o processo de programação ocorre de forma descentralizada, onde os gestores municipais fazem a adaptação dos parâmetros, adequando-os às prioridades e especificidades locais e promovem o processo de pactuação das

referências intermunicipais por meio de fóruns regionais e/ou microrregionais. Quanto a pactuação das referências, a mesma é realizada entre gestores municipais de saúde com a coordenação do Gestor Estadual.

A programação de procedimentos financiados pelo Piso da Atenção Básica (PAB) ocorre pela quantificação das ações a partir da definição dos parâmetros. Este processo tem como consequência à composição dos tetos municipais e a formalização dos pactos de referência. É importante frisar que nos apêndices deste trabalho (APENDICE A) está descrito os recursos provenientes do município, Estado e Governo Federal para gastos com a saúde municipal e as despesas provenientes dos recursos elencados. A lógica de programação pressupõe um processo linear, de transferência de metas referenciadas desde os municípios menores, com baixa estrutura assistencial, até os municípios maiores de maior capacidade resolutiva.

#### 4.5 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

No que se refere à fiscalização e monitoramento, destaca-se o Conselho Municipal de Saúde criado através da Lei nº 11 de 21 de junho de 1995, sendo composto pelas seguintes entidades: Representante da Secretaria Municipal de Saúde, Representantes das Igrejas, Representantes das Associações Comunitárias, Representante da Secretaria Municipal de Educação, Representante do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde.

[...] que tudo o que aparece em público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível. Para nós, a aparência – aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos – constitui a realidade. Em comparação com a realidade que decorre do ser visto e ouvido, mesmo as maiores forças da vida íntima – as paixões do coração, os pensamentos do espírito, os deleites dos sentidos – levam uma espécie de existência incerta e obscura, a não ser que, e até que, sejam transformadas, disprivatizadas e desindividualizadas, por assim dizer, de modo que assumam um aspecto adequado à aparição pública. [...] a presença de outros que veem o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos [...]. Uma vez que nosso senso da realidade depende totalmente da aparência e, portanto da existência de um domínio público no qual as coisas possam emergir da treva de uma existência resguardada, até a meia luz que ilumina nossas vidas privada e íntima deriva, em última análise, da luz muito mais intensa do domínio público (ARENDDT, 2010 p. 61 e p. 63).

Assim, tudo o que é tornado público, ou seja, que pode ser apreciado por todos, tem haver com a realidade de cada um. Ao excluir parcela significativa da população do debate em torno de questões de interesse comum, inviabilizam-se ações que possam atender ao interesse coletivo, e as decisões tomadas de forma individual ou corporativa não favorecerão a realidade de todos. Neste sentido, é preciso ter claro o que é de interesse comum e aquilo que não é. Não se trata de desconsiderar a importância que cada um dá para questões de caráter privado. Mas, é fundamental levar a público aquilo que de fato é de interesse coletivo.

Nesta perspectiva, Arendt (2010, p. 63) reforça que:

[...] há muitas coisas que não podem suportar a luz implacável e radiante da constante presença de outros na cena pública. Nesta, só pode ser tolerado o que é considerado relevante, digno de ser visto e ouvido por todos, de forma que o irrelevante se torna automaticamente um assunto privado.

Os conselhos de direitos, também denominados de Conselhos gestores de políticas sociais setoriais, são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, incumbidos de modo geral, da formulação, supervisão e avaliação das políticas públicas, em âmbito federal, estadual e municipal. Os conselhos não são executores de políticas, são formuladores, promotores, defensores de direitos, controladores das ações públicas governamentais e não governamentais normatizadores de parâmetros e definidores de diretrizes das políticas na perspectiva da garantia dos direitos humanos, sociais e políticos.

Atualmente dispõe de espaço físico adequado, equipamentos e material adequado ao desenvolvimento das atividades. Destaca-se que o Sistema Único de Saúde, definido na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde de n 8080/90 e 8142/90, está pautado na descentralização das ações e dos serviços de saúde, dando destaque a responsabilização dos municípios, alterando substancialmente o papel historicamente centralizado pelos Estados e pela União.

A descentralização das funções de controle e avaliação acarreta aos municípios, a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle das faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do

processo (procedimentos médicos) supervalorizados em detrimento do enfoque dos resultados e da satisfação dos usuários.

A avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser realizada de forma frequente em âmbito com ações diretas e locais e utilização de parâmetros e indicadores de produtividade e de desempenho que visualizam as diferentes realidades, possibilitando também a população exercer seus direitos de avaliação do sistema, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

Chauí (2006) também ilumina este debate. A autora compreende a cidadania brasileira em duas esferas: de um lado a **cidadania passiva**, ou seja, concedida pelo Estado, levando os sujeitos a esperar a garantia dos direitos através da mediação deste, com a função tutelar. Por outro lado, a autora define a **cidadania ativa** como um processo de criação de direitos, de garantia desses direitos e de intervenção, de participação direta no espaço da decisão política. Nesse caso o processo ocorre de forma coletiva, pois, para exercitar a cidadania ativa, é necessário participar da elaboração e decisões da vida social, compreender e saber situar a própria existência e, de forma coletiva, lutar por interesses e benefícios também coletivos.

A mesma autora informa que os conselhos municipais de saúde visam garantir a esfera pública com representantes da comunidade local e dos órgãos governamentais, para monitorar o impacto das políticas públicas na proteção efetivação dos direitos da pessoa humana e, também, para investigar as violações de direitos no território municipal.

Paoli (2007 p. 224, grifo do autor) também pode contribuir com este debate ao informar que:

No Brasil, historicamente, se utilizou de técnicas sociais para desqualificar a política do dissenso e, atualmente, a violência faz parte do rol de medidas para evitar a organização política da população. Assim, tanto o controle, como a violência vem sendo utilizados para “[...] produzir a figuração da incompetência política da população, especialmente quando esta se organiza, se movimenta, aparece autonomamente”

A autora recorda ainda que, as técnicas sociais de administração e controle adotadas a partir de 1990, se sustentam principalmente pela degradação dos espaços públicos, em favor de regras que favorecem o mercado e por um sistema de decisões políticas e econômicas que dificultam a capacidade de organização e de posicionamento.

Desse modo, elas se apoiam na validade abstrata das suas próprias fórmulas de competências – não apenas no modo técnico de implantar as políticas sociais, mas também na arrogante presunção de que existe um saber especializado imune ao movimento da política. [...] técnicas de controle e violência operam, portanto, num mundo esvaziado de política autêntica e de espaços públicos que poderiam acolhê-la, talvez até mesmo nos atos que criam dispositivos de participação popular voltados para formas democráticas de discussão e deliberação ampliadas, que, não obstante, podem ser eles próprios constituídos previamente por desenhos técnicos que delimitam a espontaneidade do debate e previnem transbordamentos indesejáveis. Em outras palavras, é possível que, no próprio ato em que se desenrola a discussão e a deliberação, cassa-se o ato original da política. (PAOLI, 2007, p. 225, grifo do autor).

A partir da leitura das atas do Conselho municipal de saúde o que se observou foi à discussão de temas que perpassam mais pelo viés individual tais como estudo de casos de indivíduos em busca de auxílio da secretaria, além de esclarecimento de dúvidas acerca do funcionamento de serviços do que propriamente discussões que dizem respeito a estrutura dos serviços e fiscalização de sua efetividade.

Outro ponto importante para a fiscalização e monitoramento das ações está no SisPPI que é uma ferramenta desenvolvida e mantida pelo Ministério da Saúde para registro dos dados de Programação Assistencial realizada pelos Estados e Municípios propiciando um melhor acompanhamento por parte dos gestores.

A nova proposta da PPI introduzida pela regional propõe mudanças nas diretrizes do processo, na lógica de programação, aberturas programáticas e concepção do Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SisPPI), incluindo a etapa da programação municipal. Entretanto, para que a PPI seja efetivada deve estar integrada a outros mecanismos de regulação de acesso aos serviços de saúde, bem como o controle e avaliação dos mesmos.

Um instrumento muito importante para o alcance dos objetivos supracitados está no Conselho Municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul, organizado de forma paritária conforme resolução 333/2000. Conta com (12) doze conselheiros, que se reúnem mensalmente em assembleias ordinária e extraordinariamente quando necessário.

Com relação à rede básica de saúde do município de Cruzeiro do Sul o que se observa na conclusão do relatório anual da secretaria municipal de saúde é que grande maioria das unidades de saúde do município encontram-se em regular estado de conservação, com equipamentos e materiais sucateados. Constitui, dentre os inúmeros desafios da gestão municipal, a revitalização da rede básica de saúde, construção de novas UBS e aquisição de novos equipamentos.

O número de Equipes de Saúde da família; equipes de saúde bucal e equipe de agentes comunitários de saúde (35 equipes no total) também não atendem a demanda do município, apontando para a necessidade de ampliação dos mesmos uma vez que boa parte destas está localizada na área urbana do município, tendo defasada a cobertura na área rural, com exceção da saúde indígena que é controlada por programas específicos como já foi supracitado.

Outro problema está na insuficiência de veículos, visto que, a atual frota não atende a demanda da secretaria, apontando para necessidade urgente de novas aquisições.

Uma alternativa as problemáticas encontradas é possibilitar a montagem da rede de serviços, sendo necessário integrar toda a oferta do setor público e incorporar serviços em caráter complementar, quando houver insuficiência ou inexistência na rede pública. Assim a PPI constitui-se num importante recurso capaz de instrumentalizar e apontar a quantidade e diversidade de serviços a serem contratados, a sua localização e os fluxos de referência e contra - referência.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa, fico honrado em poder dizer o quanto foi interessante executar esta pesquisa, podendo aprimorar-me na diversidade cultural, e principalmente na diferença tão célere do conceito saúde nesta região. Aproveito ainda para expressar a importância da Universidade Federal do Acre, contudo o Campus Floresta, campus que com o curso bacharelado em Enfermagem me proporcionou esta experiência na política pública de saúde local.

O trabalho apresentado mostra o quão importante e necessária é a articulação entre os municípios que compõe a região de saúde da cidade de Cruzeiro do Sul e como tal articulação vem a auxiliar positivamente na efetivação do PPI e dos pactos em saúde necessários para uma gestão do SUS com maior qualidade e eficiência.

Ao apresentarmos a trajetória que a saúde pública brasileira percorreu durante todo o ultimo século pode-se observar que ações centralizadas e postas de cima para baixo só vem a prejudicar o que este trabalho tanto defende neste caso a regionalização da saúde pública e não mais a divisão por entes federados, pois onde se divide funções não se articula ações e neste caso os municípios acabam sendo prejudicados, uma vez que executam ações isoladas e sem a devida articulação política com seus vizinhos.

Há três décadas, o Sistema único de Saúde vem buscando sua consolidação norteada pelos preceitos de universalidade, equidade e integralidade. Entretanto, sua concretização ainda é incipiente, decorrente de problemas estruturais inerentes à dimensão do país, muitas vezes agravada pelas dissonâncias entre o recomendado na legislação e o realmente encontrado na prática, resultado da ineficiência da esfera política e da falta de um consenso da melhor forma de materializar os princípios doutrinários do SUS. Mesmo se excluindo a grave crise financeira por que passam as organizações de saúde e os percalços encontrados na configuração adequada do sistema de saúde no Brasil, o SUS ainda se revela um sistema frágil e excludente do ponto de vista de acesso.

É importante salientar que a efetivação da regionalização esbarra frequentemente na conjuntura das competências compartilhadas, que exigem a cooperação entre as várias esferas de governo, cada com papéis importantes e pré-definidos dentro da assistência à saúde. Esta participação envolve acordos complexos dependentes da solução de conflitos de interesse de diversas naturezas, com enfoque para os políticos partidários. Estes importantes aspectos, em virtude da limitação de tempo e do escopo deste estudo não foram detalhados e devidamente analisados.

Neste estudo, a fragilidade da articulação dos gestores locais com a administração estadual e com os outros gestores dos municípios limítrofes. Até o término deste estudo não havia indícios de atos concretos no sentido de consolidação de pactos intermunicipais e, tampouco com o estado, objetivando a regionalização.

Entretanto, esta pesquisa capacita ao leitor a reconhecer alguns pontos de indefinição, que permanecem sem o devido esclarecimento dentro do complexo processo de estruturação da regionalização. A primeira dificuldade está na inércia da efetivação da PPI. Outro tópico que dificulta a implementação do processo de regionalização local, sendo considerado de fundamental relevância, é a falta de um posicionamento estratégico adequado e coerente de grande parte das localidades que compõem a microrregião de Cruzeiro do Sul em particular a rede hospitalar, com as atuais políticas de saúde.

Assim, a conclusão que se chega ao contexto do questionamento apresentado, é que o correto dimensionamento da PPI é o norte para a elaboração de contratualizações efetivas. A grande preocupação neste caso é o acesso aos serviços estipulados na PPI, mas a forma como a PPI é elaborada é de suma importância para as necessidades de saúde da população.

A correlação das falhas ou omissões gerenciais é possível com a capacitação oportuna dos recursos humanos, aliada a concordância dos executores com os objetivos planejados. Como resultado se espera a construção de um sistema de atenção à saúde mais adequada à lógica da PPI.

Todos esses esforços têm como objetivo final a consolidação real do SUS. Eles acabam funcionando como facilitadores no transporte para o cotidiano daquelas ações exigidas na legislação e auxiliando, ainda, na construção dos modelos de regionalização constante no (PDR) Plano de Desenvolvimento Regional e na PPI. A lista de procedimentos pactuados e a quantidade de cada procedimento estipulados na PPI envolvem o direcionamento de recursos financeiros para o município.

Quanto aos dados observados algumas indagações são necessárias. A primeira delas diz respeito à dificuldade de deslocamento das ações em saúde dentro do território. A falta de estradas dificulta o acesso da população a muitos serviços prejudicando o atendimento das demandas e conseqüentemente do cumprimento das metas governamentais.

A série histórica de produção dos prestadores não é o único item a ser avaliado na elaboração da PPI, mas esta é de suma importância para verificar o volume de recursos repassados aos municípios servindo de referência para a elaboração de políticas de saúde de forma regionalizada e hierarquizada.

Um ponto positivo observado diz respeito a saúde indígena, tal programa conta com suporte e atendimento de qualidade respeitável, neste ponto também é importante afirmar que a gestão da saúde indígena está em consonância prática com o que se pretende no campo legislativo.

No cenário apresentado, é possível concluir que as ações necessárias não foram adotadas na prática, pois os gestores não possuem acesso à metodologia proposta. Assim as ferramentas de monitoramento apresentadas no método, embora ainda não adotadas de forma efetiva, demonstram grande potencial no sentido de criar estratégias de monitoramento tanto da PPI quanto da contratualização.

A efetivação das conclusões resultantes desse estudo oferece um alicerce sólido aos hospitais e tem a pretensão de contribuir para a construção de um sistema de saúde verdadeiramente universal, integral e equânime.

Vale ressaltar que o gestor não pode simplesmente se contentar em avaliar as metas de produção, mas é importante considerar que o monitoramento do quantitativo dos procedimentos pactuados pelo gestor municipal é crucial para garantir o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelo prestador.

O monitoramento da produção deve ocorrer de forma incisiva, pois o cumprimento de metas quantitativas não deve ser abandonado. Afinal de contas, qual o sentido em monitorar a satisfação do usuário sobre os serviços prestados se o acesso a determinado serviço não é garantido?

As articulações políticas e o controle social também merecem destaque, uma vez que trazem consigo a necessidade da efetivação das ações.

No que diz respeito às articulações políticas observa-se que os gestores fazem o que esta disposta nas legislações de saúde, não foi observadas disparidades entre os serviços e seus custos, o que foi observado foi o investimento mínimo em ações de significativa importância, tais como a saúde do homem na complexidade básica e ações com pouco caráter efetivo nas média e alta complexidade.

Quanto ao corpo técnico o que se visualiza é a sua participação ativa nos veículos de controle social do SUS como representantes do poder público, a representatividade da sociedade civil se limita ao olhar acadêmico, uma vez que não se estimula a população a participar das ações da região de saúde.

Na realidade, o abandono por parte do gestor sobre a regulação e monitoramento de metas quantitativas vai de encontro ao princípio da universalidade na medida em que se investe na melhoria da qualidade da assistência ao paciente, mas restringe seu acesso pela escassez de controle da produtividade do prestador que deveria ser realizada pelo gestor.

Desta forma, pode ser um risco adotar metas de gestão e qualidade sem controlar a produtividade do prestador. Esta ação estimula o desenvolvimento de instituições, inclusive públicas, com níveis adequados e desejados de estrutura, equipes e

profissionais treinados e preparados, equipamentos de ponta adquiridos com recursos de programas de financiamento dos estados e municípios.

Apesar da limitação apontada o que se vê é um avanço, especialmente em relação à consciência política dos técnicos de saúde que atuam no campo profissional, consciência essa característica do espaço acadêmico. Neste sentido o que se sugere é uma maior relação entre o campo profissional e o popular, um estímulo maior para que a população participe e opine nos fóruns de saúde. Tal ação pode trazer benefícios consideráveis para efetividade da PPI.

Em suma, o trabalho revelou o quanto ainda é possível se avançar no que se refere ao arcabouço legislativo que o SUS apresenta, e mostra-se como referência para futuros trabalhos que buscam refletir as ações em saúde mediadas pela PPI.

É possível entender a elaboração e o monitoramento destes indicadores como avaliação, pois a análise dos mesmos proporciona não só a verificação do quantitativo de procedimentos executados, mas também permite ao gestor verificar como a produtividade do prestador influencia no alcance das metas estabelecidas na contratualização.

A consolidação de uma política de pactuação como qualquer outra política em um país democrático é um processo dinâmico que requer permanente articulação entre os diferentes atores envolvidos. Essa capacidade de articulação entre os gestores é a força que indica e continuará indicando os avanços e recuos durante a efetivação da PPI no município de Cruzeiro do Sul que guardada algumas particularidades, não é diferente de muitos municípios brasileiros.

## REFERÊNCIAS

ARENDDT, H. **A condição humana**. 11. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ALVES, P. C. **A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-atropológicos da doença: breve revisão crítica**. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 8, p. 22-28, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde/nob: SUS 96**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção integral a saúde da mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis/aids, co-infecção TB/HIV/AIDS**. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde 1994.

BRAVO, M. I. S. et al. **saúde e serviço social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. 215 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo 2002.

CEZÁRIO, A. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Brasília, DF, v. 15, n. 3, p. 56-58, jul./set. 2006.

CHAUÍ, M. **Brasil mito fundador e sociedade autoritária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

\_\_\_\_\_. **Cultura e democracia: o discurso e outras falas**. 11. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2006.

COELHO, M. C. R. **Mesa de negociação permanente do SUS: um espaço político das relações do trabalho em saúde para enfermeiros no Município de Vitória no Estado do Espírito Santo (2003 -2009): subsídios para a história da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

CORDEIRO, S. L. (Org.). **O cortiço da Santa Ifigênia: sanitarismo e urbanização (1983)**. São Paulo: Imprensa Oficial/Arquivo Público do Estado de São Paulo, 2010.

CRUZEIRO DO SUL. Secretária Municipal de Saúde. **Relatório anual**. Cruzeiro do Sul: Secretária Municipal de Saúde, 2014.

GLAZIER, J. D. E POWELL, R. R. **Qualitative research in information management**. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 1992.

DIAS, C. **Pesquisa qualitativa: características gerais e referências**. 2000, Disponível em: <<http://www.geocities.com/clauiaad/qualitativa.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2014.

GONÇALVES-SILVA, R. M. V. et al. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 579-586, mar. 2006.

GUIMARÃES, M. C. Processo decisório e conflitos de interesse na implementação da descentralização da saúde: um estudo de instâncias colegiadas na Bahia. **Caderno CRH**, Bahia, v. 16, n. 39, p. 105-32, 2003.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 797–805, set. 2006.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. S. Vozes da participação: espaços, resistências e o poder da informação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 225–238.

LENZA, Pedro. **Direito constitucional esquematizado**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

LIMA, O. **Formação histórica da nacionalidade brasileira**. 3. ed. São Paulo: Publifolha, 2000.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MCCALLUM, C. **Incorporando um enfoque de gênero, classe e raça no acolhimento na atenção básica em saúde**. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva, 2006.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas do Sistema Único de Saúde**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. p. 19-92.

MERHY, E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Práxis em salud**: um desafio para lo público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 197-228.

MISOCZKY, M. C. **Produção social no campo da saúde após a reforma de 1988**. 2000. Projeto de Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Paim, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

\_\_\_\_\_. Obstáculos não superados na implantação do SUDS-BA. **Saúde em Debate**, Bahia, v. 4, n. 28, p. 16-21, 1990.

\_\_\_\_\_. Direito à saúde, cidadania e Estado. In: VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. p. 45-59.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 31, p. 268-83, 2005.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, Bahia, v. 40, numero especial, p. 73-78, 2006.

PRAÇA, S. Processo orçamentário: antecedentes, debates constituintes e mudanças após 1988. In: PRAÇA, S.; DINIZ, S. (Org.) **Vinte anos de constituição**. São Paulo: Paulus, 2008, p. 115-135.

PRAÇA, S.; DINIZ, S. As duas faces da constituição de 1998. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. (Org.) **Vinte anos de constituição**. São Paulo: Paulus, 2008. p. 7-18.

RIKER, W. H. **The art of policial manipulation**. New Haven: Yale University Press, 1987.

STYBLO, K. Aspectos sobre la tuberculosis y la infeccion VIH a nivel mundial. **Bol Union Int Tuberc**, Bolivia, v. 65, n. 1, p. 30-5, 1990.

TELLES, V. da S. **Direitos sociais**: afinal do que se trata? Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.

# APÊNDICES

<b>APENDICE A: Orçamento e despesas da Secretaria municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul/AC em parceria com os governos Estadual e Federal por setor e atividade desenvolvida.</b>					
<b>NOME DO ITEM</b>	<b>DOTAÇÃO ATUALIZADA 2012</b>	<b>DESPESA EMPENHADA 2012</b>	<b>DESPESA LIQUIDADADA 2012</b>	<b>DESPESA PAGA 2012</b>	<b>DESPESA ORÇADA 2013</b>
DESPESAS CORRENTES TOTAL	10.575.686,32	9.644.807,22	9.644.807,22	9.570.014,83	9.861.270,53
PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS	5.275.762,50	5.247.060,52	5.247.060,52	5.194.028,43	6.054.778,41
Pagamento de salários de agentes de saúde	1.005.742,00	1.004.800,79	1.004.800,79	998.587,38	0,00
Outras Contratações por Tempo Determinado	790.000,00	787.161,62	787.161,62	765.123,51	971.530,52
Pagamento do Pessoal Ativo do quadro permanente.	2.350.446,70	2.335.130,48	2.335.130,48	2.333.092,75	2.402.135,45
Pagamento do Pessoal Ativo do PSF	1.003.500,00	1.002.994,69	1.002.994,69	980.251,85	0,00
Obrigações Patronais (encargos sociais)	101.073,80	100.371,43	100.371,43	100.371,43	504.448,44
Indenizações e Restituições Trabalhistas	25.000,00	16.601,51	16.601,51	16.601,51	50.000,00
<b>OUTRAS DESPESAS CORRENTES</b>	<b>5.299.923,82</b>	<b>4.397.746,70</b>	<b>4.397.746,70</b>	<b>4.375.986,40</b>	<b>3.806.492,12</b>
Diárias - Civil	38.627,91	22.599,84	22.599,84	22.599,84	28.000,00
Medicamentos Fundo do SUS	180.000,00	162.149,50	162.149,50	162.149,50	150.000,00
Medicamentos com RP	1.156.703,76	1.024.539,62	1.024.539,62	1.023.684,62	1.438.209,08
Material Odontológico	60.000,00	56.391,48	56.391,48	53.791,48	170.000,00
Material Laboratorial	300.000,00	286.511,44	286.511,44	286.511,44	300.000,00
Material Hospitalar	350.000,00	332.462,90	332.462,90	332.462,90	100.000,00
Outros Materiais de Consumo	1.261.722,11	981.552,42	981.552,42	979.047,42	497.617,04
Outros Materiais de Distribuição Gratuita	150.000,00	145.682,54	145.682,54	145.682,54	150.000,00
Passagens e Despesas de Locomoção	45.000,00	42.525,47	42.525,47	42.525,47	13.000,00
Serviços de Terceiros Pessoa-Física	871.678,00	552.391,83	552.391,83	541.891,83	481.366,00
Serviços de Terceiros PJ (Manut. e Conserv.)	7.000,00	4.240,00	4.240,00	4.240,00	5.000,00
Serviços de Terceiros PJ (Pagamento de energia elétrica)	55.000,00	49.441,52	49.441,52	49.441,52	60.000,00
Serviços de Terceiros PJ (Pagamento de Água)	600,00	473,51	473,51	473,51	800,00
Serviços de Terceiros PJ (Serviço de comunicação)	33.000,00	28.920,48	28.920,48	28.920,48	30.000,00
Outros Serviços PJ	790.592,04	707.864,15	707.864,15	702.563,85	382.500,00
<b>DESPESAS DE CAPITAL COM SAÚDE (investimentos)</b>	<b>1.335.535,00</b>	<b>946.451,15</b>	<b>946.451,15</b>	<b>931.334,35</b>	<b>670.015,00</b>
Obras e Instalações	624.440,00	515.401,16	515.401,16	500.284,36	250.000,00
Equipamentos e Material Permanente (médico,odontol e hosp)	150.000,00	81.359,09	81.359,09	81.359,09	100.000,00
Outros equipamentos e material permanente	561.095,00	349.690,90	349.690,90	349.690,90	320.015,00
<b>DESPESA TOTAL COM SAÚDE EM 2012 (Despesas Correntes + Capital = despesa Total)</b>	<b>11.911.221,32</b>	<b>10.591.258,37</b>	<b>10.591.258,37</b>	<b>10.501.349,18</b>	<b>10.531.285,53</b>

# **ANEXOS**



**ESTADO DO ACRE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CRUZEIRO DO SUL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Rodrigo de Sá Melo, abaixo assinado, responsável pela Coordenação da área de hipertensão e diabetes autorizo o Sr. KLEYTON GOES PASSOS, aluno de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local/EMESCAM a ter acesso ao banco de dados do SIS- HIPERDIA, objetivando a realização de seu trabalho científico, com o título: Sistema de informações sobre hipertensão em um município da Amazônia ocidental brasileira: implantação e qualidade das informações (1998 – 2011).

Ressalto que fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa e que o pesquisador seguirá a nova resolução 466 de dezembro de 2012, a qual dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Cruzeiro do Sul – Acre, 14 de novembro de 2013.

Rodrigo de Sá Melo

Coordenador da área de hipertensão e diabetes da Secretaria Municipal de Saúde

**Ozani Ferreira de Melo**  
Secretário Mun. De Saúde - Interino  
Portaria nº 1147/2013

Av. Copacabana, s/n  
Cruzeiro do Sul- Acre - CEP 69.980-000  
CNPJ n.º 04.012.548/0001-02 – Telefone/FAX:(068)322-6478

E-mail: sec.smczs@nauanet.com.br- "Sua saúde é nossa prioridade!"