

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Participativa

Reorganizando o SUS na Região

3.º Seminário de Gestão Participativa
Fórum de Conselhos Municipais de
Saúde da Região Metropolitana I
Rio de Janeiro – 2004

1.ª edição
1.ª reimpressão

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2005

© 2005 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 pela cessão de direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Metropolitanos

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2005 – 1.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:
Secretaria de Gestão Participativa
Coordenação-Geral de Qualidade de Serviço e Humanização do Atendimento
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 435
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-3287 / 3321-1935
E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Organização:
Projeto Mobilização Social para a Gestão Participativa SGP/MS
Coordenadora: Lúcia Regina Florentino Souto
Equipe: Rosemberg de Araújo Pinheiro
Valéria do Sul Martins

Fórum dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro

Equipe da Universidade Federal do Rio de Janeiro:
Elisabete Pimenta Araújo Paz – Docente EEAN
Élson Cormack – Docente Faculdade de Odontologia
Fabiana de Sousa Faria – Residente Saúde Coletiva NESC
Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti – Docente NESC
Marta Henriques de Pina Cabral – Resid. Saúde Coletiva
Marta Maria Antonieta de Souza Santos – Docente INJC
Regina Lúcia Dodds Bomfim – Pesquisadora NESC
Victoria Maria Brant Ribeiro – Docente Nutes

Equipe da Universidade Estadual do Rio de Janeiro:
Andréa Gonzaga de Oliveira – Projeto Políticas Públicas de Saúde/FSS
Débora de Sales Pereira – Projeto Políticas Públicas de Saúde/FSS
Maria Inês Souza Bravo – Docente Faculdade de Serviço Social
Matheus Thomaz da Silva – Projeto Políticas Públicas de Saúde/FSS
Maurílio Castro de Matos – Docente Faculdade de Serviço Social
Renata Moraes Cardozo – Projeto Políticas Públicas de Saúde/FSS
Rodrigo de Oliveira Ribeiro – Projeto Políticas Públicas de Saúde/FSS
Ilustração da capa: Sergio Murilo Tadeu – Nutes/UFRJ

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa.
Reorganizando o SUS na região / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
52 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências), (Série Cadernos Metropolitanos)

ISBN 85-334-0866-8

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

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0656

Títulos para indexação:

Em inglês: Reorganizing the SUS in the area
Em espanhol: Reorganizando el SUS en la región

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
Home page: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Lena Aparecida Silvério
Revisão: Lillian Alves Assunção
Projeto gráfico e capa: Sérgio Ferreira

SUMÁRIO

3.º Caderno Metropolitano de Gestão Participativa da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Reorganizando o SUS na Região	5
1 Dr. André Ceciliano, Prefeito de Paracambi, na Qualidade de Presidente, Licenciado, da Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense	6
2 Dr. Antonio Maia Neto, Subsecretário de Saúde de São João de Meriti, na Qualidade de Representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde	6
3 Meronil Ferreira Cindra, Presidente do Conselho de Saúde de Belford Roxo, como Representante do Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I	7
4 Dr.ª Lúcia Souto, Médica Sanitarista, Representante da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde	7
5 Dr. Valcler Rangel, Médico Sanitarista, Representante da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde.	8
Tabela 1. Distribuição da População e dos Municípios Brasileiros por Faixa Populacional	9
Mapa 1. Densidade Populacional	10
Mapa 2. Índice de Envelhecimento – Período: 1991 e 2002.	10
Tabela 2. Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas por % de Óbitos por Regiões e Grupo de Causas – Período: 2001	11
Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil – Brasil, 1994 a 2002, Taxa/1.000 Nascidos Vivos.	11
Mapa 3, Tabela 3. Taxa de Mortalidade Infantil – Brasil, 2001	12
Mapa 4, Tabela 4. Taxa de Incidência de Tuberculose – Período: 2002.	12
Mapa 5, Tabela 5. Taxa de Detecção de Hanseníase – Período: 2002.	13
Tabela 6. Saúde Bucal	13
Tabela 7. Razão de Mortalidade Materna Segundo Regiões, Brasil, 1996 – 2001	15

Mapa 6, e Tabela 8. N.º de Leitos Hospitalares (SUS) por 1.000 Habitantes, por UF – Brasil 2002	15
Tabela 9. Características da Internação Hospitalar pelo SUS, no Ano de 2001	16
Tabela 10. Proporção de Internações Hospitalares (SUS) por Grupos de Causas – 2002	16
Mapa 7. Distribuição do Grau de Cobertura da Saúde Suplementar	17
Tabela 11. Situação Normativa Atual – NOAS e NOB 96 Vigentes	17
Tabela 12. Cumprimento da EC 29 pelos Municípios.	17
Mapa 8. Acompanhamento da EC 29/2000 Brasil Ano Base 2002 – Estados	18
6 Dr. Wilson de Maio, Subsecretário de Desenvolvimento do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro	20
Atendimento nas Unidades de Saúde Importância da Integração nos Níveis Primário, Secundário e Terciário.	21
O Estado dá Saúde – Projeto de Incentivo Estadual aos Municípios Ano 2004	23
7 Dr. Antônio Dercy Silveira Filho, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.	26
Relatório – Síntese dos Grupos de Trabalho	28
Formação dos Profissionais de Saúde, o PSF e o SUS – Victoria Brant, Adriana Brant	33
Na Trilha do Financiamento para o SUS – Marta Antonieta de Souza Santos.	39
1 Orçamento Público	39
2 Financiamento do SUS.	40
3 A Fiscalização da Execução Orçamentária.	42
Anexos	46

3.º Caderno Metropolitano de Gestão Participativa da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Reorganizando o SUS na Região

Este caderno apresenta uma síntese do 3.º Seminário de Gestão Participativa promovido pelo Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, no dia 27 de agosto de 2004, na Universidade Unigranrio, em Duque de Caxias, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e das Universidades Unigranrio, Uerj e UFRJ.

O tema do seminário foi “Reorganizando o SUS na Região” e os objetivos foram:

- aperfeiçoar a cooperação regional e constituir um plano com metas sociais em saúde para a Região Metropolitana I;
- fortalecer a consciência sanitária da população como um todo;
- iniciar o delineamento do plano regional por meio de pactos entre os sujeitos co-responsáveis pelas ações sanitárias.

Assinaram a lista de presença 79 pessoas, sendo a maioria de Conselheiros de Saúde. Japeri foi o único município da Baixada Fluminense sem representantes no seminário.

Entre os gestores estiveram presentes: o subsecretário de Saúde de Duque de Caxias, o subsecretário de Saúde de São João de Meriti representando o Cosems, o prefeito de Paracambi representando a Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense, o subsecretário de Planejamento da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, o subsecretário de Desenvolvimento dos Sistemas de Saúde da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro, representante da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, representantes do QualiSUS/MS, representante da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde, representante do Departamento de Atenção Básica/MS e representante da Secretaria de Habitação de Belém – PA

Participaram, ainda, professores e estudantes das Universidades: UFRJ, Uerj e Unigranrio.

Compuseram a mesa de abertura representantes das Secretarias-Executivas e de Gestão Participativa do Ministério da Saúde; o subsecretário de Desenvolvimento do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; o prefeito de Paracambi na qualidade de presidente, licenciado, da Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense; o subsecretário de Saúde de São João de Meriti representando o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde; o subsecretário de Saúde de Duque de Caxias; o presidente do Conselho de Saúde de Belford Roxo, e o conselheiro de Saúde de Queimados, como representantes do Fórum de Conselhos de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro; e uma representante das universidades.

O terceiro caderno metropolitano do Rio de Janeiro apresenta resumidamente a fala dos membros da mesa de abertura, as palestras proferidas pelos representantes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, e o relatório das discussões nos grupos de trabalho. Contém dois textos: o primeiro acerca da importância de formar um profissional de saúde em sintonia com a estratégia de saúde da família; e o segundo sobre o financiamento das ações e serviços de saúde no SUS. Em anexo, traz o pôster com a programação do seminário (anexo I), o roteiro e dois documentos que subsidiaram os grupos de discussão (anexos II, III e IV), e a carta compromisso resultante do seminário (anexo V).

1 Dr. André Ceciliano, Prefeito de Paracambi, na Qualidade de Presidente, Licenciado, da Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense

Em sua explanação, o Dr. André Ceciliano reafirmou o compromisso da Associação de Prefeitos em acompanhar o Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I e trazer os demais prefeitos para participar. Declarou que a Associação de Prefeitos da Baixada Fluminense se integrou à organização dos Seminários de Gestão Participativa e que seu substituto, e presidente em exercício, o prefeito de São João de Meriti, Antonio de Carvalho, manifestou o compromisso da Associação com a melhoria das políticas de saúde na região e com o empenho em assumir as propostas resultantes deste seminário.

Informou que a Associação de Prefeitos recebeu R\$50.000.000,00 do Ministério das Cidades para investir na rede de água e saneamento em parceria com a FASE.

Ressaltou, ainda, a necessidade de discutir o tema da alta complexidade em nível regional, a atenção domiciliar aos idosos e a inclusão de profissionais de psicologia e fisioterapia no PSF.

2 Dr. Antonio Maia Neto, Subsecretário de Saúde de São João de Meriti, na Qualidade de Representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde

Em sua exposição, enfatizou a importância de inserção do movimento popular no consórcio intermunicipal de Saúde. Apontou o atual distanciamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (Cisbaf) e a necessidade de criar uma forma de participação dos conselheiros neste consórcio. Destacou algumas ações realizadas pelo Cisbaf:

- 1 - Maternidade anexa ao Hospital da Posse em Nova Iguaçu.
- 2 - Unidades Básicas cadastradas – reserva de vagas (em outras maternidades da Região). Central de regulação.
- 3 - Pré-natal de baixo risco (consultórios).

Referiu que na reunião preparatória deste seminário, realizada na Associação de Prefeitos, discutiu-se muito a precarização do trabalho (no PSF, no Samu) e a falta de recursos humanos nos municípios. Manifestou, então, algumas indagações sobre como proceder para absorver essas responsabilidades: realizar concurso e firmar contratos precários.



Conclamou as universidades a participarem das ações de saúde como uma necessidade dos municípios da Baixada, criticando as dificuldades de atendimento dessa população nos hospitais universitários. Salientou a importância de que o futuro profissional de saúde tenha conhecimento da realidade sanitária deficiente na região.

Desaprovou a redução de leitos psiquiátricos sem a garantia de manutenção do suporte medicamentoso para os pacientes, e a descontinuidade no suprimento da cesta básica que compreende pelo menos 13 medicamentos, inclusive para tratamento de hipertensão e diabetes.

Abordou, também, a dificuldade de atenção nas média e alta complexidades registrando a carência de 1.100 leitos de Clínica Médica.

3 Meronil Ferreira Cindra, Presidente do Conselho de Saúde de Belford Roxo, como Representante do Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I

Apresentou itens considerados relevantes para discussão nos grupos de trabalho, segundo o ponto de vista do fórum:

- popularizar a discussão do Plano Regional de Saúde;
- elaborar propostas para uma agenda comum;
- pensar a saúde como meta e não como produção.

Ressaltou que o 3.º Seminário foi seqüência de um processo iniciado com a realização de dois seminários anteriores nos quais foram apresentadas e discutidas a realidade dos problemas de saúde da região e outras informações para dar apoio à participação efetiva da população. Relatou que o processo foi vitorioso pois conseguiu somar, além do Fórum de Conselhos Municipais, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, a Associação de Prefeitos da Baixada e as universidades. Lembrou que a região vive uma tragédia sanitária sendo necessário o compromisso dos participantes para construir uma Agenda Pública que dê conta de superar essa situação. Informou terem participado em média mais de 200 pessoas em cada seminário e que o desafio daqui para frente será fazer cumprir a agenda a ser produzida no 3.º seminário. Lembrou a importância de resgatar a experiência do Programa Especial Saúde Baixada (PESB).

4 Dr.ª Lúcia Souto, Médica Sanitarista, Representante da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde

Declarou que todos os presentes foram construtores deste seminário e da agenda pública a envolver a Associação de Prefeitos, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde.

Ressaltou ser este o terceiro seminário de um processo de co-responsabilidade sobre a política pública da saúde com a finalidade de tirar uma agenda de trabalho para que algumas metas sociais possam ser alcançadas. Mencionou algumas decisões conjuntas já tomadas nesse processo:



1) Construir um Plano Regional de Saúde que possa ter vida, que possa ser popularizado, para que todos saibam quais são os problemas. Todos devem conhecer o que é o inadmissível em saúde e, neste plano regional, deve-se trabalhar a lista deste inadmissível.

2) Estabelecer os meios para que estas metas sociais em saúde possam ser atingidas. Uma dessas estratégias é a de Saúde da Família com potencial para alavancar a reestruturação do sistema de saúde na região.

3) Enfrentar a precarização do trabalho, um nó importante a ser desatado nas várias regiões. Para isso, é importante conhecer o panorama de iniciativas que estão sendo tomadas em nível local. No Ceará, está em andamento o concurso público de base local. Lembrou que na região da Baixada já houve uma experiência anterior de concurso público de base local, o Programa Especial de Saúde da Baixada (PESB).

4) Encaminhar projeto de lei orçamentária dos Conselhos Municipais de Saúde para aprovação nas respectivas câmaras municipais sobre a autonomia do Fundo Municipal de Saúde. As prefeituras devem definir orçamentos para o funcionamento dos conselhos, com autonomia.

5) Buscar estratégias de aperfeiçoamento da cooperação regional. O secretário de Saúde de São João de Meriti sugeriu uma gestão participativa no consórcio da região.

Finalizou apontando estes eixos para serem trabalhados nas discussões dos grupos.



8

5 Dr. Valcler Rangel, Médico Sanitarista, Representante da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde

“Cabem, pelo menos, duas perguntas em um país onde a figura do cidadão é tão esquecida.

Quantos habitantes, no Brasil, são cidadãos?

Quantos nem sequer sabem que o são?”

Há uma dívida social muito grande a ser paga e para isso é necessário fortalecer o controle social e estabelecer um pacto pela saúde no Brasil.

A situação atual apresenta alguns nós críticos em que se destaca:

- processo de planejamento, programação e avaliação fragmentado;
- sistema de informação fragmentado e pouco voltado para o suporte ao processo de gestão;
- modelo de atenção baseado na oferta de serviços.

Pretende-se resgatar a possibilidade de usar a ferramenta do planejamento para a gestão. Tornar o ato de preparar um planejamento dinâmico, participativo, na hora de planejar fazer um pacto pela saúde no Brasil. Não realizar um planejamento centralizado, para isso o planejamento precisa ser pactuado. O centro desse pacto é o cidadão, que no Brasil é uma figura esquecida.

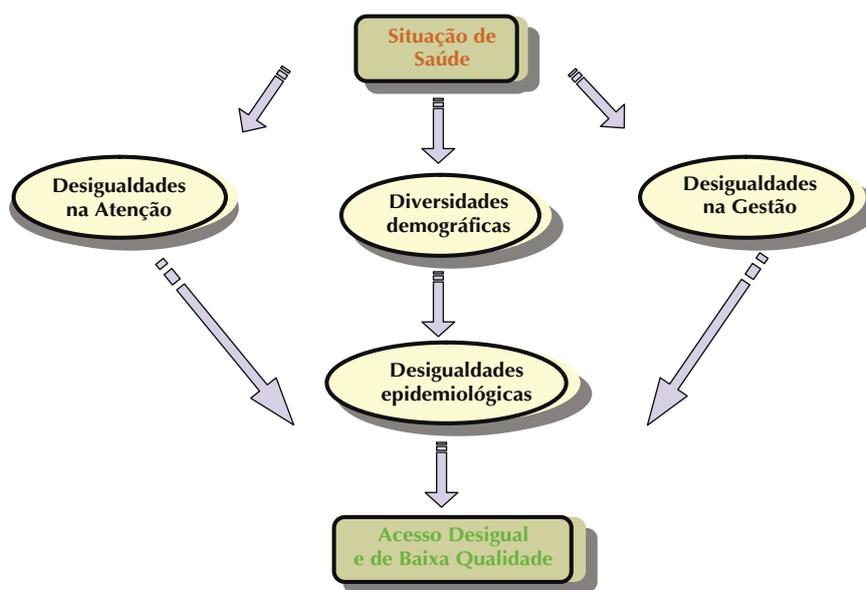
Algumas diretrizes políticas são prioritárias e vem sendo implementadas:

- políticas assistenciais recuperando demandas represadas (reajustes de tabela, urgência, H.U.s, etc.) e lançando projetos de renovação (Hospitais de Pequeno Porte, Atenção Domiciliar, Fila Zero, etc.);
- média complexidade em processo de definição de diretrizes;
- atenção básica em expansão;

- assistência farmacêutica definida como prioridade;
- área de vigilância com diretrizes definidas;
- pólos de educação permanente em implantação;
- agenda de ciência e tecnologia definida.

A questão do SUS passa por uma série de complexidades que precisam ser abordadas em sua completude.

Alguns aspectos de uma análise situacional:



Desigualdade e Diversidade

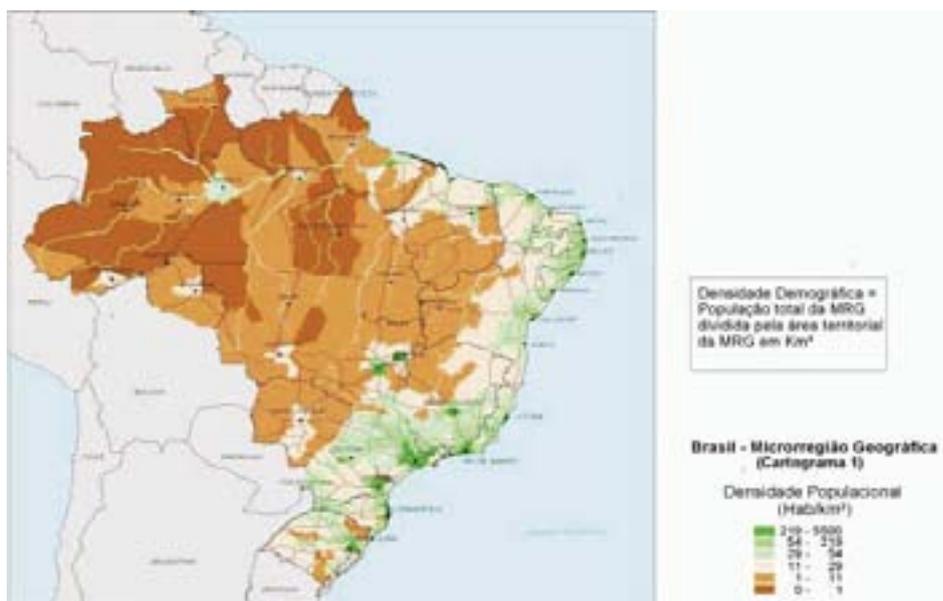
- Perfil socioeconômico e demográfico
- Condições de saúde da população
- Organização e funcionamento do SUS

Tabela 1. Distribuição da População e dos Municípios Brasileiros por Faixa Populacional.

Faixa (por habitante)	População 2003		Municípios	
	Pop total	Dist. %	n.º	Dist. %
Até 10.000	14.008.250	7,92	2.681	48,22
De 10.000 a 20.000	19.212.149	10,86	1.341	24,12
De 20.000 a 50.000	29.733.362	16,81	990	17,81
De 50.000 a 100.000	21.674.649	12,25	309	5,56
De 100.000 a 1.000.000	55.574.057	31,42	225	4,05
Mais de 1.000.000	36.668.970	20,73	14	0,25
Total	176.871.437	100,00	5.560	100,00

Fonte: IBGE – estimativa populacional 2003.

Mapa 1. Densidade Populacional.

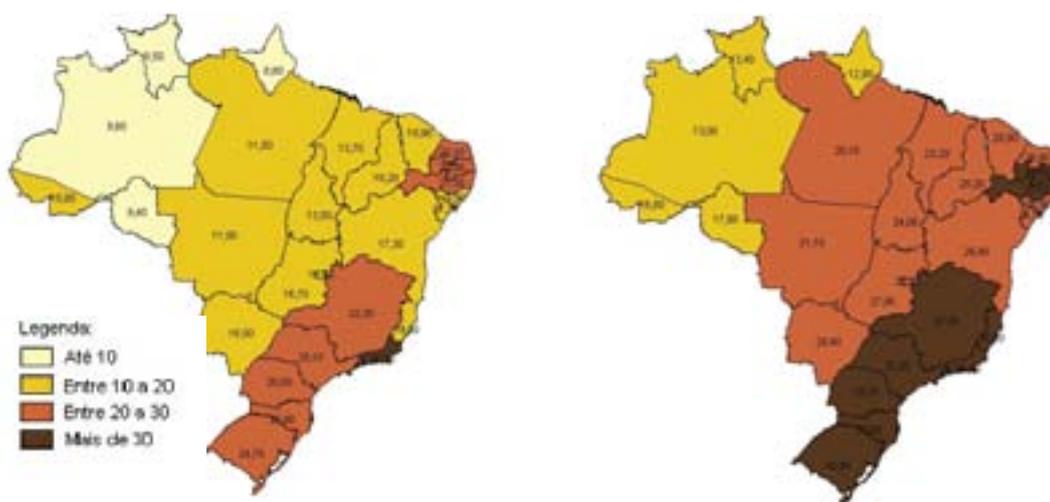


10

Na tabela 1, da página anterior, observa-se que 75% dos municípios brasileiros possuem menos de 20.000 habitantes e 50% dos municípios brasileiros possuem menos de 80.000 habitantes. O mapa 1 evidencia que a população concentra-se nos municípios de maior porte.

Os mapas 2 mostram o rápido envelhecimento da população brasileira. O estado do Rio de Janeiro possui populações envelhecidas.

Mapa 2. Índice de Envelhecimento – Período: 1991 e 2002. Número de Pessoas com 60 Anos e mais de Idade por 100 Pessoas Menores de 15 Anos de Idade.



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), Censos, Contagem populacional e projeções demográficas preliminares.

Em relação à mortalidade, a tabela 2 exhibe a importância das mortes por causas externas e por doenças do aparelho circulatório em todas as regiões do País.

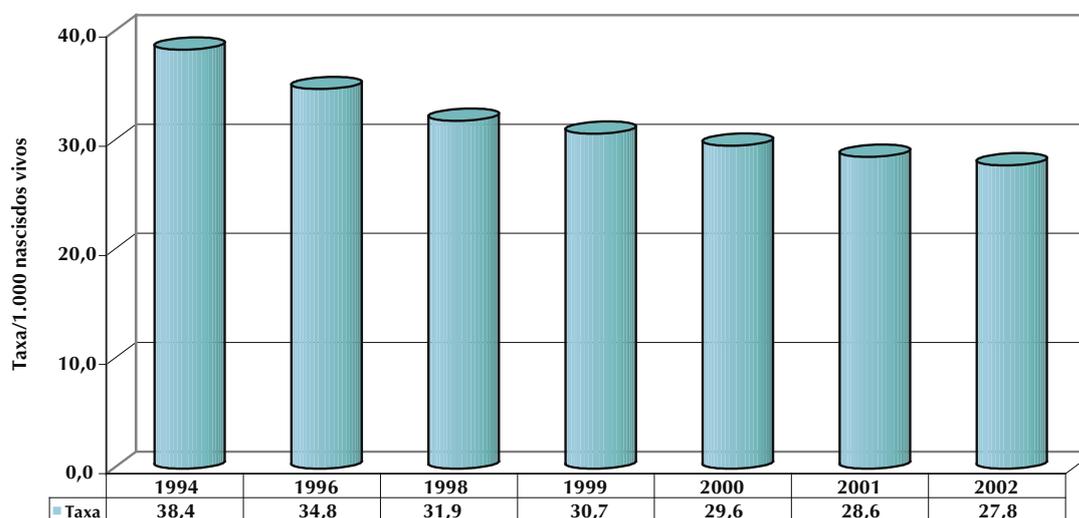
**Tabela 2. Mortalidade Proporcional por Grupos de Causas
% de Óbitos por Regiões e Grupo de Causas – Período: 2001.**

Regiões	Doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Afecções originadas no período perinatal	Causas externas	Demais causas definidas	Total
Norte	7,79	11,68	24,04	10,57	10,18	17,85	17,89	100,00
Nordeste	6,62	11,86	30,38	9,41	6,79	15,54	19,40	100,00
Centro-Oeste	6,22	14,08	30,17	9,57	4,76	18,14	17,06	100,00
Sudeste	5,11	15,80	32,79	11,42	2,94	14,48	17,46	100,00
Sul	4,13	18,77	33,93	11,95	2,63	11,92	16,67	100,00
Total	5,45	15,18	31,91	10,94	4,15	14,64	17,73	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Um aspecto favorável na condição sanitária do País foi a redução da mortalidade infantil (Gráfico 1) ao longo dos últimos 20 anos, no entanto, permanece a distribuição desigual das mortes infantis. O Estado de Alagoas apresenta 59 óbitos em menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos (Mapa e Tabela 3).

Gráfico 1. Taxa de Mortalidade Infantil – Brasil, 1994 a 2002, Taxa/1.000 Nascidos Vivos.



Mapa 3 e Tabela 3. Taxa de Mortalidade Infantil – Brasil, 2001.
Número de Óbitos Infantis (Menores de 1 Ano) por 1.000 Nascidos Vivos.

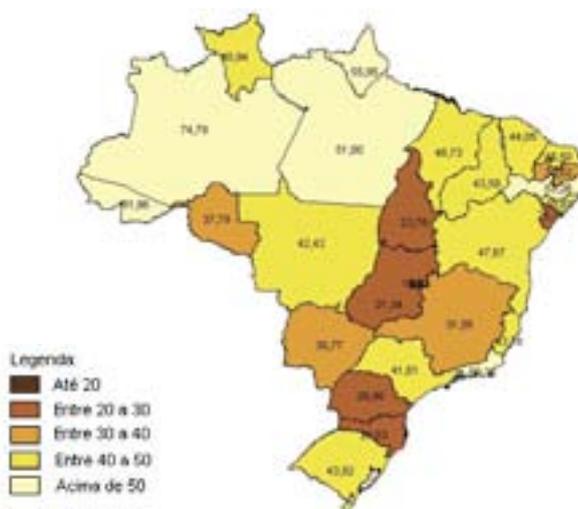


UF	2001
Acre	34,30
Amapá	25,41
Amazonas	29,40
Pará	28,10
Rondônia	25,22
Roraima	18,64
Tocantins	29,12
Alagoas	59,98
Bahia	39,78
Ceará	36,60
Maranhão	47,58
Paraíba	46,77
Pernambuco	46,31
Piauí	34,60
Rio Grande do Norte	43,23
Sergipe	41,91
Espírito Santo	17,86
Minas Gerais	21,44
Rio de Janeiro	18,25
São Paulo	16,50
Paraná	17,49
Rio Grande do Sul	15,75
Santa Catarina	15,49
Distrito Federal	15,70
Goiás	21,29
Mato Grosso	22,15
Mato Grosso do Sul	24,01
Brasil	27,42

MS/SVS – Sistema de Informações sobre Nas cidos Vivos (Sinasc).
 MS/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).
 IBGE/Estimativas demográficas.

12

Mapa 4 e Tabela 4. Taxa de Incidência de Tuberculose – Período: 2002.
Taxa de Incidência: Casos por 100.000 Habitantes – por UF.



UF	Taxa de incidência
Acre	51,96
Alagoas	40,83
Amapá	55,95
Amazonas	74,79
Bahia	47,67
Ceará	44,05
Distrito Federal	18,92
Espírito Santo	43,76
Goiás	21,34
Maranhão	48,73
Mato Grosso	42,42
Mato Grosso do Sul	38,77
Minas Gerais	31,56
Pará	51,80
Paraíba	33,02
Paraná	26,96
Pernambuco	53,26
Piauí	43,58
Rio de Janeiro	89,32
Rio Grande do Norte	45,50
Rio Grande do Sul	43,92
Rondônia	37,79
Roraima	40,94
Santa Catarina	28,53
São Paulo	41,61
Sergipe	26,71
Tocantins	23,78
Total	44,57

Fonte: MS/SVS – Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (Sinan).

Os Estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco apresentam altos índices de tuberculose (Mapa e Tabela 4). Tuberculose e hanseníase são parte da dívida social.

Mapa 5 e Tabela 5. Taxa de Detecção de Hanseníase – Período: 2002.
Taxa de Detecção de Hanseníase: Casos por 10.000 Habitantes – por UF.



UF	Tx. detecção hans.
Acre	2,08
Alagoas	1,43
Amapá	3,89
Amazonas	4,85
Bahia	1,94
Ceará	3,36
Distrito Federal	1,64
Espírito Santo	5,36
Goiás	7,31
Maranhão	8,88
Mato Grosso	13,67
Mato Grosso do Sul	3,08
Minas Gerais	1,99
Pará	9,49
Paraíba	2,52
Paraná	1,76
Pernambuco	4,19
Piauí	5,68
Rio de Janeiro	2,39
Rio Grande do Norte	0,93
Rio Grande do Sul	0,23
Rondônia	10,36
Roraima	9,23
Santa Catarina	0,42
São Paulo	0,78
Sergipe	2,31
Tocantins	12,08
Total	2,92

Fonte: MS/SVS – Sistema de Informações de Agravos Notificáveis (Sinan).

Tabela 6. Saúde Bucal.

Regiões/Brasil	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Norte	47,45	53,10	57,07	63,11	62,98	50,14
Nordeste	57,98	55,17	56,13	56,25	57,36	57,23
Sudeste	52,37	64,67	70,08	54,69	46,70	43,59
Sul	52,83	71,51	76,25	61,87	53,09	52,19
Centro-Oeste	32,53	53,32	54,83	57,22	39,13	54,10
Brasil	51,89	61,24	64,84	57,09	51,61	50,25

Fonte: SIM/Sinasc: SVS/MS.

IDADE	METAS DA OMS PARA 2000	SB Brasil 2003
5	50% livre de cárie	40%
12	CPO-D \leq 3,0	2,78
35-44	75% com 20 ou mais dentes	52%
65-74	50% com 20 ou mais dentes	10%

Dados relevantes em relação à saúde do adolescente

- Na Região Norte, uma em cada quatro mães adolescentes teve seu filho entre 15 e 16 anos de idade.
- A Região Norte apresentou a maior proporção de nascidos vivos entre mães de 10 a 19 anos de idade (30,3%). A Região Sudeste foi a que registrou a menor proporção (19,8%), sobressaindo o Estado de São Paulo (19,1%).
- As causas externas representam a 1.^a causa de morte de adolescentes de 10 a 19 anos de idade. Em 1998, mais de 16 mil adolescentes morreram, representando 62,40% do total de morte nessa faixa etária.
- Segundo o SIM, em 1998, foram constatados 3.847 óbitos, causados por acidentes de transportes, envolvendo adolescentes de 10 a 19 anos, e mais de 6 mil adolescentes foram assassinados, uma mortandade só comparável com as que se registram em conflitos armados.

Dados relevantes em relação à saúde do adulto

- Comparando-se dois períodos de 5 anos, 1979 a 1983 e 1995 a 1999, constata-se variações significativas na mortalidade por câncer na população masculina e feminina. No conjunto dos óbitos por tumores malignos, diminui a mortalidade por câncer de estômago (5,54% entre os homens e 3,32% entre as mulheres); aumenta significativamente entre os homens a proporção de óbitos por câncer de próstata (4,16%) e, entre as mulheres, por câncer de traquéia, brônquios e pulmões (2,25%) e por câncer de mama (1,82%).
- O câncer de mama é diagnosticado tardiamente em cerca de 60% dos casos.
- Na pesquisa realizada por Laurenti (2002), o AVC aparece como a primeira causa de morte em mulheres de 10 a 49 anos; a doença hipertensiva, a doença isquêmica do coração e a diabetes *mellitus* ocupam, respectivamente, o sétimo, o oitavo e o nono lugares.
- Mulheres negras recebem tratamento diferenciado, menores cuidados médicos, quando comparadas com as mulheres brancas: 5,1% gestantes brancas não receberam anestesia na parto normal, para 11,1% das gestantes negras;

- 69,5% dos óbitos dos homens negros ocorrem até 54 anos, para uma proporção de 45,1% para os homens brancos;
- a diferença relativa entre os níveis de mortalidade de negros e brancos, menores de um ano, entre 1980 e 2000, passou de 21% para 40%, praticamente dobrando a disparidade;
- homens pretos morrem mais que os brancos por causa externa em todas as faixas etárias (10-44 anos); a taxa de mortalidade dos homens pretos sempre supera a dos homens brancos;
- o risco relativo de morte materna é 7,4 vezes maior nas mulheres negras do que nas brancas.

Tabela 7. Razão de Mortalidade Materna Segundo Regiões, Brasil, 1996 – 2001. Desigualdades em Relação à População Negra.

Regiões/Brasil	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Norte	47,45	53,10	57,07	63,11	62,98	50,14
Nordeste	57,98	55,17	56,13	56,25	57,36	57,23
Sudeste	52,37	64,67	70,08	54,69	46,70	43,59
Sul	52,83	71,51	76,25	61,87	53,09	52,19
Centro-Oeste	32,53	53,32	54,83	57,22	39,13	54,10
Brasil	51,89	61,24	64,84	57,09	51,61	50,25

Fonte: SIM/SINASC: SVS/MS

Mapa 6 e Tabela 8. Número de Leitos Hospitalares (SUS) por Habitante. Leitos/1.000 Hab. por UF – Brasil 2002.



UF	Leitos/1000 hb
Acre	2,61
Alagoas	2,33
Amapá	1,59
Amazonas	1,64
Bahia	2,2
Ceará	2,19
Distrito Federal	2,07
Espírito Santo	2,13
Goiás	4,06
Maranhão	3,69
Mato Grosso	2,61
Mato Grosso do Sul	2,89
Minas Gerais	2,71
Pará	1,78
Paraíba	3,4
Paraná	3,02
Pernambuco	2,59
Piauí	2,94
Rio de Janeiro	3,12
Rio Grande do Norte	2,5
Rio Grande do Sul	3,02
Rondônia	2,25
Roraima	2,3
Santa Catarina	2,69
São Paulo	2,46
Sergipe	2,01
Tocantins	2,13
Total	2,65

Tabela 9. Características da Internação Hospitalar pelo SUS, no Ano de 2001.

FAIXA ETÁRIA	N.º de AIHs ⁽¹⁾	Compos. Popul. ⁽²⁾	Taxa de Hospital. ⁽³⁾	Média Perman. ⁽⁴⁾	Índice Hospital ⁽⁵⁾	Custo total (milhões R\$) ⁽⁶⁾	Custo Médio ⁽⁷⁾	Índice de Custo ⁽⁸⁾
0-14 anos	2.503.443	29,6%	49	4,9	0,2	922	368,43	18,07
15-59anos	7.502.121	61,8%	70	5,9	0,4	2.963	394,97	27,79
60 anos e +	2.243.297	8,5%	152	7,2	1,1	1.217	542,78	82,70

Notas:

- (1) N.º de AIHs: número total de AIHs consumidas por cada faixa etária em 2001.
- (2) Composição populacional: porcentagem de cada grupo etário em relação à população total.
- (3) Taxa (coeficiente) de hospitalização: número de hospitalizações por 1.000 habitantes de uma faixa etária.
- (4) Tempo médio de permanência hospitalar: em número de dias para cada faixa etária.
- (5) Índice de hospitalização: número de dias de hospitalização consumido por habitante/ano (*per capita*).
- (6) Custo total: em Reais, consumido por cada faixa etária.
- (7) Custo médio por hospitalização: em reais e para cada faixa etária. (8) Índice de custo: custo de hospitalização em reais, consumido por habitante/ano (*per capita*).



Em relação às internações por faixa etária no ano de 2001, observa-se a concentração da atenção ao idoso na esfera hospitalar.

Também é necessário olhar para a saúde suplementar. No Estado do Rio de Janeiro, mais de 30% da população possui plano de saúde. Para reverter este modelo desigual de atenção à saúde, é necessário planejar. No quadro atual, qualquer crise econômica impacta no sistema de atenção à saúde.

Tabela 10. Proporção de Internações Hospitalares (SUS) por Grupos de Causas – Período: 2002.

% do Total de Internações Hospitalares Pagas pelo SUS por UF e Grupos de Doenças.

Região	Doenças infecciosas parasitárias	Neoplasias	Transtornos mentais e comportamentais	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho geniturinário	Gravidez, parto e puerpério	Causas externas	Demais causas	Total
Norte	14,22	2,83	0,55	5,37	14,16	8,29	7,79	29,90	6,30	10,59	100,00
Nordeste	12,46	3,76	2,06	7,72	16,25	7,84	6,85	26,66	4,68	11,72	100,00
Centro-Oeste	7,82	3,72	2,96	11,50	17,79	8,80	7,07	20,38	6,18	13,78	100,00
Sudeste	6,13	5,07	3,09	12,24	13,12	8,68	6,35	22,50	7,08	15,74	100,00
Sul	6,71	5,76	3,47	12,85	19,34	8,75	5,78	17,41	6,03	13,90	100,00
Total	8,90	4,51	2,63	10,38	15,54	8,42	6,58	23,32	6,05	13,67	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Mapa 7. Distribuição do Grau de Cobertura da Saúde Suplementar

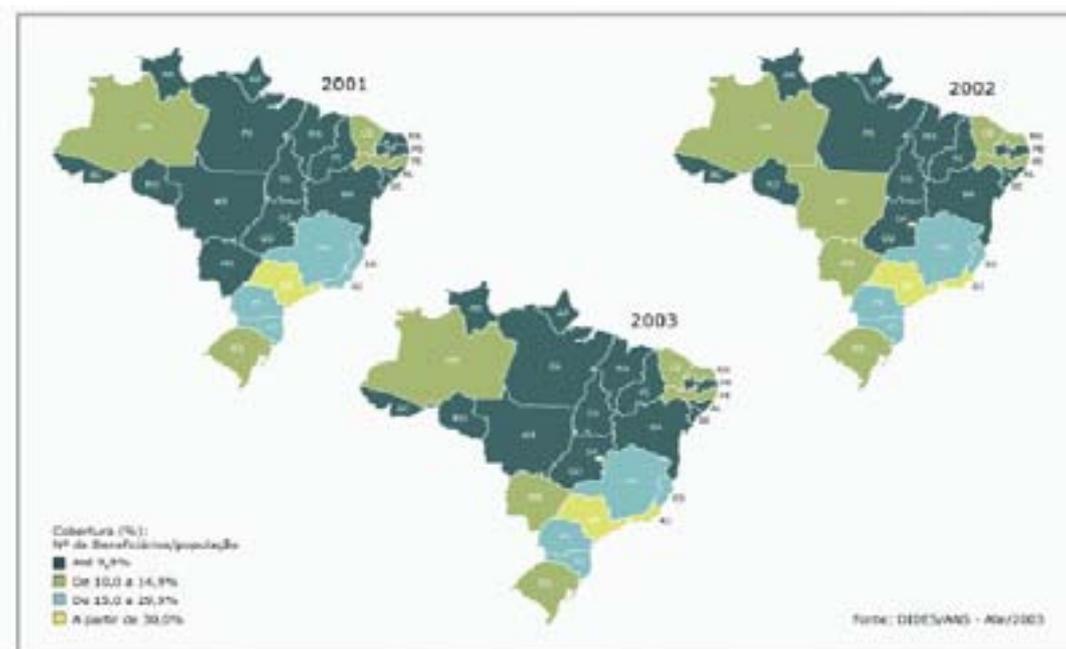


Tabela 11. Situação Normativa Atual

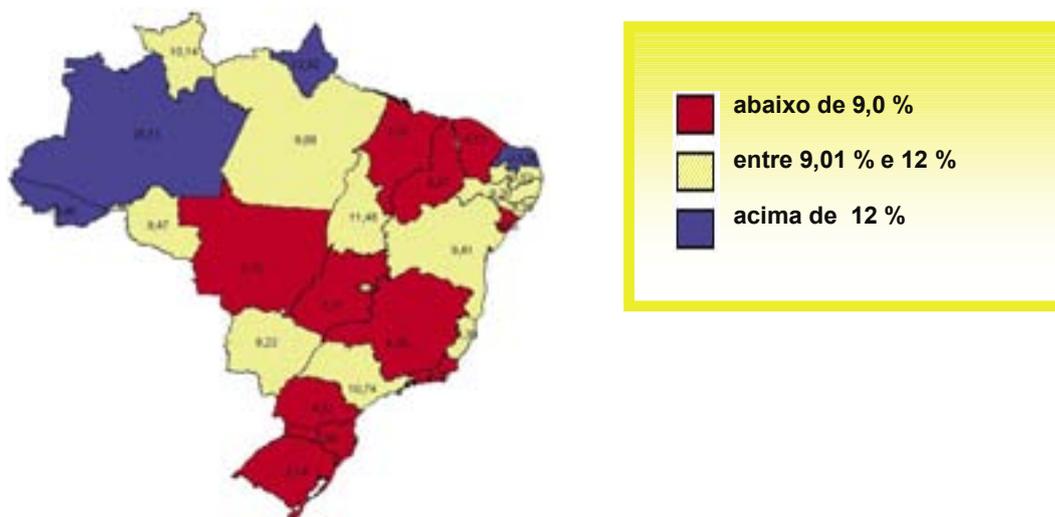
**NOAS e NOB 96 Vigentes
ESTADOS**

NOAS – 23 ESTADOS HABILITADOS	AL, AC, AP, AM, BA, CE, DF, GO, MT, MS, MG, PA, PB, PR, RJ, RN, RS, RO, SC, SP e SE
NÃO HABILITADOS	ES, MA, PE e TO

Tabela 12. Cumprimento da EC 29 pelos Municípios

Atenção Básica	Plena Sistema Municipal	Total Habilitados
5.146	642	5.557

**Mapa 8. Acompanhamento da EC 29/2000
Brasil Ano Base 2002 – Estados**



18

Condição de financiamento

- Os estados mais dependentes de recursos federais no financiamento da saúde são MA (78%), PI (76%) e PB (75%).
- Aqueles em que há maior participação dos governos estaduais são AC (59%), AP (51%) e AM (46%).
- Entre os que apresentam maior participação dos governos municipais, destacam-se SP (34%), MG (31%) e MS (31%).



Iniciativas prioritárias com repercussão político-institucional

- Qualificação do monitoramento, avaliação e controle das ações de saúde e dos recursos financeiros transferidos a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS.
- Regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29.
- Qualificação da gestão e regionalização no SUS.

- Aprovação do Plano Nacional de Saúde.
- Aprimoramento da qualidade da assistência prestada pelos planos de saúde privados.

NECESSIDADE DE UM PACTO DE GESTÃO

Elementos principais

- Regionalização solidária
- Revisão normativa
- Revisão do modelo de financiamento
- Definição de responsabilidades sanitárias
- Gestão do trabalho
- Fortalecimento do controle social

Um processo de processo de regionalização solidário:

- possibilitará romper com as barreiras de atenção de município para município;
- suscitará a redefinição das responsabilidades sanitárias. Qual a responsabilidade do município em relação às prioridades sanitárias nesse município?;
- deve ter como base o Conceito de Responsabilidade Sanitária: quanto recurso financeiro o município, o estado e a União estão colocando em cada uma dessas prioridades;
- demanda a revisão do modelo de financiamento readequando a distribuição dos recursos pelos estados. O Rio de Janeiro é um dos estados que mais recebe recursos da esfera federal.

19

Prioridades:

- definição de responsabilidade sanitária;
- gestão do trabalho (enfrentar a precarização);
- fortalecimento do controle social (que realmente monitorem e avaliem a gestão pública);
- pagamento por produção + pagamento sob a responsabilidade pelo cumprimento de metas: recursos canalizados por metas definidas regionalmente e pactuadas para cada município.

A questão central que se pretende discutir:

- um pacto pela saúde, direcionado a prioridades a partir de necessidades reais da população (inclusive subjetivas: ser bem atendido) – humanização. Para isso, é necessário um pacto de gestão com a definição clara dos papéis de cada ente. Quem financia, quem gerencia, quem faz o que?

A Baixada Fluminense apresenta uma descontinuidade muito grande e o controle social pode propiciar essa continuidade, aproveitar o momento eleitoral e buscar este compromisso junto aos candidatos.

Argamassa {
 Gestão
 Controle social
 Ministério Público
 Legislativo

A iniciativa de fazer esse tipo de fórum está estreitamente vinculada à política do Ministério da Saúde: induzir financeiramente os planos regionais de saúde e assim trazer um recurso a mais para a região. É o que está se chamando de regionalização solidária. Aqui (na baixada), pode-se haver uma iniciativa pioneira de ter um plano regional construído coletivamente. Esperamos que daqui saia uma proposição regional. Esta região é ímpar no País pelo número populacional (densidade demográfica), pelos problemas e pela história de articulação e atuação dos movimentos sociais.

6 Dr. Wilson de Maio, Subsecretário de Desenvolvimento do Sistema de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

20

Dr. Wilson de Maio referiu que o Estado do Rio de Janeiro possui a maior capacidade instalada de média e alta complexidades do Brasil, sem os recursos e sem a efetividade correspondentes.

O representante da SES/RJ ressaltou que a construção do Plano Estadual de Saúde foi um processo participativo. E que no final de setembro e outubro seria realizada uma avaliação do Plano Estadual com a participação dos gestores presentes no seminário.

Para o próximo ano, será feito um novo Plano que contemple:

- Olhar técnico
- Olhar financeiro (contingenciamento)
- Pacto de gestão

Prioridade na gestão atual:

- Equidade – discriminação positiva

Recursos – lógica redistributiva: {
 Atenção Básica
 Média Complexidade
 Alta Complexidade

- Indução consorcial
- Projeto de incentivo estadual aos municípios (2004): “O Estado dá Saúde”. O Dr. Wilson de Maio enfatizou que a tarefa do Estado é dar autonomia e competência a todos (às famílias).

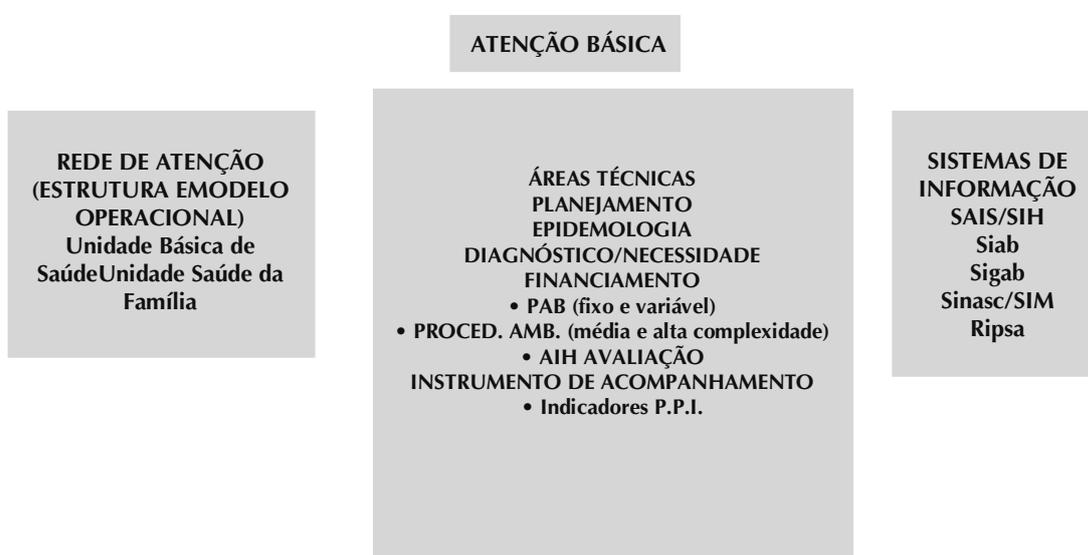
Em relação ao problema da precarização do trabalho em saúde, lembrou ser uma característica presente em todos os sistemas (público e privado). “O médico é precarizado no sistema suplementar, em sua clínica, em qualquer sistema, e isso se estende a outros profissionais de Saúde.”

Atendimento nas Unidades de Saúde Importância da Integração nos Níveis Primário, Secundário e Terciário CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA – 1988

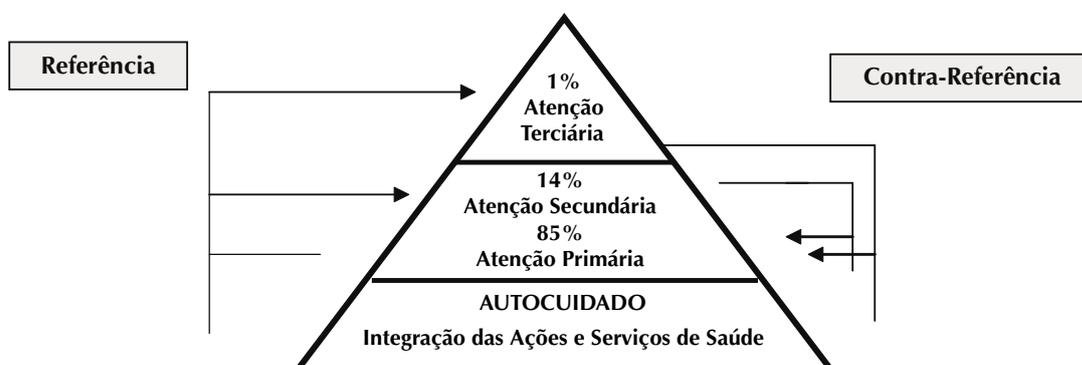
“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade”.

Organização dos Serviços de Saúde

- **Atenção primária (básica)** – é representada por unidades que realizam a *promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, assistência ao doente e reabilitação*. Que sejam resolutivos a este nível (Unidade Básica de Saúde e/ou Unidade de Saúde da Família).



- **Nível Secundário** – caracterizado por atendimentos especializados e procedimentos de média complexidade (policlínicas, hospitais de baixa complexidade).
- **Nível Terciário** – de forma geral, compreende procedimentos de alta complexidade e internações hospitalares para este nível.



Sistema hierarquizado pressupõe definição de:

- diagnóstico de saúde local, regional e estadual;
- estudo das necessidades locais, regionais, estadual.

Migração de “*demanda espontânea*” para “*oferta organizada*”
Identificação do perfil epidemiológico
Adscrição da clientela

Sistema hierarquizado pressupõe definição de:

- Definição da missão da unidade assistencial

Estabelecimento da missão de cada unidade
Contratualização de referência e contra-referência
Fortalecimento da capacidade gerencial das unidades
Educação continuada em todos os níveis

22

Sistema Integrado de Regulação

- Instrumento para organização regionalizada da ações de saúde.
- Referenciamento responsável, com integração entre a assistência ambulatorial e hospitalar.
- Adoção de critérios de regulação para todos os níveis de atenção à saúde.
- Controle da execução dos pactos assistenciais.

Controle e Avaliação

- Setor estratégico do sistema.
- Alta capacidade de intervenção.
- Alta capacidade de transformação.

Desenvolvimento Científico e Tecnológico

- Setor estratégico do sistema.
- Alta capacidade de intervenção.
- Alta capacidade de transformação.
- Avaliação da tecnologia aplicada no momento, promovendo as críticas necessárias em benefício da eficácia e eficiência do sistema.

Secretaria Estadual de Saúde

- Deve propor políticas de saúde que permitam às pessoas a garantia do acesso a todos os níveis de atenção (Integralidade).

- Com qualidade (Universalidade) independente do seu município de origem.
- Portanto, o Estado deve ser o indutor de pactos entre os municípios, garantindo a Regionalização.

Sistema Único de Saúde que dá certo

- Universal e Gratuito – Direito
- Hierarquizado e Integral
- Descentralizado – Municipal
- Com Controle Social
- Financiamento das Três Esferas
- Público
- Humanizado

Secretaria de Estado de Saúde (SES)

- Missão da SES é garantir que o Sistema Único de Saúde tenha um usuário também único e satisfeito.

Missão da SES:

- pactuação de uma agenda de prioridades;
- proposição de mecanismos de financiamento;
- política de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos;
- avaliação tecnológica e estabelecimento de parâmetros que permitam distribuir de forma equânime recursos e inovações tecnológicas;
- coordenação dos processos de avaliação e monitoramento;
- articulação do processo de implementação do Cartão SUS;
- garantir a inserção da atenção primária nos processos de planejamento em saúde;
- desenvolver parcerias com os organismos internacionais e com as organizações da sociedade civil;
- garantir a equidade e a integralidade do sistema por meio da hierarquização e regionalização das ações de saúde.

O Estado dá Saúde – Projeto de Incentivo Estadual aos Municípios Ano 2004

COORDENAÇÃO GERAL: Wilson De Maio

ELABORAÇÃO TÉCNICA: Assessoria Técnica do Gabinete da SES-RJ

Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico – NIDE/SDSS

Decreto n.º 35.483, de 21 de maio de 2004,

publicado no DOE, ano 30, n.º 94, parte 1, de 24 de maio de 2004.

Institui o Projeto de Incentivo Estadual para os Municípios – O Estado dá Saúde – visando estruturar o sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

JUSTIFICATIVA

CONSIDERANDO:

- a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988;
- a definição de diretrizes e responsabilidades das esferas de governo no financiamento, organização, prestação, regulação e aperfeiçoamento das ações e serviços de saúde, mormente a competência da direção estadual do SUS de promover a descentralização, para os municípios, dos serviços e ações de saúde e de prestar apoio técnico e financeiros aos municípios, conforme o artigo 17, incisos I e III, da Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- os critérios de repasse de recursos e as condições para seu recebimento definidos nos artigos 3º e 4º da Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- as condições e formas de repasse regular e automático de recursos entre os fundos de saúde, regulamentado pelo Decreto Federal n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994;
- a integração com os municípios proposta no Plano do Governo Estadual para a área da Saúde;
- a remuneração insuficiente para os níveis de atenção à saúde, com a necessidade de ampliar o financiamento da atenção básica e de serviços especializados no âmbito municipal e regional, aprimorando, fundamentalmente, as ações de saúde dirigidas à população usuária dos serviços públicos de saúde no estado.

24

○ **Projeto de Incentivo Estadual para os Municípios – O Estado Dá Saúde**, consiste na transferência regular e automática de recursos do Fundo Estadual de Saúde, destinados à cobertura de ações e serviços de saúde para os Fundos de Saúde Municipais, mediante PACTO DE METAS a ser firmado entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde.

EXIGÊNCIAS:

- habilitação do município em alguma condição de gestão;
- comprovação da existência de Fundo Municipal de Saúde;
- comprovação da existência e funcionamento regular do Conselho Municipal de Saúde;
- aprovação prévia de Plano de Saúde Municipal, precedido da aprovação do respectivo Conselho Municipal de Saúde;
- apresentação prévia de Plano de Trabalho Anual devidamente aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, em conformidade com os Planos Diretores de Regionalização e Investimento e com o Plano Estadual de Saúde;
- pactuação regional da destinação e utilização dos recursos; aprovação pela Secretaria de Estado de Saúde do Plano de Trabalho Anual para aplicação dos recursos.

CRITÉRIOS DE REPASSE FINANCEIRO:

- valor correspondente a 20% do valor total (R\$ 16.069.475,60), que será distribuído utilizando-se como critério, a alocação *per capita*, considerando a população es-

timada referente ao ano anterior ao qual o recurso será repassado correspondendo a R\$ 1,01 *per capita*; valor correspondente a 80% (R\$ 64.277.902,40), que será distribuído mediante a definição de prioridades e critérios pelo nível estadual a cada ano, após avaliação da implementação das ações definidas no repasse de recursos do ano anterior.

Metodologia Progressiva da Estrutura de Cálculo do Repasse/Incentivo

	Repasse <i>per capita</i>	Repasse por alcance de metas (incentivos)	Repasse por critérios (mix de indicadores)
1.º ano	20%	-	80%
2.º ano	20%	20%	60%
3.º ano	20%	30%	50%
4.º ano	20%	40%	40%
5.º ano	20%	50%	30%
6.º ano	20%	60%	20%
7.º ano	20%	70%	10%

25

Obs.: Caso o município não alcance as metas, a proporcionalidade será igual a do ano anterior.

Matriz de Prioridades

PRIORIDADE	Metro I	Rio de Janeiro (capital)	Metro II	Serrana	Centro Sul	Médio Paraíba	Noroeste	Norte	Baixada Litorânea	BIG
1ª	AB	AB	AB	MC	AC	MC	AB	AB	MC	MC
2ª	MC	MC	MC	AC	MC	AC	MC	MC	AC	AB
3ª	AC	AC	AC	AB	AB	AB	AC	AC	AB	AC

Os recursos repassados deverão ser utilizados de acordo com a ordenação das prioridades explicitadas no quadro acima, da seguinte forma, a fim de que seja mantida a integralidade da assistência: I 50% dos recursos para a 1.ª prioridade; II 30% dos recursos para a 2.ª prioridade; III 20% dos recursos para a 3.ª prioridade.

FATORES CONSIDERADOS PARA PROGRAMAÇÃO DO REPASSE

- População menor (pop. IBGE estimativa ago 2003).
- População menor (pop. IBGE estimativa ago 2003).
- Altas taxas de mortalidade infantil.
- Menores percentuais de PIB *per capita* (ano 2001).
- Altas taxas de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em crianças menores de 5 anos.
- Maior índice de concentração de renda (Índice de Gini – Fonte: IPEA).

- Piores escores no Índice de Qualidade dos Municípios (IQM) da Fundação Cide.

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

- Indicadores de equidade do financiamento em saúde no estado do Rio de Janeiro.
- Indicadores epidemiológicos.
- Indicadores socioeconômicos.
- Indicadores de qualidade de vida.

CRITÉRIOS PARA SUSPENSÃO DO REPASSE

- Não cumprimento, sem justificativa, das atividades e metas previstas no Pacto de Metas.
- Aplicação irregular dos recursos.
- Redução das receitas físicas próprias do município para a função de saúde em relação ao ano anterior, em razão do recebimento do Incentivo.

É vedada a transferência de recursos para o financiamento das ações não previstas no Plano de Trabalho Anual e no Pacto de Metas, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da Saúde.

26

7 Dr. Antônio Dercy Silveira Filho, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde

O Dr. Antônio Silveira participou do segundo seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I, tendo abordado o tema “Saúde da Família: Panorama Avaliação e Desafios”. No terceiro seminário, ele também esteve presente e apresentou um relatório da situação do Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (Proesf) e da implantação das Equipes de Saúde da Família nos municípios da Baixada Fluminense.

Foi realizada uma reunião no Ministério da Saúde (Departamento de Atenção Básica) com todos os municípios incluídos no Proesf.

Na Região Metropolitana I, todos compareceram (os secretários municipais de saúde ou seus representantes). Foi realizada Oficina de Trabalho onde foram identificadas as seguintes dificuldades encontradas na implantação do Proesf:

1. contratação de pessoal, especialmente médicos (no período eleitoral a legislação impede a contratação de recursos humanos);
2. competição desleal com relação aos valores dos pagamentos a esses profissionais;
3. dificuldades inerentes ao SUS. Lei de Responsabilidade Fiscal.

Entre os encaminhamentos tomados, destaca-se que o Ministério da Saúde fará nova reunião trazendo a Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (em negociação com os Tribunais de Conta).

Implantação da Saúde da Família:

Municípios com mais de 100.000 habitantes: a meta para a fase I do PROESF é atingir a cobertura de 35% da população com o PSF.

Belford Roxo: implantou duas equipes de maio a agosto – 12% de cobertura da população.

- Intenção: implantar mais duas equipes até o final do ano – atingirá a cobertura de 16% no máximo.
- Pactuado – 35% o final da fase I do Proesf (final de 2004).

Duque de Caxias: não vem expandindo.

- 30 Equipes de Saúde da Família (ESF) – 12,8% de cobertura.
- Intenção: mais dez equipes até o final do ano. Não chega a 35%.

Magé: não expande há bastante tempo.

- 16 equipes – 25% de cobertura.
- Intenção: garantia de alcançar a meta até o final do ano. Já implantaram mais três ESF.

Mesquita: não iniciou implantação. Não tem nenhuma perspectiva de iniciar. Já tem autorização do MS para implantar sete ESF.

Nilópolis: cinco ESF (falta aprovação da Comissão Intergestores Bipartite). Se não forem implantadas, as informações não chegam ao sistema e o município não recebe os recursos.

- Intenção: implantar mais nove ESF e alcançar os 35%.
- Fluxo de qualificação da equipe: ainda não foi autorizado pelo Ministério da Saúde.
- Edson, conselheiro de Nilópolis, informou que o município recebeu R\$ 257.000,00 para do fundo a fundo.

Nova Iguaçu: 12% de cobertura, 28 ESF implantadas (mês informado: julho). Não alcançará a meta de 35% até o fim do ano.

Queimados: quatro ESF. Não tem previsão de expansão.

- Conselheiro informou que foram implantadas mais quatro ESF e até o final do ano se pretende implantar mais cinco ESF.
- No sistema do Ministério da Saúde ainda não está autorizado (é necessário a CIB enviar uma carta informando ao Ministério da Saúde a autorização da implantação das ESF).

São João de Meriti: ampliou. Está com 14 ESF (10,2% de cobertura). Não vai cumprir a meta.

Segundo as normas do Proesf, os municípios que não cumprirem a meta sofrerão bloqueio dos recursos para o segundo ano. No entanto, o Dr. Antonio Silveira declarou que a posição do Ministério da Saúde é flexível e deverá considerar as dificuldades conjunturais (ano eleitoral, etc.) e os esforços realizados no sentido de tentar cumprir a meta, como um fator relevante. Deverá haver uma negociação neste sentido com os órgãos financiadores internacionais.

São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul são os três estados do País onde se encontram as maiores dificuldades. Bahia também enfrenta dificuldades para a implantação do Proesf, porém bem menos que nesses estados. Outros estados extrapolaram a meta.

Mesquita: Não implantou nenhuma equipe. Portanto, deverá haver bloqueio (sofreu sucessivas perdas de secretários municipais de saúde).

Nos outros municípios há argumentos para negociação, pois há intenção de expandir e já começaram as implantações.

Municípios que não estão no Proesf:

- Itaguaí – uma ESF, 3,9% de cobertura.
- Japeri – uma ESF. Não vem implantando.
- Seropédica – cinco ESF (24% de cobertura). Interrompeu a expansão. Também não está autorizado pela CIB (é necessário o envio de documento da CIB informando a autorização ao Ministério da Saúde).

Relatório – Síntese dos Grupos de Trabalho

28

1 Agenda comum/Plano Regional de Saúde

- Porque uma agenda comum? Pela especificidade da Baixada Fluminense.
- Construir um Plano Não Burocrático, um orientador para os municípios da região.
- Um plano para atender as necessidades de todos os municípios. As necessidades e os problemas nos municípios são os mesmos, então, porque não tentar resolvê-los conjuntamente? Ser uma criação do próprio controle social.
- Construir um Plano Regional de Saúde (gestor/profissionais/movimento social), contrariando a prática atual, desburocratizando o processo de atendimento e financiamento.

2 Os problemas prioritários

Referendar o documento com os principais problemas de saúde e proposições elaborado a partir do curso de capacitação de conselheiros em 1995, e enriquecido pelas discussões no Fórum de Conselheiros (Anexo IV).

- Referendar o roteiro como fruto dos outros seminários e discussões.
- Problemas prioritários na Baixada: tuberculose, hanseníase, aids, diarreias.
- Alta mortalidade materno infantil; parto, pré-natal de alto risco, aleitamento materno.
- Saúde mental – alcoolismo e drogas.
- Saúde do trabalhador – doenças causadas pelo trabalho.
- Influência da habitação sobre a saúde.
- Doenças cardiovasculares e diabetes.
- Idosos e portadores de necessidades especiais.
- Programas não funcionam. Precárias condições de trabalho. Falta de pagamento dos profissionais.
- Política de Medicamentos.

3 Popularizar os temas

Como o conselheiro leva a informação até o cidadão? A população desconhece seus direitos, não sabe aonde ir, a quem procurar.

- Divulgação em rádios, jornais, escolas, igrejas, universidades, associações comunitárias, profissionais de saúde.
- Reuniões dos Conselheiros com a Comunidade.
- Divulgar as experiências de sucesso com problemas comuns a todos os municípios.
- Divulgação do Plano Municipal de Saúde mediante estratégias de popularização .
- Popularizar as prioridades para a região e ampliar a participação da sociedade por meio da utilização dos momentos reservados às ações de educação e saúde.
- Compromisso com a Base.
- Tem que se discutir em sua entidade. Quando nós começamos, começamos na rua. Proposta: informar as entidades as quais representam. O Conselho é um espaço de troca.

4 Propostas de ações em saúde

• Educação e saúde

- Atividades de educação e saúde realizadas por estagiários, graduandos e profissionais de saúde nos diferentes espaços e momentos das práticas de saúde.
- Nutricionistas no pré-natal, nos ambulatórios.
- Incentivo ao aleitamento materno (inclusive nas maternidades particulares).
- Incluir na agenda a discussão sobre habitação saudável. A visão da moradia como problema de saúde.

• Infra-estrutura

- 1 - Aumentar os leitos de um modo geral (principalmente de clínica médica).
- 2 - Central de Regulação 24 horas (para clínica médica e obstetrícia).
- 3 - Em andamento: Samu – Central de regulação emergência em casa. Os municípios estão encaminhando seus profissionais ao Cisbaf, para trabalharem no Samu.
- 4 - Vagas – tentar organizar o sistema.
- 5 - Uso da central de regulação do Cisbaf para o parto.
- 6 - Melhor atenção ao parto; investigação do óbito neonatal.
- 7 - Precariedade no Sistema de Referência e Contra-Referência nos três níveis de atenção à saúde (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade).
- 8 - A Comissão Intergestores Bipartite – RJ (CIB) deverá pactuar a reorganização dos recursos destinados às ações de média e alta complexidade para que sejam investidos na Baixada (uma vez que têm sido retidos no Município do Rio de Janeiro), visando ao fortalecimento da capacidade de gestão e da expansão da rede de serviços municipais de saúde nesta região.
- 9 - Estabelecimento de processo de pactuação para que os hospitais universitários se tornem referência para a Baixada, uma vez que recebem verbas federais.
- 10 - Estabelecer parcerias entre o Ministério da Saúde e as prefeituras da Baixada para a celebração de convênio visando à implantação do QualiSUS nos hospitais públicos da região.

11 - Necessidade de expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), bem como do número de leitos para atenção à Saúde Mental e referências terapêuticas.

12 - Expansão do número de leitos para atenção à Saúde da Mulher;

13 - Implantação de Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) e Centro de Referência em Hemodiálise na região.

14 - Ampliação da cobertura da atenção à Saúde do Idoso, por meio da expansão do número de leitos hospitalares; implantação do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) ou execução do atendimento pela Equipe da Saúde da Família.

• **Política de Medicamentos**

Cobrança da responsabilidade do Estado com a assistência gratuita da cesta básica de medicamentos. O tema “Rede de Assistência Farmacêutica” foi considerado ponto polêmico pelo grupo e, portanto, este sugere que seja objeto de oficina específica de discussão.

- Falta de medicamento (fornecimento regular).
- Está faltando ação do governo.



5 Como reorganizar o sistema, expandir a Estratégia de Saúde da Família.

O MS ajuda na implantação das ESF e PACS, repassa as verbas. O controle social é que tem os meios para cobrar a execução, fazer valer pelos órgãos legais, Ministério Público e Estado.

- Hoje o PSF é um programa político. Os prefeitos dizem que é problema de pessoal quando não é. Em Belford Roxo há PSF em que os ACS são de outro bairro, que o prefeito pegou e colocou lá. Enquanto o PSF estiver na mão de certos políticos, o povo não terá nem direito, nem acesso a nada.
- Os conselhos municipais de saúde tem de se unir, fazer um seminário, inclusive com o Conselho Estadual de Saúde.
- PSF para solucionar problemas materno-infantil e outros.
- A Saúde da Família deve ser vista como estratégia de Atenção Básica e do sistema como um todo.
- Incluir no Proesf os municípios com menos de 100 mil habitantes.

6 Política de Recursos Humanos / Desprecarização do trabalho em saúde.

- Remanejar o quadro dos profissionais do município para o PSF (dentro da Lei de Responsabilidade Fiscal) – questão polêmica no grupo.
- Contrato dos profissionais pelo município. Tem que ter o concurso público.
- Apoiar a proposta do Concurso Público Regional de Base Local. Propor um Programa Único da Baixada. É preciso se unir para definir esse desenho.
- Concurso público amarrando dispositivos para evitar migração. Criar um piso mínimo. Determinar um tempo específico para evitar transferências (como ocorreu no Hospital da Posse). Em relação aos atuais precarizados, pontuar o currículo por ano de trabalho no PSF.
- Efetivar uma auditoria nos PSF existentes.
- Concurso Nacional de Base Local.
- Isonomia salarial:

- criação de mecanismos para que na Baixada não haja diferenciações nas formas de contratação e remuneração nos municípios, por meio do controle dos conselhos gestores;
- exigência do cumprimento da implantação do Plano de Carreira;
- criação, pelo Ministério da Saúde, de um fundo próprio, a exemplo do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação Fundamental/MEC (Fundef), para o subsídio da folha de pagamento dos trabalhadores da saúde de municípios com baixa arrecadação própria;
- criação de Comissão Especial Regional de Desprecarização do Trabalho em Saúde;
- busca da isonomia no SUS;
- criação de um caixa único (Fundo de Recursos Humanos) para o SUS.

Quanto à viabilização de um Concurso Regional de Base Local, o grupo fez o seguinte questionamento: Quem pagará o profissional oriundo deste tipo de concurso? E sugere que este tema seja alvo de discussão mais específica.

É preciso estudar como isso vai ser feito. É preciso fazer um diagnóstico dessa situação. Se for concurso público para CLT, tem que ter uma lei específica para isso (ou será estatutário?).

**7 Estratégias para aperfeiçoar a Cooperação Regional / Gestão Participativa:
Em relação à efetivação da gestão democrática e participativa no Consórcio Inter-
municipal de Saúde da Baixada Fluminense (Cisbaf):**

- Convite ao Cisbaf para apresentação no Fórum de Conselheiros da Baixada do seu plano de trabalho.
 - Em caráter emergencial: a instituição de um Colegiado de Controle Social no Cisbaf, visando à participação de um representante de cada município da região. Implantar Conselho Gestor para o Cisbaf com representantes de usuários, profissionais, controle social, de forma paritária.
 - Em caráter estrutural: definição do papel do Cisbaf – público, privado ou misto?
 - Definição de sua função: administração de políticas, captação de recursos para os municípios e oferta de suporte para que estes viabilizem seus projetos ou administração de recursos?
 - Estabelecimento de paridade, mediante a participação de um conselheiro (dois?), um representante de trabalhadores e um representante de usuários de cada município. Conselho Gestor para o Cisbaf com representantes do controle social (dos trabalhadores, da população etc.) e que as políticas do Cisbaf passem por este conselho gestor.
 - Adoção de caráter consultivo, uma vez que se trata de uma instância não deliberativa.
- Gestão Participativa do processo decisório de saúde: ampliar os Conselhos Gestores em Hospitais Públicos. Mapear a realidade da criação dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde nos municípios da região.
- Convidar a promotoria pública para participar das reuniões do Conselho.

Como trabalhar isso junto ao Pólo de Educação Permanente (Conselho gestor paritário)?

Em relação aos Conselhos e Fundos Municipais de Saúde

- Autonomia dos Fundos Municipais de Saúde.
- Cumprir a lei
- Caxias: caixa único
- Nova Iguaçu: caixa único
- Fortalecimento da autonomia dos Fundos Municipais: ter como bandeira de luta que os fundos sejam desvinculados do caixa único. Tornar uma luta constante dos companheiros do Fórum, exigir a desvinculação dos Fundos Municipais de Saúde do Caixa único.

Orçamento: Garantir que os orçamentos dos Conselhos sejam efetivados, garantir uma rubrica para os conselhos.

- Repasse de verba dos governos Estadual e Municipais para os Conselhos, a exemplo do governo Federal, por meio de orçamento específico dentro do FMS, no sentido de viabilizar o atendimento das necessidades infra-estruturais: local, informática, telefonia, etc.
- Que a Agenda Mínima dos Conselhos Municipais que está sendo aqui construída, buscando a discussão da orçamentação dos Conselhos e da descentralização do fluxo do Fundo Municipal de Saúde (FMS), atualmente centralizado na figura do prefeito – ordenador e fiscalizador.
- Que seja um compromisso assumido por todos os atuais prefeitos da Baixada, por intermédio da aprovação do orçamento para o seu cumprimento.
- Que seja um compromisso assumido por todos os prefeitos eleitos na Baixada, perante o Ministério Público, em um fórum legítimo.

32

Enviar o relatório final a todos os pré-candidatos da região para que eles assinem.

Reiterar o compromisso dos conselheiros junto às atividades e responsabilidades do Conselho Municipal de Saúde.

Fortalecimento do Fórum de Conselhos, visto que se trata de uma articulação política necessária, que este tema seja alvo de discussão em oficina específica.

Outros

- Deve ser estimulado um trabalho em conjunto: Ministério da Saúde e Ministério das Cidades sobre o Saneamento, Habitação e Salubridade Ambiental.
- Levantamento do panorama de cadastramento do Cartão SUS entre a população da Baixada.
- Estabelecer uma parceria com o curso da Uerj de Direito Social e inserir os alunos dos últimos anos para preparar os conselheiros para atuação (encaminhar para o PEP).

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, O PSF E O SUS

Victoria Brant¹
Adriana Brant²

Considerando que as ações e os serviços públicos de saúde que integram o SUS devem ser desenvolvidos de acordo com o que estabelece a Constituição Federal, na Seção II, Artigos n.º 196 a n.º 200, obedecendo a certos princípios tais como a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, a igualdade de assistência, a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, entre outros, há que se trabalhar muito no sentido de adequar o sistema proposto à formação dos profissionais envolvidos nessas práticas, pois o perfil profissional que hoje encontramos está em absoluto desacordo com o que se pretende para atender às políticas do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, as mudanças necessárias para a formação dos profissionais na área de Saúde têm como finalidade principal a possibilidade de intervir na realidade de saúde da população brasileira e provocar mudanças no modelo de atenção e nas relações com a sociedade civil. Para isso, exigem ações que integrem obrigatoriamente três segmentos: universidade, serviços de saúde e comunidade organizada.

Esse processo de construção social de um novo sistema de saúde vai exigir, por sua vez, mudanças que devem ser feitas – ao mesmo tempo e levando em conta todas as contradições sociais – na concepção do processo de saúde/doença, na prática e no modelo sanitários, um processo de longa maturação, uma vez que depende de diferentes planos: o político, o ideológico, o do conhecimento e o das tecnologias. Além disso, são mudanças de caráter processual e exigem uma transição em que o novo, durante algum tempo, conviverá com o velho (KUHN, 1975).

A integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, nos níveis primário, secundário e terciário do sistema de saúde, pressupõe que o profissional de saúde se comporte, perante à população assistida, como um educador, na medida em que a prevenção e, inclusive, o tratamento da maior parte das doenças crônicas mais prevalentes no Brasil implicam fundamentalmente na participação do paciente, uma vez que, em geral, estão diretamente relacionadas aos seus hábitos de vida.

Tal fato gera a necessidade para o profissional, em sua ação, de “encontrar” o paciente e com ele estabelecer relações de reciprocidade que tenham por resultado a adesão e a eficácia do tratamento, uma vez que a doença é apenas uma condição, e não um modo de ser. É preciso que se tenha clareza de que o modo de ser natural dos humanos é um modo saudável, e a doença um “acidente”, na maioria das vezes passível de ser prevenido.

¹ professora adjunta do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/UFRJ.

² cirurgiã-dentista, mestra em Periodontia/Uerj e doutoranda em Educação/UFF.

Isso significa que a formação dos profissionais deve estar voltada para a saúde (como a própria designação já anuncia: profissionais da saúde e não da doença).

Creio que é nesse ponto que devemos concentrar nossa atenção: quando o foco da atenção se desloca da doença para a saúde das pessoas, cabe ao profissional de saúde não só conhecer bem as doenças e seus mecanismos para tratá-los, mas principalmente apreender o arsenal de conhecimentos necessários para favorecer as condições de promoção e manutenção da saúde, compreender o outro e as formas de se aproximar dele. Em outras palavras, é essa nova tecnologia que precisa ser construída e melhor desenvolvida na formação do profissional de saúde, pois a ciência que chega até ele, por meio dos tratados e das publicações, contribui, com certeza, para desenvolver seu raciocínio e seus conhecimentos científicos, mas é apenas parte de sua formação, pois trata-se de um material genérico, despersonalizado, voltado exclusivamente para a parte material do ser humano, de suas características biológicas.

Nesta perspectiva, torna-se então urgente problematizar maneiras de integrar os conhecimentos científicos com os da realidade, quando se objetiva cuidar, de forma eficaz, de uma pessoa ou de uma população em particular.

A capacidade resolutiva dos serviços, em todos os níveis de assistência, ou seja, a capacidade de resolver os problemas trazidos ou apresentados pelo paciente ou pela população assistida – seja mediante terapêuticas medicamentosas, cirúrgicas ou de mudança de estilo de vida – depende do desenvolvimento de habilidades que propiciem a integração dos conhecimentos e das evidências científicas com o contexto de vida dessas pessoas.

É próprio do ser humano o desejo de ser autônomo, de manter sua integridade física e moral, de levar, enfim, uma vida digna. Isso obriga os profissionais de saúde a se comprometerem com o respeito absoluto e irrestrito à identidade e à integridade dessa pessoa, uma vez que ela é o sujeito das suas ações. Dessa forma, corresponde ao poder público o dever de proporcionar as condições para que sejam respeitados os sentimentos, as convicções, o temperamento, o modo de pensar, enfim, o poder de autodeterminação dos indivíduos no que se refere às alternativas de assistência à saúde postas à sua disposição e, por conseqüência, as condições necessárias para que os profissionais exerçam suas atividades respondendo a esses desejos e modos de ser das pessoas.

Isso traz à tona um paradoxo de nossa sociedade (preocupada com a excelência técnica) expresso nas instituições médicas e odontológicas de ensino e pesquisa: ao mesmo tempo que buscam novas tecnologias para favorecer o homem, muitas vezes impõem-lhe o seu uso, desnecessariamente, usando como lógica a valorização do capital em detrimento da dignidade da pessoa, e porque não dizer de seu patrimônio financeiro também. Dá-se, assim, uma questão ética que merece estudos e debates: a subordinação da autonomia da vontade às necessidades do mercado e sua relação com as formas de incorporar novas tecnologias nos serviços de saúde e sua aplicabilidade, uma questão que esbarra na hegemonia e no poder médicos e, conseqüentemente, na formação dos profissionais de saúde.

A Constituição Federal de 1988 atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da Saúde (artigo n.º 200, inciso III). Entretanto, esse preceito não tem sido traduzido em uma prática institucional, que utilize os instrumentos de poder

dos quais dispõe o sistema para orientar não só o processo de formação, mas o de distribuição desses profissionais no País. A articulação entre as políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação parece ser insuficiente, o que gera uma distância entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS.

O que se observa é que as mudanças nas políticas de saúde e na organização dos serviços ocorrem mais rapidamente do que nas instituições de ensino, as quais, ao questionarem a adequação dos recursos humanos que formam, parecem estar participando da crise do setor Saúde, mas na verdade tendem a ser muito tímidas nas tentativas de superá-la.

A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001) veio em um momento muito propício, trazendo, para todas as escolas da área da Saúde, o desafio e a necessidade de implementar mudanças na formação em nível de graduação.

Com isso, passa a ser esperado que a Universidade sofra profundas transformações, no sentido de oferecer aos estudantes da área da Saúde oportunidades para conhecerem melhor a realidade brasileira como um todo e formar profissionais capazes de trabalhar em equipe, de pensar criticamente, de aprender a aprender, de trabalhar de maneira articulada com os serviços de saúde e com a comunidade, e de produzir conhecimento relevante para a consolidação do SUS.

No entanto, esta mudança só se dará na medida em que ocorram processos simultâneos de mudanças em outros setores, como por exemplo pôr em prática a parceria das instituições formadoras com os serviços de saúde e a população organizada, de modo a sensibilizar e mobilizar todos aqueles que se comprometam com o processo de formação. Esse exemplo pode tornar possível democratizar a construção da mudança do modelo de atenção e do modelo de formação. Para tanto, as ações deste processo devem caminhar em “estrada de mão dupla” e precisam ser construídas com base na prática concreta das equipes de saúde, pela presença constante de professores e estudantes nos serviços, obtendo material para reflexão e estudos teóricos sobre o exercício profissional, sendo essa uma importante função transformadora. E a dificuldade está exatamente nessa questão: a prática é uma construção cotidiana, incômoda; não tem passividade possível (ALMEIDA, 1994, p. 123).

Para o desenvolvimento de modelos com tais características, é necessário o conhecimento de alguns cenários que já se delineiam para o futuro, em termos demográficos, epidemiológicos e institucionais. O estudo de Goulart (1999), com base na utilização da Carga Global de Doença, produziu uma estimativa do cenário para 2020, com grandes desafios para os profissionais de saúde, entre os quais: a perspectiva de redução das doenças controláveis por medidas de proteção específicas ou promoção de hábitos saudáveis (doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais) porém com grandes diferenças regionais; a pouca valorização das doenças psiquiátricas nas estatísticas de saúde; as imensas desigualdades entre as regiões pobres e ricas do mundo que não se reduzirão substancialmente, mesmo no caso das doenças crônico-degenerativas, consideradas, indevidamente, como decorrência do desenvolvimento das sociedades; o uso do tabaco que continuará a contribuir para a morte de mais gente do que qualquer outra doença, inclusive a aids; a tendência à redução das doenças transmissíveis, embora não se garanta a possibilidade de retorno de algumas, tal como acontece com a tuberculose;

a permanência dos grandes fatores de risco com os quais a humanidade se defronta e continuará se defrontando no futuro, tais como a desnutrição, a falta de saneamento básico, o sexo inseguro, o estresse, a violência urbana, além de fatores ligados ao processo de trabalho. Para enfrentar tais desafios, é necessário que o profissional seja formado de maneira a saber incorporar e integrar outros saberes que estão fora do âmbito da ciência para melhorar a eficácia da assistência.

O Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, tem sido reconhecido por amplos setores como uma estratégia para transformar o modelo de atenção, e parece ser uma tentativa viável de se caminhar nessa direção.

O documento que define as bases do programa destaca que o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adulto quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (BRASIL, 1994). Para tal, é preciso que se assuma, de fato, uma concepção mais ampla de saúde nos cursos de formação.

Por estar inserido no escopo das políticas públicas de saúde, no contexto do SUS, o PSF não é considerado mais um simples programa, mas sim uma proposta substitutiva, de reestruturação do modelo, com novas dimensões técnica, política e administrativa, que se concretiza por meio da mudança do objeto da atenção, da forma de atuar e de organizar os serviços, possibilitando a reorganização da prática assistencial em novas bases e novos critérios. Sua concepção abrange, portanto, conteúdos que integram, entre outros, aspectos relativos a modelo e prática assistenciais, processo de trabalho e formação de recursos humanos. Se um dos objetivos do PSF é mudar o padrão de atendimento nos serviços, isso só poderá se concretizar se, de fato, mudar a resolutividade na própria prática do serviço.

Nesse sentido, um dos problemas mais importantes que a estratégia enfrenta para se consolidar e se ampliar está na área dos Recursos Humanos.

O PSF tem como principais objetivos intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde; fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida; estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício de controle social (BRASIL, 1997). Essas concepções de trabalho na comunidade, sob as perspectivas de gestão e da parceria, principalmente por sua importância na discussão do controle social e das práticas de promoção da saúde, colocam desafios no plano educacional propriamente dito, com relação à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos em saúde.

Sob esse ponto de vista, a Saúde da Família poderia ser apontada como um espaço privilegiado, capaz de levar à ruptura das relações de poder que conformam as práticas e os conteúdos atuais da formação. A estratégia pode representar, assim, uma inovação institucional, justamente por possibilitar essa aproximação entre o serviço de saúde e o cotidiano da vida popular, o que torna possível uma interferência mais significativa nesse nível local para os profissionais em exercício. Entretanto, para que se coloque essa visão em prática, é necessário que haja uma atividade intelectual e pactuada da equipe de saúde e o desenvolvimento da capacidade de construir espaços de poder compartilhado.

Para tanto, as relações entre universidade e serviço e entre serviço e comunidade teriam que ser construídas sobre novas bases: relações mais horizontais, de mão-dupla, em que as demandas dos serviços fossem realmente levadas em conta pelas universidades, em que as decisões fossem tomadas em conjunto, e que propiciassem ganhos concretos para todos os sujeitos envolvidos. Para que haja efetivamente a transformação de concepções e valores, é necessária a construção de estratégias eficazes, de transformação do conteúdo das práticas sanitárias, que somente se efetivam se forem permeáveis a mudanças.

Uma estratégia possível pode ser a utilização de práticas educativas que dêem espaço para, em conjunto, se refletir criticamente sobre as práticas reais dos profissionais em ação na rede de serviços, o que representa ir muito além do que o simples treinar os estudantes, mas estabelecer mudanças comportamentais e culturais em torno da visão do processo saúde/doença, por meio de métodos e técnicas que tenham como preocupação central a complexidade do ser humano.

No campo da Saúde, a situação desejada é que a universidade brasileira dê respostas às necessidades concretas do SUS, não só na formação de recursos humanos, mas também na produção do conhecimento e na prestação de serviços. Pode-se constatar que as necessidades da atenção primária não vêm sendo adequadamente tratadas pelas pesquisas científicas, em geral dirigidas pela lógica e pela dinâmica estabelecidas pelos países desenvolvidos, ou seja, voltadas prioritariamente para a ciência básica, subestimando os aspectos socioeconômicos que estão embutidos na complexidade deste nível de atenção.

Como se vê, não são pequenos os desafios que se colocam para a criação de novos modelos de atenção à saúde, capazes de dar conta das mudanças epidemiológicas, culturais e institucionais trazidas pelo momento presente.

Chegar ao século XXI com propostas de políticas públicas para o campo social pressupõe superar os obstáculos colocados pela cultura e pelas práticas tradicionais de saúde ainda vigentes.

junho de 2004

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, N. Caos e causa em epidemiologia. In: COSTA, M. F.; SOUZA, R. T. *Qualidade de vida: compromisso da epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 1994. p. 123.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação qualitativa do programa de agentes comunitários de saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994. 72 p.

———. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de saúde da família*. Brasília, 2001.

———. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

———. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde*. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 8, n. 2, p. 17-26, 1999.

KUHN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975. p. 13.

Na Trilha do Financiamento para o SUS

Marta Antonieta de Souza Santos³

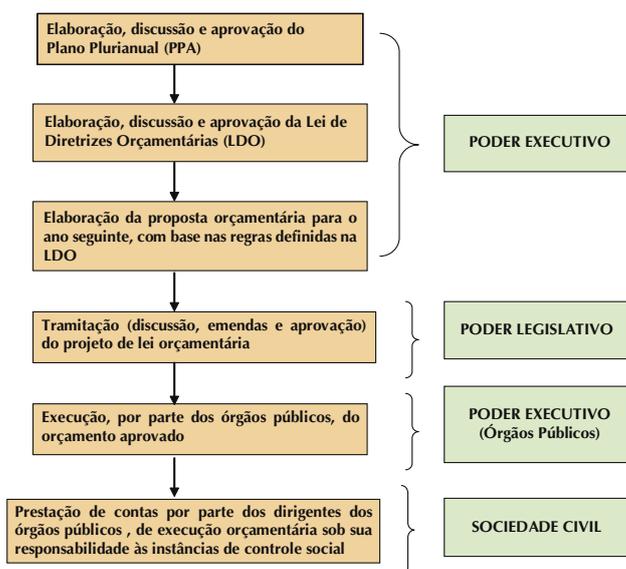
1 ORÇAMENTO PÚBLICO

A exigência legal de divulgação pública do orçamento nem sempre se traduz na garantia do acesso às informações ali contidas. A complexidade com a qual se apresenta àqueles que não participaram de sua elaboração requer uma simplificação dos dados para que sejam melhor compreendidos, interpretados e efetivamente apropriados pela sociedade civil organizada, com vistas ao acompanhamento e fiscalização de sua execução.

O orçamento público consiste na previsão de receitas e despesas para o período de um ano. O Sistema Único de Saúde teve o seu financiamento definido pela Constituição de 1988. As despesas fixas definidas nos Planos Municipais de Saúde devem receber recursos em função das seguintes leis: Lei do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

À sociedade civil interessa o acompanhamento do processo orçamentário, na medida em que significa a garantia do melhor uso da verba pública em direção às suas necessidades com uma gestão transparente e idônea. Nesse sentido, é papel dos Conselhos de Saúde acompanhar o processo orçamentário, discutir e aprovar a proposta elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde, acompanhar a discussão e a sua aprovação pelo Poder Legislativo, fiscalizar sua execução e exigir prestação de contas na periodicidade que o Conselho achar conveniente.

Fluxo do Processo Orçamentário



³ professora assistente do Instituto de Nutrição Josué de Castro/UFRJ.

2 FINANCIAMENTO DO SUS

Os recursos do SUS destinados aos municípios têm várias origens: transferências vinculadas (condicionais sem contrapartida, PAB fixo) advindas do Fundo Nacional de Saúde (União/Estado), condicionais com contrapartida (PAB variável); transferências ilimitadas aos prestadores de serviços (hospitais públicos ou conveniados) e, ainda, os gastos em saúde e saneamento programados pelos orçamentos dos municípios.

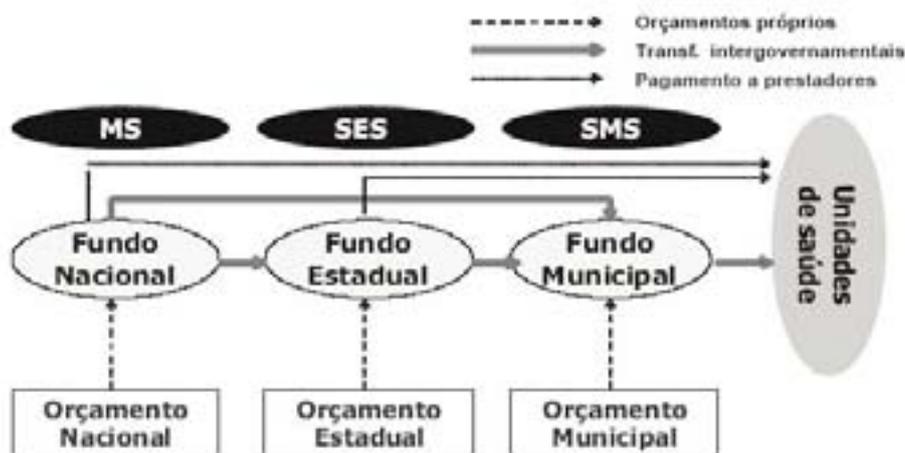
A transferência fundo a fundo é um instrumento de descentralização de recursos disciplinado em leis específicas que se caracterizam pelo repasse diretamente de fundos da esfera federal para fundos da esfera estadual, municipal e do Distrito Federal, dispensando a celebração de convênios.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) utiliza a modalidade de transferência de recurso fundo a fundo para descentralizar recursos destinados a operacionalizar as ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As normas que disciplinam essa forma de transferência no âmbito do FNS são a Lei n.º 8.142, de 19 de fevereiro de 1990, regulamentada pelo Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994. Os mecanismos utilizados para a descentralização de recursos federais do SUS são os tetos financeiros criados pela NOB/1996: o Teto Financeiro da Assistência (TFA); o Teto Financeiro para Vigilância Sanitária (TFVS) e o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), que somados compõem o Teto Financeiro Global (TFG) – valor destinado a cada Estado ou Município, pelo FNS. Todavia, como o TFG engloba todas as modalidades de transferência de recursos federais previstas para o SUS, inclusive as que não são fundo a fundo.

Os recursos das transferências fundo a fundo destinam-se à cobertura das ações e serviços de saúde implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios. Essa cobertura das ações e serviços de saúde corresponde ao investimento na rede de serviços, cobertura ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde. Por “demais ações de saúde” entende-se as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde inseridas no campo de atuação do SUS, conforme entendimento firmado pela Decisão TCU n.º 600/2000 – Plenário – Ata 30/2000. Os recursos são repassados de forma regular e automática, independentemente de convênio ou instrumento congêneres, segundo os critérios, valores e parâmetros da cobertura assistencial estabelecidos pelo art. 35 da Lei n.º 8.080/1990.

Portanto, todos os recursos para a saúde arrecadados pela União são depositados no Fundo Nacional de Saúde e, posteriormente, transferidos aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde que, por sua vez, acumulam recursos próprios, provenientes de outras fontes arrecadadas diretamente nesses níveis de governo (por exemplo, impostos e taxas estaduais e municipais). A população municipal explica, em parte, o quanto cada município receberá de recursos federais – transferências vinculadas, pois o seu tamanho sustentará a base para sua distribuição.

Fluxo de financiamento do SUS



Fonte: Ministério da Saúde.

Com a aprovação da Emenda Constitucional n.º 29, em 2000, foram definidos percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços para a saúde. A Emenda tem validade até este ano de 2004, ou até que seja aprovada lei complementar a respeito. O objetivo da EC n.º 29 é “assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”. A obrigatoriedade da aplicação de um percentual de receita própria em saúde contribui para reduzir as desigualdades na aplicação dos recursos entre municípios e entre estados da federação, eliminando possíveis distorções no gasto *per capita*. Caso, por exemplo, de um município pólo que investisse acima da média dos municípios vizinhos, montasse e estruturasse uma rede de atenção à saúde da população local e passasse a receber toda a população da região.

A Emenda define as formas de participação da União, dos estados e dos municípios, mas só estabelece claramente o percentual mínimo de recursos a serem aplicados por estados e municípios, deixando ainda indefinido o percentual que cabe à União (Quadro 1).

Quadro 1. Percentuais Mínimos de Vinculação Previstos na EC n.º 29/2000		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2003

No caso da União, a EC n.º 29 definiu que, no período de 2001 a 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e nos serviços públicos de saúde serão equivalentes ao valor apurado no ano anterior, corrigido anualmente pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Do total de recursos da União apurados nos termos do artigo 7.º da EC n.º 29, no mínimo 15% serão aplicados nos municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

(...) **Art. 7.º** O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) (...)

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto-PIB; (...).

Fonte: DOU de 14 set. 2000. Disponível em: <<http://www.receita.fazenda.gov.br/Legislacao/Emendas/emenda0292000.htm>>.

No entanto, esse processo de arrecadação e distribuição de recursos, no plano político nem sempre ocorre de maneira transparente. Além disso, com recursos cada vez mais insuficientes para o atendimento às reais necessidades da população, os Conselhos de Saúde têm o dever de participar ativamente do acompanhamento e do controle do processo orçamentário, em todos os níveis, verificando possíveis distorções e apresentando denúncias (ao Ministério Público e ao Legislativo) quando isso se fizer necessário.

3 A FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A função fiscalizadora do SUS cabe, primeiramente, ao Conselho de Saúde da esfera governamental correspondente (nacional, estadual ou municipal). A avaliação da qualidade do gasto, ou a adequação dos mesmos às necessidades da população, constituem pré-requisitos para uma melhor gestão.

O acompanhamento orçamentário-financeiro é realizado por meio dois instrumentos:

a) o Relatório de Gestão

Cabe aos Conselhos verificar a execução das metas previstas no Plano Municipal de Saúde, comparando os indicadores constantes no Relatório de Gestão com os do Quadro de Metas do Plano no sentido de avaliar se os recursos gastos e as ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde estão melhorando a saúde da população.

b) planilhas e indicadores disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

O Siops é um sistema que organiza as informações financeiras da saúde – receitas e despesas – dos três níveis de governo, que propiciam análises sobre o perfil do gasto com ações e serviços públicos de saúde nos âmbitos nacional, regional, estadual e municipal, permitindo maior transparência da execução orçamentária no setor. O sistema de coleta de dados é informatizado, permanentemente atualizado e aperfeiçoado para possibilitar maior agilidade no preenchimento dos formulários, transmissão dos dados e no cálculo de indicadores gerados após as verificações automáticas das informações.

É o único banco de dados no âmbito das políticas sociais no Brasil. Seus dados referem-se a declarações efetuadas pelos estados e municípios.

Indicadores fornecidos pelo Siops

Entre os indicadores fornecidos pelo Sistema estão:

- gasto com saúde *per capita* – informação base para o desenvolvimento de estudos e formulação de políticas que redimensionem o financiamento da saúde no sentido de uma distribuição mais equânime;
- receita aplicada em saúde – informação sobre a receita total do setor, permitindo o estabelecimento de comparações com investimentos em outros setores da administração pública; com o investimento em saúde do próprio município em exercícios anteriores; com o investimento em saúde de outros municípios com características semelhantes; com a média nacional e com a média mundial de investimentos em saúde, etc.;
- relação entre recursos transferidos e recursos próprios aplicados em saúde – informação que permite a avaliação do cumprimento à determinação da EC n.º 29/2000 e, conseqüentemente, do grau de comprometimento, de auto-suficiência e de autonomia municipal na prestação da assistência à saúde da população;
- gastos com custeio, investimento e pessoal na área de Saúde.

O Passo a Passo da Consulta ao Siops

Para consulta ao Relatório Resumido da Execução Orçamentária:

Passo 1 – acessar o endereço eletrônico público do Siops/Datasus

<<http://siops.datasus.gov.br/>>

Passo 2 – clicar em “Relatórios por Município” na listagem lateral da página

Passo 3 – clicar em ► **Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal**

☞ **Consulte...**

The image shows a screenshot of the Siops/Datasus web interface. The main heading is "Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal". Below this, there are several dropdown menus and buttons. Annotations in yellow boxes point to specific elements:

- "Selecionar o ano referente à consulta" points to the "Ano:" dropdown menu, which is currently set to "2003".
- "Selecionar o período referente à consulta" points to the "Período:" dropdown menu, which is currently set to "Anual".
- "Selecionar a Unidade da Federação (Estado)" points to the "UF:" dropdown menu, which is currently set to "Acre".
- "Selecionar o Município desejado" points to the "Município:" dropdown menu, which is currently set to "Acrelândia".
- "Clicar" points to the "Consultar" button.

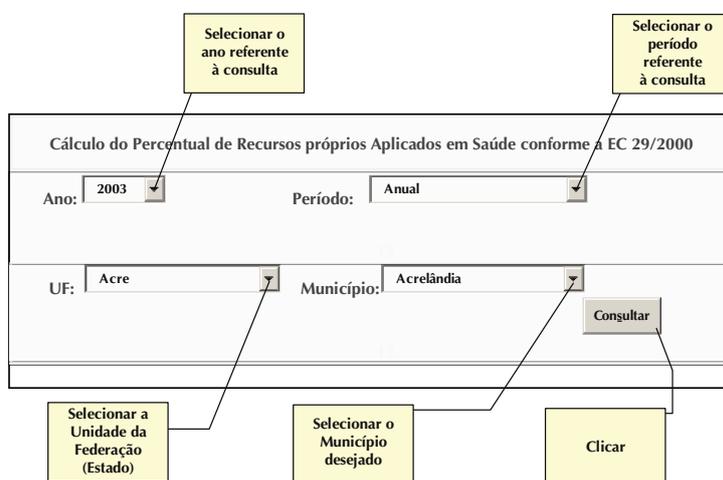
Passo 4 – Para consulta ao Relatório Completo da Execução Orçamentária e ao Cálculo do Percentual de Recursos próprios Aplicados em Saúde conforme a EC n.º 29/2000:

Passo 1 – acessar o endereço eletrônico público do SIOPS/DATASUS

<<http://siops.datasus.gov.br/>>

Passo 2 – clicar em “Relatórios por Município” na listagem lateral da página

Passo 3 – clicar em Percentual de ► **Recursos Próprios Aplicados em Saúde conforme a EC 29**  **Consulte...**



Passo 4 -

Por meio desse relatório, pode-se obter os seguintes indicadores municipais:

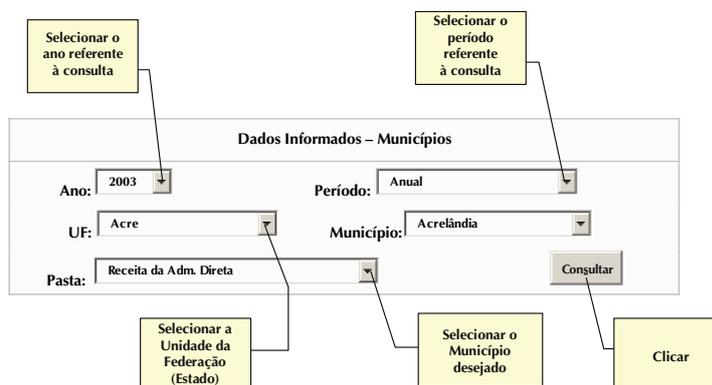
Indicador	
1	Participação da receita de impostos na receita total do município. Informa o grau de suficiência fiscal do município.
2	Participação das transferências intergovernamentais na receita total do município. ☞ Informa o grau de participação de outros níveis de governo no financiamento do SUS no município.
3	Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o município. ☞ Informa o percentual de participação do SUS na receita municipal.
4	Participação % das transferências da União para a saúde no total de recursos transferidos para a saúde no município. (Informa o percentual de aplicação de recursos da União na saúde do município em relação ao percentual de outras esferas.
5	Participação % das transferências da União para a saúde (SUS) no total de transferências da União para o município. Informa o percentual de aplicação de recursos da União no setor Saúde em relação a outros setores da administração direta municipal.
6	Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do município. Informa o percentual da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais em relação às demais fontes de receita do município.
7	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do município, por habitante. Informa o gasto municipal <i>per capita</i> com saúde.

8	Participação da despesa com pessoal na despesa total com saúde. Informa o percentual do gasto com recursos humanos em relação ao gasto total com saúde.
9	Participação da despesa com medicamentos na despesa total com saúde. Informa o percentual do gasto com medicamentos em relação ao gasto total com saúde.
10	Participação da despesa com serviços de terceiros – pessoa jurídica na despesa total com saúde. Informa o percentual do gasto com prestadores de serviços em relação ao gasto total com saúde.
11	Participação da despesa com investimentos na despesa total com saúde. Informa o percentual do gasto com equipamentos, obras e instalações em relação ao gasto total com saúde.
12	Participação das transferências para a saúde em relação à despesa total do município com saúde. Informa o percentual de transferências de recursos do SUS no gasto total com saúde
13	Participação da receita própria aplicada em saúde conforme a EC n.º 29/2000 Informa o percentual da despesa própria com saúde em relação à receita líquida de impostos do município. Observar o atendimento ao percentual mínimo definido na EC n.º 29/2000.

Para consulta ao Relatório de Dados Municipais Informados ao Siops – receita e despesa da Administração Direta/Indireta):

Passo 1 – Na página inicial do Siops <<http://siops.datasus.gov.br/>>, clicar em "Dados Informados" na listagem lateral da página.

Passo 2 –



Referências Bibliográficas

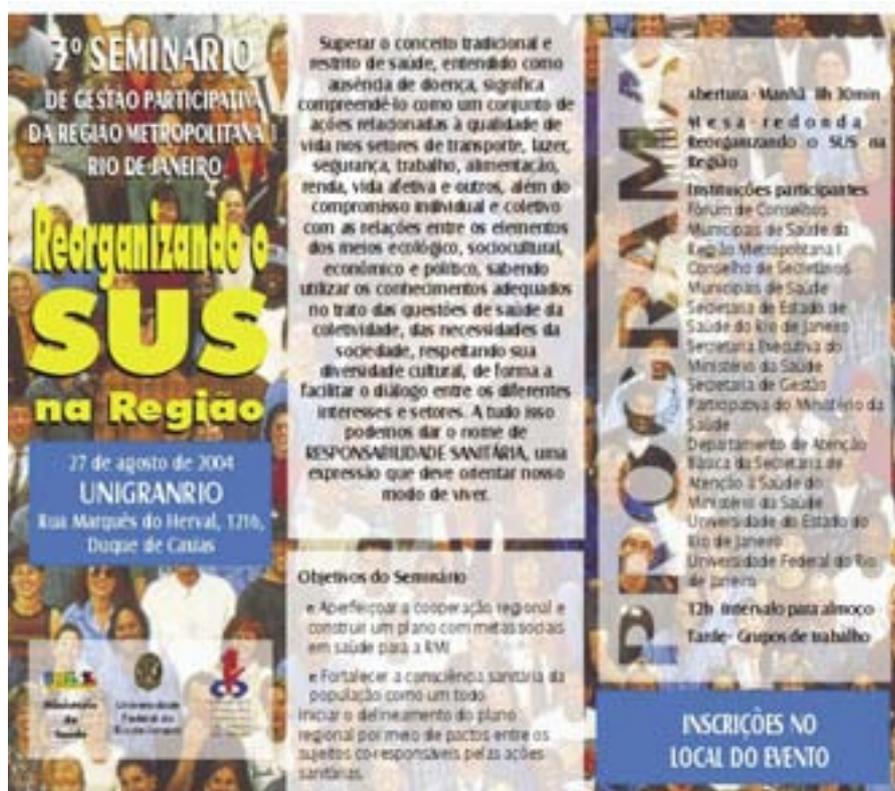
BRASIL. Ministério da Saúde; Fundo Nacional de Saúde. *Gestão financeira do sistema único de saúde: manual básico*. 3. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2003. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

———. Ministério da Saúde. *Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde*. Brasília, DF, 2002. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

———. Ministério da Saúde. *DATASUS: sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde – Siops*. Disponível: <<http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 1.º dez. 2004.

TEIXEIRA, V. H.; TEIXEIRA, M. G. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 379-391, 2003.

ANEXO I



46

ANEXO II

Roteiro para os Grupos de Discussão do 3.º Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana 1 / RJ – Reorganizando o SUS na Região

Construindo a Agenda Pública Regional

1) O Plano Regional de Saúde

- Listar os problemas que considera prioritários na Região tendo como base o Panorama Sanitário (parto e nascimento, tuberculose, violência como problema de saúde pública, e outros).

2) Como se organizar para enfrentá-los?

- Do ponto de vista dos serviços (por exemplo a ampliação e melhoria da Saúde da Família).
- Do ponto de vista da sociedade.

3) Como aperfeiçoar a Cooperação Regional?

- Estímulo à Gestão Participativa no consórcio da região e sugestões para a sua efetivação.
- Estratégias para a Superação da Precarização do Trabalho em Saúde.

- Como viabilizar um Concurso Regional de Base Local?

ANEXO III

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES

Alguns Aspectos da Desprecarização do Trabalho no SUS – Contribuições ao Seminário da Região Metropolitana I – RJ – 17/8/2004

O Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, ainda em sua quarta Reunião Ordinária (a ocorrer em 20/8) tem buscado criar as bases do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. A complexidade da realidade nacional requer a pactuação com representantes das organizações de gestores do SUS. Pactuação esta que antecede a uma gestão efetiva do Ministério da Saúde junto aos municípios para que se observe à legislação quer no regime administrativo, quer no emprego público para a contratação na saúde, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde. Para esse fim, uma das ações do Comitê é buscar conhecer e dar visibilidade a algumas experiências em curso. Mesmo que ainda tímidas essas experiências revelam-se potências para alavancar outros processos a partir da articulação para a construção de um programa nacional.

Dificuldades no processo como: passivos previdenciários entre outros têm sido objeto de preocupação e de intervenção com outras instituições como o Ministério da Previdência, por exemplo.

Propostas de Desprecarização do Trabalho para os Agentes Comunitários de Saúde e no Âmbito da Estratégia Saúde da Família – experiências nacionais

Município de Campina Grande – PB

- Criação da Comissão Especial de Desprecarização do Trabalhador em Saúde.
- Contratação por tempo determinado para cumprir necessidade excepcional de saúde pública.
- Proposta consensuada com entidades dos trabalhadores.
- Contratação por um ano prorrogável por igual período, enquanto se discute Emenda Constitucional.

Estado do Ceará

- Realização de reuniões de pactuação com todos os municípios para a adesão ao processo de desprecarização.
- Assinatura de um Termo de Adesão pelos municípios.

Pelo presente, confirmo nossa **adesão** ao *Concurso Público Único Estadual de Base Local/Área da Saúde*, reafirmando o compromisso desta prefeitura de empenhar todos os esforços necessários à execução do mesmo, incluindo a elaboração e aprovação de *Lei Municipal* definindo vacâncias, criação de cargos, políticas salariais, categorias profissionais e respectivas cargas horárias.

A Secretaria de Estado de Saúde está organizando o primeiro Concurso Público Único Estadual de Base Local em que disponibiliza todo os recursos logísticos necessários à realização do processo.

ANEXO IV

48



APRESENTAÇÃO

Pretende-se neste documento recuperar a discussão realizada em 1995, no Curso de Capacitação de Conselheiros realizado no município do Duque de Caxias, com representantes de diversos municípios da Baixada Fluminense acrescida das discussões efetivadas neste ano durante os Seminários e Reuniões ocorridos na região.

Em 1995, foi realizada uma discussão com levantamento dos principais problemas que afetam à saúde e indicado algumas proposições, o mesmo ocorrendo nas atividades efetuadas em 2004.

Este documento vai apresentar as duas proposições de forma sintética para que possa ser ampliado no 3º Seminário. Pretende ser um guia de discussão para os grupos de trabalho.

**RESULTADO DO CURSO DE
CAPACITAÇÃO REALIZADO EM 1995¹**

1 - PRINCIPAIS PROBLEMAS

A Baixada Fluminense apresenta sérios problemas de saúde relacionados ao perfil de morbi - mortalidade, à rede de serviços e à infra - estrutura urbana. Ocorre um grande número de óbitos sem assistência médica, indicando a necessidade premente de se melhorar o acesso aos serviços de saúde.

Será apresentada a seleção dos principais problemas relacionados às questões identificadas acima, realizada pelos participantes do Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde da Baixada Fluminense.

PROBLEMAS DE SAÚDE

- Alta mortalidade materno infantil.
- Alta incidência de doenças (tuberculose, diarreias, hanseníase, AIDS).
- Alta ocorrência de problemas relacionados à saúde mental / alcoolismo e consumo de drogas.
- Alta incidência de doenças vinculadas às precárias condições de trabalho.....
- Alto índice de doenças cardio - vasculares e diabetes.

PROBLEMAS DA REDE DE SERVIÇOS

- Deficiente atendimento da Rede Hospitalar.
- Atendimento ambulatorial de baixa resolatividade.
- Política inadequada de recursos humanos.

**PROBLEMAS DE
INFRA - ESTRUTURA URBANA**

- Falta de saneamento básico: água, esgoto e coleta do lixo.

**2 - PROPOSTAS DE AÇÃO A SEREM
IMPLANTADAS IMEDIATAMENTE**

COM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE SAÚDE

- ⇒ Alta mortalidade materno - infantil
 - Implantar e/ou melhorar o atendimento pré-natal e ao parto nas Unidades de Saúde.
 - Criar um sistema de referência para gestantes de risco.
 - Ampliar a cobertura do atendimento para o planejamento familiar.
- ⇒ Alta incidência de doenças transmissíveis (tuberculose, diarreias, hanseníase e AIDS)
 - Implantar e/ou ampliar os programas relativos às doenças transmissíveis nas Unidades.
 - Aumentar a cobertura vacinal.
- ⇒ Alta Ocorrência de Problemas Relacionados à Saúde Mental / Alcoolismo e Consumo de Drogas
 - Incentivar os programas de educação e saúde.
- ⇒ Alto índice de doenças vinculadas às precárias condições de trabalho
 - Implantar Programas de Saúde do Trabalhador nas Unidades de Saúde.
- ⇒ Alto índice de doenças cardiovasculares e diabetes
 - Implantar Programas para atenção das mesmas.

¹ O presente texto foi elaborado em 1995 pelos participantes do curso de capacitação para conselheiros de saúde da Baixada Fluminense, realizado pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde.

COM RELAÇÃO À REDE DE SERVIÇOS

⇒ Deficiente Atendimento Hospitalar e Ambulatorial

- Criação de Hospitais Públicos de referência na Baixada Fluminense, com Centro de Tratamento Intensivo (Saracuruna, Queimados, Hospital Municipal de Nilópolis).
- Reequipar e reativar os leitos dos hospitais existente (Hospital Duque e Hospital Infantil em Duque de Caxias).
- Reabertura do PAM de São João de Meriti transformando - o em Unidade de Emergência.
- Implantar novo sistema de credenciamento e avaliação da qualidade dos serviços prestados pelo setor privado nos Municípios.
- Reequipar as Unidades do PESB (Programa Especial de Saúde da Baixada) de todos os Municípios, colocando - os para funcionar em regime de 24 horas.

COM RELAÇÃO AOS RECURSOS HUMANOS

⇒ Política inadequada de Recursos Humanos

- Implantar nova política salarial para os profissionais de saúde com Plano de Cargos, Carreiras e Salários.
- Implantar sistema de progressão funcional por desempenho.
- Realizar Concurso Público e ampliar o quadro de profissionais.
- Implantar Programa de Treinamento e Aperfeiçoamento dos Profissionais

COM RELAÇÃO AOS PROBLEMAS DE INFRA - ESTRUTURA URBANA

⇒ Saneamento Básico (Água, esgoto, lixo)

- Ampliar a Rede de Esgotamento Sanitário.
- Estender o abastecimento efetivo e sistemático de água.
- Elaborar e implementar Projeto de Seleção e Tratamento de Lixo.
- Regularizar e estender o sistema de coleta do lixo

BIBLIOGRAFIA

- ATLAS SANITÁRIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - RJ, 1988.
- REVISTA PROPOSTA Nº 47 - FASE, 1990.
- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS: UMA PROPOSTA DO MOVIMENTO POPULAR - Promoção : Projeto Integrado Pela Cidadania na Baixada Fluminense - Área Saúde - Inserção da UFRJ - 1994.
- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DE MERITI: UMA PROPOSTA DO MOVIMENTO POPULAR - Promoção : Projeto Integrado Pela Cidadania na Baixada Fluminense - Área Saúde - Inserção da UFRJ - 1995
- PRÉ - CONFERÊNCIA DE SAÚDE DO MOVIMENTO POPULAR DE NOVA IGUAÇU - Relatório Final - 1995.



Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro Agenda Pública em Saúde

Carta Compromisso

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 três Seminários de Gestão Participativa em Saúde da Região Metropolitana I do Estado, em 30 de abril, 25 de junho e 27 de agosto de 2004, respectivamente.

No primeiro, foram apresentados os panoramas: sanitário, da organização dos serviços, da transferência de recursos e da participação popular na região. O segundo teve como tema a Saúde da Família, compreendida como estratégia reorganizadora não só da atenção básica, mas do sistema como um todo, no sentido de atender as necessidades da população. E o terceiro, com o tema reorganizando o SUS na região, possibilitou a construção de uma Agenda Pública em Saúde assumida por todos os co-responsáveis por este processo, com os seguintes eixos:

- construção de um Plano Regional de Saúde com amplo envolvimento da sociedade que some esforços de todos, com metas claras para atender às necessidades da população e assim assegurar seu **efetivo direito à saúde**;
- 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 em toda a região;
- aperfeiçoar a Cooperação Regional e estimular a Gestão Participativa em Saúde na região por meio de:
 - gestão colegiada do consórcio da região;
 - autonomia dos fundos municipais de saúde;
 - aprovar nas câmaras municipais orçamentos para funcionamento dos conselhos de saúde da região.,
- cumprimento da Emenda Constitucional n.º 29 por todas as prefeituras da região;
- superar a precarização do trabalho em saúde, por meio de Concurso Público Regional de Base Local, inspirado na experiência do Programa Especial de Saúde da Baixada;
- propiciar maior articulação da Saúde com as políticas públicas da área social como Segurança Alimentar e Nutricional, Saneamento Básico, Política Ambiental, Habitacional e outras visando a melhorar a qualidade de vida na Região.

O cumprimento desta agenda é responsabilidade de todos os agentes públicos comprometidos com a consolidação do Sistema Único de Saúde, inaugurando o novo Pacto de Gestão Participativa que reorganize o SUS tendo como base as reais necessidades da população.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual 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/SA/SE
Ministério da Saúde

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

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, agosto de 2005

OS 0656/2005