

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Plano Regional – Reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro

**5.º Seminário de Gestão Participativa
Região Metropolitana I do
Rio de Janeiro**

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2007

© 2006 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessada na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 1.000 exemplares

Série D. Reuniões e Conferências

Série Cadernos Metropolitanos

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Espanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 410

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3616/3315-3326

Fax.: (61) 3322-8377/3321-1935

E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Promoção:

Fórum de Conselhos de Saúde da Região Metropolitana I

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Organização:

Projeto Mobilização Social para a Gestão Participativa
SGP/MS

Coordenação: Lúcia Regina Florentino Souto

Equipe: Rosemberg de Araújo Pinheiro e

Valéria do Sul Martins

Projeto Conselhos de Saúde e Reforma Sanitária

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Faculdade de Serviço Social

Organização: Maria Inês Souza Bravo

Equipe Responsável:

Maria Inês Souza Bravo – Professora Adjunta FSS/UERJ

Dácia Cristina Teles – Assistente Social

Débora Sales Pereira – Assistente Social

Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social

Mariana Maciel do Nascimento Oliveira – Assistente Social

Michelle Rodrigues de Moraes – Assistente Social

Rose Santos Pedreira – Assistente Social

Larissa Rodrigues Pinheiro – Graduanda FSS/UERJ

Lia Rocha Gomes – Graduanda FSS/UERJ

Rosane Santos de Carvalho – Graduanda FSS/UERJ

Colaboração (UERJ):

Alexandre Nordskog – Pesquisador NUTES

Fabiana de Sousa Faria – Residente em Saúde Coletiva NESC

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti – Docente NESC

Marta Maria Antonieta de Souza Santos – Docente INJC

Marta Henriques de Pina Cabral – Residente Saúde Coletiva NESC

Regina Lúcia Doods Bonfim – Pesquisadora NESC

Sergio Murillo Tadeu – Programador Visual NUTES

Tatiana de Matos Bozza – Residente Saúde Coletiva NESC

Victoria Maria Brant Ribeiro – Docente NUTES

Colaboração (SGEP/MS):

Fernando Rodrigues Cunha

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

Plano regional – reorganização do SUS na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

86 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

ISBN

1. Serviços de saúde. 2. Saúde pública. 3. Estatísticas de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0051

Títulos para indexação:

Em inglês: Regional Plan: Reorganizing the SUS in the I Metropolitan Region of the State of Rio de Janeiro

Em espanhol: Plan Regional: Reorganizando el SUS en la I Región Metropolitana del Estado de Rio de Janeiro

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Mara Pamplona e Lilian Assunção

Diagramação: Sérgio Ferreira

SUMÁRIO

Apresentação.....	5
1 Mesa de abertura do 5.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde.....	7
2 Breve histórico da Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as diversas crises vivenciadas no setor.....	13
2.1 Apresentação.....	13
2.2 A Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.....	13
2.2.1 Anos 80	14
2.2.2 Anos 90	15
2.3 As diversas crises enfrentadas pela saúde, nos anos 90 e 2000	17
2.3.1 Decretação de calamidade pública pelo Ministro da Saúde Jamil Haddad, em 1992 – 1993	17
2.3.2 Relatório da Comissão Especial de Saúde/ ALERJ sobre a situação de saúde do município do Rio de Janeiro – 2001 (Presidente: Deputado Paulo Pinheiro)	19
3 Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro – Novo pacto de gestão participativa: o plano regional de saúde	21
4 Mesa-redonda: a superação da crise da saúde na Região Metropolitana I	23
4.1 Considerações iniciais	23
4.2 Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro	23
4.3 Ministério da Saúde (Departamento de Apoio à Descentralização)	24
4.4 Dr. Valcler Rangel – Secretário Municipal de Saúde de Nova Iguaçu	24
4.5 Dr. Oscar Berro – Secretário Municipal de Saúde de Duque de Caxias.....	27
4.6 Dr. Luís Tenório – Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói	29
4.7 Dra. Mônica Almeida – Secretária Municipal de Saúde de Itaboraí.....	31
5 Principais problemas e propostas para a reorganização do SUS na Região Metropolitana I	35
5.1 Principais problemas de saúde.....	35
5.1.1 Problemas identificados	35
5.1.2 Descrição dos problemas	35
5.2 Principais propostas.....	37
5.2.1 Diretrizes gerais	37
5.2.2 Propostas apresentadas	37
5.2.3 Recomendações gerais.....	41
Referências bibliográficas	43
Anexos	45

Anexo A – Plano de emergência em saúde para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (contextualização e síntese)	45
Anexo B – Apresentação do Relatório da Comissão Especial de Saúde sobre a situação da saúde no município do Rio de Janeiro.....	58
Anexo C – A crise da saúde pública no município do Rio de Janeiro e a atuação do governo federal	62
Anexo D – Termo de acordo entre o Ministério da Saúde e a Prefeitura do Rio de Janeiro – 5 de maio de 2005.....	72
Anexo E – Projeto de Lei Complementar n.º 19/2004 – Dispõe sobre a gestão unificada da rede de saúde pública na Região Metropolitana que especifica – Autores: Deputado Luís Paulo e Otávio Leite	76
Anexo F – Por um tratamento mais permanente para a crise – Valcler Rangel Fernandes	81
Anexo G – Fôlder do seminário	83
Anexo H – Roteiro dos grupos	85

APRESENTAÇÃO

Este caderno apresenta uma síntese do 5.º Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I¹, que teve como tema central: Plano Regional para Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, realizado no dia 1.º de abril de 2005. O principal objetivo do mesmo foi articular as propostas do Município do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense – fruto dos seminários anteriores – e construir um Plano de Saúde para a Região Metropolitana I, visando potencializar a participação social na formulação e na gestão das políticas públicas. Nesta direção, procurou-se fortalecer e articular os Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro e os da Baixada Fluminense, na perspectiva de ampliar a democracia participativa e fortalecer o Fórum de Conselhos desta região.

O evento deu continuidade aos quatro Seminários de Gestão Participativa em Saúde, ocorridos em 2004, nos dias 30 de abril, 25 de junho e 27 de agosto de 2004, na Baixada Fluminense e no dia 16 de dezembro, no Rio de Janeiro. Teve como eixo as questões relativas aos principais problemas e propostas tiradas nesses seminários e o papel dos diversos sujeitos sociais na reorganização do SUS, ressaltando a contribuição dos gestores.

A programação e organização do 5.º Seminário foi construída coletivamente em reuniões que ocorreram na UERJ, a partir de janeiro de 2005. Nesses encontros houve a participação de representantes dos conselhos dos municípios do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense, representante da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e a equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro, da UERJ, e a equipe da UFRJ.

O seminário teve a participação de 180 pessoas distribuídas da seguinte forma: 60 conselheiros de saúde, 84 não conselheiros de saúde (com destaque para trabalhadores de saúde e estudantes de graduação e pós-graduação), 16 convidados e 20 componentes da comissão organizadora (professores, estudantes e profissionais da UERJ e UFRJ, representação da Secretaria de Gestão Participativa e Conselheiros).

Entre os conselheiros de saúde, 40 pertenciam ao segmento dos usuários, 12 dos trabalhadores de saúde, um do gestor/prestador de serviço e sete não se identificaram. Estes conselheiros eram dos seguintes conselhos: do Municipal e Distritais do Rio de Janeiro (AP 1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4, 5.1, 5.2, 5.3); da Baixada Fluminense (Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Queimados, Seropédica, Mesquita, Nilópolis); da Região Metropolitana II (Itaboraí; São Gonçalo e Niterói) e do Conselho Estadual de Saúde. Cabe destacar que, entre os convidados, estavam presentes alguns secretários municipais de saúde, o que aumenta o número de gestores.

¹ A Região Metropolitana I do Rio de Janeiro é composta pelo município do Rio de Janeiro e pelos 11 municípios da Baixada Fluminense – Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João de Meriti e Seropédica.

Os trabalhadores de saúde estiveram presentes por meio das seguintes categorias profissionais: Agente Administrativo; Agente Comunitário de Saúde; Assistente Social; Auxiliar de Enfermagem; Auxiliar de Saúde; Coordenador de Saúde; Dentista; Educadora em Saúde; Enfermeiro; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Guarda de Endemias; Médico; Psicólogo; Sanitarista; Técnico de Enfermagem.

Quanto aos estudantes foram identificados alunos do ensino médio, da graduação (Ciências Sociais, Direito, Enfermagem, Farmácia, Filosofia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, História, Letras, Medicina, Pedagogia, Serviço Social) e da pós-graduação (nas seguintes áreas: Saúde Coletiva, Infecção Hospitalar, Sociologia, Enfermagem, Políticas Públicas de Saúde e Serviço Social).

As instituições presentes no seminário foram as seguintes: universidades (UERJ, UFRJ, UNIRIO, UFF); Ministério da Saúde; Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; secretarias municipais de saúde (Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Duque de Caxias, Mesquita, Belford Roxo, Niterói, Itaboraí); hospitais (Universitário Pedro Ernesto, Municipal Lourenço Jorge, Bonsucesso, Duque de Caxias, Estadual Pedro II, Lagoa, Andaraí, Souza Aguiar, Servidores do Estado, Colônia Juliano Moreira, Inca); Fiocruz; Escola Técnica Isabel dos Santos (ETIS); Conselho das Instituições de Ensino Superior da Zona Oeste (CIEZO); Comissão de Saúde da ALERJ; Associações e Sindicatos (Associação dos Agentes Comunitários de Saúde, Sindisprev, Sindicato dos Petroquímicos de Duque de Caxias, Funasa); Associações de Moradores (Famesg/Auto Uruguai, FAM/Rio, Famerj) e ONG Planeta Água.

O 5.º Caderno Metropolitano, ao retratar o seminário, apresenta o conteúdo dos debates em cinco itens.

O primeiro destaca a Mesa de Abertura do Seminário com a saudação dos organizadores e dos convidados.

O segundo apresenta um breve histórico da Política de Saúde no Estado do Rio de Janeiro e as diversas crises na saúde vivenciadas pelo Estado e Município do Rio de Janeiro.

O terceiro enfoca a necessidade de um novo pacto de gestão participativa através da elaboração do Plano Regional de Saúde.

O quarto retrata a mesa-redonda com a participação dos secretários de saúde que enfatizaram as diversas propostas para a superação da crise da saúde.

Por fim, o quinto item apresenta os principais problemas e propostas discutidos nos seminários anteriores e aprofundados em grupos no 5.º seminário, que deverão subsidiar a elaboração do Plano Regional de Saúde para a Região Metropolitana I.

Em anexo, encontram-se documentos referentes à diversas crises vividas pela saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, algumas proposições, o fôlder do seminário e o roteiro dos grupos.

1 MESA DE ABERTURA DO 5.º SEMINÁRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE

A mesa de abertura do seminário contou com a presença dos organizadores do evento: representantes dos conselhos de saúde nacional, estadual e municipal; Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I e II; Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, universidades do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e de convidados, principalmente os secretários de Saúde.

A professora **Maria Inês Bravo**, da Faculdade de Serviço Social da UERJ, expôs que o seminário está acontecendo em um momento fundamental. A perspectiva é de que ele seja operativo e que desencadeie propostas concretas de ação, para que se possa superar a crise que já vem se arrastando na saúde, e que não é recente, tanto na Região Metropolitana do Rio de Janeiro quanto, em especial, no Município do Rio.

Ela afirmou que o objetivo do seminário é indicar elementos para elaboração de um Plano Regional com base nas reais necessidades de saúde da população, bem como nos quatro seminários que já foram realizados: três na Baixada Fluminense, um no Município do Rio de Janeiro e um com os trabalhadores de saúde. Este é o quinto seminário, e pretende-se articular as propostas do Município do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense, desencadeando um processo construtivo de superação da crise enfrentada principalmente, no município do Rio. Considerou que é preciso tomar medidas emergenciais para a defesa do SUS, com base nos pressupostos da Reforma Sanitária, para garantir o princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado.

O **Dr. Wagner Martins**, Secretário de Saúde do Município de Mesquita, desejou que o seminário conseguisse alcançar os objetivos mencionados pela professora Maria Inês Bravo. Este momento por que passa o Rio de Janeiro é fundamental para fortalecer a integração regional, porque nenhum dos secretários de saúde tem condições de obter êxito só em seu território. Não há como Mesquita organizar um sistema de saúde que dê conta de todos os problemas da sua população, sem a ajuda de Nova Iguaçu, de Duque de Caxias, Belford Roxo, Nilópolis e dos demais municípios da região.

Hoje a disputa eleitoral tem sido o que ordena a discussão da saúde, fazendo com que gestores tencionem politicamente, como o que está acontecendo no Rio de Janeiro. Essa ação que o Ministério da Saúde está realizando, apesar de necessária, é um desastre do ponto de vista da organização do sistema no fortalecimento da municipalização. Se nós não buscarmos uma solução rápida para essa questão, a municipalização poderá ser levada a um descaso tamanho que a população vai exigir a intervenção do Ministério da Saúde em todo o sistema de saúde.

Como nenhum município resolverá sozinho sua situação, é necessário a ampliação da discussão da situação da saúde no Rio de Janeiro, na Região Metropolitana, principalmente onde nove milhões de pessoas habitam e está concentrada a maior parte dos recursos tecnológicos disponíveis para a saúde, que precisa ser organizada segundo a lógica da integração regional, mas uma integração que seja cooperativa, e não impositiva como alguns querem.

Existe um projeto que tramita na Assembléia Legislativa propondo a criação de uma estrutura de gestão para a Região Metropolitana, em que a cidade que coordenaria esse consórcio compulsório seria eleita pelo voto proporcional ao contingente populacional de seu território. Isso significa que podemos chegar a uma situação de regionalização em que reproduziremos uma situação de centralização do poder, que será centralizado nas mãos de quem possui a maior população na região.

Solange Belchior, representante do Conselho Nacional de Saúde, afirmou que é bom que estejamos começando a pensar em fortalecer as articulações dos atores do controle social no Rio de Janeiro, para que possamos não só dar exemplo para o Brasil mas, principalmente, para todos aqueles que nesse estado construíram o SUS, todos os agentes da Reforma Sanitária, cujo berço foi o Rio de Janeiro. Afirmou que nós não podemos desmoralizar o SUS em seu nascedouro. É um grande equívoco se silenciar, não se organizar, é um equívoco ainda maior ficar esperando por outras pessoas.

A conselheira colocou que representa o Conselho Nacional de Saúde (CNS), na condição de representante dos trabalhadores de saúde, indicada pelo Fórum Nacional dos Trabalhadores de Saúde, enquanto representante da Federação dos Enfermeiros.

Afirmou que, no mesmo momento em que vivemos uma crise no Rio de Janeiro, que nos articulamos para tentar intervir socialmente na crise, em Brasília está acontecendo um movimento de reestruturação do fórum máximo do controle social, que é o Conselho Nacional de Saúde, considerando as decisões da 12.^a Conferência Nacional de Saúde.

O Rio de Janeiro tem um plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) construído na mesa estadual de negociação, que hoje serve de modelo para que se discuta nacionalmente o PCCS para a saúde. Nós temos um plano estadual de saúde que foi aprovado no conselho estadual, foi modificado pelo mesmo em algumas linhas, e parece que as coisas correm ao léu desse processo de organização.

Solange referiu que, em termos de trabalhadores qualificados, o maior número de profissionais formados em escolas de nível superior está no Rio de Janeiro. Não é possível que se tenha academia com inteligência, pesquisa com inteligência, um plano estadual de saúde que foi construído com o controle social, a proposta do Governo Federal de investir em capacitação e não se consiga articulação nos três níveis de governo.

O Rio de Janeiro tem qualidade no controle social, mas também tem problemas, que existem porque o controle social é reflexo da sociedade, ou seja, não se pode ter

um controle social muito atuante se tiver uma sociedade pouco participativa, o que tem sido a característica do município. Tem que se ter em pauta a necessidade de recuperar o tempo perdido. Foi realizado um debate no Conselho Nacional de Saúde sobre algo que ninguém acha que tem a ver com esse momento: a Reforma Universitária. Ela vai interferir na formação dos trabalhadores de saúde e essa mexida pode ser para romper com os princípios e as diretrizes do SUS, da Universalização. Vai depender de como a reforma está proposta e será desenvolvida. Um problema que se constata é que a maioria dos conselhos de saúde não tem a vertente de discutir gestão no trabalho para construir proposta localregional.

O prefeito nos quatro anos anteriores trabalhou para desestruturar o SUS, a rede não possui referência e contra-referência. Os serviços existem, mas não há articulação.

O controle social tem que perceber que foi construída, nos anos 80, uma proposta inovadora, socialista de saúde. Mas a eleição de prefeitos e governadores conservadores, autoritários, atrapalha o controle social e a implementação do SUS.

Desmoralizar o SUS no Rio de Janeiro, que é a maior rede de saúde pública da América Latina, significa desmoralizar o projeto do SUS no país inteiro, por isso o CNS está preocupado.

Existe um projeto de lei tramitando no Congresso Nacional, cuja proposta é a possibilidade do usuário do SUS pagar taxas a mais para ter um atendimento diferenciado, mais qualificado.

O projeto de desmoralização do SUS não é desarticulado, ele é orquestrado inteligentemente. Portanto, o projeto do consórcio em que uma entidade privada vai administrar por fora do SUS, a rede metropolitana, não é uma coisa desestruturada e tem que ser discutido para não ser viabilizado.

O conselheiro **Adelson Alípio**, do Conselho Municipal do Rio de Janeiro, afirmou que todos tem acompanhado o desenrolar que o Conselho Municipal de Saúde, e também os distritais da Cidade do Rio de Janeiro provocaram para que houvesse essa intervenção em algumas unidades da cidade. Não foi uma decisão fácil. Fez-se o pedido de desabilitação da gestão plena da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro com um prefeito que foi eleito no primeiro turno. Sabia-se que haveria dificuldade em explicar para a população porque estava-se pedindo essa desabilitação, mas o conselho teve coragem de assumir esse ônus.

Ele afirmou que os conselheiros têm consciência de que o que acontece na Cidade do Rio de Janeiro, acontece em 99% das prefeituras do Brasil. O prefeito e o secretário de saúde dominam as decisões do controle social.

O SUS na realidade não existe e está em processo de construção. Não se pode fingir que o sistema estava funcionando. O controle social não estava sendo respeitado, o Poder Executivo não acatava as suas deliberações.

O conselheiro **Orani Francisco Sobrinho**, representante do Fórum de Conselhos da Região Metropolitana II, afirmou que a relação das regiões Metropolitana I e II é super importante para o controle social. A saúde é tratada como se fosse mercadoriana. Não se está pensando em unificar a Metropolitana I e II, mas é importante uma articulação entre elas. É preciso começar a discutir que o controle social se dá em todas as esferas. O Projeto de Lei n.º 19¹, que está na Assembléia Legislativa, fere o que todos nós pensamos para o SUS.

Íris da Conceição, representante do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, afirmou que o órgão o qual representa é contra o PL 19. O fórum de conselhos tem por objetivo unir as duas regiões. No SUS tem que haver articulação e fortalecer o controle social nesse estado.

A Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense foi representada pelo **Dr. Valcler Rangel** (secretário de saúde de Nova Iguaçu), pois o Presidente da Associação de Prefeitos, Lindberg Farias, não pôde comparecer devido à ocorrência da chacina da Baixada, na noite anterior ao seminário. Valcler afirmou que todos os prefeitos foram unânimes em colocar a saúde, enquanto uma prioridade, e que o seminário era um espaço para essa troca de experiências e levantamento de propostas.

Representando o Reitor da UERJ, a professora **Terezinha Nobre** afirmou que a universidade acredita que só organizando o controle social é que, de fato, pode-se combater a opressão e o poder mal dirigido. Hoje, essa crise enfrentada no Município do Rio de Janeiro se estende aos seus arredores e é preciso uma intervenção federal.

Nós gostaríamos de dizer que a universidade está presente, tem cooperado e quer estar com todos, participando também do controle social no sentido de que se reorganize, se restabeleça a normalidade da prestação dos serviços de saúde no município e no Estado do Rio de Janeiro, e que se possa, dessa forma, diminuir todo esse desgaste que a população sofre. Essa é uma crise de longa data, que não foi produzida agora. É fundamental a união de todos os defensores do Sistema Único de Saúde para que, de uma forma organizada, possamos nos contrapor a ela.

A professora **Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti**, representante da UFRJ, afirmou que os integrantes da UFRJ consideram de extrema relevância poder participar desse processo de construção coletiva, que já vem acontecendo há algum tempo. Afirmou que, nesse momento de crise na saúde no Rio de Janeiro, o apoio dos gestores, em nome também dos prefeitos da Baixada Fluminense, dos conselheiros, vem fortalecer e é de extrema importância.

Desejou que possamos avançar mais um pouco na construção desse plano regional, verdadeiro, não burocrático, pactuado por todos esses atores e que toda a universidade possa contribuir. Pontuou que diversas unidades da UFRJ estão presentes

¹ O Projeto de Lei complementar n.º 19/2004, elaborado pelos deputados Luiz Paulo e Otávio Leite, dispõe sobre a gestão unificada da rede de saúde pública na Região Metropolitana. Esta proposta visa efetuar mediante um ou mais consórcios, a serem firmados em caráter compulsório, pelos municípios componentes da Região e dela farão parte também o estado e a União.

como: NESC, Nutrição, Odontologia, Enfermagem, Núcleo de Tecnologia e Educação para a Saúde.

A Secretária de Saúde de Belford Roxo, **Ivonete Marques Afonso**, destacou a importância da participação de profissionais de saúde em seminários como este, espaços de aprendizado e de troca de experiências. Ressaltou que “saúde um direito de todos” tem que ser transformado em realidade, por meio da participação dos governantes e da vontade política do gestor municipal e não só do secretário de saúde, já que este sem o apoio do prefeito pode construir muito pouco. A secretária destacou a importância de se conquistar os profissionais de saúde, muito desestimulados devido às péssimas condições de trabalho, a participarem desses espaços de discussão. Esse é um novo momento, de municípios com governos novos e com muita vontade de acertar e até errando, algumas vezes, porém sempre buscando a participação de todos.

A representante da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, **Dra. Lúcia Souto**, falou sobre a intervenção do Município do Rio de Janeiro. Afirmou que, até o momento, a questão da saúde era um “jogo de empurra” insuportável para a sociedade, o município diz que é com o estado, o estado diz que é com o Governo Federal que por sua vez repassa a responsabilidade para o município. Segundo a Dra. Lucia Souto, o Ministério da Saúde quebra esse tipo de lógica ao dizer que a responsabilidade é dele.

Durante toda uma trajetória dos conselhos municipal e estadual de saúde eram apresentados “x” problemas pela Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e “x” eram as soluções propostas pelo Ministério, porém no dia seguinte a prefeitura apresentava “x+1” problemas, apostando o tempo inteiro num impasse e na impossibilidade de solução de qualquer problema que diga respeito à saúde pública do povo do Rio de Janeiro. Estamos em um momento extremamente desafiante porque precisamos construir um caminho mais permanente e a atual situação do Município do Rio possui um potencial.

Se hoje se tem um problema, a configuração política dos secretários de saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro é esperançosa. Tem-se um conjunto de secretários de saúde, de municípios de peso, discutindo para construir um Plano Metropolitano de Saúde. Secretários esses, oriundos da luta pela Reforma Sanitária brasileira, comprometidos de corpo e alma com essa luta do direito à saúde da população.

O Ministério da Saúde tem apresentado alguns eixos de trabalho que é uma retomada ao espírito da Reforma Sanitária enquanto reforma democrática de Estado.

O primeiro eixo é a Emenda Constitucional n.º 29, que destacou a importância da regulamentação dos recursos. Outro eixo é a Lei de Responsabilidade Sanitária, grande marco institucional, em que os gastos com saúde serão realizados de acordo

com as reais necessidades da população e não de uma forma caótica, produzindo consulta-internação, que nada interferem na qualidade de vida e nos indicadores de saúde da população.

O terceiro eixo é a Gestão do Trabalho, já abordado no seminário realizado no dia 18 de março, na UERJ, com a presença de vários representantes sindicais e com a participação da representante da Secretaria de Gestão do Trabalho do Ministério da Saúde, Dra. Maria Helena Machado. Esse ponto é muito importante para a superação da precarização do trabalho, um dos grandes nós para consolidação do Sistema Único Saúde.

2 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E AS DIVERSAS CRISES VIVENCIADAS NO SETOR

Maria Inês Souza Bravo¹

2.1 APRESENTAÇÃO

Este texto pretende dar uma visão geral da política de saúde no Estado do Rio de Janeiro, a partir dos anos 80, para que se possa identificar os nós críticos e os determinantes das diversas crises enfrentadas no setor Saúde, nos anos 90 e 2000.

Está dividido em dois itens centrais.

O primeiro vai caracterizar a política de saúde no Estado do Rio de Janeiro nos anos 80, 90 e 2000 a partir dos diferentes governos estaduais.

O segundo vai enfatizar as diversas crises enfrentadas pelo setor Saúde nos anos 90 e 2000.

2.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A política de saúde no Estado do Rio de Janeiro só começou a ser elaborada em meados dos anos 80, sofrendo interrupção no início dos anos 90. Percebe-se algumas contradições com as transformações ocorridas em nível nacional no setor, principalmente com as ações efetivadas, a partir de meados dos anos 70, com o movimento sanitário que elaborou propostas de fortalecimento do setor público, em oposição ao modelo privatista.

Nos anos 80, estas proposições se consolidam nacionalmente no Projeto de Reforma Sanitária que tem como características centrais: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria da qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e na equidade das ações e a participação e controle social.

No Estado do Rio de Janeiro, as tensões existentes entre o Governo Federal e es-

¹ Professora adjunta da Faculdade de Serviço Social da UERJ e coordenadora do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro, financiado pelo CNPq e Faperj.

tadual, no início dos anos 80, dificultaram uma maior articulação da saúde entre os níveis federal e estadual.

No subitem, a seguir, serão explicitadas as linhas gerais da política de saúde nos dois governos estaduais dos anos 80.

2.2.1 Anos 80

Governo Brizola (1983 – 1986)

A gestão do estado no setor priorizou as atividades de saúde pública com pouca ênfase no campo assistencial. Não houve articulação com as Ações Integradas de Saúde (AIS), política central do Governo Federal principalmente a partir de 1985 e que foi desenvolvida pela superintendência Regional do Inamps de 1984 a 1987. O secretário estadual de saúde, nesse período, foi o sanitarista Eduardo Azeredo Costa.

Governo Moreira Franco (1987 – 1990)

O governo do estado, nesse período, assume a direção política das AIS, assume a presidência da CIS (Comissão Interinstitucional de Saúde) e procura construir o Sistema Estadual de Saúde. Este fato ocorre porque os secretários de Saúde – Sérgio Arouca – 6 meses; Noronha (1987 – 1989); Maria Manoela dos Santos (1989 – 1990) – haviam participado do movimento sanitário e tiveram um compromisso com as deliberações da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986.

Principais ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde

- Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB);
- Sistema Estadual do Sangue;
- Sistemas estaduais de controle de infecção hospitalar;
- Convênios de cooperação técnica para a formação de recursos humanos;
- Transferência para os municípios das unidades do estado e das federais estadualizadas.

Nesta gestão, foram criadas as bases técnicas facilitadoras para as decisões políticas no plano regional.

Um aspecto significativo da política de saúde no Estado, nos anos 80, refere-se à implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Percebe-se que no Governo Brizola houve um distanciamento da Secretaria Estadual de Saúde e a liderança do processo foi assumida pela Superintendência do Inamps. No Governo Moreira Franco há uma diferença do posicionamento da secretaria de saúde que assume a direção do processo.

Algumas características da política de saúde no Município do Rio de Janeiro

- Distanciamento em relação ao estado e ao Governo Federal;
- Controle das unidades de saúde;
- Criação da Comissão Intermunicipal de Saúde (CIMS), em 1983, (Nildo Aguiar na Superintendência Regional do Inamps e Hugo Tomasini na Secretaria Municipal de Saúde);
- Criação dos Grupos Executivos Locais (GELs).

Especificidade do Inamps no município:

- Complexidade do Inamps: três instâncias de poder Direção Geral, Superintendência Regional, Divisão Local de Medicina Social;
- Tensão na Nova República entre as três instâncias: Governo Federal, estadual e municipal em virtude dos partidos políticos que estavam no governo.

2.2.2 Anos 90

A política de saúde no Estado do Rio de Janeiro terá diversas complexidades nos anos 90, a partir dos governos estaduais e suas alianças que repercutirão no setor.

Governo Brizola (1991 – 1994)

Neste governo, pelos acordos políticos assumidos na campanha eleitoral, a secretaria de saúde foi assumida por profissionais descompromissados com o SUS e com o Projeto de Reforma Sanitária.

Cabe destacar alguns obstáculos que ocorreram no período:

- Término do Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB);
- Não concretização dos hospitais de Saracuruna e Queimados;
- Devolução dos hospitais do Inamps;
- Conselho Estadual da Saúde com problemas de composição;
- Recursos Humanos com baixos salários.

Destaca-se, entretanto, alguns fatos relevantes, a saber: fortalecimento do Grupo Socorro de Emergência da Defesa Civil; criação do Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador; elaboração dos Programas de Controle de DST/ AIDS e de Saúde Mental.

No entanto, percebe-se que não se consegue efetivar o Sistema Estadual de Saúde, havendo uma interrupção da incipiente construção da Política de Saúde iniciada no governo anterior. A saúde foi palco de negociação política, sendo reduzida sua atuação.

Governo Marcelo Alencar (1995 – 1998)

Neste governo, há toda uma direção assumida à política de saúde, em acordo com o Governo Federal, de privilegiar o mercado, ou seja, o setor privado. A partir desta orientação, têm-se como características centrais: uma política autoritária; terceirização dos recursos humanos; ênfase na privatização; denúncias de desvio de verbas da saúde; proposta de transformar os hospitais públicos em organizações sociais.

O que se verifica é a não valorização da Política Pública de Saúde, havendo tensões com os conselhos de saúde e os movimentos vinculados à Reforma Sanitária e defesa do SUS.

Governo Anthony Garotinho (1999 – 2001)

Na campanha eleitoral de 1998, para eleição do novo governo, uma das questões centrais do debate foi a saúde. A chapa vitoriosa, fruto de composições entre PDT/PT e demais forças progressistas (PSB, PCB, PC do B) assumiu um compromisso com os movimentos vinculados à saúde de fortalecer o Sistema Único de Saúde, conforme previsto na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde.

A secretaria de saúde foi assumida por Gilson Cantarino, que havia sido secretário municipal de Saúde de Niterói, e formou-se um grupo de assessoria política suprapartidário composto por profissionais comprometidos com a Reforma Sanitária oriundos de diversos partidos (PT, PSB, PCB, PC do B, além do PDT).

Algumas características centrais da política de saúde: combate à terceirização e à transformação dos hospitais públicos em organizações sociais; realização de concurso público para os trabalhadores da saúde e contratação imediata; elaboração do Plano Estadual de Saúde, por meio do planejamento estratégico; fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde.

Governo Rosinha Garotinho (início 2002)

O governo eleito, em 2001, foi apoiado pelo governador anterior, mas não pela composição de forças progressistas que ocorreu no período anterior². O secretário de saúde foi mantido, mas diversos assessores e participantes da secretaria não continuaram nos cargos. A política de saúde não tem sido central neste governo. Algumas características marcantes: desvio das verbas da saúde para programas assistencialistas; não cumprimento do plano elaborado para a Saúde no governo anterior; pouca valorização do controle social.

² Este fato teve repercussão no desenvolvimento da Política de Saúde.

2.3 AS DIVERSAS CRISES ENFRENTADAS PELA SAÚDE NOS ANOS 90 E 2000

A partir dos anos 90, diversas crises foram vivenciadas pelo setor Saúde no Estado do Rio de Janeiro que afetaram o Município do Rio de Janeiro, a região metropolitana e as demais regiões do estado.

Destacam-se as que ocorreram em 1992 – 1993 e a de 2001.

A crise atual do município do Rio de Janeiro culminou com a decisão do Conselho Municipal de Saúde de desabilitação do município da gestão plena de saúde, em 3 de março de 2005, e teve como consequência a requisição pelo Ministério da Saúde da gestão de quatro hospitais federais (Lagoa, Ipanema, Andaraí e Cardoso Fontes) e duas unidades municipais (Souza Aguiar e Miguel Couto), não será objeto de análise por estar em plena vigência. Em anexo, encontram-se alguns documentos deste processo. Esta crise começou no segundo semestre de 2004, quando o prefeito César Maia anunciou que pretendia devolver ao Governo Federal os 28 hospitais, postos e maternidades que foram municipalizados em 1999. Diversas negociações foram feitas entre o Ministério da Saúde e a prefeitura, mas não se conseguiu chegar a um acordo.

A seguir, será apresentada uma síntese desse plano, pois apesar de passados treze (13) anos, alguns aspectos continuam atuais.

2.3.1 Decretação de calamidade pública pelo Ministro da Saúde, Jamil Haddad, em 1992 – 1993

O setor Saúde no Estado do Rio de Janeiro vivenciou, nos anos de 1992 e 1993, uma grande crise que teve como resultado a decretação de calamidade pública pelo Ministro Jamil Haddad.

Em julho de 1993, foi criada uma comissão para elaborar um plano de emergência para o Estado do Rio de Janeiro. O plano ficou pronto em setembro de 1993, mas não foi colocado em prática, pois coincidiu com a queda do ministro que havia solicitado sua formulação.

A seguir, será apresentada uma síntese desse plano, pois apesar de passados treze (13) anos, alguns aspectos continuam atuais.

Plano Emergencial para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro – 1993

⇒ *Propostas emergenciais de caráter político*

- Imediata instalação do Conselho Estadual de Saúde (criado em dezembro de 1993, de forma não-paritária).
- Instalação imediata da executiva dos secretários municipais de saúde da RMRJ, para implantação do plano de emergência.

- A continuidade do processo de instalação dos conselhos municipais nos termos da lei.
- Implantação imediata da união dos conselhos de saúde, que reunirá uma plenária de todos os conselhos municipais da RMRJ.

⇒ ***Medidas Emergenciais para a Rede***

- Superação da ociosidade da rede pública na RMRJ.
- Reativação da sua capacidade física instalada.
- Reposição de seus recursos humanos.
- Reorganização como uma rede articulada de serviços de saúde.
- Garantia dos recursos destinados ao seu custeio.

As medidas emergenciais para a rede não foram efetivadas.

⇒ ***Medidas Gerais***

- Definição de novos modelos gerenciais particularmente para as unidades complexas.
- Financiamento mais efetivo: alocação de 10 a 15% dos orçamentos municipais e estadual para a Saúde.
- Insumos: medicamentos e suprimentos para laboratório.
- Medicamentos de alto custo, órteses, próteses e materiais especiais.
- Reativação da Central de Manutenção e Equipamentos.

⇒ ***Medidas Específicas***

- Reativação dos hospitais estratégicos da rede pública: Hospital da Posse como referência para a Baixada e demais hospitais da RMRJ.
- Constituição do Consórcio da Baixada.
- Reativação das Redes Municipais.
- Reativação da Rede Estadual (PESB) e demais hospitais.
- Reativação da rede do antigo Inamps.
- Alocação de recursos financeiros, humanos e materiais no Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria do Estado.
- Política de recursos humanos: reposição dos recursos humanos afastados, implantação da isonomia salarial e do PCCS.
- Controle Social: organizar conselhos gestores, principalmente nos hospitais estratégicos.

2.3.2 Relatório da Comissão Especial de Saúde/ALERJ sobre a situação de saúde do Município do Rio de Janeiro – 2001 (Presidente: Deputado Paulo Pinheiro)

Este relatório foi resultado de visitas realizadas às unidades de saúde pela comissão de saúde, a partir de diversas denúncias divulgadas na imprensa, no disque saúde, nos conselhos de saúde distritais e municipal, entre outras.

⇒ **Aspectos Evidenciados**

- Deterioração da qualidade dos serviços;
- Insatisfação dos usuários com os serviços prestados;
- Problemas nas emergências – iniciados no começo de 2001;
- Excessivo número de mortes de gestantes e recém-nascidos na Zona Oeste;
- Fechamento de postos de saúde.

⇒ **Desdobramentos**

- Audiência pública na ALERJ, em junho de 2001;
- Preparação de um relatório da situação que foi enviado ao Ministério Público Federal, Ministério Público Estadual, Prefeito da Cidade e Conselho Municipal de Saúde.

Síntese do Relatório da Comissão Especial de Saúde – 2001

A saúde do Rio de Janeiro vive um dos seus piores momentos.

⇒ **Principais Problemas**

- A pobreza aumenta da Zona Sul/Zona Norte (Tijuca e adjacências) para a Zona Oeste
- Distorção na Oferta de Leitos
 - Tanto de Especialidades (excesso em Psiquiatria e carência em outras áreas como materno-infantil);
 - Quanto por Regiões – as áreas mais carentes e populosas têm piores ofertas de unidades de saúde.

(Exemplo: nas Áreas Programáticas AP 2.1 (Zona Sul) – 1 leito/262 hab.; AP 3.3 (Irajá e Adjacências – 1 leito/1.562 hab.). Carência de leitos nas APs 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3 de algumas especialidades: Neurocirurgia, Cardiovascular, Urologia, Otorrinologia e Oftalmologia o que acarreta transferência de pacientes para os hospitais do centro e da Zona Sul).

- Insuficiência de unidades da rede básica (centros de saúde, postos de saúde, saúde da família).
- Problemas de recursos humanos (lotação). Dos 7.862 médicos que trabalham na Prefeitura do Rio de Janeiro: 65% estão lotados em hospitais e 35% estão lotados em unidades da rede básica. Por região – Centro e Zona Sul – 2.900 médicos e Zona Oeste – 800 médicos (a maioria cooperativados).
- Baixa cobertura pela rede básica dos programas de Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes *melittus* (Hipertensão Arterial – 32% da população-alvo e diabetes – 30% da população-alvo)
- Aumento dos casos de acidente vascular cerebral com insuficiência renal crônica ou com amputação.

- Elevado custo pela desorganização do sistema – investimento de um bilhão de reais para nos sagarmos líderes em mortalidade materna, em tuberculose e em hanseníase.
- Desproporção do gasto entre Prevenção e Medicina Curativa – o Hospital Souza Aguiar custa R\$ 3,9 milhões/mês e o Posto de Saúde na Zona Oeste R\$ 70 mil/mês.

⇒ **Principais Propostas**

- Aumentar e melhorar a cobertura da rede básica
- Formular política de recursos humanos – e acabar com a precarização (cooperativas).
- Implementar o Programa Saúde da Família.
- Investir nos pólos de diagnóstico e tratamento.
- Redirecionar os leitos da cidade.
- Cumprir a Lei Orgânica da Saúde.
- Respeitar os princípios do SUS.
- Acatar as determinações do controle social.

3 REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – NOVO PACTO DE GESTÃO PARTICIPATIVA: O PLANO REGIONAL DE SAÚDE

Maria de Lourdes Tavares Cavalcante¹

A professora, ao apresentar uma síntese dos seminários já realizados, afirmou que o Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I, a Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Região, a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde e as Universidades Federal e do Estado do Rio de Janeiro realizaram quatro Seminários de Gestão Participativa em Saúde da Região Metropolitana I do Estado, em 30 de abril, 25 de junho, 27 de agosto e 16 de dezembro de 2004 e 1.º de abril de 2005.

Nos três primeiros seminários foram apresentados o panorama sanitário da organização dos serviços, da transferência de recursos, da participação popular em saúde e da Estratégia Saúde da Família na Região da Baixada Fluminense. Além disso, foi amplamente debatida a reorganização do SUS na Região, o que possibilitou a construção de uma Agenda Pública em Saúde assumida por todos os co-responsáveis por esse processo.

O quarto seminário teve como principal objeto o Município do Rio de Janeiro. Nele, fez-se um diagnóstico das questões sanitárias e de organização dos serviços, em que se identificou que as dificuldades enfrentadas pelos municípios da Região Metropolitana I, como um todo, são muito semelhantes. Eis algumas delas:

- Alta mortalidade materna e infantil.
- Atenção básica insuficiente e com baixíssima resolutividade. Cobertura residual da Estratégia de Saúde da Família incompatível com impacto sobre os problemas sanitários.
- Precarização do trabalho em saúde, bem como falta de ações voltadas para a saúde do trabalhador de forma ampla.
- Índices alarmantes de tuberculose, hanseníase, aids, diarreias, bem como doenças cardiovasculares, diabetes *rnellitus* e violência.
- Programas de saúde que não funcionam de acordo com as reais necessidades da população.
- Saúde mental, alcoolismo e drogas.

¹ Professora do Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nesc/ UFRJ).

- Falta de política de medicamentos que possibilite seu fornecimento regular.
- Cooperação Regional para procedimentos de média e alta complexidade totalmente desarticulada e sem metas.

Dessa forma, torna-se imprescindível a construção de um Plano Regional de Saúde entre gestores, profissionais e movimento social. Essa temática urgente é objeto deste quinto seminário.

O plano regional deve ser concebido sob o conceito da Responsabilidade Sanitária, de maneira intersetorial, com amplo envolvimento da sociedade e com metas claras, tanto sanitárias como sociais.

A reorganização do sistema deve partir da reestruturação da atenção básica como um todo, permitindo acesso efetivo da população, em quantidade e qualidade em acordo com a demanda, capaz de garantir impacto sobre a prevalência desses indicadores inadmissíveis.

A reestruturação da atenção básica passa também pela ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a discussão de um tratamento diferenciado para o seu financiamento no Estado do Rio de Janeiro, por parte do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde.

O cumprimento desse Plano Regional de Saúde é responsabilidade de todos os agentes públicos comprometidos com a consolidação do Sistema Único de Saúde, a ser reorganizado com base nas necessidades da população.

4 MESA-REDONDA: A SUPERACÃO DA CRISE DA SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA I

4.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta mesa contou com a participação dos secretários de saúde dos municípios da Baixada Fluminense e da Região Metropolitana II, com a intencionalidade de elaborar propostas para a superação da crise da saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, com ênfase na Metropolitana I. Além dos secretários, a mesa contou com a participação de representantes do Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde.

4.2 FÓRUM DE CONSELHOS DA REGIÃO METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO

O conselheiro **Íris da Conceição**, representando o Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I, falou que o objetivo desse fórum é articular os conselhos da região. Em princípio, o fórum reunia apenas os municípios da Baixada Fluminense, mas houve a necessidade da unificação com o Município do Rio de Janeiro, pois os municípios compartilham dos mesmos problemas, principalmente referentes à atenção básica e em um segundo momento apontando para a média e alta complexidade. Outra questão que deve ser trabalhada na região é referente aos leitos hospitalares, insuficientes principalmente na Baixada Fluminense. Por isso, os conselheiros se organizaram e essa interação possibilita maior visibilidade e que os municípios conheçam melhor a situação dos outros.

Íris relatou que acompanhando o Comitê Executivo pelo Conselho Estadual de Saúde, em uma reunião com a Prefeitura do Rio de Janeiro, foi passado que nesse município há leitos ociosos. A pergunta que fica é o que se fará com esses leitos, considerando que o município é pólo de alta complexidade. Enquanto região temos que colocar que boa parte dos serviços é executada no Município do Rio e parte desses recursos financeiros é oriunda da Baixada Fluminense. Outra questão é a construção de um plano de regionalização. Considerou que é importante se reunir em seminários, mas tem que se apontar o que queremos, tem de se trabalhar a atenção básica, a questão dos recursos humanos e, principalmente, a questão do concurso

público regional de base local. Íris apontou para a importância de se aproveitar esse momento, esse processo de integração para avançarmos e de fato concretizarmos o Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

4.3 MINISTÉRIO DA SAÚDE (DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO)

A representante do Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, **Ana Lúcia Pereira**, em sua apresentação disse que é um equívoco tratar o trabalhador da saúde como recursos humanos, nós não somos recursos humanos, nós somos a força de trabalho na saúde. Nenhuma ação de saúde é feita sem trabalhador, mesmo que seja uma ação instrumental. A 3.^a Conferência de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, que será realizada em março de 2006, vai debater prioritariamente a gestão do trabalho e o foco será o trabalhador e a sua formação.

Ana Lúcia também falou da Conferência de Saúde Indígena que acontecerá em 2006, apontou que essa questão tem que ser discutida nacionalmente e inclusive pelos brancos, já que muita gente acha que só deve debater a saúde indígena quem é índio. Ressaltou, também, que este ano será realizada a Conferência de Saúde do Trabalhador. Afirmou que é preciso iniciar a organização em âmbito local, nos distritos, nos municípios e depois no estado. Na conferência de Gestão do Trabalho, não será debatida a saúde do trabalhador de saúde, pois entendemos que este tem que ser discutido na política de saúde (do trabalhador) que ainda não avançou para isso.

4.4 DR. VALCLER RANGEL – SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA IGUAÇU

O secretário iniciou sua fala com uma crítica às ações políticas desarticuladas no Estado do Rio de Janeiro que têm, como consequência, ações técnicas desarticuladas apesar da quantidade de instituições dedicadas à área de Saúde, como o Instituto de Medicina Social (IMS), Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva (Nesc), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), hospitais universitários da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Federal Fluminense (UFF), que possuem uma prestigiosa produção de pesquisa, o que dá capacidade ao estado de ofertar consultoria para todo o país.

Dr. Valcler considerou o SUS um sistema bem-sucedido, na contracorrente do neoliberalismo. Avaliou que a progressiva desconstrução do SUS decorre também das políticas e gestores, incluindo também o controle social, que não radicalizaram em algumas ações.

Ressaltou experiências bem-sucedidas do SUS no país inteiro, tais como a erradicação da paralisia infantil, o controle da aids, a diminuição da mortalidade infantil e a eliminação do sarampo.

Para analisar esse processo, o secretário colocou a situação atual do Município de Nova Iguaçu e as ações que estão sendo realizadas. Relatou que nos últimos dois anos, a mortalidade infantil aumentou e que na vigilância sanitária são cadastrados apenas 81 estabelecimentos, numa cidade com 800.000 habitantes. Não havia setor de RH, mas sim três núcleos, com um deles designado para cuidar da freqüência dos funcionários das três esferas. Há o cadastro de 700 funcionários municipais. A atual gestão realizou um recadastramento para planejar uma política de RH e descobriu-se 5.000 trabalhadores terceirizados, 700 servidores federais e cerca de 300 servidores estaduais.

Destacou que os 46 postos de saúde eram controlados por vereadores. Foram identificadas unidades depreciadas e algumas unidades estão em processo de devolução para ex-vereadores, pois eram eles os donos dos imóveis e dos móveis.

Apesar da Prefeitura de Nova Iguaçu encontrar-se na condição de gestora plena do sistema, não há controle, supervisão ou auditoria.

Por meio de uma Comissão Parlamentar de Inquérito na Câmara de Vereadores e de uma auditoria do Tribunal de Contas da União foi descoberto que aquelas ações viabilizaram a construção de duas clínicas que, em quatro anos, desviou 11 milhões de reais em fraude. Desse modo, o Tribunal de Contas da União solicitou ao Ministério da Saúde a desabilitação de Nova Iguaçu.

Dr. Valcler destacou que foi a ação do controle social que elaborou um relatório enviado ao Ministério Público que motivou essas auditorias.

A providência tomada, após o encaminhamento da decisão, foi ir ao Ministério Público e solicitar tempo, pois a situação é drástica e as contribuições de todos que podem ajudar está sendo solicitada.

O secretário afirmou que há três anos não é apresentado o relatório de gestão e nem o relatório do fundo de saúde – este último nem existe para o controle social – e acrescenta que esta situação foi informada em dois relatórios de auditoria do Ministério da Saúde, em uma ação civil pública do Ministério Público Estadual, do Tribunal de Contas da União e do Tribunal de Contas do Estado.

O gestor de saúde produziu um documento intitulado *“Por um Tratamento Mais Permanente para a Crise”* (Anexo F), para a recuperação desta situação. Em seguida, fez uma crítica à lógica populista de querer resolver tudo ao mesmo tempo e agora, e propôs uma ação de priorização.

Um exemplo disso, em Nova Iguaçu, consiste no lançamento do plano de ação para a mulher junto com a coordenadoria de mulheres da prefeitura realizado no dia 8 de março de 2005.

Considerou que a mulher é uma das prioridades, pois grande parte desta população está morrendo de câncer de mama, com tumores visíveis, e ainda enumera outros índices como a ausência de uma política para o planejamento familiar e o um alto índice de adolescentes grávidas (35%).

Destaca a parceria com a Delegacia Especial de Atendimento à Mulher (DEAM); com a Secretaria de Políticas Especiais para a Mulher e com outras instituições para discutir esse plano de ação. Também falou da criação da Casa Abrigo, um centro de referência de atendimento à violência. Acredita que a realização de um trabalho de articulação entre a educação, a assistência social e a saúde terá bons resultados.

Outra prioridade definida no município é a tuberculose e a hanseníase, cujo tratamento tem 40% de abandono.

Dr. Valcler definiu prioridades com base em critérios de magnitude, vulnerabilidade e transcendência, os critérios mais clássicos de planejamento. Assinala a proposta para implantação de um “superprograma” de ampliação da atenção básica, com foco em pré-natal, hanseníase, tuberculose, hipertensão e diabetes. Desse modo, concentra a ação dos profissionais, dos insumos, dos medicamentos e dos recursos, mas sem deixar de atentar para outros problemas.

Também será implementado o atendimento secundário com a sua regulação. A demora em cada município para fazer uma ultra-sonografia, por exemplo, é de quatro a seis meses e, neste processo, o paciente realiza a marcação na Central da Secretaria, sendo encaminhado à unidade privada. Nova Iguaçu não possui laboratório público, ou seja, apenas o paciente que tiver recursos próprios poderá ter acesso ao exame, por cerca de vinte reais em uma clínica privada.

O secretário ressaltou a necessidade da implementação do cartão SUS na Região Metropolitana com uma ação do Ministério da Saúde, para assim se ter uma regulação como um todo.

Apontou-se também outras propostas para melhorar as condições de saúde em Nova Iguaçu, quais sejam:

- Implantação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU-192);
- Implantação da Central de Regulação de Leitos – o cálculo do Ministério da Saúde aponta para um déficit de 700 leitos;
- Estabelecimento de um plano de investimentos;
- Organização de um sistema de compras de insumos, medicamentos e de serviços articulados e não centralizados.

Há um fator complicador abordado pelo secretário vinculado à capacidade que os prestadores de serviço e os fornecedores têm sobre a aquisição de materiais, pois, segundo o mesmo, eles “*mandam mais que a lei nas compras da Secretaria*”.

Dr. Valcler propôs um pacto de gestão, que deve ser acompanhado por um Termo de Ajustamento de Conduta, com a participação do Ministério Público, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Estadual de Saúde, para que sejam assumidos compromissos, para a pactuação de metas nesses quatro anos, com sanção para aqueles que não cumprirem suas responsabilidades, com uma forte presença do Ministério da Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, o Ministério da Saúde, o Ministério Público do Estado e do Município já se reuniram para discussão da realização de um Termo de Ajustamento de Conduta de Nova Iguaçu. O secretário propôs que se faça o mesmo na Região Metropolitana e afirma que, para ele, a resolução da crise da saúde no Rio de Janeiro é colocar os hospitais existentes em pleno funcionamento, desmontar os hospitais de campanha e participar de uma articulação metropolitana, envolvendo o Legislativo de maneira mais radical e a mídia de maneira mais responsável.

Em relação aos problemas de recursos humanos, afirmou que não se trata apenas de uma questão da saúde, pois 80% dos problemas abordados se resolvem dentro do setor Saúde, mas a solução dos problemas não se dará somente pela ação do gestor da saúde e dos governadores, mas exige o envolvimento do Ministério do Trabalho, da Justiça, talvez com a exigência de mudanças legislativas.

Aponta, como exemplo, a realização de um concurso pela Secretaria de Saúde para contratação de 1.000 trabalhadores em Nova Iguaçu e afirma que dará salários adequados sem possuir um orçamento compatível, implicando no descumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal.

O secretário encerra sua fala afirmando que esta discussão precisa ser levada para outros âmbitos, para que seja aprofundada.

4.5 DR. OSCAR BERRO – SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE DUQUE DE CAXIAS

Dr. Oscar Berro¹ discorreu sobre a importância dos seminários de gestão participativa que vêm sendo realizados como um movimento de aprendizado e lamentou não ter podido participar dos demais.

O secretário afirmou que a crise da saúde instalada no Rio de Janeiro já vinha sendo denunciada desde a época em que Sérgio Arouca era o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e que o mesmo, por causa de seu ato, acabou demitido de seu cargo.

Indagou se realmente precisávamos estar discutindo a proposta de saúde para a Baixada Fluminense uma vez que, em sua opinião, essa questão já foi discuti-

¹ Antes de ocupar o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Duque de Caxias, presidiu o Instituto Vital Brazil.

da suficientemente e o que é verdadeiramente necessário são pessoas que estejam preparadas para avançar, porque o SUS, apesar de viável, está na contracorrente do neoliberalismo e o que se tem é muito discurso em vez de avanços.

Afirmou que na Baixada Fluminense ele encontrou equipes articuladas, competentes e engajadas, destacando os conselhos municipais de saúde que, em sua opinião, têm sido grandes críticos e apoiadores das atitudes das secretarias municipais de saúde, na medida em que as relações têm sido estabelecidas com transparência.

Para Oscar Berro, é necessário construir um pacto metropolitano, não dirigido por um município que possui o maior contingente populacional, para que, assim, todos os demais possam participar da gestão do pacto.

O secretário colocou que, apesar desse fórum ter uma grande representatividade, são poucas as pessoas que saberão o que foi discutido e ainda acrescentou que a imprensa, que seria uma grande aliada para mudar esse quadro, não se interessa pelos fóruns que discutem as definições políticas.

Berro deixou claro que é contra o Termo de Ajuste de Conduta (TAC), até porque este substitui o papel do prefeito. Acredita que, tendo em vista que o prefeito foi eleito por voto popular, é necessário brigar pela aprovação do projeto de lei que dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos agentes públicos. Ressaltou situações em que ele e também outros secretários têm que fazer uma escolha entre “pedidos esdrúxulos” – feito pelo Ministério Público – como, por exemplo, comprar cogumelo do sol ou realizar uma diálise.

O Secretário Municipal de Duque de Caxias criticou a afirmação feita pelo prefeito do Rio de Janeiro – César Maia – de que a crise do município do Rio de Janeiro é devida ao uso deste sistema público de saúde pelos da Baixada Fluminense, por aqueles mesmos que servem de massa operária, produzindo assim receita e riqueza. Mencionou que é em Duque de Caxias que o Município do Rio de Janeiro despeja todo o lixo produzido por sua população, sem qualquer reparação ou contrapartida social.

Oscar Berro falou que os secretários têm se reunido constantemente para discussão sobre o Consórcio da Baixada Fluminense, e que os mesmos entregaram para o Ministério da Saúde e para a Secretaria Estadual de Saúde uma proposta que não foi apresentada neste seminário por duas questões, a primeira: o Secretário Municipal de Saúde de Nova Iguaçu – Dr. Valcler Rangel – não pôde estar presente na discussão realizada pelos secretários municipais de saúde para a elaboração dessa proposta e já tem afirmado em alguns fóruns, que é contra essa proposta. A segunda refere-se ao encaminhamento da proposta que será apresentada aos secretários para que possam questioná-la, para que todos numa próxima reunião possam discutir, confirmando ou fazendo outra proposta.

A essência da proposta do Consórcio da Baixada Fluminense é que se integre à gestão participativa também pelos gestores, respeitando as diferenças político-parti-

dárias, a regionalidade e as vocações, contando assim com a experiência dos secretários.

O secretário discorreu sobre a experiência do trabalho realizado desde o início da gestão. Começou pelos recursos humanos, em que havia um déficit de 700 servidores, cerca de 25% dos assistentes sociais que não são concursados para esta função.

Em Duque de Caxias, em abril de 2005, será construído o Pacto do Calendário na Saúde e Educação, serão elencados os principais problemas e a cada mês um deles terá destaque, sem deixar de atentar para os outros. Exemplos desses problemas: gestação precoce, hanseníase, tuberculose.

Também serão inaugurados sete leitos de CTI no Hospital de Duque de Caxias, serão transformados os Postos Municipais de Saúde Pilar e Imbariê, do antigo PESB (Programa Especial de Saúde da Baixada) em unidades funcionando 24 horas, de segunda a segunda-feira, com laboratórios e ambulatórios.

Um dos pedidos ao Ministério da Saúde é a abertura de uma porta de entrada e saída para o Instituto Nacional de Câncer (Inca), Hospital de Traumatologia-Ortopedia (HTO) e de Cardiologia para a população da Baixada Fluminense.

Oscar Berro afirmou que, a partir de março/2006, as 23 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) de Duque de Caxias terão pelo menos um odontólogo, para garantir a saúde bucal da população.

O Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), segundo o secretário, foi assumido com menos uma viatura, pois a mesma encontrava-se em reparo por estar danificada após colisão. Hoje todas as unidades estão funcionando, porém o maior problema era o reconhecimento, foi necessário um trabalho de conscientização dos servidores em relação ao trabalho do SAMU.

Finalizou sua fala afirmando que, para se construir saúde é necessário ouvir a sociedade. Esclareceu que as reuniões do Conselho Municipal de Saúde são exaustivas, duram até seis, sete horas, mas em todas as vezes houve comunhão de propostas.

4.6 DR. LUÍS TENÓRIO – REPRESENTANTE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI

Em sua fala, o representante da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói ponderou sobre a intervenção no Município do Rio de Janeiro. Segundo ele, a intervenção foi uma iniciativa a favor do Sistema Único de Saúde (SUS), já que seus princípios estavam sendo desmoralizados e os méritos do SUS não estavam sendo cumpridos, inclusive em relação à municipalização e sua responsabilidade como executor de políticas de saúde.

Dr. Luiz Tenório esclareceu que a intervenção apenas não resolve o problema básico do Município do Rio, que trata de pouco investimento na rede básica, onde a política de saúde ainda é basicamente hospitalocêntrica.

Na Região Metropolitana II – onde está situado o Município de Niterói – houve sérias dificuldades, problemas com relação à integração e regulação da rede, mas todos os sete municípios desta região estão trabalhando juntos, independente dos partidos políticos dos prefeitos. Um exemplo disso é a implementação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) regional em pleno ano eleitoral, sendo o primeiro do país pactuado regionalmente.

Afirmou que existe uma central de regulação implantada no Município de Niterói, que funciona como Pólo. Segundo Tenório, Niterói não possui uma rede pública municipal de saúde que tenha a capacidade de atender plenamente todas as demandas e todos os serviços especializados, para isso será feita uma contratação do setor universitário público e do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF.

A Prefeitura de Niterói, junto com outras prefeituras, está repassando um milhão e duzentos mil reais por mês para que o hospital ofereça seus leitos pelo SUS, o que terá como consequência a diminuição de custos na contratação do setor privado. Essa é uma proposta sugerida à Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro.

Em Niterói, o Programa Saúde da Família (PSF) atende apenas 2,5% da população e o Programa Médico da Família atende a 22%, abrandando a demanda em hospitais, emergências e ambulatórios. Com a implantação do SAMU, há, em média, 1.200 chamadas por telefone e apenas 200 chegam ao hospital, pois a maior parte dos casos é atendida pelo médico na própria residência.

Na opinião de Luiz Tenório, o Município do Rio de Janeiro não precisa de novos hospitais, mas de investimento, principalmente na atenção básica. Porém, não tem como fazer saúde sem pensar na intersectorialidade das políticas públicas, sem pensar nas políticas de saúde, educação, lazer, segurança e habitação.

Tenório relatou a experiência de um projeto que foi feito por meio de uma parceria entre o Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras e a Secretaria de Educação no combate à febre reumática, através de palestras para as mães de alunos e para os professores, realizando atividades com os próprios alunos para valorizar a dor de garganta, sendo esta tratada na atenção básica, evitando que crianças fossem internadas por esse motivo. Como resultado, não houve nenhum caso de febre reumática nos últimos dois anos na região.

Há dois anos no município foi aprovado o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS), por meio de um diálogo entre a secretaria e o movimento sindical. Os sindicatos colocaram o quanto queriam de aumento, a secretaria apresentou qual era a planilha de gastos e a possibilidade, dentro desta disponibilidade financeira foi possível elaborar o PCCS.

Finalizou sua fala apontando também a importância do papel da população contribuindo para o norteamento das políticas públicas.

4.7 DRA. MÔNICA ALMEIDA – SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITABORAÍ

A Secretária de Saúde de Itaboraí começou sua explanação agradecendo o convite e se diz honrada em poder contribuir para o debate. Iniciou sua fala caracterizando o Município de Itaboraí, que atualmente possui 215.000 habitantes, localizado após São Gonçalo, faz parte dos sete municípios da Metropolitana II, sendo o terceiro maior contingente populacional da região e diz que conta essa história mais confortável hoje após quatro anos de trabalho.

A secretária refere-se ao período que iniciou em 2001, quando o prefeito Cosme Sales (reeleito) assumiu a gestão com uma forte determinação de trabalhar a questão da saúde.

O município possuía um sistema de saúde destroçado, não existia rede básica de saúde no Município de Itaboraí, havia um hospital público praticamente fechado com apenas seis pacientes internados, totalmente desabastecido.

Cerca de 85% dos recursos do SUS estavam alocados na rede privada conveniada, com uma qualidade extremamente precária e a secretária considera que foi uma decisão muito corajosa enfrentar a questão da saúde com um norte, que era montar uma rede pública própria que pudesse dar suporte ao município para enfrentar as questões demandadas naquele momento, pois se tratava de uma população desassistida, que migrava para os pólos que ofereciam atendimento naquele momento, Niterói e Rio de Janeiro.

Mônica resgatou essa história, pois considera de importância fundamental e prioritária a ação do Conselho Municipal de Saúde de Itaboraí e fez questão de registrar a presença dos companheiros conselheiros na plenária.

Inicialmente, foi feito um pacto com o conselho de saúde, o prefeito, o então secretário e a Câmara dos Vereadores. Definiu-se que havia de fazer uma política de saúde pública séria para aquele município, que possuía indicadores de saúde bastante complicados, com cenário socioeconômico, ambiental e de infra-estrutura urbana muito grave – Itaboraí ainda hoje vive isso – até porque a opção de se investir em educação e saúde fez com que algumas outras políticas sociais ficassem um pouco mais atrasadas.

O foco das políticas públicas naquela ocasião foi, de fato, recuperar as redes de saúde e educação e dar a elas um perfil municipal. Com a decisão tomada, havia de se pensar qual o modelo de saúde que se desenharia para aquele município, com

428 km², que tem variabilidade entre as regiões rurais e urbanas, locais altamente adensados.

Dra. Mônica conta que, na década de 70, existia uma grande migração da Baixada Fluminense para o distrito de Itambi, que vem na mesma linha Itaguaí e Magé. Então, Itaboraí explodiu em ocupação urbana desordenada, com a falta de infraestrutura para suportar as demandas que a população trazia. Pensando naquele período no modelo do Programa Saúde da Família que vinha do Ministério da Saúde como uma forte política de atenção básica, com crédito de possibilidade de ampliar o acesso de maneira quantitativa e qualitativa para aquela população.

A secretária de saúde afirmou que atualmente se discute bastante em Itaboraí o modelo da porta de entrada. Tem-se essa idéia clássica de hierarquia da saúde pública de que a porta de entrada é a atenção básica e é ela, de fato, a mais próxima do usuário. É esse modelo, essa forma de atenção, que tem que conhecer a população que está no seu entorno. Mas, Itaboraí entendeu, naquele momento, que era necessário abrir todas as portas possíveis, então foi realizado um grande investimento na implantação da atenção básica.

No município não havia capacidade instalada, não havia profissionais e o quadro próprio extremamente vulnerável, com três equipes de Saúde da Família. Foi realizado um esforço regional, com os municípios de São Gonçalo, Itaboraí e Rio Bonito. Niterói já tinha uma política própria para a atenção básica e estes municípios optaram por uma proposta de implantação de cobertura elevada da atenção básica com a saúde da família.

Itaboraí propôs a cobertura de 72% da sua população com o Programa Saúde da Família (PSF) e procurou agrupar, no mínimo, duas equipes, o que significavam seis profissionais: médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, e no mínimo 12 agentes de saúde.

O prefeito, o secretário de saúde e a representação do Ministério da Saúde da época conseguiram um investimento para construção de algumas unidades novas, construíram novas instalações para saúde da família e reformaram outras onde poderiam funcionar, alugaram outros imóveis e ainda têm algum quantitativo de unidades que não tem condições ideais, mas a realidade hoje, quatro anos depois, é segundo a secretária, de 32 unidades de saúde em funcionamento, com 40 equipes de PSF implantadas, com uma cobertura em torno de 65% a 67% da população.

Para Mônica, há uma questão que deve ser refletida e enfrentada por aqueles que implantarão o PSF efetivamente, que são os recursos humanos e os profissionais que ali estarão. A alta rotatividade é uma questão grave, a modalidade de contratação também compromete o processo, pois esse é um modelo que pressupõe vínculo, e deve estabelecer estes vínculos para aproximar o profissional de saúde da população a quem ele assiste.

Caso as questões das condições de trabalho e de sua gestão não estiverem equacionadas, há uma grande interferência, pois os profissionais migram para outros lugares.

Itaboraí realizou um concurso público, no ano de 2004, para o PSF e está conseguindo paulatinamente ocupar essas vagas com profissionais próprios do quadro. Não é uma situação simples, pois são necessários profissionais com formação técnica e nem sempre aqueles que prestaram concurso possuem essa qualificação.

Para Mônica essa é uma experiência bastante complicada, concretizar o PSF é uma tarefa cotidiana, de pensar em como estar próximo a essa rede, superar as dificuldades que hoje ela enfrenta, que são estruturais, filosóficas e doutrinárias. Afirmou que temos hoje um problema grave de doutrina. Os profissionais ainda têm grande dificuldade de abordar integralmente, de ser solidário, estabelecer um vínculo profissional e afetivo com aquela comunidade que eles estão atendendo. Considera que esse é o espírito do PSF e é, nesse sentido, que se vem trabalhando, mas essa é uma questão que tem que ser enfrentada.

A secretária de saúde acredita que hoje tenha sido de fato o passo mais forte que se tenha dado em Itaboraí, ter apostado em uma cobertura elevada, pleiteando mais. Foi feito também um grande investimento na atenção secundária e terciária, reabriu-se o hospital e investiu-se na montagem dessa unidade. Atualmente, Itaboraí possui um pequeno sistema de saúde que tenta resolver da maneira mais global possível os problemas da sua população.

Após a fala sobre o município, a secretária discorre sobre a integração regional, afirmando que há poucos fóruns de discussão e que atualmente, infelizmente, os fóruns como o Cosems, a bipartite e a Secretaria Estadual de Saúde ocupam pouco esse espaço.

Segundo Mônica, esse é um espaço político que precisa ser ocupado, até porque os mecanismos de regulação e as questões que devem ser pactuadas e mediadas pelas instâncias, habilitadas para tal, precisam estar presentes.

Itaboraí possui 12 funcionários estaduais e nenhum federal. A força de trabalho é municipal. Recursos humanos na saúde é uma questão que precisa ser enfrentada e esse não foi um enfrentamento ainda realizado pelo SUS. É necessário enfrentar essa situação, tanto do ponto de vista da Lei de Responsabilidade Fiscal, quanto da alocação de recursos financeiros e da capacidade que o município tem de agregar seus próprios profissionais para ali poderem se estabelecer.

Tem-se na Região Metropolitana II, Niterói como um grande pólo e São Gonçalo como um pólo significativo de capacidade instalada de recursos humanos. Quando Itaboraí definiu o estabelecimento de máxima autonomia possível – do ponto de vista da produção da saúde – é porque entendia primeiro que quanto mais estivesse autônomo, maior poder de ação e de gestão das suas questões teria, no entanto há limites.

No Município de Itaboraí não são realizadas cirurgias ortopédicas, cirurgias vasculares e nem cirurgias cardíacas, além de se ter graves dificuldades na área da média e alta complexidade. Para atendimento desses aspectos torna-se necessária a formulação de um pacto metropolitano.

Dra. Mônica afirma que não é possível ter os recursos e capacidade instalada tecnológica que o Rio de Janeiro e o Município de Niterói possuem e que isso não seja compartilhado com os demais municípios e que, ao longo dessas décadas, foram mantidos à parte do sistema.

A secretária acredita que o cenário atual é diferenciado e acredita que é um momento importante do ponto de vista histórico. Segundo ela, é necessário aproveitar a oportunidade para aglutinar as forças presentes no 5.º seminário, os fóruns de conselheiros, as forças sociais, as forças profissionais, para que se possa pensar em compartilhar, definir, regular, o que se tem hoje em funcionamento nos grandes centros que se possa dar suporte às regiões que estão um pouco mais distantes.

Para Dra. Mônica, são impressionantes a força, o vigor e o interesse que a população representada no conselho de saúde demonstra para a melhoria das condições de saúde da população e de suas famílias.

Finalizando sua fala, a secretária afirmou que, no Município de Itaboraí, estabeleceu-se um nível de tolerância zero com iniquidades na saúde. Para ela, daqui para frente, os municípios que ainda estão percorrendo esse caminho têm um grande trabalho pela frente, de qualificação, afinação de sintonia, de trabalhar mesmo o entendimento entre população, governo, prestadores, no sentido de que o produto desse processo seja bom para todos, que seja negociado e pactuado.

5 PRINCIPAIS PROBLEMAS E PROPOSTAS PARA A REORGANIZAÇÃO DO SUS NA REGIÃO METROPOLITANA I¹

Nos cinco seminários de gestão participativa realizados na Região Metropolitana I (três na Baixada e dois no Rio de Janeiro) e nas reuniões de organização do 5.º Seminário foram levantados os principais problemas e propostas para a saúde na região com a perspectiva de elaborar um plano regional com o objetivo de garantir o direito à saúde.

5.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

5.1.1 Problemas identificados

- Atendimento aos usuários de baixa qualidade;
- Rede de serviços desorganizada;
- Recursos humanos terceirizados;
- Financiamento insuficiente;
- Pouca valorização do controle social e participação social.

5.1.2 Descrição dos problemas

Atendimento aos Usuários

➤ *Estrangulamento da porta de entrada: precariedade da atenção básica*

- Falta de acesso;
- Atendimento precário dos usuários do SUS: falta de referência e contra-referência;
- Clientelismo;
- Baixa cobertura do Saúde da Família;
- Desassistência em saúde bucal;
- Problemas de comunicação com os usuários;
- Alta incidência de doenças preveníveis: tuberculose, hanseníase, DST/aids;
- Alta incidência de mortalidade preveníveis: materno-infantil;
- Falta de qualidade nos atendimentos.

¹ Síntese elaborada pela equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde da UERJ, coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo.

Rede de Serviços:

- *Desorganização das ações de saúde: não hierarquização do atendimento*
- Sucateamento da rede pública (leitos desativados, falta de equipamentos);
- Precarização dos serviços;
- Falta de insumos, especialmente medicamentos;
- Problemas com alimentação;
- Equipamentos precários e obsoletos;
- Lógica do atendimento voltada para produção de consulta e internação;
- Distorção na oferta de leitos (excesso em algumas especialidades e carência em outras: Materno- Infantil, Neurocirurgia, Cardiovascular, Otorrino, Oftalmologia, Urologia);
- Péssima oferta de serviços nas AP 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3 do Município do Rio de Janeiro;
- Rede Básica não absorve as necessidades da população (hipertensão arterial, diabetes);
- Consórcio da Baixada (Cisbaf) com natureza privada e sem controle social.

Recursos Humanos

- *Falta de Política de Recursos Humanos*
- Precárias condições de trabalho;
- Precarização e terceirização dos recursos humanos;
- Carência de recursos humanos nas unidades;
- Ausência de diálogo com os trabalhadores de saúde;
- Dificuldade de estabelecimento de relação entre a burocracia, o profissional de saúde e o usuário.

Financiamento

- *Financiamento pouco efetivo*
- Problemas de distribuição dos recursos;
- Incapacidade no uso de recursos financeiros disponíveis;
- Contratos de manutenção vencidos, não pagos e/ou não renovados;
- Falta de prestação de contas nos conselhos de saúde.

Controle Social e Participação Social

- *Pouca valorização dos Conselhos e da Participação Social*
- Poder público não valoriza os conselhos de saúde;
- Poder público não tem respeitado as deliberações dos conselhos;
- Linguagem muito técnica com relação à prestação de contas;
- As propostas das conferências de saúde não têm sido viabilizadas pelo poder público;
- Problemas de comunicação entre os conselhos e os movimentos sociais;
- Falta de infra-estrutura para o funcionamento dos conselhos;
- Não paridade em alguns conselhos;

- Indicação pelo gestor da representação dos trabalhadores de saúde;
- As leis que regulamentam o funcionamento dos conselhos não têm sido respeitadas, em alguns conselhos;
- O funcionamento de alguns conselhos tem priorizado a burocratização das ações;
- A sociedade civil organizada ainda não tem conhecimento dos conselhos;
- Chantagem institucional do Poder Executivo ao acenar para o prejuízo para a população, caso as propostas apresentadas sejam contestadas pelos conselheiros;
- Falta de soluções jurídicas mais ágeis quanto à necessidade de enfrentamento com o Executivo;
- Dificuldade de renovação dos conselheiros;
- Fragilidade das representações da sociedade civil;
- As lutas coletivas estão sendo substituídas por lutas corporativas;
- Não efetivação dos conselhos gestores de unidades;
- Separação entre o Município do Rio de Janeiro e os municípios da Baixada Fluminense.

5.2 PRINCIPAIS PROPOSTAS

5.2.1 Diretrizes gerais

- Necessidade de a Saúde retomar o debate político oriundo da Reforma Sanitária e ser considerada como política de desenvolvimento para o país;
- Garantia do direito à saúde – Premissa: saúde direito de todos e dever do Estado;
- Cumprimento da Lei Orgânica da Saúde;
- Observância dos princípios do SUS: universalidade, integralidade, intersetorialidade e descentralização com controle social;
- Respeito às deliberações do controle social (conselhos e conferências).

5.2.2 Propostas Apresentadas

Rede de serviços e atendimento aos usuários

- Garantir o direito à universalidade do atendimento, o usuário deverá ser atendido independentemente do local onde reside;
- Valorizar a porta de entrada do sistema através da atenção básica, a fim de evitar que a mesma seja a Emergência (fortalecimento da atenção básica para desafogar os hospitais);
- Reorganizar o SUS na região com ênfase na atenção básica por meio da expansão da Saúde da Família com qualidade. Cumprir, a curto prazo, as metas da fase 1 do Proesf na Região Metropolitana I. A Saúde da Família precisa ser uma estratégia de (re)organização da atenção básica e não um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. A reorganização da atenção

básica tem como objetivo a reorganização do sistema prevendo a articulação da atenção básica com os demais níveis de assistência: média e alta complexidade. A Saúde da Família precisa ter sua direção modificada na perspectiva de atingir a população de forma geral de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do SUS;

- Organizar a rede de serviços: nas áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro e na Baixada Fluminense;
- Organizar a rede de serviços na atenção básica envolvendo os centros e postos de saúde e a Saúde da Família. Os centros e postos de saúde precisam ter aumento de carga horária para seu funcionamento. É importante pensar as especificidades do Saúde da Família em regiões metropolitanas;
- Integrar ações da Baixada com o Município do Rio;
- Garantir a abertura das emergências fechadas no Município do Rio de Janeiro;
- Garantir o atendimento de emergência clínica para suporte nos PAMs;
- Viabilizar a gestão do hospital de Acari por meio de consórcio entre Rio e Baixada. Nesta proposta há divergências. Foi sugerida pelo Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mas há polêmica entre os secretários de saúde da Baixada Fluminense;
- Priorizar, no município do Rio de Janeiro, o equipamento dos hospitais com consertos e/ou maquinários novos em vez de construir novos hospitais (recuperar a rede existente);
- Implantar os hospitais nos municípios de Nilópolis, São João de Meriti, Mesquita, Queimados e Belford Roxo. Garantir que o Estado do Rio, por intermédio do secretário estadual de Saúde, assuma sua responsabilidade inaugurando a prestação de serviços de emergência nos referidos hospitais;
- Melhorar a qualidade de atendimento nos hospitais de Emergência do Estado do Rio de Janeiro;
- Reativar leitos e salas cirúrgicas de diversos hospitais;
- Distribuir os leitos hospitalares regionalmente;
- Mudar a lógica do atendimento;
- Aumentar o investimento na medicina preventiva, ultrapassando o binômio consulta – internação;
- Pensar na formação de um consórcio público da Região Metropolitana I com gestão colegiada;
- Humanizar o atendimento estabelecendo uma comunicação efetiva com os usuários;
- Garantir o acesso à medicação;
- Garantir o serviço de nefrologia no Estado do Rio de Janeiro;
- Incluir a Saúde do Trabalhador e a Saúde Bucal na atenção básica de forma efetiva;
- Garantir melhor cumprimento do papel da Secretaria Estadual de Saúde;
- Elaborar políticas públicas por meio da pactuação pública entre o secretário de Saúde e a sociedade;

Plano Regional Reorganizando o SUS

- Combater a corrupção que “trava” o bom funcionamento do sistema público de saúde;
- Discutir a Lei de Responsabilidade Sanitária;
- Elaborar o plano regional para se ter clareza das ações intermunicipais;
- Realizar um momento político público com o Fórum de Conselhos, Ministério da Saúde e prefeituras em torno de um plano metropolitano da saúde;
- Consolidar o SUS no estado com metas e propostas práticas e objetivas para assegurar o direito da população à saúde.

Recursos Humanos:

- Formar fórum de discussão sobre recursos humanos;
- Definir uma política de recursos humanos comprometida com os direitos e necessidades de saúde da população;
- Acabar com a precarização do trabalho na saúde;
- Discutir a Lei de Responsabilidade Fiscal (relacionando ao *superavit* primário);
- Adotar a CLT como regime emergencial para os funcionários, a fim de evitar a precarização;
- Garantir condições adequadas de trabalho;
- Aprovar o Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS) no estado e nos municípios com ampla discussão com os servidores;
- Garantir o pagamento da insalubridade para todos os profissionais de saúde, de todos os níveis, até a implementação do PCCS;
- Implementar o PCCS como estratégia de humanização do atendimento e incentivo à promoção dos trabalhadores;
- PCCS único para o SUS (salários, carga horária, isonomia nas três esferas – respeitando a regulamentação de cada profissão);
- Incluir os agentes comunitários no PCCS;
- Garantir a ascensão funcional no PCCS;
- Viabilizar que os cargos de chefia e gestão sejam parte da carreira do SUS e não por indicação;
- Enviar documento cobrando a regulamentação da carga horária de 30 horas aprovada na 12.ª conferência;
- Garantir um programa de capacitação e aperfeiçoamento para assegurar progressão na carreira;
- Liberar a carga horária para aperfeiçoamento, com vistas à ascensão funcional;
- Qualificar permanentemente os recursos humanos;
- Garantir a realização de cursos de qualificação para profissionais de saúde e conselheiros;
- Viabilizar a capacitação continuada dos agentes comunitários de saúde;
- Realizar curso de qualificação para os gestores das unidades;

- Criar estratégias para a inclusão dos estudantes no controle social e no Pólo de Educação Permanente (PEP);
- Realizar concurso público para trabalhadores de saúde do SUS, incluindo os agentes comunitários, guardas de endemias e especialistas em saúde do trabalhador;
- Realizar concurso público de base local a fim de evitar o deslocamento de pessoal;
- Apoiar os municípios de Nilópolis, São João de Meriti, Mesquita, Belford Roxo e Queimados, para que a Secretaria de Estadual de Saúde garanta a inauguração dos hospitais.

Financiamento

- Fomentar debates acerca da responsabilidade social e sanitária;
- Garantir transparência no orçamento;
- Garantir autonomia dos fundos municipais de saúde;
- Aprovar nas câmaras municipais orçamentos para financiamento dos conselhos de saúde;
- Garantir efetivo financiamento às políticas de saúde;
- Cumprir a Emenda Constitucional n.º 29 por todas as prefeituras da região.

Conselhos e Participação Social

- Garantir que o controle social seja fiscalizador, informativo e deliberativo, que tenha a participação dos três segmentos da sociedade civil;
- Consolidar o Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I;
- União da Região Metropolitana I (Rio e Baixada Fluminense);
- Capacitar os conselheiros em políticas públicas (Legislação do SUS, suas resoluções e normas);
- Garantir que os conselhos elaborem as diretrizes das políticas de saúde;
- Cumprir as deliberações das conferências municipais, estaduais e principalmente da 12.ª Conferência Nacional com definição de prioridades;
- Garantir que os relatórios financeiros das prefeituras sejam apresentados com tempo hábil para a aprovação dos conselhos;
- Garantir a prestação de contas de modo que os conselheiros possam entender (tradução dos termos técnicos);
- Promover fóruns junto aos conselhos de saúde para a pactuação dos municípios no que tange às demandas respeitando-se a regionalização;
- Viabilizar a participação do Ministério Público na construção do Fórum de pactuação;
- Articular e mobilizar o controle social para resolução imediata dos problemas de referência e de contra-referência, aprovação do PCCS e implementação das demais deliberações das conferências de saúde;
- Criar os conselhos gestores em todas as unidades de saúde;

- Elaborar documento explicando as funções e atribuições do Conselho Gestor das Unidades de Saúde pelo CES e/ou Secretaria de Gestão Participativa e universidades;
- Garantir maior fiscalização dos recursos da Saúde por meio dos conselhos;
- Garantir definição orçamentária para funcionamento dos conselhos;
- Estabelecer canais de comunicação dos conselhos com a sociedade;
- Aumentar a participação da sociedade no controle local da saúde;
- Efetuar mobilização e/ou iniciativas concretas para modificar a composição dos conselhos não-paritários;
- Garantir o funcionamento dos conselhos que não estão funcionando regularmente;
- Repensar a dinâmica de alguns conselhos para maior envolvimento dos participantes;
- Estimular que haja o retorno constante e permanente dos conselheiros às suas bases;
- Constituir assessoria aos conselhos, escolhida pelos conselheiros;
- Divulgar as reuniões dos conselhos em rádios, jornais, sindicatos, escolas, etc.;
- Viabilizar a articulação entre os conselheiros representantes dos usuários com os trabalhadores de saúde;
- Estimular maior articulação entre os CMS, o CES e o CNS;
- Garantir o acesso aos conselheiros das informações necessárias para as deliberações;
- Inserir o controle social na Renast prevendo ações estratégicas de ações acumuladas;
- Criar dispositivo legal no Rever SUS para que o gestor da unidade de saúde não sofra sanções ao defender o SUS;
- Divulgar com antecedência a pauta das reuniões dos conselhos;
- Maior participação das entidades representativas dos trabalhadores de saúde e dos sindicatos de trabalhadores nos conselhos;
- Garantir que os conselheiros elejam seus presidentes, no âmbito municipal e estadual, por lei;
- Estimular a renovação de quadros nos conselhos procurando envolver os jovens;
- Garantir a articulação entre os conselhos e as instituições formadoras de profissionais de saúde;
- Garantir a articulação dos conselhos com os movimentos sociais.

5.2.3 Recomendações gerais

- Definir prioridades na Saúde focando a prevenção e promoção da saúde, e realizar oficinas para construção do Plano de Saúde da Região Metropolitana I com a participação dos conselhos;

- Viabilizar a Agenda Pública em Saúde – Carta Compromisso, fruto dos três seminários realizados na Baixada Fluminense, em 2004;
- Garantir a articulação entre as esferas nacional, estadual e municipal com a participação dos conselhos para elaborar o “termo de ajustamento de conduta” assinado por todos e a elaboração de um Plano de Emergência para o Município do Rio de Janeiro, articulado aos demais municípios da Região Metropolitana I;
- Utilizar como referência as propostas contidas nos documentos já elaborados:
 - “Plano de Emergência em Saúde para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro – 1993”;
 - Relatório da Comissão Especial de Saúde sobre a Situação da Saúde no Município do Rio de Janeiro, 2001.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro. *Plano Estadual de Saúde: Estado e municípios juntos superando as desigualdades*. Rio de Janeiro, 2001.

PARADA, R. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-104, 2001.

PINHEIRO, Paulo. *Relatório da Comissão Especial de Saúde sobre a situação da saúde no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2001.

PLANO de emergência em saúde para a região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 1993.

VIANA, A. L. A. O SUS no Estado do Rio de Janeiro. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 11-49, 2001.

ANEXOS

ANEXO A – PLANO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE PARA A REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO (CONTEXTUALIZAÇÃO E SÍNTESE)

PROJETO

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: O POTENCIAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

*PLANO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE
PARA A REGIÃO METROPOLITANA
DO RIO DE JANEIRO*

(Agosto de 1993)
(Contextualização e Síntese)

Maria Inês Souza Bravo
Georgina de Queiroz dos Santos

Rio de Janeiro
1998

SUMÁRIO

Apresentação

- 1 A Região Metropolitana do Rio de Janeiro
 - 1.1 Aspectos Demográficos
 - 1.2 Oferta instalada na Rede Pública de Saúde
 - 1.3 Recursos Humanos
 - 1.4 Aspectos Epidemiológicos
- 2 Plano emergencial para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro
 - 2.1 Propostas emergenciais de caráter político
 - 2.2 Medidas emergenciais para a rede
 - 2.3 Medidas gerais
 - 2.4 Medidas específicas

Referências Bibliográficas

APRESENTAÇÃO

Este trabalho pretende sistematizar o Plano de Emergência em Saúde para a Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Foi elaborado em agosto de 1993 por uma comissão formada por diversos sujeitos políticos importantes na luta pela saúde no Rio de Janeiro.

O referido Plano foi resultado da crise que o setor Saúde no Estado do Rio de Janeiro vivenciou nos anos de 1992 e 1993, que culminou com decretação de calamidade pública pelo então Ministro da Saúde, Dr. Jamil Haddad, que cria então uma comissão para elaborar um plano de emergência para o Estado do Rio de Janeiro, em julho de 1993.

O plano não foi colocado em prática, pois o período em que ficou pronto, setembro de 1993, coincidiu com a queda do ministro que havia solicitado a sua formulação.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde decidiu publicar a síntese de suas proposições pela sua atualidade, uma vez que a maioria das propostas não foi efetivada.

Uma primeira versão desse texto foi publicada pelo Projeto em 1996 e, em 1998, foi feita uma revisão ao documento pela coordenadora com algumas modificações em sua apresentação.

1 A REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

1.1 Aspectos demográficos

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ), em 1998, era composta por 18 municípios com uma população de 10.168.410 habitantes, representando 76,3% da população do estado. Em 1988, a taxa de urbanização atingia 98%.

A Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, segundo a caracterização do Cremerj, pode ser enfocada em três sub-regiões, a partir de características semelhantes, proximidade e, prioritariamente, com relação ao sistema de referência de atenção à saúde, Conforme Quadro I (Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, 1995).

A Sub-Região 1, Baixada Fluminense, tem uma população de mais de três milhões de habitantes e a sua alta densidade populacional associa-se à escassez de saneamento básico. Situa-se no cinturão da capital cortada por importantes rodovias (Via Dutra e BR 101) e pelo principal acesso à metrópole (Av. Brasil).

Grande contingente dessa população vive abaixo da linha de pobreza e a inserção dos trabalhadores se dá principalmente nos setores secundário e terciário, com ênfase no setor informal.

A Sub-Região 2, composta por quatro municípios (Niterói, São Gonçalo, Maricá e Itaboraí), tem uma população de quase 1,5 milhão de habitantes e é ligada à metrópole por três vias rodoviárias principais (Ponte Rio-Niterói, Rodovia Amaral Peixoto e o trecho da Rio-Manilha da BR 101).

A Sub-Região 3, cidade do Rio de Janeiro, é capital do estado, com uma população de mais de cinco milhões de habitantes.

1.2 Oferta Instalada na Rede Pública de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Rio de Janeiro, não é único e a rede pública de saúde opera através de segmentos.

- FEDERAL
 - Hospitais
 - Institutos
 - Universidades

- ESTADUAL
Hospitais
Universidades
- MUNICIPAL
PAMs

A distribuição dos serviços hospitalares de saúde da RMRJ é bastante irregular, verificando-se uma elevada concentração em áreas do Município do Rio de Janeiro e carência de serviços em outras sub-regiões da RMRJ e na Zona Oeste do Rio de Janeiro.

Um dado positivo é a significativa presença dos leitos hospitalares na RMRJ. De fato, 54,4% dos leitos são públicos. Esta é uma situação única entre todas as regiões metropolitanas do país, nas quais predominam os leitos vinculados ao setor privado.

Entretanto, quando se examinam as sub-regiões, verifica-se que a variação dos leitos públicos varia enormemente: 65,8% no Município do Rio de Janeiro; 38,8% em Niterói–São Gonçalo, 32,3% nos demais municípios da RMRJ e apenas 17,3% na Baixada Fluminense, Itaguaí e São João de Meriti não possuem leitos públicos.

A Sub-Região 3, Município do Rio de Janeiro, concentra a maior rede pública de saúde do país, que se encontra sucateada e com diminuição de sua capacidade de atendimento. Ainda recebe a demanda da Sub-Região 1 (Baixada Fluminense), pois esta possui a mais precária rede pública de saúde em funcionamento no Estado do Rio de Janeiro.

Na Sub-Região 1, Baixada Fluminense, o setor privado predomina, detém 93,48% dos hospitais e 88,19% das clínicas de pronto atendimento. A rede pública de saúde só supera o setor privado no atendimento primário, prestado pelos centros de saúde com escassez de recursos humanos e financeiros. Esta situação se agrava com as unidades do Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB) desativadas.

Na Sub-Região 2, composta pelos municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí e Maricá, a rede pública de saúde, no que concerne ao atendimento às emergências, apesar de possuir recursos, encontra-se estrangulada, pois atende aos acidentados nas estradas da Região dos Lagos.

Nas três sub-regiões identifica-se, a partir de dados levantados em diferentes unidades hospitalares das redes federal, estadual e municipal, que os leitos considerados desativados estão inativos devido ao déficit de recursos humanos, à falta de reposição de material (consumo e permanente), manutenção de equipamentos e instalações físicas de maneira geral. Por outro lado, existem serviços e unidades equipadas, que foram construídas, mas nunca ocupadas, que são comprovadamente inativas.

1.3. Recursos Humanos

A comissão que elaborou o Plano de Emergência, identificou a desproporção entre o número de médicos e os demais profissionais lotados nas instituições do Estado do Rio de Janeiro, o que repercute sobre o processo de trabalho em equipe e, conseqüentemente, sobre o atendimento à população.

Mesmo que na década de 80 os profissionais de nível elementar médio tenham apresentado um crescimento considerável, não foi suficiente para modificar aquela relação. Verifica-se, ainda, escassez de profissionais de nível médio nas áreas de enfermagem, raio x, análises clínicas e outras categorias cada vez menos presentes nas equipes de saúde.

Os enfermeiros representam o maior déficit de nível superior na área da Saúde. Vários serviços de emergência não possuem este profissional na equipe.

1.4. Aspectos epidemiológicos

As doenças cardiovasculares, as causas externas (trânsito e homicídios); e as neoplasias são responsáveis por 70% dos óbitos na região.

2 PLANO EMERGENCIAL PARA A REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

2.1 Propostas emergenciais de caráter político

- a) Imediata instalação do Conselho Estadual de Saúde (criado em dezembro de 1993, de forma não-paritária).
- b) Instalação imediata da executiva dos secretários municipais de saúde da RMRJ, para implantação do Plano de Emergência.
- c) A continuidade do processo de instalação dos conselhos municipais nos termos da Lei.
- d) Implantação imediata da União dos conselhos de Saúde, que reunirá uma plenária de todos os conselhos municipais da RMRJ.

Análise

Das quatro propostas emergenciais, conseguiu-se efetivar, no período, a primeira e a terceira.

O Conselho Estadual de Saúde, a partir de 1996, tem sua composição de forma paritária.

Todos os municípios da região conseguiram efetivar seus conselhos, embora 50% não sejam paritários e alguns não funcionem de forma regular.

2.2 Medidas emergenciais para a rede

- a) Superação da ociosidade da rede pública na RMRJ.
- b) Reativação da sua capacidade física instalada.
- c) Reposição de seus recursos humanos .
- d) Reorganização como uma rede articulada de serviços de saúde.
- e) Garantia dos recursos destinados ao seu custeio.

As medidas emergenciais para a rede não foram efetivadas.

2.3 Medidas Gerais

- a) Definição de novos modelos gerenciais particularmente para as unidades complexas.

- b) Financiamento mais efetivo: alocação de 10 a 15% dos orçamentos municipais e estadual para a Saúde.
- c) Insumos: medicamentos e suprimentos para laboratório.
- d) Medicamentos de alto custo, órteses, próteses e materiais especiais.
- e) Reativação da Central de Manutenção e Equipamentos.

2.4 Medidas Específicas

- a) Reativação dos hospitais estratégicos da rede pública:
 - Hospital da Posse como referência para a Baixada;
 - Demais hospitais da RMRJ.
- b) Constituição do Consórcio da Baixada.
- c) Reativação das redes municipais.
- d) Reativação da rede estadual:
 - PESB e demais hospitais.
- e) Reativação da rede do antigo Inamps.
- f) Alocação de recursos financeiros, humanos e materiais no Programa de Saúde do Trabalhador da Secretaria do Estado.
- g) Política de recursos humanos: reposição dos recursos humanos afastados, implantação da isonomia salarial e do PCCS.
- h) Controle social: organizar conselhos gestores, principalmente nos hospitais estratégicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRAVO, Maria Inês S. *Democracia e saúde: o potencial de intervenção dos movimentos sociais urbanos na formulação de Políticas Públicas: a contribuição dos Conselhos de Saúde*. Relatório de Pesquisa enviado ao CNPq. Rio de Janeiro, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (Cremerj). Normatização e reorganização do subsistema de emergência no estado do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO DE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 1995, Rio de Janeiro. Mimeo.

PLANO de emergência em saúde para a região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.], 1993.

ANEXO B – APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DA COMISSÃO ESPECIAL DE SAÚDE SOBRE A SITUAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RELATÓRIO DA COMISSÃO ESPECIAL DE SAÚDE SOBRE A SITUAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Durante as visitas às Unidades de Saúde, realizadas pela Comissão Especial de Saúde da Alerj, identificamos, a partir de fevereiro de 2001, o crescimento da insatisfação com os serviços de saúde oferecidos pela Prefeitura do Rio de Janeiro. Através do Disque-Saúde (telefone disponibilizado pela comissão para que os cidadãos façam controle social da saúde), e de queixas ouvidas dos próprios usuários mensalmente nas reuniões dos Conselhos Distritais e Municipal, a Comissão também vem notando uma crescente deteriorização na qualidade dos serviços.

Concomitantemente, foram divulgados através da imprensa diversas matérias relativas aos crescentes problemas envolvendo tanto a área estadual como a área municipal de saúde. Nas emergências, os problemas se iniciaram a partir do revellon de 2001, seguindo-se o excessivo número de mortes de gestantes e recém-nascidos na Zona Oeste, até o fechamento de postos de saúde devido a uma crise político-administrativa entre o ex-Secretário Municipal de Saúde e o Prefeito da cidade, que culminou com a exoneração do Dr. Sérgio Arouca.

Nessas visitas que fizemos às unidades, ouvimos também dos profissionais queixas relativas à falta de material de trabalho e à insuficiência de recursos humanos. Preocupados com a diversidade de problemas, tomamos a iniciativa de conversar com o Sr. Secretário Municipal, à época o Dr. Sérgio Arouca, e sua assessoria técnica buscando informações oficiais. Conversamos, também, com o Prefeito César Maia, tentando sensibilizá-lo para a repercussão e as conseqüências que a falta de providências imediatas poderia acarretar na saúde e, ainda neste período, organizamos uma reunião para discutir problemas e soluções com os presidentes dos dez Conselhos Distritais de Saúde da cidade.

Após copiarmos as informações dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, fizemos um profundo estudo sobre a situação da Saúde do Rio de Janeiro. Convidamos então a professora Maria do Carmo Leal, do Departamento de Epidemiologia da Fundação Osvaldo Cruz que recentemente organizou o capítulo Saúde das publicações "Retratos do Rio", coordenadas pelo Globo/IPEA /PCRJ, para, juntamente conosco, apresentar estudo da situação numa audiência pública, no dia 18 de junho na ALERJ.

Nesta audiência, onde as autoridades de saúde convidadas, do estado e do município, não estiveram presentes em sua maioria, conseguimos retratar um quadro de intensa gravidade. Ao final da audiência, ficou decidido que a Comissão Especial de Saúde prepararia um relatório da situação e enviaria ao Ministério Público Federal, ao Ministério Público Estadual, ao Prefeito da Cidade e ao Conselho Municipal de Saúde.

Este é o relatório prometido. Ao final anexamos matérias publicadas pelo jornal O Globo, nos dias 24 e 25 de junho, que relatam na prática os fatos que estão expostos neste relatório. Conforme poderá ser analisada pelos documentos anexados ao relatório, a saúde do Rio de Janeiro vive um de seus piores momentos.

A cidade, com seus 5 milhões e 800 mil habitantes distribuídos em dez Áreas de Planejamento, enfrenta sérios problemas que as autoridades parecem desconhecer ou não conseguem soluções práticas e imediatas. Como vemos no mapa da cidade, por padrão de renda do chefe do domicílio, a pobreza vai aumentando da Zona Sul / Zona Norte (Tijuca e adjacências) para a Zona Oeste.

Exatamente aí começamos a questionar autoridades que decidem (Prefeitos e Secretários). Por que concentram-se nas áreas mais populosas e mais carentes as piores ofertas de unidades de saúde (ou traduzindo: o menor número de consultas da rede básica e o menor número de leitos)? Apesar de ser a gestora plena da saúde, desde janeiro/99, a Prefeitura não conseguiu corrigir a distorção na oferta de leitos. Conforme pode ser demonstrado na documentação anexa, a Secretaria Municipal de Saúde convive com excesso de leitos em algumas especialidades (Psiquiatria, por exemplo) e carência em outras (materno-infantil).

Quando estudamos a divisão de leitos por Área Programática, outra distorção aparece: enquanto na AP 2.1 (Zona Sul) a oferta é de 1 leito / 262hab, na AP 3.3 (Irajá e adjacências) existe 1 leito/ 1562 hab. Esta demonstração se desdobra num fato já conhecido por tantos: a famosa prática da "REBOCOTERAPIA". Como vemos no quadro de área com carência de leitos, algumas especialidades como Neurocirurgia, Cardiovascular, Urologia, Otorrino e Oftalmologia, não têm leitos nas APs 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3, o que acarretará transferências de pacientes para hospitais do Centro e da Zona Sul.

Ainda em relação à capacidade instalada vemos que as autoridades parecem não acreditar na hierarquização do atendimento na saúde. Os planejadores cansam de mostrar que a promoção e a prevenção da saúde deve ser realizada por uma BOA REDE BÁSICA (Centro de Saúde e Postos de Saúde), acoplada a um ágil programa de saúde da família (conforme quadro em anexo). Assim estaríamos com a porta de entrada do sistema funcionando normalmente.

Infelizmente não é a isto que estamos assistindo. As unidades da Rede Básica são em número insuficiente e com pouca resolatividade. Esta triste constatação pode ser confirmada quando analisamos o quadro de lotação de médicos na Rede Municipal.

Dos 7.862 médicos que trabalham para a Prefeitura do Rio de Janeiro, 65% estão lotados em hospitais e apenas 35% em unidades da Rede Básica. E ainda mais grave: enquanto no Centro e Zona Sul estão lotados 2.900 médicos, na Zona Oeste estão apenas cerca de 800 médicos (a maioria cooperativados).

Devido à má distribuição de Centros e Postos de Saúde, e à enorme desigualdade na distribuição de médicos, a dificuldade na realização rápida de exames complementares (laboratórios e imagem) faz com que a população perca a credibilidade na rede básica, indo sobrecarregar a rede hospitalar (de cada dez

peças que procuram um Hospital de Emergência, sete deveriam estar num Posto de Saúde). Além disso, os números da Secretaria Municipal de Saúde provam que a Rede Básica não consegue absorver as necessidades da população.

Citamos dois exemplos: a cobertura dos Programas de Controle da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus. Os dados demonstram que a Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde não consegue atender a população-alvo destes dois programas. Na Hipertensão Arterial atende apenas 32% da população-alvo, enquanto no de Diabetes a cobertura alcança somente 30%.

As graves conseqüências desta omissão do poder público também podem ser medidas pelos próprios dados da Secretaria Municipal de Saúde. O número de pacientes que lotam as emergências com Acidente Cerebral, com Insuficiência Renal Crônica ou com amputação é cada vez maior. Além do sofrimento destes pacientes, que se recebessem bom acompanhamento nos Centros de Saúde não evoluiriam para estas complicações, existe ainda o aumento dos gastos com o Sistema de Saúde na terapia substitutiva (diálise), necessária à sobrevivência dos que, pela falta de cuidados preventivos, tornaram-se renais crônicos. A Prefeitura gasta mensalmente, com estes procedimentos, mais de 3,5 milhões de reais.

Através dos dados constantes neste relatório podemos ver claramente que os governantes não previram a chamada Transição Epidemiológica, que pode ser compreendida nos dois desenhos da pirâmide etária. Assim, com o aumento do número de idosos na nossa cidade, a Prefeitura deveria ter se preparado para o aumento de doentes crônicos, o que já notamos que não aconteceu.

A grave desigualdade social deste país é repetida na filosofia empreendida pelas ações de saúde pelo Poder Público. Assim podemos confirmar este fato quando analisamos as características das Áreas de Planejamento da cidade.

Entendemos logo os resultados da desorganização das ações de saúde na cidade. As Áreas de Planejamento 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3 formam verdadeiros bolsões de pobreza, com uma péssima oferta de serviço de saúde. Isto é imediatamente detectado quando conhecemos os seus péssimos indicadores de saúde (Esperança de Vida, Mortalidade Infantil).

Quando analisamos os custos deste desorganizado sistema levamos mais um susto. Apesar de não acompanhar os valores dispendidos por outros países com o PIB semelhante ao nosso, mas que gastam mais e melhor do que nós, verificamos que atualmente investimos em torno de 1 bilhão de reais para nos sagarmos líderes em Mortalidade Materna, em Tuberculose e em Hanseníase.

Chama a atenção a excessiva desproporção entre o que gastamos na prevenção e na medicina curativa. Os dados são claros quando analisamos os diferentes custos entre uma Unidade da Rede Básica e um Hospital. Enquanto o Hospital Municipal Souza Aguiar custa R\$ 3,9 milhões / mês, um Posto de Saúde na Zona Oeste custa R\$ 70 mil / mês.

Assim, não é admissível que o Governo não dê as condições necessárias para que este posto tenha resolutividade para atender um hipertenso que, não tratado corretamente, irá ocupar um caríssimo leito do Souza Aguiar já acometido de um Acidente Vascular Cerebral (principal complicação da hipertensão não tratada).

Diante de todas estas evidências, a Comissão Especial de Saúde não poderia se furtar de oferecer algumas sugestões de intervenção urgente neste Sistema. Estas intervenções são o resultado das análises dos profissionais que militam há anos no setor, dos usuários que discutem os problemas nos Conselhos Distritais e dos Gestores locais, que em última análise são os que mais recebem a pressão dos usuários.

É indiscutível a necessidade de aumentar e melhorar a cobertura da Rede Básica. Antes de criar novas unidades é necessário aumentar a produção das já existentes. Para isto, faz-se mister uma nova política de Recursos Humanos que pague melhor aos servidores, acabando com a figura do intermediário (Cooperativa). É urgente a implantação do Programa de Saúde da Família, que acoplado à Rede Básica permitirá o acesso da população às ações de saúde.

Será necessário que Secretaria Municipal de Saúde invista mais e melhor nos pólos de diagnóstico e tratamento. Não é aceitável que um paciente da Rede Básica não consiga realizar com facilidade um ecocardiograma, uma ultrassonografia para gestantes, uma mamografia ou um exame imunológico. Como também é inadmissível que pacientes não recebam medicamentos fundamentais para seu tratamento. Ficou clara, também, a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de intervir num redirecionamento de leitos na cidade.

Enfim, é necessário que os Governos cumpram a Lei Orgânica da Saúde, respeitem os princípios do SUS e acatem as determinações do controle social. Se as autoridades cumprissem estas determinações temos a certeza de que a maioria dos problemas aqui elencados já estariam resolvidos.

Rio de Janeiro, 25 de junho 2001.



Deputado PAULO PINHEIRO
Presidente da Comissão Especial de Saúde / ALERJ

ANEXO C – A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E A ATUAÇÃO DO GOVERNO FEDERAL

A CRISE DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E A ATUAÇÃO DO GOVERNO FEDERAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE  1

PRECEDENTES

1. INCAPACIDADE DE GESTÃO

A Prefeitura do Rio de Janeiro não demonstra vontade política e capacidade para gerir os recursos que passou a dispor a partir de 1999, quando assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.

- necessidade de 15.027 leitos hospitalares e tem à sua disposição 20.967 leitos - 28% acima da necessidade e situação de "caos" com filas e desassistência.
- necessidade de 601 leitos de UTI e tem sob sua gestão 666 leitos - apenas 69.402 diárias de UTI foram utilizadas no ano de 2004, enquanto a disponibilidade de diárias foi de 191.808.
- O gestor aponta o atendimento aos usuários de outros municípios como uma das causas da desorganização do sistema - 18,2% das internações foram de residentes em outros municípios, percentual menor do que o de muitas capitais de estado (2004)

MINISTÉRIO DA SAÚDE  2

2. INCAPACIDADE NO USO DE RECURSOS FINANCEIROS DISPONÍVEIS

- PROESF/MS – programado R\$ 23.324.855,00, o município solicitou apenas R\$ 2.061.025,00 e comprovou a execução de somente R\$ 802.394,00.
- PSF- Implantou 57 das 651 equipes de Saúde da Família que se comprometeu representando 9% da meta e uma cobertura de 3,3%, recebendo R\$1.915.884,00 quando poderia ter recebido R\$ 35.709.552,00.
- PACS - recebeu R\$ 3.508.440,00 dos R\$ 13.344.240,00 programados, pois só implantou 1.038 dos 3.948 agentes previstos.
- O Município não possui nenhuma Equipe de Saúde Bucal e deixou de receber R\$ 12.872.400,00.
- Referente a esses três Programas – fundamentais para desafogar os hospitais, pois organizam a Atenção Básica – a Prefeitura Municipal abriu mão de receber R\$ 56.501.868,00/ano.

• Outros recursos que o município deixou de incorporar ao seu Teto Financeiro Anual:

- 1) R\$ 20.532.692,32, por não haver se habilitado em PABA – Piso de Atenção Básica Ampliada, em virtude de não informar a existência de eletrocardiógrafo e odontólogo por dois anos
- 2) R\$ 4.066.856,00 por não informar o atendimento extra-hospitalar a pacientes de saúde mental
- 3) R\$ 2.098.368,00 ao não informar sua produção no Programa Saúde da Família, o que representa 50% do que atualmente recebe na área.
- 4) R\$ 14.028.000,00 em função da resistência à adesão ao SAMU
- 5) R\$ 6.051.393,00 para as cirurgias eletivas
- 6) O total de R\$ 36.510.963,16 somente no ano de 2004;

C 3. CAOS NA ASSISTÊNCIA

1. Desassistência em saúde bucal,
2. Baixa cobertura da atenção básica
3. Fechamento de unidades de urgência (Pronto Socorro do Hospital Cardoso Fontes, com utilização de menos de 10% do total de leitos);
4. Situação de greve no Hospital Andaraí (pronto socorro e metade do centro cirúrgico fechados, inclusive em descumprimento à ordem judicial de reabertura) e no Hospital da Lagoa;
5. Falta de insumos, especialmente medicamentos, conforme apontado em denúncias e na própria auditoria do Ministério da Saúde.
6. Contratos de manutenção e registro de preços suspensos desde junho de 2004.
7. Não pagamento das cooperativas médicas, resultando na ausência ou redução de médicos nas emergências dos hospitais Miguel Couto, Souza Aguiar, Salgado Filho e Lourenço Jorge.

=> Desorganização da assistência hospitalar

4. OUTROS FATORES

- DENASUS aponta a grave situação em que se encontram as unidades de saúde sob responsabilidade do município, colocando em risco a vida da população.
- Conselho Municipal de Saúde aprova pedido de desabilitação do Município da condição de gestor pleno do sistema municipal de saúde.
- Ministérios Públicos Estadual e Federal questionam o funcionamento de todo o sistema de saúde municipal.
- Sindicato dos Médicos denunciam irregularidades identificadas por profissionais de saúde nas vistorias demandadas pelo Ministério Público do Estado do RJ
- Prestadores de serviços denunciam ao Ministério da Saúde o não pagamento, pelo gestor municipal de serviços prestados, especialmente dos serviços de hemodiálise.

PARTICIPAÇÃO DO GOVERNO FEDERAL/MS NO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

- Nas unidades de saúde municipalizadas estão em atividade 10.433 servidores públicos federais, com custo para o Ministério da Saúde em 2004 de R\$ 321.361.516,38.
- Unidades próprias federais de saúde instaladas no Rio de Janeiro, atendendo aos usuários do SUS do município:
 1. Instituto de Traumatologia e Ortopedia (73% das internações de alta complexidade em ortopedia no Rio de Janeiro)
 2. Instituto do Câncer (87% da quimioterapia, 76% da radioterapia e 53% das internações por câncer)
 3. Hospital Geral de Bonsucesso

Houve incremento nos recursos aplicados pelo Ministério da Saúde nestes hospitais: em 2004 foram investidos R\$ 608,6 milhões, sendo R\$ 217,6 milhões com pessoal.

• **QUALISUS:** - investimento aprovado de R\$ 38.042.000,00, para obras e equipamentos de 5 hospitais, desses recursos, serão destinados R\$ 25.243.000,00 aos Hospitais municipais.

• No projeto de ampliação dos Leitos de Terapia Intensiva, foram cadastrados 5 novos hospitais (22 leitos de UTI) no Rio de Janeiro, o que correspondeu a um acréscimo de R\$ 1.249.966,08 anualmente no teto financeiro do município.

• O pagamento de pessoal cedido ao município e as bolsas de residência médica atinge um total de R\$ 1.706.081.025,48, correspondendo a cerca de 5% de todo o orçamento do Ministério da Saúde.

• Efetivação de convênios com a Prefeitura do Rio de Janeiro, totalizando R\$ 73.425.300,00 para construção, reforma de unidades e aquisição de equipamentos.

• O Município do Rio de Janeiro recebe um dos maiores *per capita* nacional, no que se refere aos recursos do Ministério da Saúde, que é da ordem de R\$ 129,40.

PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO : O MINISTÉRIO DA SAÚDE

• Desde o início da atual crise, o Ministério da Saúde constituiu uma equipe para acompanhar, negociar e buscar uma solução, tendo como referência a defesa da saúde da população daquele município.

Propostas apresentadas:

1. Retorno à gestão federal dos Hospitais da Lagoa e de Ipanema, como forma de reorganizar os serviços de alta complexidade de abrangência regional e aliviar o impacto dos gastos com custeio da Prefeitura;
2. Mais R\$ 46 milhões de reais no teto financeiro do município para cobrir despesas com pessoal nas 6 unidades municipalizadas em 1999 e que contam com cláusula contratual de reposição de recursos humanos;
3. Investimentos da ordem de R\$ 93 milhões - R\$ 38 milhões repassados pelo Programa Qualisus e R\$ 55 milhões para equipamentos e reformas em unidades de saúde municipalizadas (2005);
4. Investimentos de R\$ 89 milhões em equipamentos e reformas em unidades de saúde municipalizadas para serem aplicados em 2006 e 2007, dentro de um plano de recuperação da rede transferida ao município;

**SINTESE DA PROPOSTA FINANCEIRA FEITA PELO
MINISTÉRIO DA SAÚDE:**

- R\$ 46 milhões para aumento do teto financeiro, em 2005;
- R\$ 38 milhões para o QUALISUS;
- R\$ 55 milhões para reforma e equipamentos em 2005;
- R\$ 89 milhões para reforma e equipamentos em 2006 e 2007;
- R\$ 100 milhões para a gestão dos Hospitais da Lagoa e de Ipanema.

TOTAL: R\$ 328 MILHÕES DE REAIS.

O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO: A PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO

• Desde o início da crise, a Prefeitura desqualifica pelos meios de comunicação o processo de negociação, usa a tática de, sempre, apresentar novas exigências, procurando inviabilizar o fechamento do acordo.

Contraproposta final:

• Além dos recursos oferecidos, mais R\$ 17 milhões de reais no teto, R\$ 114 milhões para despesas com custeio e R\$ 144 milhões para investimento livre, sem compromisso de recuperar a rede de Pronto Atendimento e os hospitais municipalizados.

• Não concordância em implementar ações concretas de curto, médio e longo prazos, que poderiam minimizar a solução da crise atual: Atenção Básica e SAMU.

DIAGNÓSTICO SUMÁRIO DA SITUAÇÃO ENCONTRADA

Rede assistencial:

- Emergência do Hospital Andaraí fechada.
- Emergência do Hospital Cardoso Fontes fechada.
- Hospital da Lagoa
 - 75% dos leitos fechados
 - 100% das salas cirúrgicas sem condições de uso (infiltrações e equipamentos quebrados)
 - UTI fechada
 - Ambulatório operando com 50% de sua capacidade
- Hospital Miguel Couto, Souza Aguiar e Bonsucesso com a capacidade operacional da unidade de urgência sobrecarregadas com eminente situação de colapso.
- Hospital de Ipanema
 - 40% dos leitos fechados
 - 70% das salas cirúrgicas desativadas
 - Sala de cirurgia ambulatorial interditada pela VISA

Insumos e equipamentos:

- Falta de Medicamentos e material médico-hospitalar
- Medicamentos vencidos e mal acondicionados no Hospital Cardoso Fontes
- Insumos para diagnóstico , no limite do estoque (laboratórios)
- Equipamentos:
 - Diferentes equipamentos sem condições de uso ou funcionando precariamente (desfibriladores e monitores cardíacos, respiradores, RX, tomógrafos, ultrassons, endoscópios)
 - Encontrado um equipamento de RX no Hospital Andaraí encaixotado que foi entregue no mês de setembro de 2004.

HOSPITAL SOUZA AGUIAR : MAIOR EMERGÊNCIA DA AMÉRICA LATINA SEM RAIOS-X

MINISTÉRIO DA SAÚDE



13

Recursos Humanos:

- Carência de recursos humanos
- Ausência de diálogo com os trabalhadores
- Péssimas condições de trabalho, com o limite da relação profissional/usuário ultrapassado.

Condições Prediais:

- Infiltrações em diferentes ambientes, incluindo ambientes fechados como centro cirúrgico e UTI
- Elevadores sem funcionar ou em condições precárias
- Ambientes sem climatização causando fechamento de leitos de UTI e salas cirúrgicas

Situação dos contratos:

- Contratos de manutenção vencidos e não renovados desde o mês de junho de 2004
- Contratos de prestação de serviços não pagos (recurso já repassado pelo MS)
- Diversos contratos sob análise do DENASUS

MINISTÉRIO DA SAÚDE



14

PRINCIPAIS MEDIDAS ADOTADAS APÓS A INTERVENÇÃO

Hospital Municipal Miguel Couto:

- Transferência de 17 pacientes para leitos de retaguarda;
- Transferência do Pronto Atendimento para nova área, com ambiente de espera climatizado;
- Compra e remanejamento emergenciais de medicamentos ;
- Alocação de equipamentos essenciais como: desfibrilador, eletrocardiógrafo e respirador;

Hospital Municipal Souza Aguiar:

- Abastecimento de materiais e medicamentos;
- Alocação de equipamentos: respirador, cardioversor, carro de parada;
- Conserto de ar condicionado e reativação do tomógrafo

AINDA

Negociação com os prestadores (que não receberam pagamento no mês de dezembro e fevereiro) de hemodiálise para aumentar a oferta de 20 novos pacientes

MINISTÉRIO DA SAÚDE



15

Hospital Geral de Ipanema:

- Abertura de 15 leitos;
- Conserto de equipamentos e do ar condicionado
- Conserto de câmaras mortuárias
- Suprimento de medicamentos e material de consumo;
- Ecocardiograma;

Hospital Municipal do Andaraí:

- Abertura da emergência no sábado;
- Abastecimento de medicamentos
- Aquisição de 02 aparelhos de ar condicionado para a emergência
- Conserto de ar condicionado e outros equipamentos;
- Substituição de lâmpadas, conserto de vazamentos, pintura, teto;
- Alocação de 02 monitores cardíacos;

MINISTÉRIO DA SAÚDE



16

Hospital da Lagoa:

- > Abertura de 20 leitos no domingo;
- > Conserto de equipamentos;
- > Suprimento de medicamentos;

Hospital Geral de Jacarepaguá (Hospital Cardoso Fontes):

- > Abertura de 59 leitos;
- > Abertura da emergência (sexta-feira);
- > Abertura do PA e do Ambulatório (segunda-feira);
- > Restabeleceu o serviço de vigilância, lavanderia, elevadores, medicamentos.
- > 28 novas internações;
- > Conserto de ar condicionado

MINISTÉRIO DA SAÚDE



17

MEDIDAS ADOTADAS EM 15.03.2005

IMPLANTAÇÃO DO SAMU - 192 SOB GESTÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

- PRAZO DE 24 HORAS PARA A SMS/RJ ENTREGAR AS 17 VIATURAS DO SAMU SOB SUA GUARDA
- ENCAMINHAR MOTORISTAS PARA BUSCAREM 57 VIATURAS DO SAMU EM SÃO PAULO
- CONTRATAÇÃO IMEDIATA DE PROFISSIONAIS
- IMPLANTAÇÃO DE CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS EM PARCERIA COM A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/RJ
- CENTRAL DE REGULAÇÃO ARTICULARÁ TRÊS SERVIÇOS:
 - SAMU - 192 SOB GESTÃO FEDERAL
 - EMERGÊNCIA EM CASA - PROGRAMA DA SES/RJ QUE ATUA NAS ZONAS NORTE, OESTE E NA ILHA DO GOVERNADOR
 - CORPO DE BOMBEIROS
- ENTREGA DOS EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA E COMUNICAÇÃO DE VOZ E DADOS PARA A CENTRAL DE REGULAÇÃO
- CONVOCAÇÃO DE COORDENADORES E PROFISSIONAIS DO SAMU - 192 DE 10 MUNICÍPIOS PARA APOIAREM A IMPLANTAÇÃO NO RIO DE JANEIRO, INCLUSIVE NA CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
- A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARACAJU (SE) IRÁ DISPONIBILIZAR O "SOFTWARE" PARA GERENCIAMENTO DA CENTRAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE



18

AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE CIRURGIAS ELETIVAS

- > MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL IDENTIFICOU MAIS DE 14.000 PESSOAS NA FILA DE ESPERA PARA CIRURGIAS ELETIVAS
- > ROTINA DE CIRURGIAS ELETIVAS COMPROMETIDA PELO SUCATEAMENTO DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS
- > NECESSIDADE DE PRIORIZAR AS CIRURGIAS DE EMERGÊNCIA
- > DESDE JULHO/2004 PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE CRIOU A POLÍTICA NACIONAL DE CIRURGIAS ELETIVAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE DISPONIBILIZANDO MAIS DE 6 MILHÕES DE REAIS PARA O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
- > A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO ATÉ HOJE NÃO APRESENTOU PROJETO PARA USAR ESTE RECURSO
- > ASSINADA ONTEM PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE ALOCANDO O RECURSO PARA A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/RJ PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS
- > APOIO DA CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE E DA FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO
- > PUBLICAÇÃO PELA SES/RJ DE EDITAL DE CHAMAMENTO PARA OS HOSPITAIS MANIFESTAREM INTERESSE EM SEREM CONTRATADOS

MINISTÉRIO DA SAÚDE



19

CONTRATAÇÃO IMEDIATA DE RECURSOS HUMANOS

- > CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO DOS PROFISSIONAIS COOPERATIVADOS QUE ATUAM NOS HOSPITAIS REQUISITADOS
- > CONVOCAÇÃO DOS APROVADOS NO ÚLTIMO CONCURSO DA SES/RJ QUE AINDA NÃO FORAM CONTRATADOS PARA ASSUMIREM ATRAVÉS DE CONTRATO TEMPORÁRIO POSTOS NAS EMERGÊNCIAS

AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE LEITOS DE UTI

- > APOIO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (UERJ E UFRJ)
- > REALOCAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DO INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA PARA OS HOSPITAIS REQUISITADOS
- > COMPRA EMERGENCIAL DE EQUIPAMENTOS E CONSERTO DOS EXISTENTES NOS HOSPITAIS REQUISITADOS

AMPLIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE

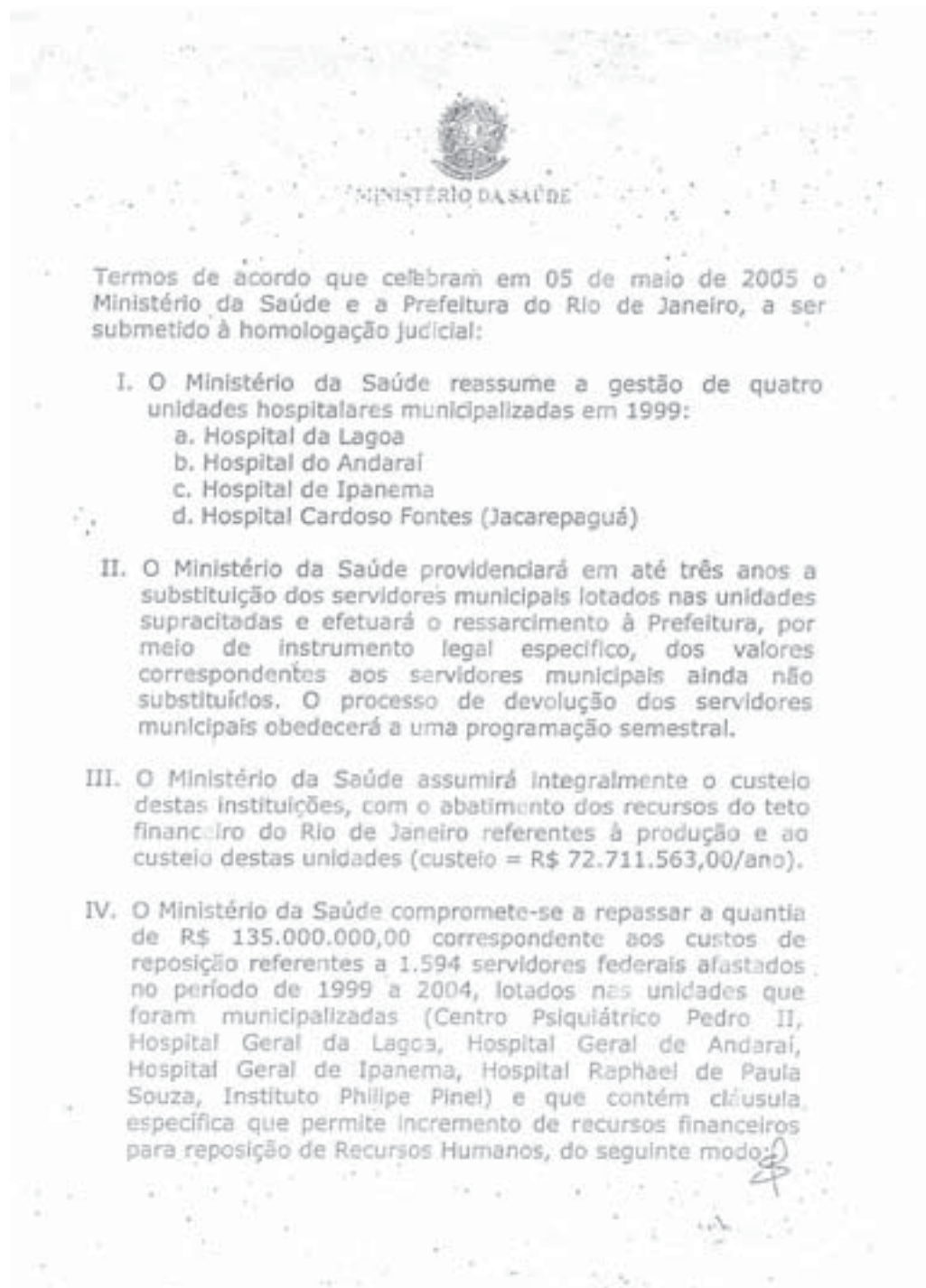
- > APOIO DAS CLÍNICAS PRIVADAS CONTRATADAS PELO SUS
- > INCORPORAÇÃO IMEDIATA DE 20 PACIENTES
- > AMPLIAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS PARA CONTRATAÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE



20

ANEXO D – TERMO DE ACORDO ENTRE O MINISTÉRIO DA SAÚDE
E A PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO – 5 DE MAIO DE 2005





- a. R\$ 44.580.000,00 por meio de convênio de custeio, em única parcela a ser paga a partir da assinatura do acordo.
 - b. 31 parcelas de R\$ 2.916.774,19 a serem pagas mensalmente por meio de instrumento específico a partir da competência junho de 2005.
- V. O Ministério da Saúde compromete-se a ressarcir, a cada ano, por meio de instrumento legal próprio, a partir da competência janeiro de 2005, a serem pagos mensalmente a partir de janeiro de 2006, o valor referente aos servidores federais afastados no ano anterior, lotados nas unidades que foram municipalizadas em 1999 (Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Raphael Paula e Souza e Instituto Philippe Pinel) e que contêm cláusula que permite incremento de recursos financeiros para reposição de recursos humanos e que permanecerão definitivamente sob gestão da Prefeitura.
- a. Os valores correspondentes serão apurados baseando-se no custo dos servidores municipais (salários e encargos) da mesma categoria e carga horária do servidor federal substituído.
- VI. À Prefeitura será mantido o recebimento anual de R\$ 100.071.584,00, por meio de Termo entre Entes Públicos, independentemente dos recursos a que faz jus pela produção de serviços, quantia correspondente à manutenção das unidades municipalizadas que permanecem sob sua gestão, a partir da competência março de 2005;
- VII. Serão tomadas as medidas necessárias para a doação dos bens móveis e imóveis pertencentes à União para a Prefeitura, referentes às unidades municipalizadas que permanecerão definitivamente sob gestão municipal;

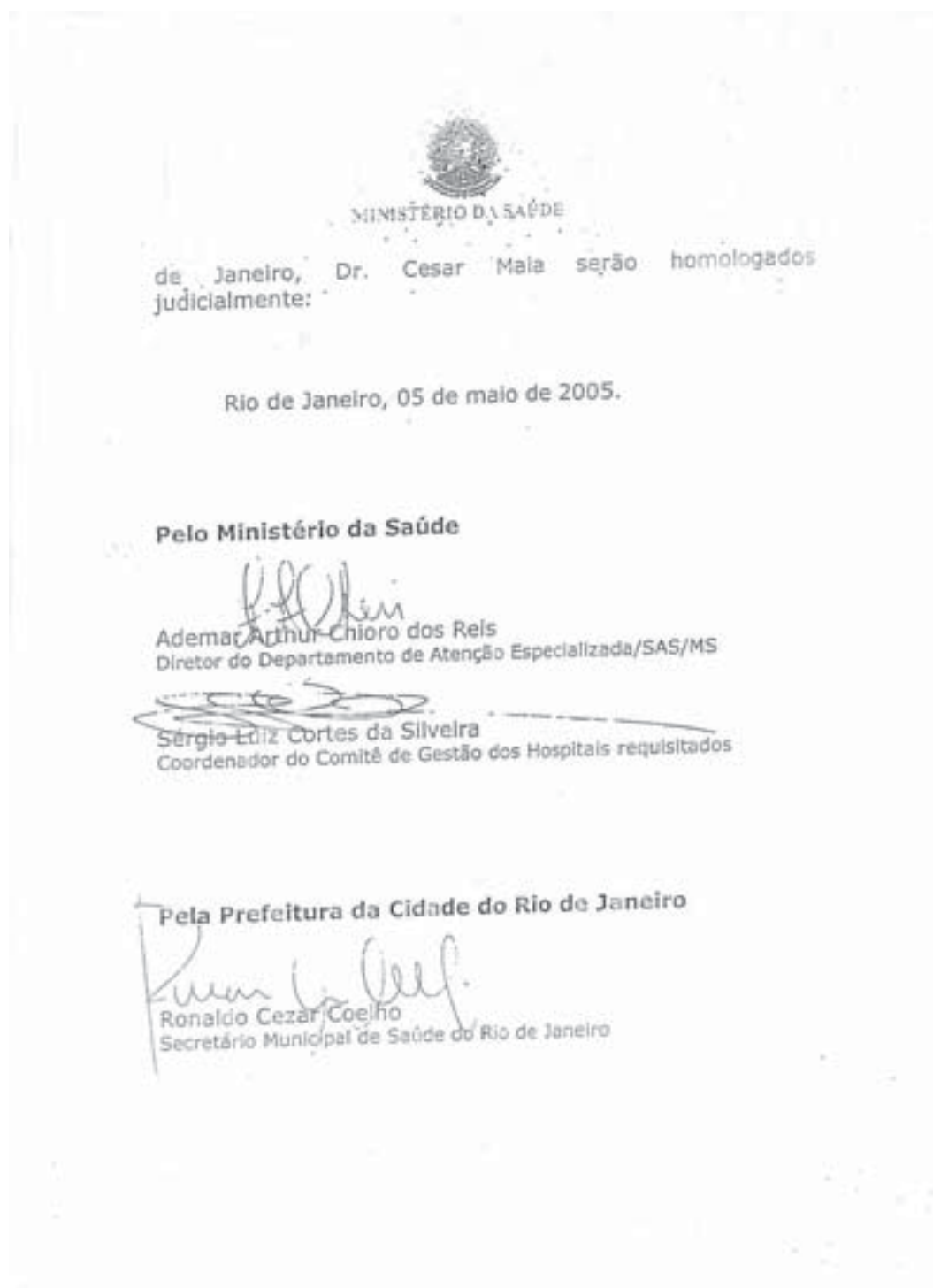
E. M.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

- VIII. A Prefeitura expandirá a estratégia de Saúde da Família, a partir do seguinte cronograma, totalizando:
- a. 180 equipes de Saúde da Família até dezembro de 2005;
 - b. 260 equipes de Saúde da Família até dezembro de 2006;
- IX. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192 será operado pelo Ministério da Saúde com o apoio da Prefeitura do Rio de Janeiro:
- a. A Prefeitura responsabilizar-se-á por 25% do custeio estimado para manutenção anual do SAMU, tomando por base os valores estabelecidos pela Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, da ordem de R\$ 7.000.000,00 anuais.
 - b. Os recursos referentes a alínea anterior serão abatidos dos recursos de custeio de que tratam o item VI, a partir do mês em que entrar em operação o SAMU-192;
 - c. A Prefeitura, em comum acordo com o Ministério, cederá áreas em suas unidades de saúde para que sejam implantadas as bases de operação da frota do SAMU;
 - d. A disponibilização para a central de regulação da SES-RJ da totalidade de leitos, agendamento de consultas ambulatoriais e procedimentos especializados dos serviços administrados pela Prefeitura.
- X. O Ministério da Saúde compromete-se a investir R\$ 17.800.000,00 em obras e equipamentos no Hospital Souza Aguiar e Hospital Miguel Couto (QUALISUS);
- XI. Os termos do presente acordo serão submetidos a análise da Advocacia Geral da União e da Procuradoria Geral do Município e após assinatura pelo Ministro de Estado da Saúde, Dr. Humberto Costa e do Prefeito da Cidade do Rio

F. M.



A função pública saúde, pela sua complexidade, em especial no que tange às regiões densamente urbanizadas e que abrangem diversos municípios, impõe, para a obtenção de soluções adequadas, um tratamento uniforme por parte do Governo do Estado e dos próprios Municípios que ali se situam.

A Constituição Federal estabelece em seu art. 25, § 3º, que "os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum".

Este dispositivo constitucional permite obter, além de um tratamento uniforme, a conjugação de esforços na busca da otimização do sistema de saúde, possibilitando, em consequência de decisões conjuntas, a implementação de projetos com investimentos comuns. O presente Projeto de Lei Complementar, portanto, tem o objetivo de instituir uma Região, criando uma Rede Estrutural de Saúde Pública.

LEGISLAÇÃO CITADA

Objeto para Apreciação

Texto do Objeto P/Apreciação:

EMENDAS DE PLENÁRIO. EM REGIME DE URGÊNCIA, EM DISCUSSÃO ÚNICA, AO PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 19/2004, DE AUTORIA DOS DEPUTADOS LUIZ PAULO E OTÁVIO LEITE.

MODIFICATIVA Nº 1

Modifique-se o Parágrafo Único do Art. 3º que passa a ter a seguinte redação:

*Art. 3º -

Parágrafo Único – O Município Coordenador Geral será eleito pelo período de 04 (quatro) anos e escolhido pelo voto direto dos representantes municipais e dos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, integrantes da região metropolitana.

Plenário Barbosa Lima Sobrinho, 07 de dezembro de 2004.

Deputados: PAULO PINHEIRO, HELONEIDA STUDART, ALESSANDRO MOLON.

MODIFICATIVA Nº 2

Modifique-se o Art. 3º, que passa a ter a seguinte redação:

*Art. 3º - A Coordenação da Rede Estrutural de Saúde Pública será escolhida em comum acordo com os 17 (dezessete) municípios envolvidos, e mais um representante de cada Conselho Municipal de Saúde, eleito diretamente entre seus membros.

Plenário Barbosa Lima Sobrinho, 07 de dezembro de 2004.

Deputados: PAULO PINHEIRO, HELONEIDA STUDART, ALESSANDRO MOLON.

MODIFICATIVA Nº 3

Modifique-se o Art. 2º, que passa a vigorar com a seguinte redação:

*Art. 2º - A gestão unificada da Rede Estrutural de Saúde Pública da Região Metropolitana instituída por esta Lei será efetuada mediante um ou mais consórcios, a serem firmados pelos municípios componentes da Região e deles farão parte também o Estado e a União em caráter compulsório entre os consorciados.

Plenário Barbosa Lima Sobrinho, 07 de dezembro de 2004.

Deputados: GEORGETTE VIDOR, CORONEL RODRIGUES, ALESSANDRO MOLON.

Informações Básicas

Código	20040200019	Protocolo	4236/2004
Autor	LUIZ PAULO, OTAVIO LEITE	Regime de Tramitação	Ordinária

Datas

Entrada	22/09/2004	Despacho	22/09/2004
---------	------------	----------	------------

Informações sobre a Tramitação

Data de Criação	08/12/2004
-----------------	------------

Objeto de Apreciação	Emenda	Nº Objeto	(s) de 1 a 3
----------------------	--------	-----------	--------------

<http://alcrj.inl.alcrj.rj.gov.br/sepro0307.nsf/e00a7c3c8652b69a83256cca00646ee5/0063...> 22/7/2005

Projeto de Lei Complementar Página 2 de 3

conjugação de esforços na busca da otimização do sistema de saúde, possibilitando, em consequência de decisões conjuntas, a implementação de projetos com investimentos comuns. O presente Projeto de Lei Complementar, portanto, tem o objetivo de instituir uma Região, criando uma Rede Estrutural de Saúde Pública.

Legislação Citada

Atalho para outros documentos

Informações Básicas

Código	20040200019	Autor	LUIZ PAULO, OTAVIO LEITE
Protocolo	4236/2004	Mensagem	
Regime de Tramitação	Ordinária		

Entrada	22/09/2004	Despacho	22/09/2004
Publicação	23/09/2004	Republicação	

Comissões a serem distribuídas

- 01.:Constituição e Justiça
- 02.:Legislação Constitucional Complementar e Códigos
- 03.:Saúde
- 04.:Assuntos Municipais e de Desenvolvimento Regional
- 05.:Orçamento Finanças Fiscalização Financeira e Controle

- TRAMITAÇÃO DO PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 19/2004

Cadastro de Proposições		Data Public	Autor(es)
Projeto de Lei Complementar			
20040200019			
11	DISPÕE SOBRE A GESTÃO UNIFICADA DA REDE DE SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO METROPOLITANA QUE ESPECIFICA: => 20040200019 => [Constituição e Justiça Legislação Constitucional Complementar e Códigos Saúde Assuntos Municipais e de Desenvolvimento Regional Orçamento Finanças Fiscalização Financeira e Controle]	23/09/2004	Luiz Paulo
12	Distribuição => 20040200019 => Comissão de Constituição e Justiça => Relator: NOEL DE CARVALHO => Proposição 20040200019 => Parecer: Pela Constitucionalidade	18/10/2004	
13	Distribuição => 20040200019 => Comissão de Legislação Constitucional Complementar e Códigos => Relator: NOEL DE CARVALHO => Proposição 20040200019 => Parecer: Favorável	12/11/2004	
14	Requerimento de urgência => 20040200019 => LUIZ PAULO => A urgência deferida nos termos do § 4º do Art. 127 do Regimento Interno, DOCS p. 9	01/12/2004	
15	Distribuição => 20040200019 => Comissão de Saúde => Relator: Sem Distribuição => Proposição 20040200019 => Parecer: Devolvido para a Ordem do Dia	08/12/2004	
16	Distribuição => 20040200019 => Comissão de Orçamento Finanças Fiscalização Financeira e Controle => Relator: Sem Distribuição => Proposição 20040200019 => Parecer: Devolvido para a Ordem do Dia	08/12/2004	

http://leqleq.lalerj.rj.gov.br/scpro0307.asp?Id_SbfSede=95601f903256caa0023131b/2021... 22/9/2005

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 19/2004

EMENTA:
DISPÕE SOBRE A GESTÃO UNIFICADA DA
REDE DE SAÚDE PÚBLICA NA REGIÃO
METROPOLITANA QUE ESPECIFICA

Autor(es):

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

RESOLVE:

Art 1º. Ficam instituídas, nos termos dos artigos 25, §3º e 198 da Constituição Federal, as Regiões Metropolitanas de Saúde I e II, para integrar a organização, o planejamento e execução de ações e serviços do Sistema Único de Saúde - SUS - na Rede Estrutural de Saúde Pública, com a seguinte constituição:

I - Região Metropolitana de Saúde I, com os municípios de: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica;

II - Região Metropolitana de Saúde II, com os municípios de: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá.

Art 2º - A gestão unificada da Rede Estrutural de Saúde Pública das Regiões Metropolitanas de Saúde I e II, instituída por esta Lei, poderá ser efetuada, também, mediante um ou mais consórcios, a serem firmados por adesão, pelos municípios componentes das Regiões e dela farão parte também o Estado e a União.

Art 3º - A coordenação da Rede Estrutural de Saúde Pública será escolhida, em comum acordo, pelos 19 (dezenove) municípios envolvidos e um representante do Conselho Estadual de Saúde, eleito diretamente por seus membros.

Parágrafo único - O Município Coordenador-Geral será eleito pelo período de 4 (quatro) anos e escolhido pelo voto direto e paritário dos representantes municipais e do representante do Conselho Estadual de Saúde.

Art. 4º - Os municípios consorciados estabelecerão, em seu Regimento interno, procedimentos adequados à participação popular e ao controle social, que ocorrerá no âmbito do Conselho Consultivo, com definição de suas atribuições.

Parágrafo único - O Conselho Consultivo do Consórcio deverá ser composto pelos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde e dos Poderes Legislativos de cada município consorciado, além de um representante do Poder Legislativo Estadual, escolhidos entre seus pares.



ANEXO F – POR UM TRATAMENTO MAIS PERMANENTE PARA A CRISE – VALCLER RANGEL FERNANDES

POR UM TRATAMENTO MAIS PERMANENTE DA CRISE.

As medidas tomadas pelo Ministério da Saúde no município do Rio, além de inevitáveis foram uma demonstração de sensibilidade com a situação de grande sofrimento por que passa a população carioca dependente destes serviços. O que indubitavelmente está faltando no SUS carioca é autoridade e o ministério exerceu este papel baseado na legislação vigente que assegura o direito à saúde.

No entanto, entendendo esta ação como um tratamento sintomático para uma doença crônica que já se arrasta por longo período. Somente um conjunto de medidas sérias e partilhadas pelos gestores municipais, estadual e federal, poderá enfrentar de maneira permanente, uma crise que possui raízes na implantação inconclusa do SUS no estado do Rio de Janeiro e principalmente na região metropolitana.

O momento é propício para, de maneira acelerada, aplicarmos um receituário adiado por sucessivas indecisões e aplicação de fórmulas milagrosas e duvidosas na saúde. Este tratamento também só poderá ser efetivo se acompanhado pelo estabelecimento de um Termo de Ajuste de Conduta, monitorado pela sociedade e pelo Ministério Público Estadual e Federal, onde todos se comprometam com cronogramas, metas e resultados, consubstanciados num plano de ação de curto, médio e longo prazo.

Quais seriam estas medidas de organização do sistema de saúde na região metropolitana:

1. Implantação de um projeto de expansão do programa de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, com priorização das regiões de maior risco, definidas por indicadores sociais. Esta ação não exclui a imediata garantia de funcionamento da rede básica existente, com a garantia de suporte diagnóstico e de medicamentos, voltados principalmente para as patologias de grande magnitude, como a hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase. Do mesmo modo deverá haver prioridade para o pré-natal com qualidade e do acompanhamento da primeira infância visando a redução das taxas de mortalidade infantil;
2. Qualificação da rede de atendimento secundário, com ambulatórios que possam ofertar atenção especializada e de referência para os casos não resolvidos na atenção básica. Esta ação será bem sucedida se articulada a instalação de centrais de consultas especializadas nas microregiões, garantindo o chamado mecanismo de referência e contra referência e, da efetivação do sistema de cartão de saúde - Cartão SUS - para toda a população;
3. Implantação do sistema de atendimento SAMU 192, no sentido de garantir o atendimento as emergências e estabelecendo o fluxo adequado a gravidade dos casos e a proximidade do primeiro atendimento nos hospitais de referência;
4. Instalação imediata de centrais de leitos, estratégia já utilizada em outros estados da federação e mesmo aqui no Rio para os leitos de UTI neo-natal,

visando a otimização dos leitos hospitalares públicos e contratados pelo SUS. Uma tecnologia como essa pode reduzir a fila de espera por internações, aumentando a eficiência dos nossos hospitais;

5. Estabelecimento de um Plano de Investimentos, voltado prioritariamente para a Baixada Fluminense e São Gonçalo, devido ao grande déficit de leitos existentes nestes municípios. Enquanto este plano não se efetiva, deveremos rever a programação de contratações do setor privado para a complementação dos serviços públicos;
6. Organização de um sistema articulado de compras de insumos e medicamentos, de adesão voluntária, com o objetivo de padronizar ao máximo a qualidade e os preços praticados pelo setor público. Do mesmo modo, o estabelecimento de um banco de preços, que inclua a prestação de serviços, poderá trazer profundos benefícios nos processos aquisição e de terceirização existentes, dando maior visibilidade para o controle social dos procedimentos de gastos do SUS;


Esta meia dúzia de medidas, certamente, não são suficientes para dar conta da totalidade dos problemas existentes, principalmente porque devem ser discutidas e monitoradas pelas instâncias de controle social e necessitam de outras operações voltadas para a humanização do atendimento, nas áreas de recursos humanos, finanças, controle / avaliação / auditoria e no investimento de modernização da gestão como um todo.

Porém, estas medidas são indispensáveis para o estabelecimento de uma nova etapa no processo de reordenação do sistema público de saúde na região metropolitana, e no momento posterior a "intervenção" do ministério da saúde no município do Rio. Não podemos permitir que a situação caótica encontrada retorne e esta possibilidade não é remota, caso ficarmos somente na fase sintomática sem atacar as verdadeiras raízes do problema!

Rio de Janeiro, 12 de março de 2005.

Valcler Rangel Fernandes
Secretário Municipal de Saúde de Nova Iguaçu

ANEXO G – FÔLDER DO SEMINÁRIO



APRESENTAÇÃO

O Seminário tem como principal objetivo articular as propostas de gestão participativa em saúde do município do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense para construir um Plano de Saúde para a Região Metropolitana I.

Este Plano visa potencializar a participação social no processo de formulação e gestão das políticas públicas, fortalecendo e articulando os Conselhos Municipais e Distritais do Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense.

A organização do seminário tem como eixo as questões relativas aos principais problemas e propostas tiradas nos 4 seminários anteriores (os 3 seminários de Gestão Participativa realizados na Baixada Fluminense e 1 no município do Rio de Janeiro, em 2004) e ao papel dos gestores na reorganização do SUS. O Seminário contará com a participação dos Conselhos da Região Metropolitana II.

MANHÃ
8h às 9h – Mesa de Abertura

Participantes

- COSEMS
- Secretaria de Gestão Participativa/MS
- Representantes dos Conselhos Nacional e Estadual de Saúde
- Representantes dos Fóruns de Conselhos das Regiões Metropolitanas I e II
- Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- Universidade Federal Fluminense
- FIOCRUZ
- Associação de Prefeitos da Baixada

9h às 13h Plano Regional para a Região Metropolitana I Reorganizando o SUS

- Apresentação dos principais problemas e propostas, fruto dos Seminários realizados
- A Superação da Crise da Saúde
 - ✓ Reorganização do Sistema (Atenção Básica e Saúde da Família Referência e Contra-Referência);
 - ✓ Desabilitação do Município do Rio de Janeiro/Termo de Ajustamento de Conduta;
 - ✓ Financiamento.
 - ✓ A Questão dos Recursos Humanos
 - ✓ Consórcio da Região Metropolitana I

TARDE

13h às 14h Almoço

14h às 16h Trabalho de Grupos

17h às 19h Plenária Final

Apoio e realização



Informação

UERJ
Tel. 2557 7359 / 220/232

UFRJ
Tel. 2562 6356 ou 2562 6355
O ED-RJ

Tel. 2240 6937

OMG-RJ
Tel. 2503 2024

Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da RMRJ
Tel. 2662 0038



Rio de Janeiro
Seminário Gestão Participativa

Tema: PLANO REGIONAL PARA A REGIÃO METROPOLITANA I REORGANIZANDO O SUS

Data: 01.04.2005

Horário: 08:30 às 19:00h
Local: UERJ
Pavilhão João Lyra Filho
Auditório 93 - 9º andar

ANEXO H – ROTEIRO DOS GRUPOS

5.º SEMINÁRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA I DO RIO DE JANEIRO

Data: 1.º de abril de 2005

ROTEIRO DOS GRUPOS

10 minutos

- ⇒ Apresentação dos coordenadores e integrantes do grupo
- ⇒ Objetivo do grupo: discutir as principais propostas para a elaboração de um plano regional para Metropolitana I.
- ⇒ Escolher o relator do grupo
- ⇒ Escolher quem vai cronometrar o tempo
- ⇒ Registrar dois minutos para cada intervenção

45 minutos

- ⇒ Diante da crise na saúde evidenciada no Município do Rio de Janeiro e que afeta a toda a Região Metropolitana I, quais são as principais propostas para elaboração de um plano regional com relação:

1. à rede de serviços e ao atendimento aos usuários
(Eixo: Reorganização do SUS)
2. aos recursos humanos
(Eixo: Superação da precarização dos recursos humanos)
3. ao controle social
(Eixo: Fortalecimento do controle social e da participação social)
4. ao financiamento

OBS.: O grupo vai discutir primordialmente um eixo e o financiamento. Se der tempo, poderá ir para os outros.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, janeiro de 2007

OS 0051/2007