

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Participativa

Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro

4.º Seminário da Região Metropolitana I
Fórum de Conselhos Municipais de
Saúde da Região Metropolitana I
RIO DE JANEIRO - 2005

1.ª edição
1.ª reimpressão

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2007

© 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 pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>
O conteúdo desta e de outras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:
<http://www.saude.gov.br/editora>

Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Metropolitanos

Tiragem: 1.ª edição – 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:
Alexandre Nordskog – Pesquisador NUTES
Fabiana de Sousa Faria – Residente Saúde Coletiva NESC

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti – Docente NESC
Marta Maria Antonieta de Souza Santos – Docente INJC
Marta Henriques de Pina Cabral – Residente Saúde Coletiva NESC
Regina Lúcia Doods Bomfim – Pesquisadora NESC
Sergio Murillo Tadeu – Programador Visual NUTES
Tatiana de Matos Bozza – Residente Saúde Coletiva NESC
Victoria Maria Brant Ribeiro – Docente NUTES

Equipe da Universidade do Estado do Rio de Janeiro:

Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS
Maurílio Castro de Matos – Docente FSS
Andréa Gonzaga de Oliveira – Assistente Social
Débora de Sales Pereira – Assistente Social
Janaína Bilate Martins – Doutoranda FSS
Kátia Rodrigues da Silva – Assistente Social
Carolina de Barros Montanha – Graduanda FSS
Juliana Fiuza Cislighi – Graduanda FSS
Juliana Souza Bravo de Menezes – Graduanda FSS
Lia Rocha Gomes – Graduanda FSS
Matheus Thomaz da Silva – Graduando FSS
Rosane Santos de Carvalho – Graduanda FSS
Rosimere Valentim de Souza – Graduanda FSS
Tatiana dos Santos Borsoi – Graduanda FSS
Thatiana Dutra Alves Coelho – Graduanda 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 no Município do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília:
Editora do Ministério da Saúde, 2007.
118 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

ISBN 85-334-0948-6

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

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0148

Títulos para indexação:

Em inglês: Reorganizing the SUS in the county of Rio de Janeiro
Em espanhol: Reorganizando el SUS en el municipio de Rio de Janeiro

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

Equipe Editorial:
Normalização: Vanessa Kelly Leitão
Revisão: Claudia Profeta e Viviane Medeiros
Capa, projeto gráfico: Daniel Mariano

Sumário

Lista de figuras, gráficos e quadros	5
Lista de tabelas	7
Apresentação	9
1 Mesa de Abertura do 4.º Seminário de Gestão Participativa	11
2 Considerações iniciais: o Estado do Rio de Janeiro	15
2.1 Macroproblemas de saúde na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro	17
3 Caracterização do Município do Rio de Janeiro.	19
3.1 População e densidade demográfica	19
3.2 Situação socioeconômica e nível de escolaridade	25
3.3 Situação de saúde	31
4 Organização da rede de serviços de saúde	41
4.1 Áreas de planejamento e capacidade instalada no Município do Rio de Janeiro	43
4.2 Organização da Atenção Básica e Saúde da Família	47
5 Na trilha do financiamento para o SUS	55
5.1 Orçamento público	55
5.2 Financiamento do SUS.	56
5.3 A fiscalização da execução orçamentária	59
5.4 Transferência de recursos financeiros para o sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro	60
6 O controle social na saúde no Município do Rio de Janeiro	65
6.1 Considerações gerais.	65
6.2 O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	66
6.2.1 Histórico	66
6.2.2 Composição.	67
6.2.3 Principais temáticas	69
6.3 Os Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro	70
6.3.1 Histórico	70
6.3.2 Composição.	71
6.3.3 Principais Temáticas.	72
6.4 As Conferências Municipais de Saúde	73
6.5 Existência de outros Conselhos de Política e Direitos	74
6.6 Algumas reflexões e proposições.	75

7 Perfil dos Conselheiros de Saúde do Município do Rio de Janeiro . . .	77
7.1 Considerações iniciais	77
7.2 Dados institucionais da amostra	78
7.3 Dados pessoais dos conselheiros	79
7.4 Participação em movimentos sociais	81
7.5 Algumas reflexões	83
8 Mesa-Redonda: “Fazer o SUS acontecer no município do Rio de Janeiro”	85
8.1 Considerações iniciais	85
8.2 A contribuição da Secretaria Municipal de Saúde	85
8.3 Comissão de Saúde da Câmara dos Vereadores.	87
8.4 Secretaria Estadual de Saúde	88
8.5 Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa	89
8.6 Ministério da Saúde	91
9 Principais problemas de saúde e propostas para reorganização	93
Referências bibliográficas.	97
Anexo A – Carta-Compromisso	101
Anexo B – Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária – versão preliminar – 23/2/2005.	103
Anexo C – Ações desenvolvidas pelo Comitê de Gestão no Rio.	111
Anexo D – Tabela contendo situação encontrada nos hospitais e mudanças ocorridas após a requisição do Ministério da Saúde	115

Lista de figuras, gráficos e quadros

FIGURA 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro dividido por regiões	15
FIGURA 2 – Mapa do Município do Rio de Janeiro e municípios adjacentes	16
QUADRO 1 – Ocupação por atividade econômica na Região Metropolitana I	17
FIGURA 3 – Município do Rio de Janeiro – pirâmide etária – 2003.	20
FIGURA 4 – Mapa do Município do Rio de Janeiro dividido por Áreas de Planejamento .	21
FIGURA 5 – Pirâmide etária da AP 1 – 2000	24
FIGURA 6 – Pirâmide etária da AP 2 – 2000	24
FIGURA 7 – Pirâmide etária da AP 3 – 2000	24
FIGURA 8 – Pirâmide etária da AP 4 – 2000	24
FIGURA 9 – Pirâmide etária da AP 5 – 2000	24
GRÁFICO 1 – Proporção da população empregada por setor de atividade econômica no Município do Rio de Janeiro – 1998	25
GRÁFICO 2 – Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro	29
GRÁFICO 3 – Evolução da renda domiciliar <i>per capita</i> de municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro.	29
GRÁFICO 4 – Evolução da proporção de empregados com carteira, funcionário público estatutário, militar ou empregador de municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro	30
GRÁFICO 5 – Evolução da taxa de desemprego de municípios selecionados do Estado do Rio de Janeiro.	30
GRÁFICO 6 – Município do Rio de Janeiro – Taxas de mortalidade infantil, mortalidade neonatal e taxa de internação por IRA em menores de 5 anos de 1998 a 2002	33
GRÁFICO 7 – Mortalidade proporcional por idade, em menores de 1 ano, no Município do Rio de Janeiro, em 1999 (%)	33
GRÁFICO 8 – Taxas de mortalidade materna, por câncer de colo de útero e câncer de mama, no Município do Rio de Janeiro, de 1998 a 2002 . . .	34
GRÁFICO 9 – Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes), Município do Rio de Janeiro ano 2002 . .	37

GRÁFICO 10 – Taxas de mortalidade (por 100 mil habitantes) por homicídio por armas de fogo em jovens do sexo masculino de 15 a 24 anos de idade – Brasil e Unidades da Federação – 1991 e 2000	38
GRÁFICO 11 – Leitos hospitalares por município – Região Metropolitana I – RJ, Dezembro de 2004	41
GRÁFICO 12 – Leitos Hospitalares por especialidade – Município do Rio de Janeiro, 2004.	42
GRÁFICO 13 – População X unidades de saúde por AP	44
GRÁFICO 14 – Município do Rio de Janeiro – % de cobertura de PACS / PSF – abril, 2004	47
QUADRO 2 – Percentuais mínimos de vinculação previstos na EC 29/2000	58
GRÁFICO 15 – Repasses fundo a fundo para o município do Rio de Janeiro no ano de 2003	61
QUADRO 3 – Composição do Conselho Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (2001–2003).	68
GRÁFICO 16 – Principais temáticas discutidas no CMS–Rio	69
QUADRO 4 – Composição dos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro 2001–2003	72
GRÁFICO 17 – Principais Temáticas Discutidas nos CODS	73
QUADRO 5 – Conferências de Saúde do Município do Rio de Janeiro	74
QUADRO 6 – Outros conselhos existentes no Rio de Janeiro.	75
GRÁFICO 18 – Conselheiros distribuídos por condição.	79
GRÁFICO 19 – Conselheiros distribuídos por faixa etária.	80
GRÁFICO 20 – Conselheiros distribuídos por nível de escolaridade	80
GRÁFICO 21 – Conselheiros distribuídos por sexo	81
QUADRO 7 – Experiência dos conselheiros em movimentos sociais	81
QUADRO 8 – Movimentos sociais de conselheiros com experiência.	82
QUADRO 9 – Entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde	82

Lista de tabelas

TABELA 1 – Divisão por municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro	16
TABELA 2 – Macroproblemas e descritores da Região Metropolitana I	17
TABELA 3 – Características geográficas e demográficas do Município do Rio de Janeiro.	19
TABELA 4 – População residente, em números absolutos e percentuais, por grupos de idade, segundo as Áreas de Planejamento e as regiões administrativas do Município do Rio de Janeiro – 2000	22
TABELA 5 – Proporção de pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por grupos de idade no Município do Rio de Janeiro – 2000	25
TABELA 6 – Distribuição percentual das pessoas de 10 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência, por posição na ocupação no Município do Rio de Janeiro – 2000.	26
TABELA 7 – Pessoas empregadas e faixa salarial	26
TABELA 8 – Proporção de domicílios com crianças de até 14 anos de idade, com rendimento domiciliar <i>per capita</i> de até 1/2 salário-mínimo e com responsável com menos de quatro anos de estudo, por grupo de idade das crianças no Município do Rio de Janeiro – 2000	26
TABELA 9 – Distribuição percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, com rendimento, por classes de contribuição no rendimento médio mensal familiar no Município do Rio de Janeiro – 2000	27
TABELA 10 – Proporção da população residente alfabetizada por faixa etária no Município do Rio de Janeiro.	27
TABELA 11 – Taxa de analfabetismo por municípios	28
TABELA 12 – Taxa de natalidade (nascidos vivos por 1.000 habitantes) no Estado do Rio de Janeiro, na Região Metropolitana, e no Município do Rio de Janeiro, de 1991 a 1999	31
TABELA 13 – Total de nascidos vivos, proporção de prematuros, proporção de cesarianas, proporção de mães adolescentes, proporção de nascidos com baixo peso em todos os partos e por tipo de parto no Município do Rio de Janeiro – 1994 a 2002	31
TABELA 14 – Município do Rio de Janeiro – Série histórica de indicadores da Saúde da Criança	32
TABELA 15 – Taxas de mortalidade materna, por câncer de colo de útero e por câncer de mama. Município do Rio de Janeiro, 1998 a 2002	35

TABELA 16 – Taxa de mortalidade geral por 1.000 habitantes.	35
TABELA 17 – Principais causas de óbitos no município do Rio de Janeiro no ano 2002	36
TABELA 18 – Coeficiente de mortalidade para algumas causas selecionadas (por 100.000 habitantes) Município do Rio de Janeiro.	37
TABELA 19 – Casos registrados das principais doenças (Morbidade) no Município do Rio de Janeiro	40
TABELA 20 – Hospitais credenciados por natureza do hospital	42
TABELA 21 – Estabelecimentos de saúde (total e prestadores de serviços ao SUS) e leitos hospitalares (total e disponíveis ao SUS), no Município do Rio de Janeiro – 2002.	43
TABELA 22 – Leitos hospitalares por Área Programática, no município, e n.º de leitos por 1.000 habitantes. Município do Rio de Janeiro, 2004	45
TABELA 23 – Unidades ambulatoriais por tipo de unidade	46
TABELA 24 – Situação dos municípios da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em relação à população coberta por ACS, ESF e ESB – outubro, 2004.	47
TABELA 25 – Cobertura da Saúde da Família nos municípios da Baixada Fluminense e nos municípios da Região Metropolitana II.	48
TABELA 26 – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) – componente 1, apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde. Atualizado em 14/12/2004.	49
TABELA 27 – Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) – componente 1, apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde. Atualizado em 14/12/2004.	50
TABELA 28 – Região Metropolitana I	53
TABELA 29 – Região Metropolitana II	53
TABELA 30 – Recursos federais transferidos fundo a fundo (R\$) – Região Metropolitana I, 2003	60
TABELA 31 – Programação Pactuada Integrada para procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade, 2002. Relatório de pactuação dos municípios da Baixada Fluminense com o município do Rio de Janeiro	62
TABELA 32 – Programação Pactuada Integrada para procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade, 2002. Relatório de pactuação dos municípios da Baixada Fluminense com o município do Rio de Janeiro	62
TABELA 33 – População, condição de gestão, percentual da receita municipal aplicada em saúde, gasto municipal total e <i>per capita</i> com saúde – Município do Rio de Janeiro, 2003	63
TABELA 34 – Conselheiros distribuídos por segmento	78

APRESENTAÇÃO

Este caderno apresenta uma síntese do **IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS no Rio de Janeiro**, realizado no dia 16 de dezembro de 2004, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O presente caderno é o quarto de uma série que sistematiza os resultados dos seminários organizados pelo Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e pela Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

O Seminário teve como principal objetivo potencializar a participação social na formulação e na gestão da política pública de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais e distritais de saúde do Município do Rio de Janeiro, na perspectiva de ampliar a democracia participativa. Nesta direção, procurou-se envolver os gestores públicos e as comissões de saúde dos legislativos municipal e estadual, com a finalidade de viabilizar o SUS com o compromisso de todos os responsáveis pelo seu funcionamento e, dessa forma, contribuir para a construção de uma gestão verdadeiramente democrática.

O evento, o primeiro realizado no Município do Rio de Janeiro, deu seguimento aos três seminários de Gestão Participativa em Saúde ocorridos na Baixada Fluminense em 2004.

A organização do IV Seminário foi uma construção coletiva, em reuniões na UERJ, com a participação de representantes dos conselhos do Município do Rio de Janeiro (municipais e distritais das APs 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3), de conselheiros do Fórum de Conselhos de Saúde da Região Metropolitana I, de representantes da Secretaria de Gestão Participativa e das universidades. Dentre os representantes do Fórum, participaram nas reuniões preparatórias conselheiros de Nova Iguaçu, de Nilópolis, de Belford Roxo, de Queimados, de Duque de Caxias e de Seropédica para trazer suas experiências, fruto dos seminários anteriores, para fortalecer o debate e dinamizar a construção do Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I.

O IV Seminário teve a participação de 150 pessoas distribuídas da seguinte forma: 61 conselheiros de saúde (41 do Município do Rio de Janeiro – de todos os conselhos municipais e distritais de saúde – e 20 conselheiros da Baixada Fluminense), 46 não conselheiros de saúde, principalmente trabalhadores de saúde das diversas unidades e agentes comunitários de saúde, 14 convidados, dentre palestrantes e representantes do Ministério da Saúde e da Fiocruz, e 29 membros da comissão organizadora (professores, estudantes e profissionais da UERJ e UFRJ, representação da Secretaria de Gestão Participativa e conselheiros integrantes da organização).

Esse caderno traz a síntese das discussões ocorridas no Seminário, tendo como eixo as questões relativas à realidade de saúde e ao controle social no Município do Rio de Janeiro, com a finalidade de apresentar propostas concretas para fazer o SUS acontecer no município. Está dividido em nove itens.

O primeiro retrata a mesa de abertura do Seminário com a saudação dos organizadores do evento e do subsecretário de Saúde, como convidado. A seguir, apresenta-se uma caracterização geral do Estado do Rio de Janeiro, dando destaque para a região metropolitana que representa 76,5% da população total do estado.

O terceiro e quarto itens referem-se ao Município do Rio de Janeiro com a caracterização da população, a densidade demográfica, a situação socioeconômica e o nível de escolaridade. Posteriormente, explicita-se a situação de saúde por meio dos principais problemas e indicadores de natalidade, mortalidade, morbidade, a organização da rede de serviços de saúde com a realidade da Atenção Básica e da Saúde da Família no município. O quinto tópico refere-se ao financiamento da saúde.

Os sexto e sétimo itens enfatizam o controle social e o perfil dos conselheiros de saúde no município e recupera a histórica luta pela saúde. Em seguida, retrata-se a mesa-redonda Fazer o SUS Acontecer com a participação das secretarias municipais e estaduais de Saúde, do Ministério da Saúde e das representações das Comissões de Saúde da Câmara de Vereadores e da Assembléia Legislativa. Por fim, são apresentados os principais problemas e propostas para fazer o SUS acontecer no Município do Rio de Janeiro, discutidos no Seminário.

Os anexos apresentam: a Carta-Compromisso da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, a proposta de Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária, em discussão no Ministério da Saúde, e dois documentos com informações a respeito da situação encontrada e das ações realizadas nos seis hospitais requeridos pelo Ministério da Saúde.

Espera-se, com este caderno, socializar as informações sobre a realidade de saúde e do controle social no Município do Rio de Janeiro, a fim de potencializar a participação social na formulação e na gestão da Política de Saúde, com vistas à efetivação concreta do Sistema Único de Saúde.

1 MESA DE ABERTURA DO 4.º SEMINÁRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA

A abertura do Seminário contou com a presença dos organizadores do evento: representações dos Conselhos de Saúde – estadual, municipal e distrital, universidades (UERJ e UFRJ), Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa, Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I e do subsecretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro, Dr. Mauro Marzocchi, como convidado.

A professora Maria Inês Souza Bravo, da faculdade de Serviço Social/UERJ, fez uma breve apresentação do objetivo do Seminário. Reforçou a importância do fortalecimento e da articulação dos conselhos municipais e distritais do Município do Rio de Janeiro, na perspectiva de ampliar a democracia participativa. Referiu-se à Carta-Compromisso para uma agenda pública em saúde, resultado dos seminários da Baixada Fluminense, propôs, com base nessa carta, a abertura de um debate com os diversos sujeitos (gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde, movimento popular, conselhos de saúde e Poder Legislativo) do Município do Rio de Janeiro, a fim de formular propostas para fazer o SUS acontecer no município.

A representante do Conselho Municipal de Saúde, Rejane de Almeida, conselheira do segmento dos trabalhadores de saúde, falou sobre a insatisfação dos conselheiros em relação ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e apontou algumas dificuldades.

Uma delas, diz respeito ao fato de que existem dez conselhos distritais sem uma coordenação atuante no CMS. Esta comparece apenas duas vezes por semana, para discutir as questões do Município do Rio de Janeiro, que concentra a maior quantidade de unidades hospitalares. Além disso, não há viaturas para fiscalização, o trabalhador não é liberado para participar das reuniões, o gestor não comparece às reuniões e não há condições técnicas e financeiras para que o trabalho seja realizado adequadamente.

[...] Busquei fazer uma denúncia do que ocorre no CMS, [...] aproveitar para discutir os problemas que vêm ocorrendo, não só da dificuldade de participarmos do controle social, mas da própria estrutura que está ali [...] a participação só se faz quando é para votar projetos que são de interesse do governo, e isto está fazendo com que o Conselho vire uma batalha, quando nós queríamos discutir os projetos com mais profundidade. Eles chegam para serem apresentados no CMS sem antecedência mínima e não estão na íntegra (informação verbal)¹.

Defendeu a necessidade do Seminário de encaminhar propostas que não só consolidem o CMS, mas também os conselhos distritais e o estadual.

¹ Informação fornecida por Rejane de Almeida no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004.

A Sra. Marilza Abreu Fialho, representante dos conselhos distritais, elogiou o trabalho dos profissionais de saúde e falou da necessidade de apoio em todo o estado para possibilitar a oferta de saúde com alta qualidade. Destacou a importância dos governantes ouvirem as bases e das reuniões para que, assim, o SUS possa acontecer.

A Dra. Cristina Maiol, vice-diretora do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), representando o magnífico reitor da UERJ, destacou a importância dos três segmentos na discussão da promoção da saúde e citou a relevância do fortalecimento dos conselhos distritais e da participação dos usuários na administração das unidades de saúde. Questionou o fato de os usuários se manterem à parte do processo, porque talvez não exista um espaço dirigido a eles dentro do hospital. Segundo ela, há um Conselho Administrativo no HUPE que, embora não consolidado, conta com a participação dos usuários nas decisões do hospital.

Concluiu sua exposição, afirmando a importância da participação da Universidade nesses seminários, visto ser responsável pela formação dos profissionais que irão atuar no SUS.

A Profa. Dra. Elaine Behring, diretora da Faculdade de Serviço Social (FSS/UERJ), destacou a importância do Seminário como demonstração de que a Universidade cumpre o seu papel, que não é somente ceder o espaço para a realização do Fórum, mas trazer os problemas da realização das políticas de saúde, integrantes da política de seguridade social, juntamente com a assistência e a previdência, compondo o núcleo duro da proteção social brasileira.

Estamos vivendo um período difícil, sabemos que há uma orientação geral de desfinanciamento das políticas sociais, em que a política econômica não aponta para uma locação significativa de recursos para as políticas sociais, enquanto enviamos bilhões para fora, para o pagamento dos juros da dívida pública.

Isto tem implicações cotidianas na estrutura, sinalizadas pela Rejane, problemas que apesar do esforço realizado por nós, ainda permanecem um aspecto desafiante que é consolidar o SUS numa perspectiva de gestão democrática participativa. Tenho certeza que esse fórum vai formular propostas políticas para que consigamos avançar na região metropolitana, e que essa agenda pública seja levada para os conselhos (informação verbal)².

A Dr.^a Regina Dodds Bomfim, do Projeto de Gestão Participativa na Atenção à Saúde / UFRJ, afirmou que uma das funções da Universidade é envolver os estudantes bolsistas de iniciação científica, extensão, especialização, para participarem desse movimento da construção do SUS, de consolidar e reforçar a participação da comunidade, de modo a proporcionar aos estudantes esta vivência importante para a atuação dentro do SUS.

O Sr. Meronildo, representante do Fórum de Conselhos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, lembrou a importância da mobilização social com relação à saúde.

² Informação fornecida pela Profa. Dra. Elaine Behring no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004.

de na década de 80 que contribuiu para a inclusão na Constituição Federal da saúde como direito de todos. Na década de 90, houve um retrocesso dessa mobilização e retomada do movimento social em 2000, na busca dos direitos adquiridos na Constituição e da consolidação do SUS.

Citou os Cadernos Metropolitanos de Gestão Participativa, que representam a síntese dos três seminários ocorridos em Belford Roxo, Nova Iguaçu e Duque de Caxias, e têm servido de base para as equipes dos governos municipais como um parâmetro da realidade do sistema de saúde.

Esse encontro é importante porque marca a aproximação do Fórum da Baixada Fluminense, para que seja realmente efetivado o Fórum da Região Metropolitana I e, quiçá, o Fórum do Estado do Rio de Janeiro, para que se tenha uma saúde com qualidade, participação do usuário e comprometimento dos gestores (informação verbal)³.

O Sr. Ludugério Silva, representante do Conselho Estadual, ressaltou que o desafio é fazer o SUS acontecer para valer contando com a participação dos conselhos e daqueles que podem contribuir: universidades, secretarias, profissionais de saúde, agentes comunitários. Afirmou que o Seminário é a oportunidade para que se tome conhecimento de fato do que está acontecendo e formular propostas para a saúde.

O Dr. Mauro Marzocchi, subsecretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro, destacou o aumento da expectativa de vida, representando novas demandas. Explicou que a universalização da assistência à saúde traz, a princípio, queda na qualidade da assistência, visto que a demanda não se restringe aos trabalhadores com carteira assinada e sim, contempla todos os cidadãos.

Disse não haver uma política de investimento na atenção primária, na saúde preventiva. Outro fator da baixa qualidade na assistência à saúde é a elevação dos custos dos investimentos e dos insumos, além do empobrecimento da classe média que antes podia pagar um plano de saúde familiar.

Acrescentou, ainda, que outros municípios dependem da cidade do Rio de Janeiro por ter a maior rede de serviços.

A Dra. Lúcia Souto, Secretária de Gestão Participativa/Ministério da Saúde, também destacou a importância do movimento de Reforma Sanitária que contou com a ampla mobilização social e, por meio de emenda popular, com mais de 100 mil assinaturas, consagrou a saúde como direito constitucional.

Informou sobre regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), aprovada em 2000, e que vincula o percentual de investimento em saúde, já aprovada em duas comissões do Congresso Nacional e praticamente aprovada. Segundo ela:

³ Informação fornecida por Meronildo no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004.

A regulamentação esclarece o âmbito do que é possível ser financiado para o orçamento vinculado da saúde. Assim, é superada a atual confusão, que inclui no orçamento da saúde outras políticas sociais, tendo como consequência, restringir o orçamento, tanto da saúde como na área social como um todo.

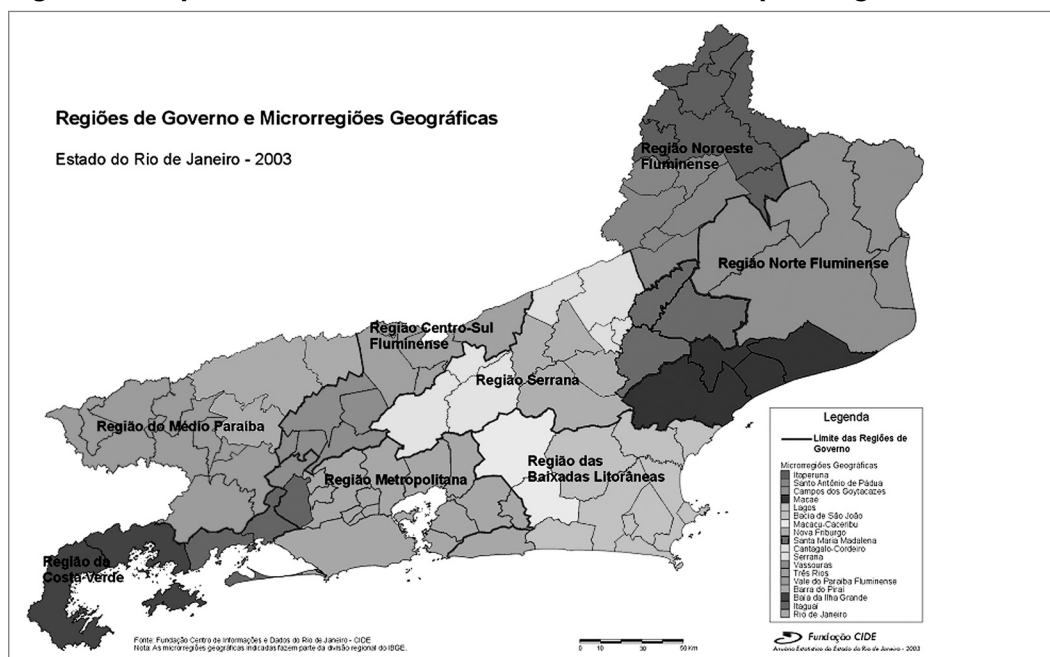
Essa questão nos tira da armadilha de utilizar o conceito ampliado de saúde como qualidade de vida para restringir os gastos com saúde e da área social como um todo (informação verbal)⁴.

Desafio proposto: como organizar o SUS segundo as reais necessidades da população, tendo como eixo o conceito de Responsabilidade Sanitária com metas sociais em saúde e superando a lógica da produtividade cega, aquela que produz consultas e internações e não gera impacto sobre a qualidade de vida da população e sobre os indicadores de saúde? Segundo informou, o Ministério da Saúde vai encaminhar ao Congresso Nacional o Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária (em anexo versão preliminar de 23/2/2005, em discussão no Ministério da Saúde). Em seguida, referiu-se à importância de experiências locais como o concurso público regional de base local no Ceará, para superar a precarização do trabalho e à necessidade de uma articulação metropolitana, em torno de um Plano Metropolitano de Saúde que enfatize a implantação em escala da Saúde da Família na região. Destacou os Cadernos Metropolitanos como um instrumento de apoio para a população aperfeiçoar o processo decisório participativo.

⁴ Informação fornecida pela Dra. Lúcia Souto no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro Dividido por Regiões



De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (2001–2004), o Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios, tem população de 14.367.083 habitantes, com base no censo demográfico 2000 (IBGE). O estado está dividido em oito regiões geográficas, segundo o Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (Cide), órgão da Secretaria de Estado de Planejamento.

A Região Metropolitana está dividida em duas regiões: Metropolitana I (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense – subdividida em cinco microrregiões) e Metropolitana II (Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim, Tanguá e Rio Bonito), e é nessa região (composta por 19 municípios) que está a maior concentração de contingente populacional – 11 milhões de habitantes – representando 76,5% da população total do estado.

As demais regiões do Estado do Rio de Janeiro são: Norte (nove municípios), Baía da Ilha Grande (três municípios), Baixada Litorânea (10 municípios), Noroeste (13 municípios), Centro-Sul (10 municípios), Serrana (14 municípios) e Médio Paraíba (12 municípios). Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Médio Paraíba juntas, possuem 9,3% da população do estado, Centro-Sul e Serrana 7,2% e, Norte e Noroeste 6,9%.

Figura 2. Mapa do Município do Rio de Janeiro e Municípios Adjacentes



Tabela 1. Divisão por Municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Região	Municípios
Metropolitana I (12 municípios)	<ul style="list-style-type: none"> • Rio de Janeiro (Baixada Fluminense 11): • Duque de Caxias • Nova Iguaçu • São João de Meriti • Belford Roxo • Queimados • Mesquita • Japeri • Nilópolis • Magé • Seropédica • Itaguaí
Metropolitana II (7 municípios)	<ul style="list-style-type: none"> • Niterói • São Gonçalo • Maricá • Itaboraí • Rio Bonito • Silva Jardim • Tanguá

Fonte: Plano Diretor de Regionalização (Secretaria de Estado de Saúde – Rio de Janeiro, 2001).

Quadro 1. Ocupação por Atividade Econômica na Região Metropolitana I

NÍVEL DE GOVERNO	SETORES DE ATIVIDADE ECONÔMICA				
	Ind. de transformação	Construção civil	Comércio	Serviços	Outras atividades
Estado	300.796	102.092	482.415	1.213.375	618.860
Município do Rio de Janeiro	219.240	100.993	355.923	1.575.680	258.976
Belford Roxo	1.930	407	8.049	5.359	96
Duque de caxias	17.421	4.616	18.590	32.568	10.437
Itaguaí	1.093	504	2.388	6.582	641
Japeri	93	31	457	230	795
Magé	2.035	608	3.490	4.210	2.107
Nilópolis	746	573	3.320	5.678	3.268
Nova Iguaçu	10.693	2.252	18.925	27.339	6.765
Queimados	2.129	195	1.289	1.716	2.036
São João de Meriti	3.630	519	9.185	15.623	378
Seropédica	460	354	425	982	2.892
Total RM I	259.470	111.052	422.041	1.675.967	288.391

Fontes: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>>. Acesso em 10/12/2004.
Cide, 2002.

2.1 MACROPROBLEMAS DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA I DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Segundo o diagnóstico situacional do Plano Estadual de Saúde de 2001, os macroproblemas (principais problemas e desafios identificados na área da Saúde) e os descritores (os fatores que indicam a existência destes problemas, contribuindo também para a sua persistência) da Região Metropolitana I são os seguintes:

Tabela 2. Macroproblemas e Descritores da Região Metropolitana I

Macroproblemas	Descritores
Insuficiente cobertura pelo Programa Saúde da Família na região.	Cobertura de 4,76%.
Deficiência na Atenção à Saúde materno-infantil.	Oferta de serviços de pré-natal na rede básica insuficiente, prevalência elevada de gravidez em menores de 15 anos.
Deficiência na atenção ao paciente portador de tuberculose e ao portador de hanseníase.	Baixa captação de casos novos, alto índice de interrupção no tratamento, insuficiência nas atividades de busca ativa de pacientes que abandonam o tratamento.
Prevalência elevada de aids na região.	Incidência e prevalência elevadas da aids na região, insuficiência de leitos de internação e de hospital-dia.
Dificuldade para garantir o atendimento de média e alta complexidade para a população.	Demora na marcação de consultas, uma parcela considerável da população não possui acesso a estes tipos de serviço, demora no atendimento, filas de espera muito grandes, prevalência do atendimento na rede conveniada e falta de acompanhamento e fiscalização dos serviços oferecidos pela rede conveniada.

Macroproblemas	Descritores
Alta prevalência de doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes).	Elevada prevalência de diabetes, elevado número de internações por diabetes e por problemas decorrentes da hipertensão.
Modelo de atenção à saúde mental hospitalocêntrico.	Maior parte dos recursos é destinado aos hospitais, grande número de pessoas em regime de internamento.
Deficiência na prestação de assistência hospitalar.	Pouca definição do papel/inserção de vários hospitais na rede, ausência de classificação hierárquica dos hospitais, deficiente inserção dos hospitais universitários e federais no SUS, inadequação da distribuição de leitos.
Política de Recursos Humanos inadequada.	Prestação de serviços por profissionais contratados por cooperativas, clientelismo político nas contratações, alta rotatividade e terceirização de profissionais em detrimento do concurso público, visando a suprir necessidades da rede, inexistência de Plano de Cargos, Carreira e Salários nos municípios da região, disparidade salarial entre os profissionais cedidos pelo estado aos municípios em relação aos que estão na rede própria do estado.

Fonte: Plano Estadual de Saúde, 2001 (<http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Diag_situacional.shtml>).

3 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO ⁵

3.1 POPULAÇÃO E DENSIDADE DEMOGRÁFICA

O fato de o Rio de Janeiro ter sido por muito tempo a capital do País garante até hoje ao estado um enorme peso político. Esse município é tradicionalmente centro de repercussão político-nacional e cenário privilegiado de campanhas políticas em nível nacional, conferido por seu *status* de ex-capital federal (1763 a 1960). Essa situação também permitiu a construção de uma razoável infra-estrutura de serviços públicos, somando investimentos na montagem de uma metrópole de cunho nacional. Este crescimento acabou distanciando a capital do seu interior, cujo abandono foi ampliado. A separação formal dos estados, com a criação do Estado da Guanabara, na década de 60, depois revista com sua fusão ao Estado do Rio de Janeiro em 1975, apenas acentuou esta tendência.

O Município do Rio de Janeiro foi, nesse processo, concentrando em torno de si uma série de municípios que cresciam e passavam a depender de sua dinâmica como metrópole. Constitui-se dessa forma uma região metropolitana que muito se diferencia do restante do estado.

A população estimada pelo IBGE para o Município do Rio de Janeiro em 2005 é de 6.094.182 habitantes, distribuídos em 1.182,30 km², com densidade demográfica de 5.155 hab/Km² (tabela 3).

Tabela 3. Características Geográficas e Demográficas do Município do Rio de Janeiro

	População Residente	Área Geográfica km ² *	Densidade demográfica (hab/ km ²)
Estado	15.383.422	43.696,054	352
Município do Rio de Janeiro	6.094.182	1182,296	5155

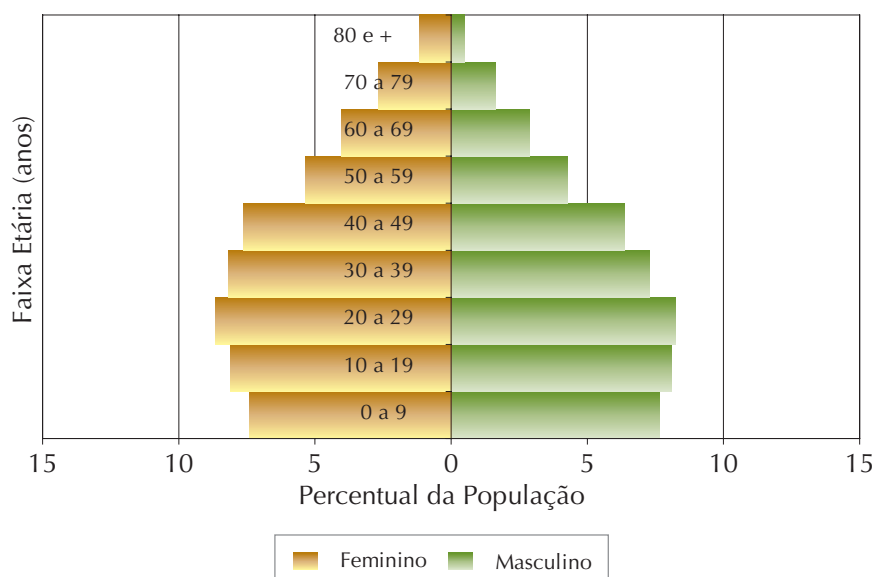
Fonte: Datasus, 2005. Acesso em 18/3/2005, 16 h15. IBGE, 2005.

Trata-se de população predominantemente urbana, formada principalmente por adultos e com crescimento do número de idosos nos últimos anos. Também se destaca o percentual de crianças e adolescentes, 31,8% dos habitantes possui até 19

⁵ As informações apresentadas tiveram como base o mapeamento do Município do Rio de Janeiro, elaborado pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro, que tem como eixo de ação a gestão democrática e o Controle Social na área da Saúde e é coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Souza Bravo. O projeto articula ensino, pesquisa e extensão e é financiado pelo CNPq, FAPERJ, UERJ e Ministério da Saúde.

anos. A base mais larga da pirâmide etária (figura 3) evidencia uma população de jovens e de adultos, com maior proporção de mulheres a partir da faixa etária de 20 a 29 anos e acentuação da diferença numérica entre os sexos nas faixas etárias superiores. A base da pirâmide (faixa etária de 0 a 9) é menor que as faixas etárias subseqüentes, o que evidencia a redução dos nascimentos nessa população. A diminuição do número de filhos por mulheres em idade fértil é uma tendência também na região metropolitana, no estado, assim como no Brasil. A inserção das mulheres no mercado de trabalho, as mudanças na condição socioeconômica e a realização de programas socioeducativos que visam à contracepção são alguns aspectos que podem influenciar este quadro.

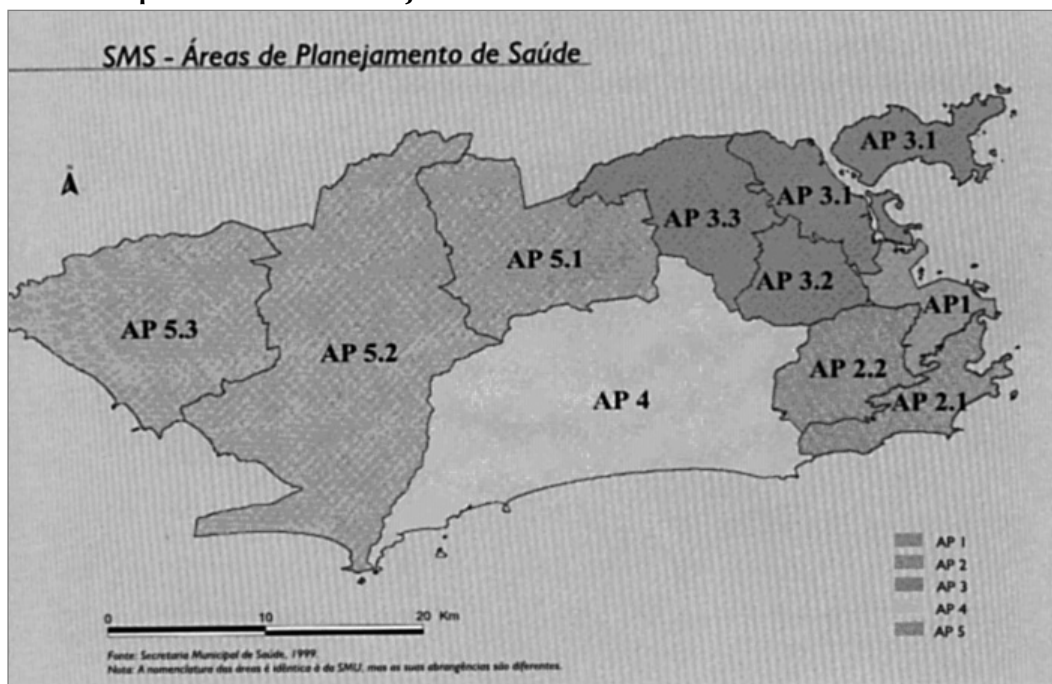
Figura 3. Município do Rio de Janeiro – Pirâmide Etária – 2003



Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, 2003.

A Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, considerando o que estabelece a Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, cria nessa cidade Áreas de Planejamento Sanitário, na tentativa de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populacional foram criadas dez áreas de planejamento constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros. A figura 4 mostra o mapa do Rio com as áreas de planejamento. Pode-se observar que geograficamente as APs do Centro (1), da Zona Sul (2.1) e Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) são menores e as APs da Zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3) são maiores.

Figura 4. Mapa do Município do Rio de Janeiro Dividido por Áreas de Planejamento



As Coordenações das Áreas de Planejamento (CAP) configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território e, em algumas circunstâncias, dessas com a população usuária desses serviços, ou com as lideranças e conselheiros de saúde da área. As CAPs enfrentam diversas dificuldades de ordem financeira, técnico-administrativa e política, as quais obstaculizam e limitam suas ações, tornando-as, grande parte das vezes, mais uma instância burocrática envolvida na resolução de problemas emergenciais. Assim, as Áreas de Planejamento (AP) estão longe de se constituírem Distritos Sanitários, segundo a concepção proposta na 8.^a Conferência Nacional de Saúde.

O Distrito Sanitário deveria propiciar a mudança das práticas sanitárias tendo como base um território. O Distrito Sanitário seria a menor unidade territorial com autonomia para definir, planejar, organizar, gerir e executar as ações de saúde dirigidas à população desse território. Nessa concepção, o território é visto como um espaço dinâmico, em permanente construção, fruto de relações políticas, econômicas, culturais e epidemiológicas. A situação de saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais também é dinâmica e resulta das inter-relações entre os condicionantes históricos, culturais, sociais, epidemiológicos, políticos e econômicos, presentes em determinado território (MENDES et al., 1993).

Organizar o sistema de saúde, os serviços de assistência e a Atenção à Saúde como um todo, na lógica da responsabilidade sanitária, pressupõe o conhecimento da realidade local, o envolvimento das pessoas, dos profissionais e das instituições componentes do setor Saúde, e o compromisso dos gestores atuantes em determinado território, em especial os gestores públicos.

A tabela 3 apresenta a distribuição da população do município pelas áreas de planejamento. As áreas mais populosas consistem na AP 3.3 (15,9%), que compreende as regiões administrativas de Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna, e a AP 3.1 (14,6%), que compreende as regiões de Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Maré. A menos populosa é a AP 1 (4,6%), que abriga o centro da cidade e adjacências, regiões residenciais pouco expressivas. Em relação à população com 60 anos ou mais, a AP 2.1, referente à zona sul da cidade, é a que apresenta o maior percentual de idosos (16,9%) e a AP 5.3, em Santa Cruz, o menor percentual (3,3%).

As pirâmides etárias por área de planejamento para o ano 2000 (figuras 5, 6, 7, 8, e 9), permitem visualizar as características demográficas da população segundo as regiões do município. A AP 2 referente à Zona Sul, Tijuca e Vila Isabel apresenta uma pirâmide com significativa proporção de idosos, principalmente do sexo feminino, e possui a base estreita similar ao encontrado nos países desenvolvidos. Em contraposição, a AP 5, que compreende as áreas mais distantes e pobres do município (Santa Cruz, Campo Grande, Guaratiba, Realengo e Bangu) apresenta uma pirâmide de forma triangular, com a base larga e o ápice estreito, comumente encontrada em populações de regiões subdesenvolvidas. As APs 1, 3, e 4 apresentam pirâmides de configurações intermediárias entre as duas anteriores, sendo o contorno da AP 1 (centro da cidade e adjacências) mais próximo da pirâmide da AP 2 e a pirâmide da AP 4 (Jacarepaguá, Cidade de Deus e Barra da Tijuca) mais parecida com a pirâmide da AP 5.

Tabela 4. População Residente, em Números Absolutos e Percentuais, por Grupos de Idade, Segundo as Áreas de Planejamento e as Regiões Administrativas do Município do Rio de Janeiro – 2000

Áreas de Planejamento e Regiões	Total		0 a 14 anos		15 a 59 anos		60 anos ou mais	
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)
Total	5.857.904	100,0	1.323.582	100,0	3.782.685	100,0	751.637	100,0
Área de Planejamento 1	268.280	4,6	56.729	4,3	174.296	4,6	37.255	5,0
I Portuária	39.973	0,7	10.013	0,8	25.227	0,7	4.733	0,6
II Centro	39.135	0,7	5.614	0,4	25.979	0,7	7.542	1,0
III Rio Comprido	73.661	1,3	15.702	1,2	47.929	1,3	10.030	1,3
VII São Cristóvão	70.945	1,2	16.023	1,2	45.938	1,2	8.984	1,2
XXI Paqueta	3.421	0,1	658	0,0	2.037	0,1	726	0,1
XXIII Santa Teresa	41.145	0,7	8.719	0,7	27.186	0,7	5.240	0,7
Área de Planejamento 2.1	574.135	9,9	77.867	5,9	369.361	9,7	126.907	16,9
IV Botafogo	238.895	4,1	33.718	2,5	155.696	4,1	49.481	6,6
V Copacabana	161.178	2,8	18.193	1,4	99.134	2,6	43.851	5,8

REORGANIZANDO O SUS

Áreas de Planejamento e Regiões	Total		0 a 14 anos		15 a 59 anos		60 anos ou mais	
	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)	N.º	(%)
VI Lagoa	174.062	3,0	25.956	2,0	114.531	3,0	33 575	4,5
Área de Planejamento 2.2	423.343	7,3	78.408	5,9	5,9	7,2	74 299	9,9
VIII Tijuca	180.992	3,1	29.483	2,2	113.400	3,0	38 109	5,1
IX Vila Isabel	186.013	3,2	32.708	2,5	119.610	3,2	33 695	4,5
XXVII Rocinha	56.338	1,0	16.217	1,2	37.626	1,0	2 495	0,3
Área de Planejamento 3.1	859.210	14,6	206.761	15,6	553.148	14,6	99 301	13,7
X Ramos	150.403	2,6	32.896	2,5	95.505	2,5	22 002	2,9
XI Penha	318.05	5,4	74.742	5,6	202.872	5,4	40 891	5,4
XX Ilha do Governador	211.469	3,6	45.843	3,5	140.728	3,7	24 898	3,3
XXIX Complexo do Alemão	65.026	1,1	19.713	1,5	40.868	1,1	4 445	0,6
XXX Maré	113.807	1,9	33.567	2,5	73.175	1,9	7 065	0,9
Área de Planejamento 3.2	565.580	9,6	115.466	8,7	362.965	9,5	87 149	11,6
XII Inhaúma	130.635	2,2	28.131	2,1	84.422	2,2	18 082	2,4
XIII Méier	398.486	6,8	77.302	5,8	255.268	6,7	65 916	8,8
XXVIII Jacarezinho	36.459	0,6	10.033	0,8	23.275	0,6	3 151	0,4
Área de Planejamento 3.3	928.800	15,9	216.437	16,4	596.629	15,7	115 734	15,3
XIV Irajá	202.967	3,5	42.526	3,2	131.892	3,5	28 549	3,8
XV Madureira	374.157	6,4	83.132	6,3	238.859	6,3	52 166	6,9
XXII Anchieta	154.608	2,6	37.939	2,9	99.814	2,6	16 855	2,2
XXV Pavuna	197.068	3,4	52.840	4,0	126.064	3,3	18 164	2,4
Área de Planejamento 4	682.051	11,6	157.901	11,9	454.686	12,0	69 464	9,2
XVI Jacarepaguá	469.682	8,0	109.649	8,3	310.453	8,2	49 580	6,6
XXIV Barra da Tijuca	174.353	3,0	37.432	2,8	120.693	3,2	16 228	2,2
XXXIV Cidade de Deus	38.016	0,6	10.820	0,8	23.540	0,6	3 656	0,5
Área de Planejamento 5.1	659.649	11,3	164.689	12,4	428.482	11,3	66 478	8,9
XVII Bangu	420.503	7,2	106.185	8,0	273.138	7,2	41 180	5,5
XXXIII Realengo	239.146	4,1	58.504	4,4	155.344	4,1	25 298	3,4
Área de Planejamento 5.2	585.567	10,0	158.018	11,9	377.193	10,0	50 356	6,7
XVIII Campo Grande	484.362	8,3	128.447	9,7	313.490	8,3	42 425	5,6
XXVI Guaratiba	101.205	1,7	29.571	2,2	63.703	1,7	7 931	1,1
Área de Planejamento 5.3	311.289	5,3	91.306	6,9	195.289	5,2	24 694	3,3
XIX Santa Cruz	311.289	5,3	91.306	6,9	195.289	5,2	24 694	3,3

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 2000.

Apresentam-se a seguir as pirâmides etárias por Áreas Programáticas em 2000.

Figura 5.

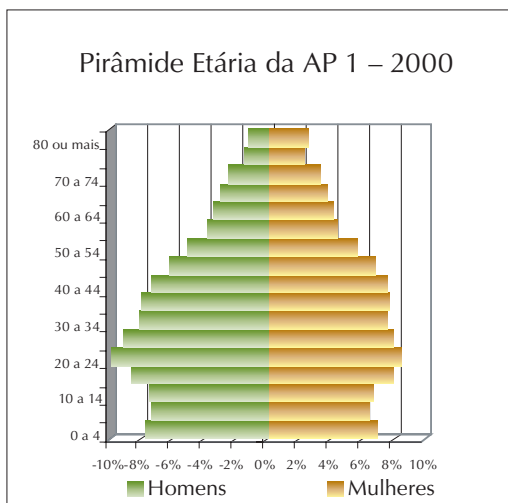


Figura 6.

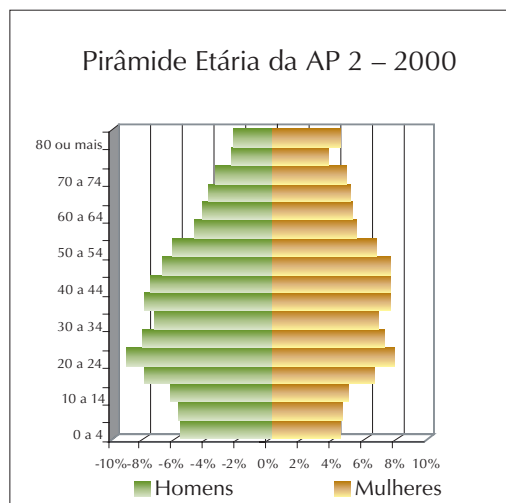


Figura 7.

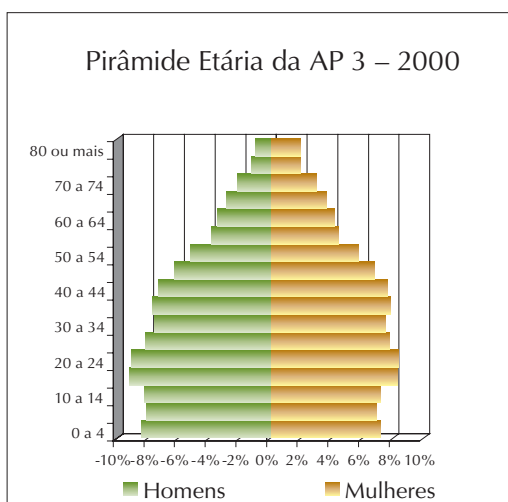


Figura 8.

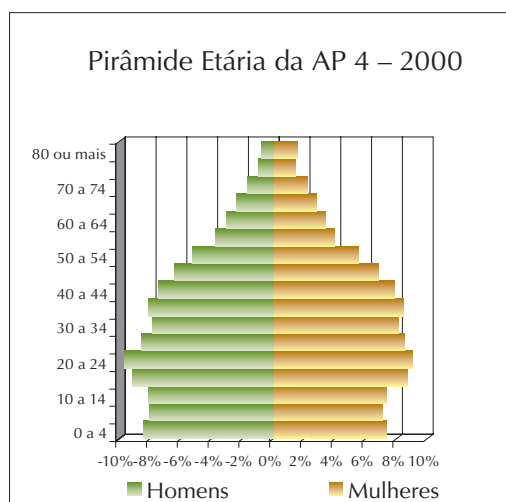
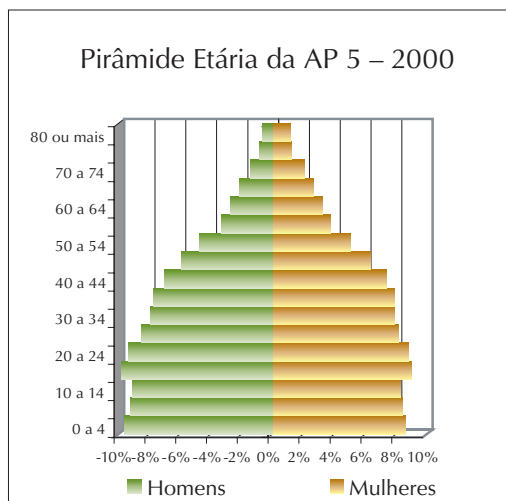


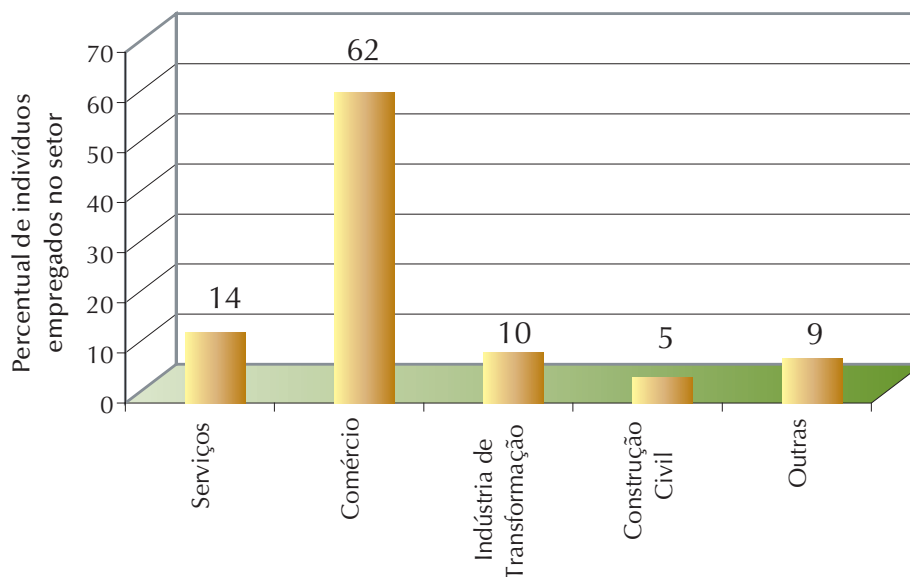
Figura 9.



3.2 SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E NÍVEL DE ESCOLARIDADE

A atividade produtiva no Município do Rio de Janeiro está basicamente concentrada no comércio (62%) e na prestação de serviços (14%) (gráfico 1). O Rio de Janeiro é considerado uma cidade-pólo, pois absorve a mão-de-obra de cidades vizinhas.

Gráfico 1. Proporção da População Empregada por Setor de Atividade Econômica no Município do Rio de Janeiro – 1998



Fonte: IBGE, Anuário Estatístico, 1998.

Segundo o IBGE, em 2000, no Município do Rio de Janeiro, havia 2.348.173 (47,2%) pessoas com 10 anos ou mais ocupadas na semana de referência para o censo. Dessas, 60% eram empregados e 7% trabalhadores domésticos (tabelas 5 e 6).

Tabela 5. Proporção de Pessoas de 10 Anos ou Mais de Idade Ocupadas na Semana de Referência, por Grupos de Idade no Município do Rio de Janeiro – 2000

Total	Por grupos de idade			
	10 a 17 anos	18 a 24 anos	25 a 59 anos	60 anos ou mais
47,2	5,9	51,1	65,2	17,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Tabela 6. Distribuição Percentual das Pessoas de 10 Anos ou Mais de Idade Ocupadas na Semana de Referência, por Posição na Ocupação no Município do Rio de Janeiro – 2000

Total	Por posição na ocupação (%)					
	Empregado			Trabalhador doméstico		
	Total	Com carteira	Sem carteira	Total	Com carteira	Sem carteira
2.348.173	59,7	45,7	14,0	6,9	2,6	4,3

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

No que se refere à renda das pessoas empregadas, há destaque para aquelas que recebem entre 2 a 3 salários mínimos, compondo 18% do total. Se agruparmos as faixas salariais, temos 60% recebendo até 5 salários mínimos, 20% com renda entre 5 a 10 salários mínimos, 9% entre 10 a 20 salários mínimos e 7% acima de 20 salários mínimos, percentuais que demonstram forte concentração de renda (tabela 7).

Tabela 7. Pessoas Empregadas e Faixa Salarial

(Quantitativo maior dos pontos 2 a 3 salários mínimos 17,9% do total)

Faixa Salarial	Porcentagem
½ a 2 salários mínimos	20,2
2,5 a 5 salários mínimos	40,0
5,5 a 10 salários mínimos	19,8
10,5 a 20 salários mínimos	9,4
+ 20,5 salários mínimos	7,0
Total	100

Fonte: Anuário Estatístico, 1998.

No censo de 2000, o IBGE buscou não só traçar um perfil da população segundo o porte do município, mas também identificar os municípios com maior grau de vulnerabilidade socioeconômica. Para isso, foi construído um indicador considerando o rendimento familiar de até ½ salário mínimo *per capita*, pessoa responsável com menos de quatro anos de estudo, e a presença de crianças no domicílio (até 14 anos de idade). A tabela 8 evidencia a proporção de domicílios que reúnem essas três condições no Município do Rio de Janeiro.

Tabela 8. Proporção de Domicílios com Crianças de até 14 Anos de Idade, com Rendimento Domiciliar *per Capita* de até 1/2 Salário Mínimo e com Responsável com Menos de Quatro Anos de Estudo, por Grupo de Idade das Crianças no Município do Rio de Janeiro – 2000

Total	Por grupos de idade das crianças	
	0 a 6 anos	7 a 14 anos
5,5	5,6	5,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

A tabela 9 expõe a proporção de pessoas idosas com rendimento e o peso desses rendimentos na renda média familiar. Observa-se a importância do rendimento dos idosos na renda média familiar. Quase um terço dos idosos com renda mensal é responsável por mais de 90% dos rendimentos médios familiares, e metade dos idosos com rendimento contribui com mais de 50% da renda familiar.

Tabela 9. Distribuição Percentual das Pessoas de 60 Anos ou Mais de Idade, com Rendimento, por Classes de Contribuição no Rendimento Médio Mensal Familiar no Município do Rio de Janeiro – 2000

Total	Por classes de contribuição no rendimento médio mensal familiar				
	até 10%	mais de 10 a 30%	mais de 30 a 50%	mais de 50 a 90%	mais de 90%
731.703	18,4	15,5	16,2	19,5	30,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Em relação à escolarização, a proporção da população com 11 anos de estudos, em 1991, era 12%, superior à média nacional (7,5% em 1991). A taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade, em 1991, era 9,3%, muito inferior à média nacional (19%). Segundo o IBGE, no período entre 2000 e 2001 havia 213.022 pessoas com 10 anos ou mais residentes no município, sem instrução ou com menos de um ano de estudo. Essa informação demonstra que, apesar do índice de analfabetismo ter diminuído no Município do Rio de Janeiro, ainda continua elevado, não se justificando diante dos meios escolares disponíveis nem do custo relativamente baixo para a sua erradicação (Dados: IDH- 2001).

Tabela 10. Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária no Município do Rio de Janeiro

Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	62,5	62,1
10 a 14	96,1	97,7
15 a 19	97,3	98,5
20 a 49	95,5	96,9
50 e +	89,3	91,8
Total	91,3	93,1

Fonte: IBGE/Censos 1991 e 2000.

Tabela 11. Taxa de Analfabetismo por Municípios

Municípios/Período	Taxa de Analfabetismo (15 anos ou mais)	
	1981-1985	1995-1999
Rio de Janeiro	6,6	3,4
Niterói	5,5	4,1
São Gonçalo	10,9	5,2
Duque de Caxias	14,5	7,9
Nova Iguaçu	15,3	7
São João de Meriti	12,7	5,1

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1981 – 1985, 1995 – 1999.

As condições de vida são fruto da inter-relação de diversos fatores, tais como: conhecimento, trabalho, recursos monetários, desenvolvimento infantil, condições de habitação, de saúde e de sobrevivência.

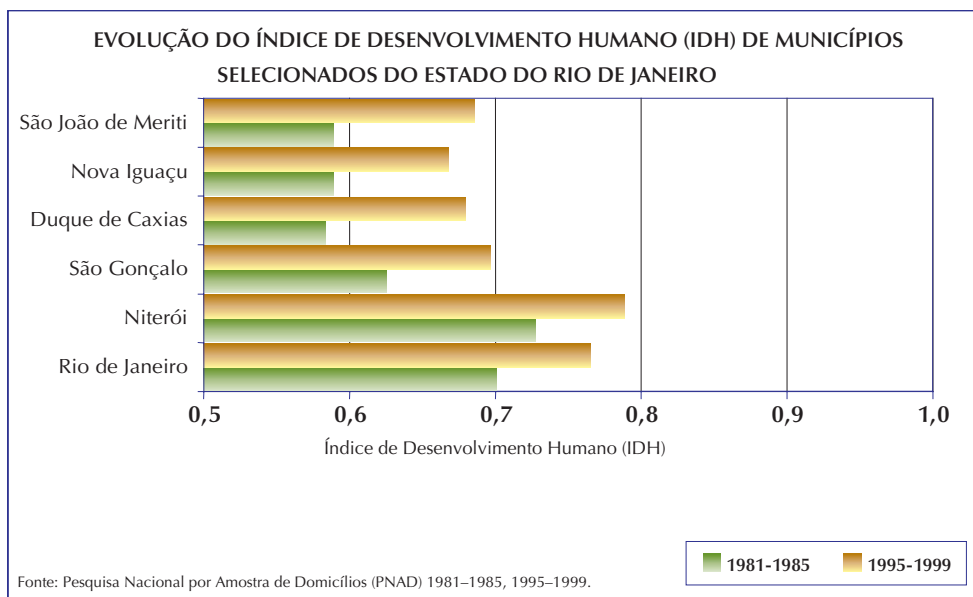
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador utilizado para medir e comparar padrões de vida de diferentes populações. O IDH é composto por três dimensões: **longevidade** – esperança de vida ao nascer, **educação** – taxa de analfabetismo e número de anos de estudo e **renda** – renda familiar *per capita*. O IDH varia de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, melhor o desenvolvimento humano. O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) classifica o IDH da seguinte forma:

- IDH entre 0 e 0,5 – Baixo Desenvolvimento Humano
- IDH entre 0,5 e 0,8 – Médio Desenvolvimento Humano
- IDH entre 0,8 e 1 – Alto Desenvolvimento Humano

O IDH no Rio de Janeiro vem melhorando expressivamente, contudo, é preciso enfatizar o fato do município reunir grupos populacionais extremamente desiguais convivendo lado a lado, não raro no mesmo bairro, freqüentemente submetidos a condições de vida diametralmente opostas. Nessas circunstâncias, índices e taxas construídos para o município como um todo, escondem as desigualdades ao expressarem valores médios e omitirem as quantidades máximas e mínimas das curvas de distribuição dos valores.

O gráfico 2 expressa a evolução do IDH em dois municípios da Baixada Fluminense (São João de Meriti e Duque de Caxias), em São Gonçalo, Niterói e no Rio de Janeiro, nos períodos de 1981–1985 e 1995–1999. Todos os municípios possuem IDH acima de 0,6, sendo que Niterói e Rio de Janeiro apresentam os maiores índices. Contudo, os seis municípios apresentam nível médio de desenvolvimento humano segundo a classificação do PNUD.

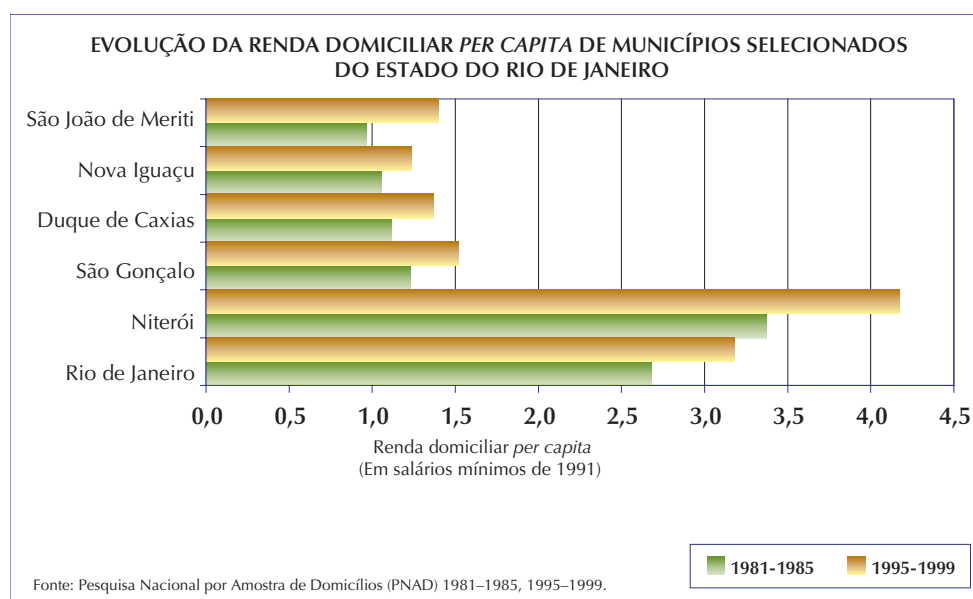
Gráfico 2.



Reproduzido de: QUINTAES, G. et al. *As condições de vida na Baixada Fluminense nas décadas de 80 e 90*: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti. [S.l.]: IPEA, [2004?]. Acesso em: 21 abril, 2004. Powerpoint.

O gráfico 3 exibe a evolução da renda domiciliar *per capita* nos mesmos municípios (Rio de Janeiro, Niterói, São Gonçalo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti). A maior renda domiciliar *per capita* encontra-se em Niterói (acima de quatro salários mínimos), que também apresentou a melhor e mais acentuada, em comparação ao período de 1985 –1989, e o melhor IDH (próximo a 0,8). A menor renda domiciliar *per capita* é observada em Nova Iguaçu, que também possui o IDH mais baixo em comparação aos outros municípios estudados.

Gráfico 3.



Reproduzido de: QUINTAES, G. et al. *As condições de vida na Baixada Fluminense nas décadas de 80 e 90*: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti. [S.l.]: IPEA, [2004?]. Acesso em: 21 abril, 2004. Powerpoint.

Gráfico 4.

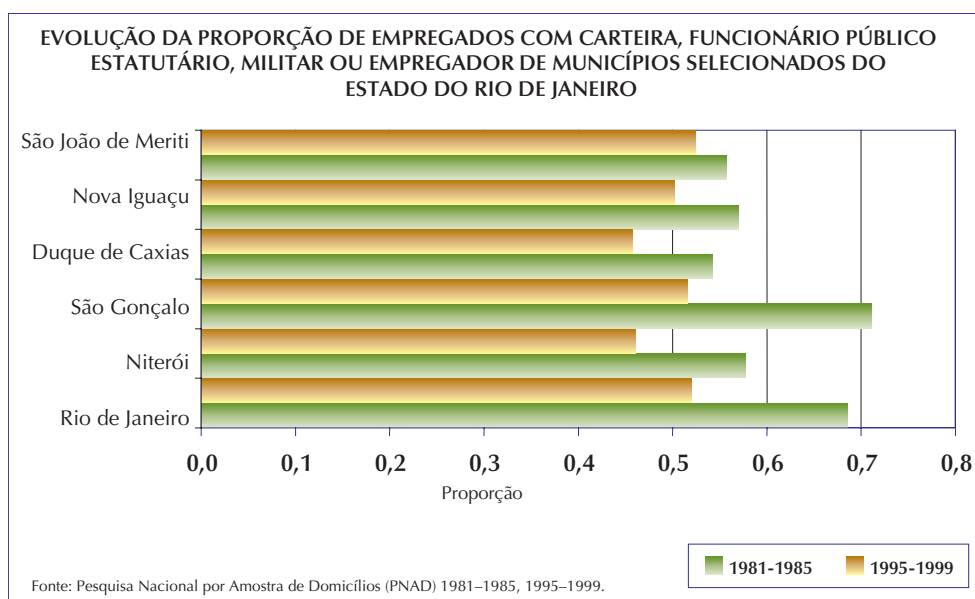
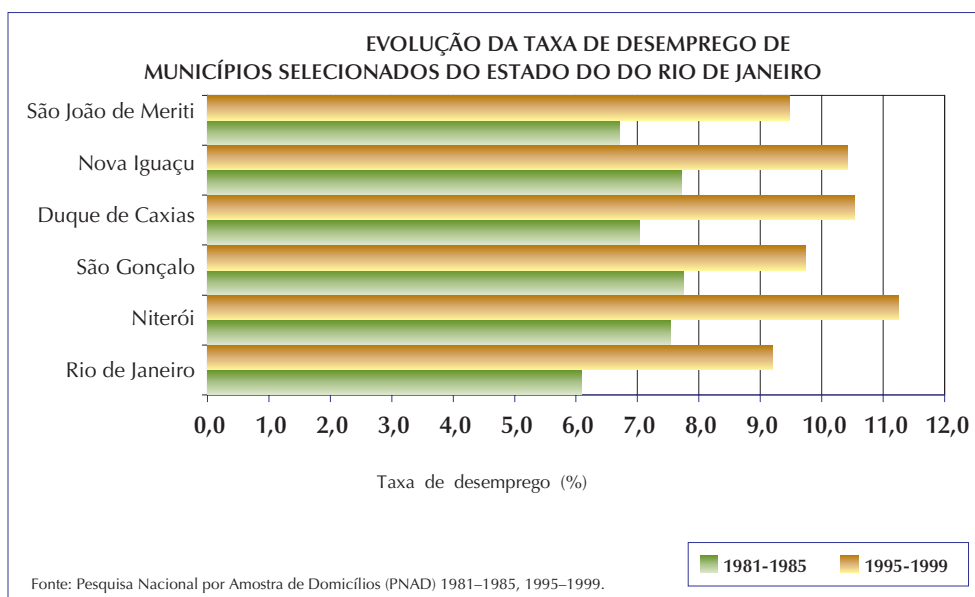


Gráfico 5.



No gráfico 4 constata-se a redução da proporção de trabalhadores, com carteira assinada de funcionários públicos, militares, ou empregadores nos 5 municípios investigados. E o gráfico 5 expõe a elevação do desemprego nesses municípios ao comparar as taxas no período de 1985 –1989 e 1995 –1999. O Rio de Janeiro apresenta a menor proporção de desempregados, acima de 9%, e Niterói possui a taxa mais alta dentre os cinco municípios, maior que 11%.

3.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE

Este item apresenta informações sobre a situação de saúde do Município do Rio de Janeiro, bem como uma análise comparativa com a Região Metropolitana I e com o Estado do Rio de Janeiro, por meio de indicadores dos principais problemas de saúde, dos índices de natalidade, de mortalidade e de morbidade. A tabela 12 refere ao número de nascidos por 1.000 habitantes e mostra a diminuição dos nascimentos no decorrer dos anos 90 no estado, na região metropolitana, e no município.

Tabela 12. Taxa de Natalidade (Nascidos Vivos por 1.000 Habitantes) no Estado do Rio de Janeiro, na Região Metropolitana, e no Município do Rio de Janeiro, de 1991 a 1999

Regiões de governo e municípios	Taxa bruta de natalidade (por 1.000 habitantes) (1991 – 1999)								
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Estado	19,8	19,8	19,9	20,0	19,8	19,6	19,2	18,9	18,4
Região Metropolitana	19,2	19,3	19,4	19,6	19,5	19,3	19,0	18,7	18,3
Rio de Janeiro	18,0	18,3	18,1	17,8	17,5	17,7	17,7	17,7	17,2

Fonte: Cide, 2002.

A tabela 13 apresenta as condições dos nascimentos no município entre 1994 e 2002. A proporção de cesarianas é próxima dos 50% (em 2002, foram cesáreas 46,7% dos partos, o que significou 40.605 cesarianas). Em relação à prematuridade, a partir de 2000, a proporção de prematuros se mantém próxima a 8%, em 2002 foram 6.695 prematuros (7,7%), e a proporção de mães adolescentes no município é extremamente alta, próxima de 20% entre 1996 e 2001. Em 2002, deram a luz 16.172 mulheres entre 10 e 19 anos (18,6%), sendo que quase 800 dessas tinham entre 10 e 14 anos (0,9%). Os nascidos com baixo peso estão em torno de 10% dos nascimentos, tanto nos partos cesáreos quanto nos normais. Essas informações, evidenciam a importância da Atenção à Saúde no período pré-natal, no parto e no puerpério, para o bebê e para a mãe.

Tabela 13. Total de Nascidos Vivos, Proporção de Prematuros, Proporção de Cesarianas, Proporção de Mães Adolescentes, Proporção de Nascidos com Baixo Peso, em todos os Partos e por Tipo de Parto no Município do Rio de Janeiro – 1994 a 2002

Condições	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Número de nascidos vivos	98.249	96.865	101.130	104.528	98.345	103.486	98.792	91.459	86.949
% com prematuridade	6,5	6,7	6,9	6,8	7,1	7,3	7,9	7,6	7,7
% de partos cesáreos	44,1	46,5	47,3	48,3	47,5	47,7	48,3	48,7	46,7
% de mães de 10-19 anos	17,1	18,0	19,5	19,6	19,9	19,5	19,4	19,2	18,6

Condições	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
% de mães de 10-14 anos	0,6	0,7	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
% com baixo peso ao nascer									
- geral	9,6	9,8	9,5	9,2	9,4	9,1	9,2	9,5	9,8
- partos cesáreos	8,1	8,1	8,1	8,0	8,5	8,2	8,9	9,2	10,1
- partos normais	10,8	11,3	10,7	10,3	10,3	9,8	9,5	9,7	9,6

Fonte: SINASC/ Caderno de Atenção Básica/ Ministério da Saúde / <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26/3/2005.

Conforme explicitado no Caderno Metropolitano I, do Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, a gestação e o nascimento são momentos de celebração da vida e as mortes ocorridas nesta fase são muitas vezes evitáveis por meio de uma boa assistência no pré-natal, no parto e no puerpério. As mortes que ocorrem entre 0 e 27 dias de vida são chamadas neonatais, e se dividem em neonatal precoce e tardia. A mortalidade neonatal precoce é a morte de crianças que ocorre até seis dias após o parto. Essas mortes, em geral, são ocasionadas por doenças congênitas, de difícil tratamento e quase sempre são inevitáveis. Entretanto, as mortes de crianças que ocorrem após os primeiros seis dias e até 27 dias após o parto, conhecidas como neonatais tardias, comumente são provocadas por circunstâncias agravadas pela qualidade da atenção dispensada à mãe e à criança. Prematuridade e infecções no pós-parto são exemplos de situações preveníveis pela adequada assistência à gravidez e ao parto.

Na tabela 14 observa-se, em relação à taxa de mortalidade infantil neonatal, que no Município do Rio de Janeiro, em 1998, a cada 1.000 nascimentos morreram 12 crianças entre 0 e 27 dias, e em 2002, esse coeficiente foi de 10,6 óbitos de crianças entre 0 e 27 dias para cada 1.000 nascidos vivos. Em relação à taxa de mortalidade neonatal tardia (óbitos de 6 a 27 dias de nascimento) tem-se, em 1998, para cada 1.000 nascidos, o coeficiente de 3,2 óbitos de crianças e, em 2002, o risco de morte de 2,5 crianças para 1.000 nascidos.

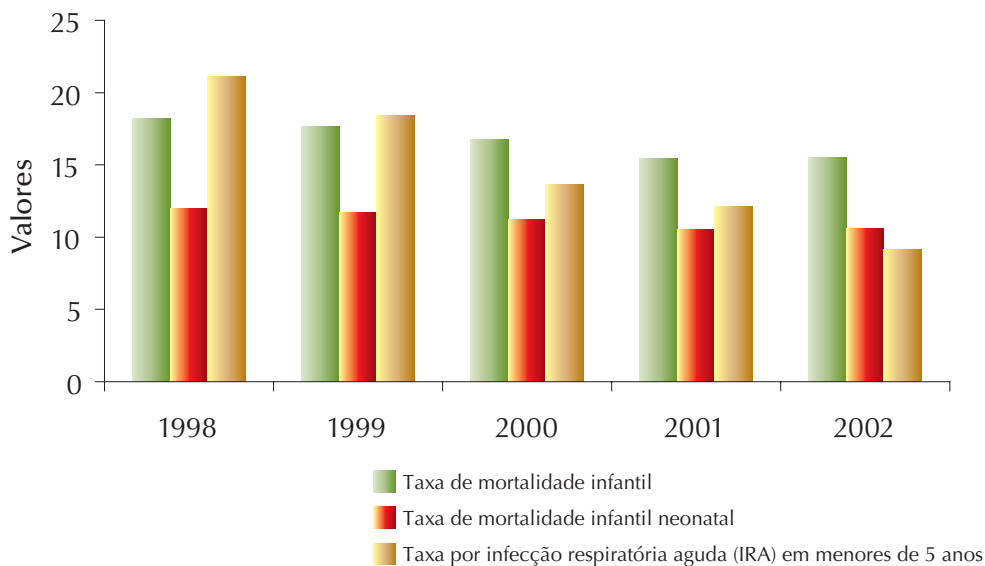
Tabela 14. Município do Rio de Janeiro – Série Histórica de Indicadores da Saúde da Criança

Indicadores	1998	1999	2000	2001	2002
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	1.789	1.824	1.657	1.411	1.346
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)	18,19	17,63	16,77	15,43	15,48
Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	6,5	5,8	6,9	4,5	5,9
Número absoluto de óbitos neonatais	1.181	1.216	1.111	963	923
Número absoluto de óbitos neonatais evitáveis (óbitos de 6 a 27 dias)	314	346	306	241	220
Taxa de mortalidade infantil neonatal (óbitos de 0 a 27 dias, por 1.000 nascidos vivos)	12,0	11,7	11,2	10,5	10,6

Indicadores	1998	1999	2000	2001	2002
Taxa de mortalidade infantil neonatal evitável (óbitos de 6 a 27 dias)	3,2	3,3	3,0	2,6	2,5

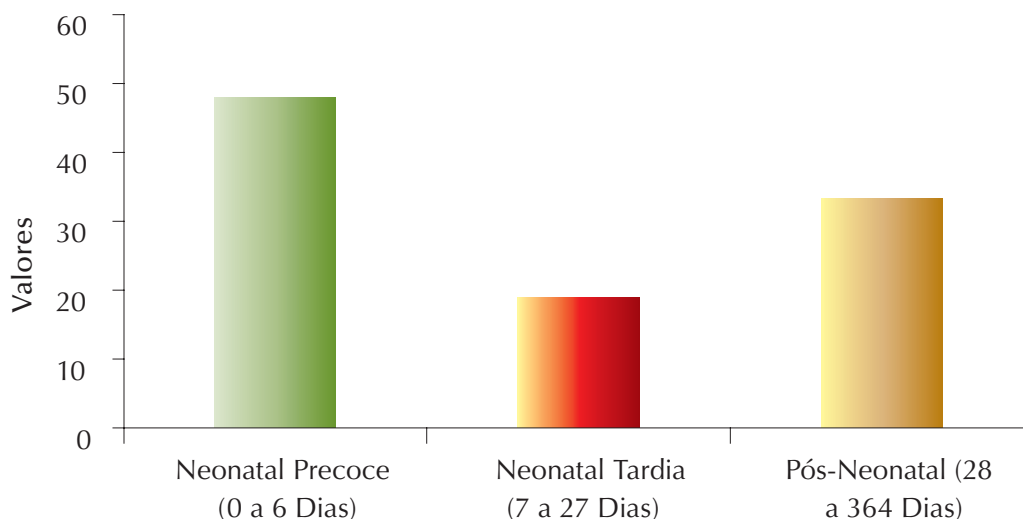
Fonte: SIM/SINASC/ Pacto de Indicadores de Atenção Básica – 2004/ Datasus/ SAS / DAB / Ministério da Saúde <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26/3/2005.

Gráfico 6. Município do Rio de Janeiro – Taxas de Mortalidade Infantil, Mortalidade Neonatal e Taxa Internação por IRA em Menores de 5 Anos de 1998 a 2002



Fonte: SIM/SINASC/ Pacto de Indicadores de Atenção Básica – 2004/ Datasus/ SAS / DAB / Ministério da Saúde, 2005.

Gráfico 7. Mortalidade Proporcional por Idade, em Menores de 1 Ano, no Município do Rio de Janeiro, em 1999 (%)



Fonte: Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 26/3/2005.

Segundo o anuário estatístico de saúde do Brasil – 2001:

“As causas maternas referem-se às mortes em decorrência das complicações da gravidez, do parto e do puerpério (até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez) e abortos” (BRASIL, 2001a).

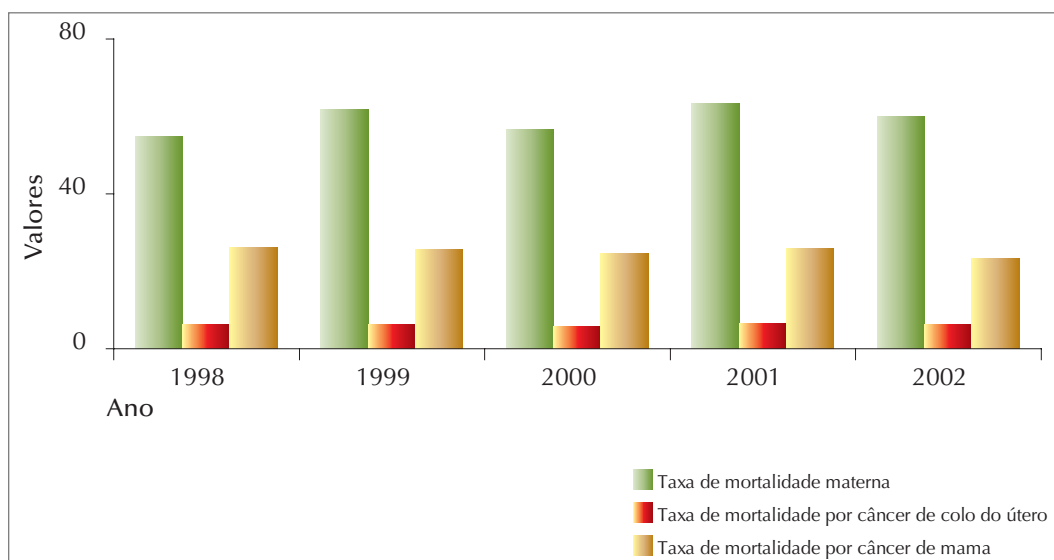
De acordo com a definição assumida no Caderno Metropolitano vol I:

Chama-se de morte materna quando uma mulher morre por algum problema relacionado à gestação, ao momento do parto e do puerpério ou à assistência realizada nesses períodos, como por exemplo, se contrai uma infecção na maternidade em que se internou para dar à luz. A maioria dessas mortes poderia ser evitada, portanto, reflete deficiências na qualidade da atenção à saúde, tanto materno-infantil quanto de todo o sistema de saúde.

De fato, acompanhar a mortalidade materna é um excelente indicador para avaliar a qualidade dos serviços de saúde no município. Por isso, recomenda-se investigar esse tipo de morte no âmbito local, adotando-se comitês de mortalidade materna que identifiquem as causas e proponham medidas necessárias para evitar esses óbitos. (BRASIL, 2004a, p.15).

No Brasil como um todo, e no Rio de Janeiro especificamente, as taxas de mortalidade materna são extremamente elevadas, tornando-se um grave problema de saúde pública, visto que esse indicador expressa deficiência no acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e pós-parto. No gráfico 8, observa-se que a mortalidade materna no município é muito superior à mortalidade por câncer de mama e por câncer de colo de útero.

Gráfico 8. Taxas de Mortalidade Materna, por Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, no Município do Rio de Janeiro, de 1998 a 2002



Fonte: SIM/ SINASC / Datasus/ SAS / DAB / Ministério da Saúde, 2004.

Tabela 15. Taxas de Mortalidade Materna, por Câncer de Colo de Útero e por Câncer de Mama. Município do Rio de Janeiro – 1998 a 2002

Indicadores	1998	1999	2000	2001	2002
Taxa de mortalidade materna (óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos)	54,91	61,84	56,68	63,42	59,81
Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero (óbitos por 100.000 mulheres)	6,25	6,50	5,69	6,71	6,25
Taxa de mortalidade por câncer de mama (óbitos por 100.000 mulheres)	26,01	25,61	24,73	25,84	23,41

Fonte: SIM/SINASC/ Pacto de Indicadores de Atenção Básica – 2004/ Datasus/ SAS / DAB / Ministério da Saúde <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26/3/2005.

Dentre as mortes por neoplasias, o câncer de mama é o que mais mata as mulheres no Município do Rio de Janeiro e também no Brasil, com mortalidade média de 25 mulheres para cada 100.000 no município e de 10 para cada 100.000 em todo Brasil. É o mais incidente também, com taxas de 139,79 para cada 100.000 habitantes do sexo feminino no Rio de Janeiro em 2003, e 43,35 para cada 100.000 em todo o País (BRASIL, 2005a).

Também encontramos altas taxas de incidência de câncer de colo do útero e neoplasias malignas da pele em mulheres, com 94,15 e 47,8 por mil, respectivamente para o Município do Rio de Janeiro, embora suas taxas de mortalidade não sejam altas. Chama atenção a taxa de mortalidade do câncer de pulmão: menos incidente que as outras mencionadas, mas com uma taxa de mortalidade que se aproxima da incidência (BRASIL, 2005a).

A tabela 16 apresenta a taxa de mortalidade geral no estado, na Região Metropolitana e no Município do Rio de Janeiro, entre 1991 e 2000. O indicador de mortalidade geral é o número total de óbitos da população residente, por 1.000 habitantes, em determinado espaço geográfico, expressando a frequência anual de mortes. Verifica-se o decréscimo da mortalidade nas três esferas, a partir do ano de 1997. Isso significa que, para a população como um todo no Rio de Janeiro, a expectativa de vida aumentou em relação aos anos anteriores.

Tabela 16. Taxa de Mortalidade Geral por 1.000 Habitantes

Regiões de governo e municípios	Taxa bruta de mortalidade 1991 – 2000									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Estado	8,3	8,2	8,3	8,6	8,7	8,6	8,3	8,1	7,9	7,8
Região Metropolitana	8,2	8,2	8,4	8,8	8,8	8,7	8,4	8,2	8,0	7,8
Rio de Janeiro	8,6	8,7	8,9	9,7	9,7	10,1	9,0	8,8	8,6	8,4

Fonte: Cide, 2002.

No Município do Rio de Janeiro, os óbitos são decorrentes das seguintes doenças:

aparelho circulatório (27,6%), neoplasias (17,3%), aparelho respiratório (10%), causas externas (12%) e as causas mal definidas (10,8%) (BRASIL, 2004 d). Os óbitos por causas externas (12%) exprimem o impacto da violência e dos acidentes na saúde da população de uma grande metrópole. As causas mal definidas representam mais de 10% do total de mortes no município, essa classificação refere-se às situações em que não é possível identificar a doença ou condição responsável pelo falecimento do indivíduo, seja por falha no preenchimento do atestado de óbito, por falta ou baixa de qualidade de atendimento. Assim, a proporção de óbitos classificados como causas mal definidas serve como um indicador sobre o funcionamento do sistema de saúde.

A tabela 17 expõe os óbitos ocorridos no município por grupo de causa. As doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as causas externas respondem pelas principais causas de morte no Brasil, no estado e no Município do Rio de Janeiro. No município, as doenças do aparelho respiratório também aparecem como importante causa de morte da população.

Tabela 17. Principais Causas de Óbitos no Município do Rio de Janeiro no Ano 2002

Principais Causas	Números de Óbitos	Porcentagem (%)
Doenças do Aparelho Circulatório	16.291	27,6
Neoplasias	10.213	17,3
Causas Externas	7.137	12
Mal Definidas	5.796	10,81
Doenças do Aparelho Respiratório	5.961	10

Fonte: SIM. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27/3/2005.

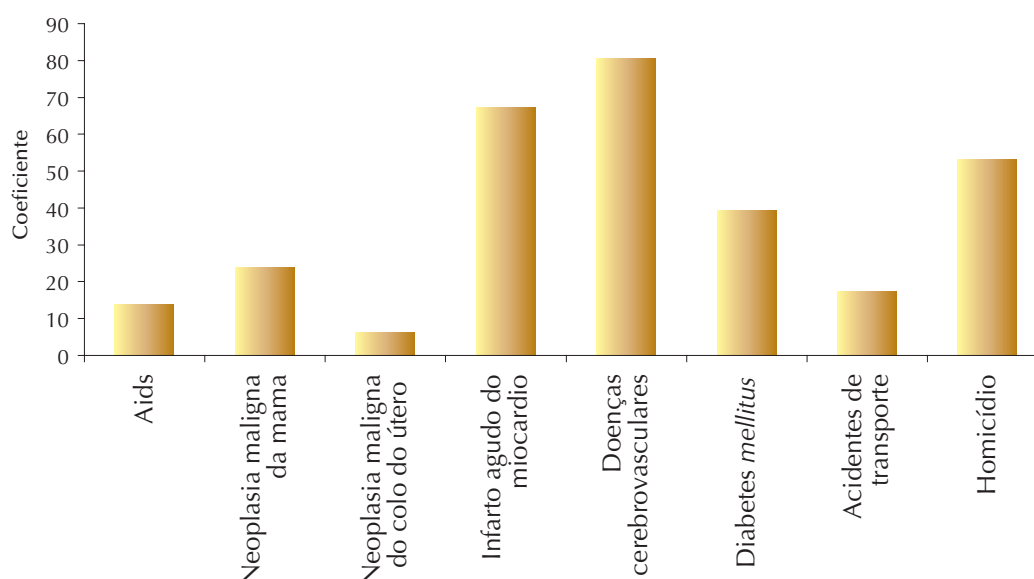
Na tabela 18 e no gráfico 9, observa-se que as doenças cerebrovasculares e o infarto agudo do miocárdio (duas patologias pertencentes ao grupo das doenças do aparelho circulatório) possuem os coeficientes mais altos de mortalidade. Como foi visto no Caderno Metropolitano vol. I, estas doenças estão associadas ao modo como se vive (BRASIL, 2004a). O estresse, a falta de exercícios, a alimentação inadequada são fatores que contribuem para o seu desenvolvimento. A melhor forma de lidar com elas e combatê-las é buscar a melhoria da qualidade de vida da população, por meio de políticas de emprego, renda, habitação, etc. Na esfera da saúde é preciso garantir a assistência com qualidade na atenção básica para realizar o diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção da hipertensão arterial, principal fator de risco de morte por doença do coração.

Tabela 18. Coeficiente de Mortalidade para Algumas Causas Selecionadas (por 100.000 Habitantes) Município do Rio de Janeiro

Causa do Óbito	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Aids	24,7	19,3	16,0	14,2	14,3	12,7	13,9
Neoplasia maligna da mama (100.000 mulheres)	23,9	25,8	26,3	25,7	24,9	26,0	23,7
Neoplasia maligna do colo de útero (100.000 mulheres)	5,7	6,3	6,3	6,5	5,7	6,7	6,3
Infarto agudo do miocárdio	81,3	74,8	79,1	70,9	62,7	66,0	67,3
Doenças cerebrovasculares	87,2	88,0	86,3	82,8	79,7	79,1	80,7
Diabetes <i>mellitus</i>	41,0	38,6	40,8	40,3	39,5	38,6	39,4
Acidentes de transporte	26,5	25,0	21,9	15,6	15,6	16,5	17,3
Homicídios	53,4	53,7	52,7	46,5	49,5	46,5	53,1

Fonte: SIM. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 26/3/2005.

Gráfico 9. Coeficiente de Mortalidade para Algumas Causas Selecionadas (por 100.000 Habitantes), Município do Rio de Janeiro Ano 2002



Fonte: SIM. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 27/3/2005.

A tabela 18 mostra o elevado coeficiente de mortes por homicídios no Município do Rio de Janeiro. Como referido anteriormente, as violências são um grave problema e vitimam milhares de pessoas no Brasil a cada ano. Os homicídios e os acidentes de trânsito são os principais componentes das mortes por causas externas, e os homens jovens são as vítimas mais frequentes. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

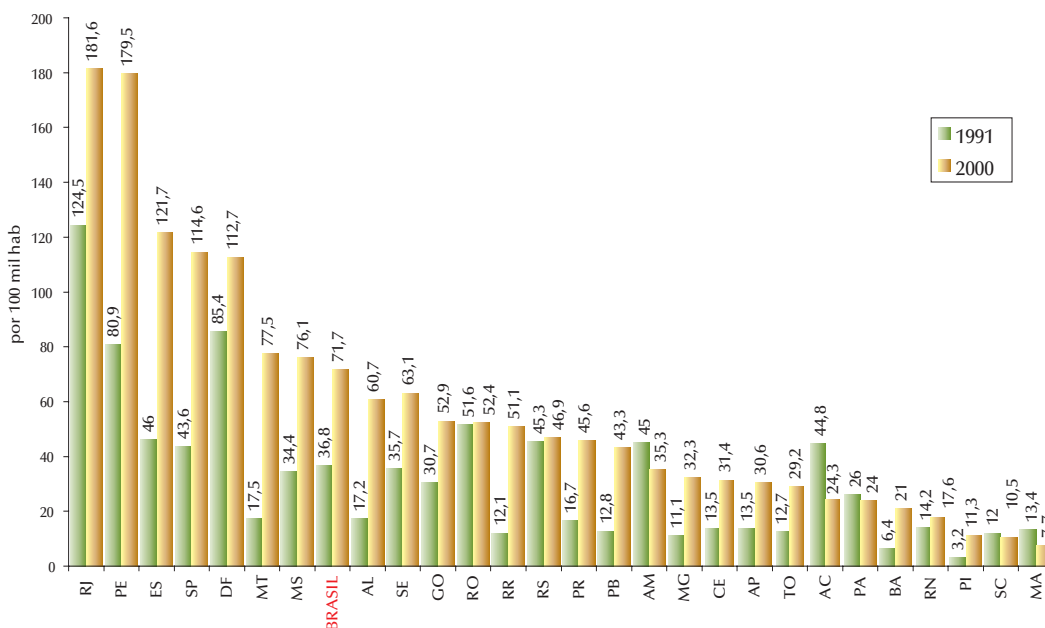
Dados dos censos e do Datasus comprovam o aumento da violência no País. Entre 1980 e 2000, a taxa de mortalidade por homicídio cresceu 130%, passando de 11,7 por 100 mil habitantes para 27 por 100 mil. As maiores taxas estão nos estados de PE (54), RJ (51), ES (46) e SP (42).

Considerando-se apenas os homens, a taxa de homicídios cresceu 13,4%, no mesmo período: enquanto em 1980, 21,2 a cada 100 mil homens morriam assassinados, em 2000 a proporção cresceu para 49,7 por 100 mil.

Os homens jovens, de 15 a 24 anos, são os mais afetados: em 2000, 95,6 a cada 100 mil homens dessa faixa de idade morreram vítimas de homicídio, sendo 71,7 em cada 100 mil (ou seja, 75%) mortos por armas de fogo. Em relação a 1991, cresceu 46% a taxa de homicídios de homens jovens (era de 65,5 a cada 100 mil) e aumentou 95% a taxa dos realizados com armas de fogo (era de 36,8 por 100 mil, ou 56,2% do total).

Rio de Janeiro e Pernambuco são os estados onde a violência contra o homem jovem é maior. No Rio de Janeiro, em 2000, havia 205 homicídios por 100 mil homens de 15 a 24 anos, sendo que as mortes por armas de fogo representavam 89% deste total. De 1991 para 2000, as mortes de homens jovens por armas de fogo cresceram 45% no estado, passando de 124,5 por 100 mil para 181,6 a cada 100 mil [...] (BRASIL, 2001b).

Gráfico 10. Taxas de Mortalidade (por 100 mil Habitantes) por Homicídio por Armas de Fogo em Jovens do Sexo Masculino de 15 a 24 Anos de Idade – Brasil e Unidades da Federação – 1991 e 2000



Fonte: SIM. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10/1/05.

O total de causas externas (que além de homicídios inclui também acidentes, suicídios e outras causas não naturais) provocou no País cerca de 2 milhões de mortes de 1980 a 2000, o equivalente à população de Brasília. Em 82,2% dos casos (1,7 milhões), as vítimas foram homens. Em 2000, as causas externas foram a segunda maior causa de morte no País (14,5% do total de mortes), junto com as neoplasias malignas (14,9%).

Na distribuição dos tipos de causas externas, os homicídios vêm aumentando sua participação, enquanto a dos acidentes de trânsito vem caindo. Entre 1991 e 2000, a proporção de mortes por acidentes de transporte, no total de causas externas, caiu 10,4%, passando a 25% do total, enquanto a de homicídios cresceu 27,2% e chegou a 38,3% do total.

Nos óbitos masculinos, a participação das mortes por causas externas aumentou de 13% para 18% do total, entre 1980 e 2000. Já entre as mulheres, a proporção caiu ligeiramente entre 1990 e 2000, de 5,26% para 4,78%. A faixa de 15 a 39 anos representa 59% das pessoas que morrem por esse tipo de causa, sendo 27% apenas o grupo de 15 a 24 anos. Nessa faixa mais jovem, 78,5% das mortes ocorrem por causas externas.

A violência coloca em questão a capacidade de os estabelecimentos de saúde oferecerem atendimento de emergência gratuito às vítimas de agressão. A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária do IBGE, de 2002, observou que a oferta de leitos em UTI disponíveis ao SUS é mais precária no Norte (4,7 por 100 mil habitantes) e no Nordeste (5,8). No Sul, é de 13 por 100 mil, no Centro-Oeste é de 10,6 e no Sudeste, de 10,5.

Pertencem à esfera privada 65,7% dos estabelecimentos capazes de prestar atendimento 24 horas a vítimas de violência (com serviço de emergência em cirurgia e/ou traumatologia). O Sudeste concentra 39% dos estabelecimentos deste tipo, enquanto sua população representa 43% da do País (BRASIL, 2004d).

Como mencionado no Caderno Metropolitano vol I,

Se as mortes violentas afetam mais os homens, as mulheres, por outro lado, são vítimas de agressões e violências muitas vezes por parte de pessoas conhecidas e próximas como namorados, companheiros, pais, padrastos e outros parentes [...].

A situação de violência é muito complexa, possui várias causas, e para enfrentá-la é necessária a atuação de diferentes setores da sociedade e do poder público, dentre eles a área da Saúde. Além de atenderem às vítimas, os serviços de saúde devem atuar na prevenção das diferentes formas de violência e na Promoção da Saúde para melhorar a qualidade de vida. Mas, para interferir nesses problemas e diminuir a violência é necessário realizar ações conjuntas de toda a sociedade e uma estreita cooperação entre todos os níveis governamentais, de forma que sejam superadas as disputas e os conflitos político-partidários.

Dessa forma, o enfrentamento da violência passa a ser um eixo estratégico para o avanço das ações intersetoriais que devem ser pensadas e abordadas na perspectiva da melhoria das condições de qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004a, p.18).

De acordo com a tabela 19, no Município do Rio de Janeiro a principal doença registrada em 2003 foi a dengue. Cabe ressaltar o alto número de casos de tuberculose no município e na Região Metropolitana, áreas com o maior contingente de pessoas com essa doença no estado, detentor do maior índice do País. A hanseníase configura um problema endêmico tanto no município quanto na Região Metropolitana.

Tabela 19. Casos Registrados das Principais Doenças (Morbidade) no Município do Rio de Janeiro

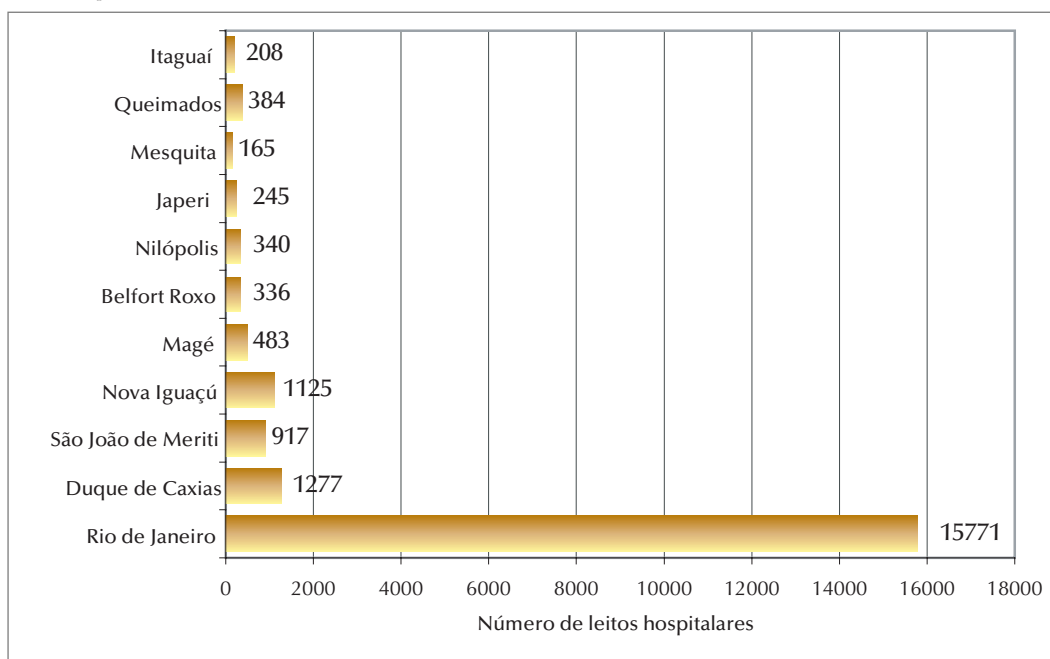
Casos registrados das principais doenças					
	Meningite	Hanseníase	Dengue	Tuberculose	Leptospirose
Estado	1.733	2.926	263.554	16.493	777
Região Metropolitana	1.431	2.320	216.374	14.141	523
Rio de Janeiro	768	975	138.202	8.217	238

Fonte: Cide, 2003.

4 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Município do Rio de Janeiro apresenta um número significativo de hospitais públicos os quais deveriam compor uma rede, mas ainda atuam isoladamente e de forma fragmentada. Apesar do número de hospitais, o atendimento é oferecido de forma precária, com pouca articulação, inclusive entre os serviços de um mesmo hospital. Alguns dos motivos são as instalações das unidades e das condições de trabalho. Dentre os hospitais municipais, destacam-se as unidades de emergência de grande e médio porte. Porém, ainda se percebe uma forte opção pela contratação de hospitais privados, resultado da falta de investimentos no setor público e de um claro direcionamento à privatização (gráfico11, tabela 20 e gráfico 12).

Gráfico 11. Leitos Hospitalares por Município – Região Metropolitana I – RJ, Dezembro de 2004



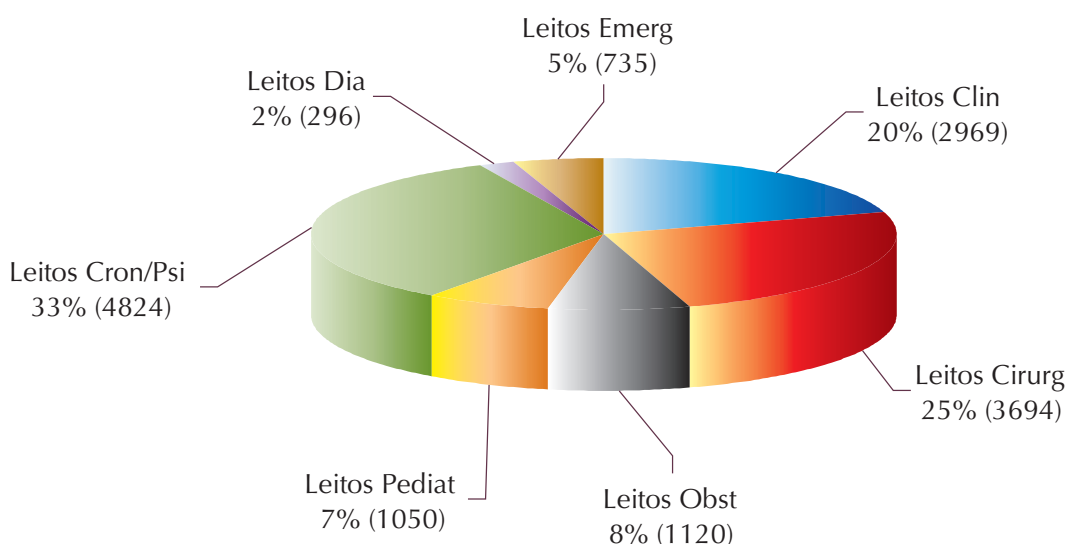
Fonte: SES-RJ. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em: 6/4/2005.

Tabela 20. Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital

Regiões de Governo e Municípios	Hospitais credenciados por natureza do hospital (2004)						
	Total	Público			Privado		Universitário*
		Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	Contratado	
Estado	517	19	28	97	84	109	17
Região Metropolitana I	205	16	18	18	22	45	12
Rio de Janeiro	142	16	17	17	19	19	10

*O dado sobre o quantitativo de hospitais universitários tem como referência o ano de 2002.
 Fonte: SES-RJ. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em: 6/4/2005/Cide, 2003.

Gráfico 12. Leitos Hospitalares por Especialidade – Município do Rio de Janeiro, 2004



Fonte: CNES, 2004

A rede pública hospitalar atende à população local e habitantes dos municípios vizinhos muitos dos quais trabalham ou estudam na capital. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, o Rio de Janeiro é a principal referência para atendimentos de alta complexidade no estado, sendo o Pólo Estadual para oncologia, hematologia, hemoterapia, transplante, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, dentre outras. Está em fase de implantação uma Central de Regulação dos fluxos intermunicipais de toda a região.

A tabela 21 apresenta o total de estabelecimentos de saúde, de leitos hospitalares, o número e a proporção destes vinculados ao SUS (tabela 21).

Tabela 21. Estabelecimentos de Saúde (Total e Prestadores de Serviços ao SUS) e Leitos Hospitalares (Total e Disponíveis ao SUS), no Município do Rio de Janeiro, 2002

Estabelecimentos de Saúde		Leitos Hospitalares	
Total	SUS	Total	SUS
1.577	243	23.962	14.439
100%	15,41%	100%	60,26%

Fonte: www.ibge.gov.br (acesso em 30/3/2005).

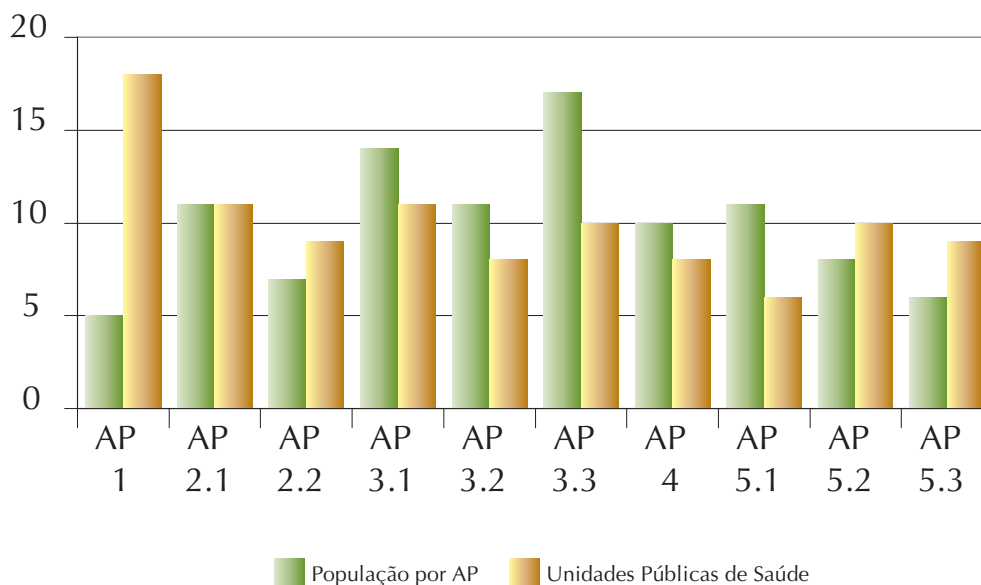
O governo executivo estava habilitado como gestor pleno do sistema municipal de saúde tendo perdido esta condição em março de 2005 (Decreto n.º 5.392, 10/3/2005). Foi criado um comitê de gestão no Rio de Janeiro para atuar em seis hospitais requisitados pelo Ministério da Saúde. O anexo C contém as ações desenvolvidas por esse comitê. Já a tabela correspondente ao anexo D, contém uma avaliação do Ministério da Saúde sobre a situação encontrada nesses hospitais, no momento da avaliação, e as perspectivas segundo o comitê gestor.

4.1 ÁREAS DE PLANEJAMENTO E CAPACIDADE INSTALADA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Como abordado em tópicos anteriores, a partir de 1993, na Secretaria Municipal de Saúde, foram criadas dez Áreas de Planejamento (AP), cada uma delas com estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). As CAPs gerenciam o total de unidades de saúde que integram o SUS no Município do Rio de Janeiro, congregando estabelecimentos de diferentes naturezas: municipais, estaduais, federais, universitários, sindicais e privados.

A divisão em áreas de planejamento ou programáticas, adotada pelo Município do Rio de Janeiro, deveria propiciar maior facilidade para o exercício da fiscalização e da proposição de políticas de saúde para este município e também deveria ampliar o leque de estratégias operacionais, capazes de permitir o efetivo Controle Social por meio da criação dos dez Conselhos Distritais de Saúde (tema abordado no próximo item). Essa divisão, contudo, não se baseia em critérios populacionais. Entre as APs 1 e 3.3, por exemplo, existe uma disparidade de 12% no que se refere à concentração populacional. E quanto à distribuição das unidades públicas de saúde por AP percebe-se também uma disparidade, pois a AP 1 possui 5% da população do município e 18% da rede pública instalada, enquanto a AP 3.3 possui 17% da população municipal e detém apenas 10% da rede pública instalada.

Gráfico 13. População X Unidades de Saúde por AP



Fonte: Mapeamento do Município do Rio de Janeiro. Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro, 1999.

O gráfico 13, mostra a inversão na distribuição dos serviços de saúde: as unidades de saúde estão concentradas nas áreas com menor população.

Assim, a distribuição das unidades de saúde nas diferentes áreas programáticas apresenta disparidades, tais como:

- Grande concentração de consultórios e de leitos hospitalares na AP 1;
- Escassez de consultórios nas AP 3.3, AP 4, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3.

O número de internações por AP reflete a distribuição dos leitos das unidades hospitalares pela cidade. A tabela 22 apresenta a distribuição dos leitos hospitalares pelas áreas de planejamento. A AP 1, a AP 4, a AP 3.1 e a AP 2.1 em 2002, concentraram 65,6% desses leitos.

Da mesma forma, o perfil das causas (CID) de internação por AP reflete a oferta de leitos por especialidade em cada área:

- Na AP 1 predominam as internações relacionadas à gravidez/parto/puerpério e às neoplasias;
- Nas AP 2.1 e AP 4 os transtornos mentais;
- Nas AP 3.3, AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3, gravidez/parto/puerpério;
- Na AP 2.2, gravidez/parto/puerpério, neoplasias e doenças do aparelho circulatório;
- Na AP 3.1, neoplasias e doenças do aparelho circulatório;
- Na AP 3.2, gravidez/parto/puerpério e transtornos mentais.

Tabela 22. Leitos Hospitalares por Área Programática, no Município, e n.º de Leitos por 1.000 Habitantes, Município do Rio de Janeiro, 2004

Área Programática	N.º Leitos Hospitalares
AP 1.0	3.961
AP 2.1	2.790
AP 2.2	1.559
AP 3.1	1.675
AP 3.2	1.166
AP 3.3	423
AP 4.0	2.899
AP 5.1	692
AP 5.2	421
AP 5.3	169
Município do Rio de Janeiro	15.755
N.º de leitos por 1.000 habitantes*	2,62

Fonte: CNES, 2004 e Datasus, 2004.

* Para este cálculo utilizou-se a população de 6.010.814 pessoas, segundo Datasus, 2004.

Em 2002, 17% das internações (em todas as especialidades) na Cidade do Rio de Janeiro foram de pessoas residentes em outros municípios.

Embora o valor global de 2,25 consultas por habitante esteja dentro do parâmetro estabelecido pela Portaria n.º 1.101⁶, existe na Cidade do Rio de Janeiro uma produção excessiva de consultas de pronto atendimento e baixa oferta de consultas básicas. A produção de 0,87 consultas básicas por habitante está muito aquém do mínimo preconizado pelo Pacto da Atenção Básica do SUS que é de 1,5 consultas básicas por habitante/ano (RIO DE JANEIRO, 2003).

Essa informação salienta um aspecto fundamental na organização do sistema de saúde no Município do Rio de Janeiro e em toda a Região Metropolitana I: a insuficiência da rede básica de saúde, praticamente inexistente na região, se for considerada a necessidade de oferecer cobertura e resolutividade na atenção a toda a população. A tabela 23 aponta esse fato alarmante, no qual sobressai a existência de apenas um posto de saúde e duas unidades de pronto-socorro, ao lado de um número maior de centros de saúde e policlínicas.

Tabela 23. Unidades Ambulatoriais por Tipo de Unidade

Regiões de Governo e Municípios	Unidades ambulatoriais por tipo de unidade 2002							
	Total	Tipo de unidade						
		Posto de saúde	Centro de saúde	Policlínica	Ambulatório de hospital geral	Clínica especializada	Pronto-socorro	Outras unidades
Estado	3.311	304	657	341	146	213	30	1.620
Região Metropolitana	1.161	97	168	170	58	90	7	571
Rio de Janeiro	308	1	61	56	30	29	*	*

Fonte: Cide, 2003.

O Município do Rio de Janeiro, para atender às suas necessidades de saúde, precisa passar por uma revisão do quadro que se instalou, havendo necessidade da participação conjunta das instituições de saúde em seus diversos níveis de gestão das autoridades das três esferas de poder e dos Conselhos de Saúde distritais e municipais. (BRAVO, 2001, p. 51).

Tal situação faz com que o Município do Rio de Janeiro seja palco de uma diversidade de conflitos sociais internos e externos às unidades de saúde.

⁶ Parâmetros Assistenciais do SUS – Portaria N.º 1.101/GM (Gabinete Ministerial), de 12/6/2002.

A construção desta Portaria, possibilitou a participação da comunidade técnico-científica, das entidades de classe, profissionais de saúde, dos gestores do SUS e da sociedade em geral, por meio de Consulta Pública.

Foram levados em consideração:

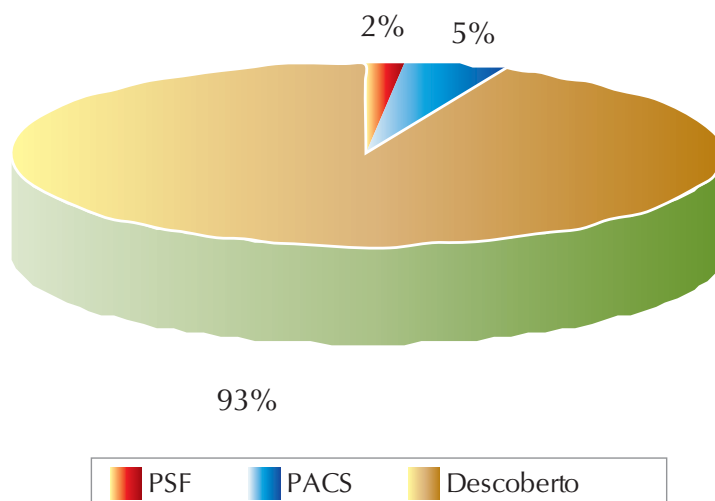
- Parâmetros internacionais (OMS e OPAS) nos países em desenvolvimento;
- A produtividade (estatísticas de atendimento) do SUS nos últimos três anos;
- Estudos nacionais de várias instituições de saúde;
- A Portaria MPAS n.º 3.046 de 20/7/1982.

Os parâmetros de cobertura ambulatorial são baseados na tabela do SIA/SUS. A esfera da Atenção Básica segue a orientação do Manual de Atenção Básica.

4.2 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA

O gráfico 14 reflete a ausência de investimento na Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, traduzida nos índices residuais de cobertura de PACS e PSF no município.

Gráfico 14. Município do Rio de Janeiro – % de Cobertura de PACS/PSF – Abril, 2004



Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica – DABS/MS.

Esta situação se mantém. Em fevereiro de 2005, o município apresenta 3,3% de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), com 57 Equipes de Saúde da Família (ESF) implantadas e quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB) com cobertura de 0,5%. Há 1.038 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em atuação, com uma cobertura de 10% do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para uma população de 5.974.081, segundo informação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. A comparação entre os municípios da Região Metropolitana I demonstra que o Rio de Janeiro é o município com menor cobertura de Saúde da Família na região (tabela 24).

Tabela 24. Situação dos Municípios da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em Relação à População Coberta por ACS, ESF e ESB – Outubro, 2004

Situação dos Municípios da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em Relação à População Coberta por ACS, ESF e ESB – Outubro, 2004						
Município	População	N.º ACS	N.º ESF	Pop. Cob. ESF		N.º ESB
Belford Roxo	457.201	243	17	58650	12,80%	0
Duque de Caxias	808.614	284	31	106950	13,20%	2

Situação dos Municípios da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro em Relação à População Coberta por ACS, ESF e ESB – Outubro, 2004						
Município	População	N.º ACS	Nº ESF	Pop. Cob. ESF		N.º ESB
Itaguaí	87.736	30	1	3450	3,90%	0
Japeri	88.699	33	1	3450	3,90%	0
Magé	218.821	144	18	62100	28,40%	0
Mesquita	174.045	0	0	0	0,00%	0
Nilópolis	152.363	50	5	17250	11,30%	0
Nova Iguaçu	792.208	163	28	96600	12,20%	0
Queimados	129.131	26	4	13800	10,70%	0
Rio de Janeiro	5.974.081	1.027	59	203550	3,40%	0
S. João de Meriti	456.778	123	14	48300	10,60%	0
Seropédica	70.065	43	5	17250	24,60%	0

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde.

A tabela 25, fornecida pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde em 4 de março de 2005, apresenta a cobertura da Saúde da Família nos municípios da Baixada Fluminense e nos municípios da Região Metropolitana II (Niterói, São Gonçalo, Maricá, Itaboraí, Rio Bonito, Silva Jardim, Tanguá). A comparação entre os municípios das duas regiões evidencia o maior avanço da implantação da Saúde da Família na Região Metropolitana II.

Tabela 25. Cobertura da Saúde da Família nos Municípios da Baixada Fluminense e nos Municípios da Região Metropolitana II

Município	Equipes Implantadas						
	População	Agentes Comunitários de Saúde	Cobertura %	Equipes de Saúde da Família	Cobertura %	Equipes de Saúde Bucal	Cobertura
Niterói	466.628	-	-	89	65,8	-	-
Itaboraí	201.443	285	81,4	43	73,6	-	-
Tanguá	27.741	29	60,10	6	74,6	-	-
Silva Jardim	22.227	49	100	8	100	-	-
São João de Meriti	456.778	164	20,6	18	13,6	-	-
Duque de Caxias	808.614	279	19,8	32	13,7	2	1,7
Nilópolis	152.363	50	18,9	5	3,3	-	-
Nova Iguaçu	792.208	163	18,8	28	12,2	-	-
Belford Roxo	457.201	242	30,4	17	12,8	-	-
Queimados	129.131	40	17,8	8	21,4	-	-

Município	Equipes Implantadas						
	População	Agentes Comunitários de Saúde	Cobertura %	Equipes de Saúde da Família	Cobertura %	Equipes de Saúde Bucal	Cobertura
Seropédica	70.065	43	35,3	5	24,6	-	-
Itaguaí	87.736	30	19,7	1	3,9	-	-
Magé	218.821	168	44,1	20	31,5	6	18,9
Guapimirim	40.994	20	28,1	2	16,8		
Japerí	88.699	7	4,6	1	3,9		
Paracambi	41.722	32	41,1	6	49,6	6	99,2

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, em 4/3/2005.

O Caderno Metropolitano vol. II trata da Saúde da Família e menciona o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), instituído pelo Ministério da Saúde para os municípios com mais de 100.000 habitantes. Nove municípios da Região Metropolitana I, incluindo o Rio de Janeiro, assinaram o convênio do Proesf com o Ministério da Saúde. A tabela 26 descreve o total de recursos a serem repassados a esses municípios ao longo de todo o projeto (cinco anos) e em cada uma das fases. Indica também as metas de cobertura do PSF a serem alcançadas na fase 1 e ao final do projeto. As metas definidas para o Rio de Janeiro são diferenciadas das estabelecidas para os demais municípios da região.

Tabela 26. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) – Componente 1, Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde. Atualizado em 14/12/2004

Município	Demonstrativo de Recursos				Cobertura PSF	
	Total Geral 7/2003 a 12/2008	Fase I	Fase II	Fase III	Meta Total	Meta Fase 1 (dez/2004)
Belford Roxo	4.124.963	825.000	1.979.978	1.319.985	70%	35%
Duque de Caxias	5.212.923	1.043.000	2.501.954	1.667.970	50%	30%
Magé	1.968.482	394.000	944.689	629.793	70%	35%
Mesquita	1.572.206	315.000	754.324	502.883	70%	35%
Nilópolis	1.401.455	281.000	672.273	448.182	70%	35%
Nova Iguaçu	5.109.493	1.022.000	2.452.496	1.634.997	50%	35%
Queimados	1.163.361	233.000	558.217	372.144	70%	35%
Rio de Janeiro	23.324.855	466.500	11.195.913	7.463.942	30%	15%
São João de Meriti	4.166.714	834.000	1.999.628	1.333.086	70%	35%
Subtotal 1	48.044.453	5.413.500	23.059.472	15.372.981		

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde.

A tabela 27 discrimina os valores referentes à fase 1 que foram repassados até 14/12/2004, o saldo devedor por município nessa data e a situação de cada municí-

pio em relação ao projeto. Observa-se que no Município do Rio de Janeiro o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) se encontra em execução.

Tabela 27. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) – Componente 1, Apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde. Atualizado em 14/12/2004

Município	Valor Repassado Fase 1	Saldo a Repassar Fase 1	Situação
Belford Roxo	232.410	592.590	A - Em Execução
Duque de Caxias	682.600	360.400	A - Em Execução
Magé	-	394.000	A - Em Execução
Mesquita	-	315.000	A - Em Execução
Nilópolis	257.000	24.000	A - Em Execução
Nova Iguaçu	-	1.022.000	C - Não Enviou POA
Rio de Janeiro	2.061.025	2.603.975	A - Em Execução
Queimados	144.200	88.800	B - Em Análise de POA
São João de Meriti	-	834.000	B - Em Análise de POA

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde.

A implantação e difusão, com qualidade, da Estratégia Saúde da Família em regiões metropolitanas constituem desafio nacional. A Região Metropolitana I, do Rio de Janeiro, reúne diversos fatores para tornar a realização desse propósito ainda mais complexa como a densidade populacional elevada, a concentração de serviços de saúde em algumas áreas e a escassez ou a ausência em outras, a precariedade e a insuficiência da rede de Atenção Básica, o funcionamento da rede hospitalar de forma desintegrada, etc. Ademais, como referido no Caderno Metropolitano vol. II,

O padrão de consumo em saúde, pautado pela fragmentação e especialização é hegemônico em regiões metropolitanas e, ainda, que para uma parte da população se mantenha apenas enquanto aspiração, dificulta a aceitação de um modelo de base generalista. Ações que expandem e consolidam a Estratégia Saúde da Família devem incorporar os diversos campos de saber na área da Saúde e afins. Além disso, a integração com os outros níveis de atenção é fundamental para superar os obstáculos e ser bem sucedida. Portanto, é preciso reorganizar a rede como um todo com base nos princípios da saúde da família. [...]

A essas questões soma-se o distanciamento do estado veiculador de políticas de infraestrutura e a proteção social nas favelas urbanas, expresso na ausência ou insuficiência de equipamentos públicos seja de saúde ou outrem (limpeza, educação, segurança, lazer, saneamento, etc.). E o subsequente fortalecimento dos poderes marginais nessas áreas vinculados ao narcotráfico, à corrupção e ao comércio ilícito de armas. A implantação e a consolidação da Estratégia Saúde da Família em áreas com altos índices de violência depende, sobremaneira, da capacidade do estado em garantir a segurança dos profissionais e da população. Para isso, é necessário contar com a atuação conjunta e pactuada do poder público, dos técnicos, das lideranças locais e das organizações civis atuantes nestas comunidades. (BRASIL, 2004b, p. 21 e 22).

No 4.º Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro foram apresentados alguns desafios em relação à Estratégia Saúde da Família, tomada como eixo para a Reorganização da Atenção Básica⁷:

Desafios para organização estratégica

- Regulamentação do Vínculo (Segets)
- Capacitação e Educação Permanente
- Satisfação com a clínica:
 - Resolubilidade;
 - Integralidade;
 - Continuidade da atenção;
 - Qualificação/acreditação.
- Monitoramento e avaliação da Atenção Básica à Saúde.

INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU):

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) é a forma pela qual o Ministério da Saúde implementará a assistência pré-hospitalar no âmbito do SUS. O atendimento pré-hospitalar pode ser definido como a assistência prestada, em um primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sofrimento, seqüelas ou mesmo a morte. (BRASIL, 2005b).

Em síntese, “o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência” (BRASIL, 2005b).

As Regiões Metropolitanas I e II do estado implantaram o Samu, sendo Nova Iguaçu e Niterói os municípios sede em cada região, respectivamente. As informações sobre cobertura, cidades atendidas, atendimentos mensais e coordenação disponíveis na página do Ministério da Saúde. <http://dtr2001.saude.gov.br/samu>) são as seguintes:

Niterói (RJ)

População coberta: 1,8 milhão

Outras cidades atendidas: São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Maricá, Silva Jardim e Rio Bonito

Número de atendimentos mensais: 5 mil

Coordenadora: Dra. Maria Juraci de Andrade Dutra

Endereço: Rua Ataíde Parreira, 266, Bairro de Fátima

CEP: 24070-090

Telefone: (21) 2621-3944

Nova Iguaçu (RJ)

População coberta: 3,4 milhões

⁷ Apresentação: Marcus Vinícius Quito. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Acompanhamento a estados e municípios. *E-mail:* marcus.quito@saude.gov.br Tel.: (61) 3315-2630.

Outras cidades atendidas: São João de Meriti, Duque de Caxias, Nilópolis, Belford Roxo, Queimados, Mesquita, Seropédica, Itaguaí e Magé
Número de atendimentos mensais: 2,2 mil
Coordenadora: Dra. Rosângela Belo
Endereço: Avenida Governador Roberto da Silveira, 2.012, Posse
Telefone: (21) 3102-0460

As tabelas 28 e 29 apresentam informações sobre o Samu na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Nota-se que o Município do Rio de Janeiro não se integrou ao programa.

Tabela 28. Região Metropolitana I

SAMU	TIPO	POPULAÇÃO	USB	USA	VALOR CUSTEIO MENSAL	RECURSOS/CONSTRUÇÃO CENTRAL DE REGULAÇÃO CREDITADO EM OUTUBRO/2004	SITUAÇÃO ATUAL	MUNICÍPIOS ATENDIDOS
Baixada Fluminense – Região Metropolitana I – Sede Nova Iguaçu	Regional	3.346.962	37	9	729.000,00	150.000,00	Em pleno funcionamento	S. João de Meriti, Duque de Caxias, Nilópolis, Nova Iguaçu, Belford Roxo, Queimados, Mesquita, Seropédica, Itaguaí, Magé.

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, em 4/3/2005.

Tabela 29. Região Metropolitana II

SAMU	TIPO	POPULAÇÃO	USB	USA	VALOR CUSTEIO MENSAL	RECURSOS/ CONSTRUÇÃO CENTRAL DE REGULAÇÃO CREDITADO EM OUTUBRO/2004	SITUAÇÃO ATUAL	QUANTIDADE MUNICÍPIOS ATENDIDOS	MUNICÍPIOS ATENDIDOS
Metropolitana II - Sede Niterói	Regional	1.776.622	12	5	306.500,00	150.000,00	Em pleno funcionamento	7	Niterói, São. Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Maricá, Rio Bonito e Silva Jardim.

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, em 4/3/2005

5 NA TRILHA DO FINANCIAMENTO PARA O SUS ⁸

5.1 ORÇAMENTO PÚBLICO

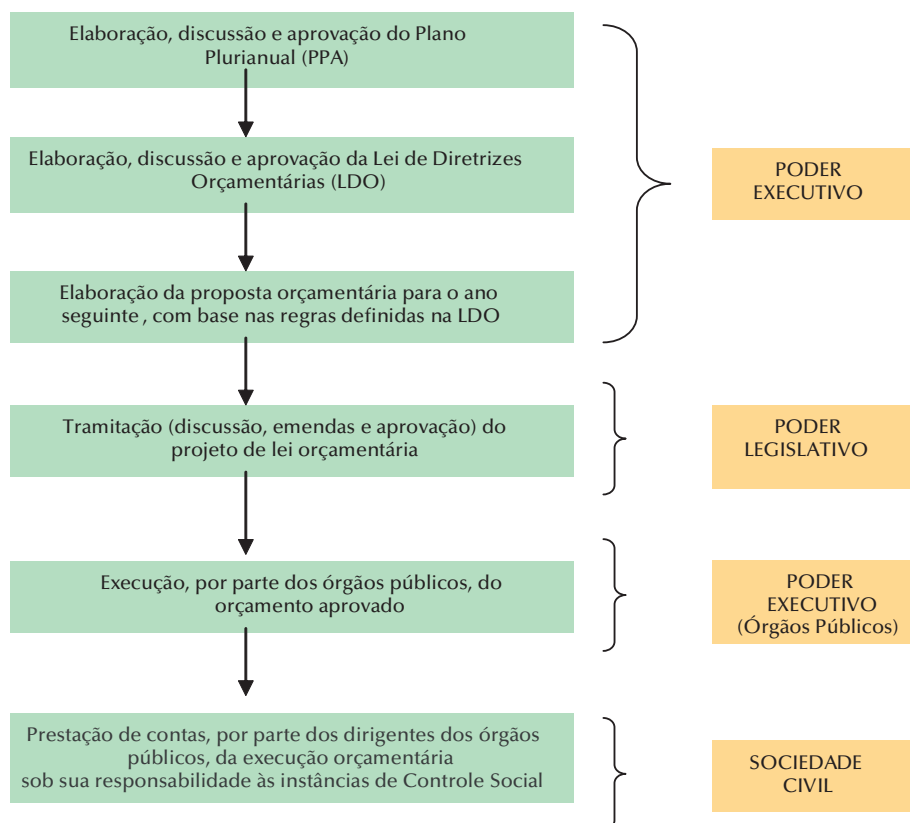
A exigência legal de divulgação pública do orçamento nem sempre se traduz na garantia do acesso às informações ali contidas. A complexidade com a qual se apresenta àqueles que não participaram de sua elaboração requer uma simplificação dos dados para que sejam melhor compreendidos, interpretados e efetivamente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

⁸ SANTOS, 2004.

FLUXO DO PROCESSO ORÇAMENTÁRIO



5.2 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.

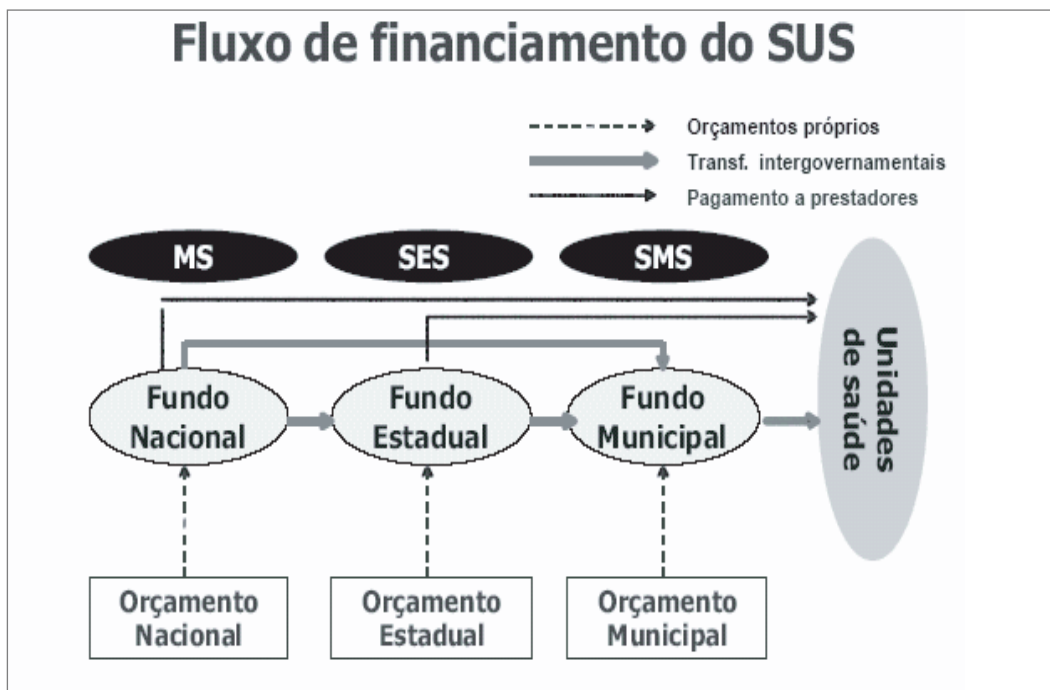
O Fundo Nacional de Saúde (FNS) utiliza a modalidade de transferência de recurso fundo a fundo para descentralizar recursos destinados a operacionalizar as ações no âmbito do SUS. As normas que disciplinam essa forma de transferência no âmbito do FNS é a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentada 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, 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 entendem-se as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde inseridas no campo de atuação do SUS, conforme 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 congênere, 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. Os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, por sua vez, acumulam recursos próprios, provenientes de outras fontes arrecadadas diretamente nesses níveis de governo (por exemplo, impostos e taxas estaduais e municipais). O tamanho da população municipal explica, em parte, o quanto cada município receberá de recursos federais – transferências vinculadas, pois esse critério sustenta a base para sua distribuição.

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 teve validade até 2004, ou até que seja aprovada lei complementar a respeito. O objetivo da EC 29 é *“assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e*



serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2000). 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 2).

Quadro 2. Percentuais Mínimos de Vinculação Previstos na EC 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 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 art. 7.º da EC 29, 15%, no mínimo, 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; [...]”. (BRASIL, 2000).

Fonte: DOU de 14/9/2000. 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 distor-

ções e apresentando denúncias (ao Ministério Público e ao Legislativo) quando isso se fizer necessário.

5.3 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 de 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 aos 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 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 da Saúde.

5.4 TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS PARA O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

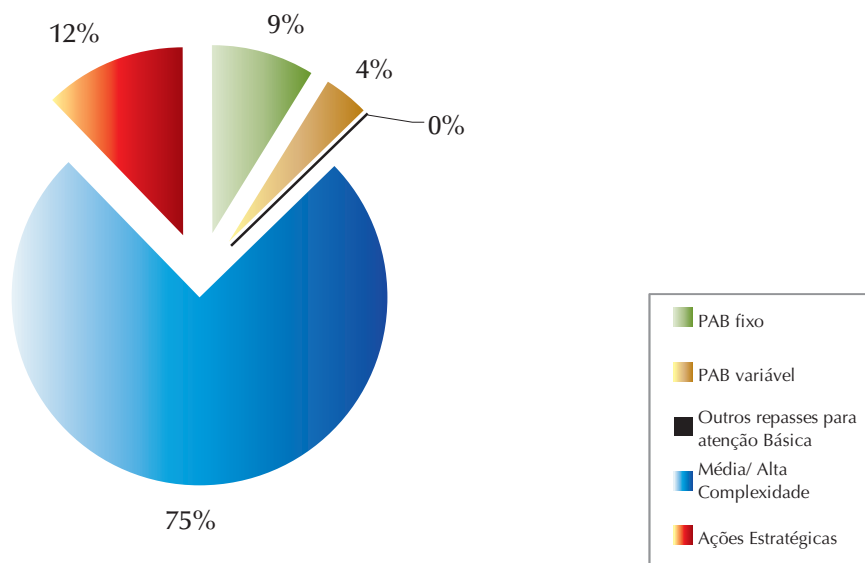
A tabela 30, apresenta os recursos federais transferidos fundo a fundo para os municípios da Região Metropolitana I, em 2003. O Município do Rio recebeu 651 milhões de reais, dos quais menos de 15% destinados às ações básicas de saúde (gráfico 15).

Tabela 30. Recursos Federais Transferidos Fundo a Fundo (R\$) – Região Metropolitana I, 2003

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	CONDIÇÃO DE GESTÃO	ATENÇÃO BÁSICA	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Belford Roxo	330.045	GPSM	7.060.987,27	15.063.457,87
D. de Caxias	330.170	GPSM	3.536.768,19	11.560.932,21
Itaguaí	85.918	GPSM	1.829.458,92	5.427.628,88
Japeri	86.959	GPAB	1.400.907,96	-----
Magé	214.703	GPAB	4.339.180,07	-----
Mesquita	330.285	GPAB	2.378.575,49	-----
Nilópolis	330.320	GPAB	2.537.690,15	-----
Nova	780.343	GPSM	12.576.259,52	82.486.406,26
Queimados	126.868	GPAB	2.075.428,89	-----
Rio de Janeiro	5.937.253	GPSM	78.459.729,51	562.939.625,59
S. J. de Meriti	330.510	GPSM	6.886.206,11	23.629.857,89
Seropédica	68.542	GPAB	1.371.617,37	-----

Fonte: FNS/MS, 2004.

Gráfico 15. Repasses Fundo a Fundo para o Município do Rio de Janeiro no Ano de 2003



Repasses fundo a fundo, 2003, Município do Rio de Janeiro (R\$)	
PAB fixo	58.264.729,67
PAB variável	24.489.792,94
Outros repasses para Atenção Básica	636.905,10
Média/Alta Complexidade	488.535.962,93
Ações Estratégicas	79.083.717,32
Total	651.011.107,96

Fonte: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 9/12/2004.

Uma parcela dos recursos financeiros federais repassados fundo a fundo para o município refere-se a valores pertencentes aos municípios da Baixada Fluminense e pactuados mediante a Programação Pactuada Integrada (PPI), na Comissão Interinstitucional Bipartite (CIB), para serem transferidos diretamente para a capital do estado como pagamento pela compra de procedimentos de média e alta complexidade, prestados a usuários dos serviços da capital que residem nos municípios da Baixada. Da mesma forma, outros municípios do estado também pactuam, em suas PPIs, a compra de procedimentos nos serviços de média e alta complexidade do Rio de Janeiro. Assim, parte dos recursos repassados pelo governo federal ao Rio de Janeiro, refere-se ao pagamento pela assistência prestada a municípios das cidades vizinhas (tabelas 31 e 32).

Tabela 31. Programação Pactuada Integrada para Procedimentos Ambulatoriais de Média Complexidade, 2002. Relatório de Pactuação dos Municípios da Baixada Fluminense com o Município do Rio de Janeiro

Municípios	Valor Total Pactuado (R\$)
Belford Roxo	3.373,86
Duque de Caxias	37.616,73
Itaguaí	NR*
Japerí	5.093,43
Magé	17.735,67
Mesquita	7.312,75
Nilópolis	9.685,84
Nova Iguaçu	36.195,05
Queimados	3.936,64
São João de Meriti	41.347,52
Seropédica	7.698,24
Total	169.995,73

Nota: *NR = não referenciou

Fonte: Centro de Programação em Saúde/Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento/SES-RJ.

Tabela 32. Programação Pactuada Integrada para Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade, 2002. Relatório de Pactuação dos Municípios da Baixada Fluminense com o Município do Rio de Janeiro

Municípios	Valor total Pactuado (R\$)
Belford Roxo	14.379,50
Duque de caxias	15.344,84
Itaguaí	3.979,68
Japeri	4.622,01
Magé	8.793,59
Mesquita	17.420,48
Nilópolis	7.339,01
Nova Iguaçu	20.143,02
Queimados	10.364,94
São João de Meriti	10.564,34
Seropédica	4.064,60
Total	117.006,01

Fonte: Centro de Programação em Saúde/Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento/SES-RJ.

A tabela 33, mostra a síntese das informações disponíveis no Siops para o Município do Rio de Janeiro em 2003. Segundo essa informação, o gestor municipal cumpriu a exigência da EC 29 em 2003. No entanto, a Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa contesta o dado, com a alegação de ter sido esse o orçamento previsto, mas não o executado.

Tabela 33. População, Condição de Gestão, Percentual da Receita Municipal Aplicada em Saúde. Gasto Municipal Total e *per Capita* com Saúde – Município do Rio de Janeiro, 2003

População	5.974.082
Condição de gestão	GPSM
% de receita própria aplicada em saúde, 2003	15,3*
Gasto próprio municipal em saúde (R\$)	584.133.411,70
Gasto municipal <i>per capita</i> com saúde (R\$)	97,78
Gasto total com saúde (R\$)	1.241.387.119,64
Gasto total com saúde per capita (R\$)	207,8

Fonte: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 23 /03 /2005).

Essa informação é questionada pela Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa/RJ.

6 O CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO⁹

6.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Ao analisar o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-RJ) e os Conselhos Distritais de Saúde (CODS-RJ) é necessário um resgate histórico de como se dá o surgimento do Controle Social no município, uma vez que essa conquista e outras tantas garantidas na Constituição de 1988 são frutos de processos de luta e mobilização dos movimentos sociais articulados ao movimento sanitário.

Ainda na Ditadura Militar, mas já no processo de redemocratização do País, em meados dos anos 70, algumas associações de moradores promovem atividades que têm por objetivo a luta por melhores condições de saúde.

Nessa conjuntura, destaca-se como marco o 1.º Encontro Popular pela Saúde, que se realiza na Cidade de Deus, em setembro de 1980, e reúne em torno de 3.000 participantes oriundos de 100 comunidades. Houve também a participação das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual, Pastoral da Saúde, Entidades Estudantis, Partidos Políticos, dentre outros. Esse encontro foi promovido pela Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ) em articulação com o Sindicato dos Médicos, e outras entidades de saúde, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Como desdobramento da realização desse encontro, aconteceu o 2.º Encontro Popular pela Saúde, em 1982.

Nesse período, surge a idéia da participação popular na formulação, fiscalização e na gestão de políticas de saúde. Uma importante vitória foi a proposta de criação dos conselhos comunitários de saúde, no Município do Rio de Janeiro. Esses conselhos não eram institucionais e cumpriam um papel fiscalizador.

A primeira forma institucional do Controle Social no município, ocorreu no ano de 1984 e o seu funcionamento se dava na forma de estrutura descentralizada, que tinha como fim administrar o convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o Inamps. Essas estruturas eram compostas por diretores de hospitais e representantes de associações de moradores da região e foram denominadas Grupos Executivos Locais (GELs). Os GELs marcaram a participação popular nos espaços institucionais de decisão.

Assim, é iniciada a construção de uma gestão democrática na saúde caracterizada pelo estabelecimento de novas bases de relação entre estado e sociedade. A partir dos anos 90, com todo o processo de regulamentação da Constituição de 1988 e

⁹ Este texto é um dos produtos da equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde – UERJ, coordenado pela Profa. Maria Inês Souza Bravo.

com as Leis n.ºs 8.080 e 8.142, de 1990, começaram-se a implementar alguns mecanismos, dentre eles os Conselhos e Conferências de Saúde.

6.2 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

6.2.1 Histórico

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-Rio) foi criado pela Lei Municipal n.º 1.746, de 23 de julho de 1991, de autoria dos vereadores Fernando William Lira, Laura Carneiro e Ludmila Mayrink, fruto do processo histórico já colocado. No período, estava sendo convocada a 9.ª Conferência Nacional de Saúde e tinha-se como meta as etapas municipais e a etapa estadual a serem cumpridas.

O Conselho de Saúde foi resultado da iniciativa do Legislativo e do interesse dos movimentos sociais da área de Saúde. Em 1991, realizou-se a I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro que constitui-se na estratégia fundante desse órgão deliberativo, garantindo-lhe maior legitimidade.

As competências do CMS-Rio previstas na Lei Municipal n.º 1.746 são:

Art. 2.º Compete ao Conselho de Saúde participar da análise, da elaboração e da atualização das políticas do Sistema Único de Saúde, fiscalizando sua aplicação e atuando:

I – na formulação de estratégias de controle do Sistema Único de Saúde;

II – na proposição de diretrizes para elaboração de Plano de Saúde do Município e dos Planos de Saúde das Áreas de Planejamento do Município;

III – na fiscalização das aplicações de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde;

IV – na proposição de metas na assistência da saúde da população do município;

V – no acompanhamento do processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de Saúde, visando à observação de padrões éticos, compatíveis com o desenvolvimento sociocultural da época;

VI – VETADO;

VII – no levantamento de dados relativos à saúde da população do município;

VIII – na convocação, junto à Secretaria Municipal de Saúde, de dois anos em dois anos, da Conferência Municipal de Saúde;

IX – na realização da campanha de educação para a saúde da população do município;

X – na fiscalização dos recursos aplicados pelo Fundo Municipal de Saúde.

Art. 5.º Serão submetidos à prévia aprovação do Conselho Municipal de Saúde os convênios e contratos do Sistema Único de Saúde, que venham a ser firmados com pessoas jurídicas de direito privado.

Parágrafo 1.º O Conselho Municipal de Saúde poderá examinar os contratos e convênios em vigor na data da publicação desta lei e propor a sua revisão ou rescisão, se os considerar inconvenientes para o Sistema Único de Saúde.

Parágrafo 2.º O Conselho Municipal de Saúde poderá requisitar, para análise, cópias de contratos firmados pelo SUS e propor a sua rescisão, nos termos do parágrafo anterior LM 1.50. (RIO DE JANEIRO, 1991).

Conforme propõe a I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, o CMS-Rio, deve:

- ter poder decisório no planejamento da Política de Saúde;
- ter controle da execução de políticas aprovadas, tendo indicadores para redefinir caminhos a partir de novas informações;
- ter participação na definição do orçamento de saúde, baseado nos modelos assistenciais aprovados nas Conferências Municipais e Distritais;
- deliberar as aplicações e fiscalizar repasses;
- fiscalizar a verba destinada à saúde evitando desvios para outras despesas sociais.

6.2.2 Composição

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro teve composição paritária desde sua primeira gestão, respeitando o que indica a Resolução n.º 33 do Conselho Nacional de Saúde, de 1993 (substituída em 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde pela Resolução n.º 333), com 24 membros efetivos e seus respectivos suplentes. A Lei n.º 2.627, de 8 de junho de 1998, vai preconizar a inclusão de um representante de cada Conselho Distrital – para participar do Conselho Municipal – aumentando a composição para 34 membros. Essa proposta, veio da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores com o intuito de possibilitar a articulação dos Conselhos Distritais de Saúde com o Conselho Municipal de Saúde.

Para possibilitar a análise da composição do Conselho Municipal de Saúde, vai-se aglutinar as representações dos três segmentos a partir das suas representações. No quadro a seguir, podemos verificar a composição do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Período 2001/2003.

Quadro 3. Composição do Conselho Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (2001-2003)

USUÁRIOS		PROFISSIONAIS DE SAÚDE		GESTORES/ PRESTADORES DE SERVIÇO	
Entidade	Quantidade de Representantes	Entidade	Quantidade de Representantes	Entidade	Quantidade de Representantes
Federação de Associação de Moradores do Município do Rio de Janeiro (FAM-Rio)	02	Escolhidas na Conferência Municipal de Saúde	06	Secretaria Municipal de Saúde	03
Federação de Associação de Favelas do Município do Rio de Janeiro (FAF-Rio)	02			Serviços de saúde privados contratados pelo SUS	01
Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CMDDPPD)	02			Serviços de saúde filantrópicos conveniados com o SUS	01
Entidades distritais de usuários escolhidas na Conferência Municipal	06			Universidade que possua curso de graduação em medicina e hospital de ensino	01
TOTAL	12		06		06

Fonte: Regimento Interno do CMS/RJ, 1995.

A composição do Conselho Municipal é acrescida, ainda, de dez representantes dos Conselhos Distritais, totalizando 34 membros, conforme já sinalizado.

Algumas reflexões são importantes com base nas últimas composições do conselho.

No segmento dos Usuários destaca-se como movimento de bairro e favelas com quatro representantes e os portadores de patologia com dois representantes.

Nas últimas composições do conselho, das seis entidades eleitas na Conferência Municipal para representar os usuários, têm tido destaque: as organizações não-governamentais, a associação de aposentados, as associações de portadores de deficiência e patologia, os movimentos religiosos, as entidades de gênero, etnia. Na representação dos Conselhos Distritais no Conselho Municipal, destaca-se as associações de moradores de bairros e favelas.

Uma questão evidenciada na representação dos usuários é a baixa participação dos sindicatos gerais de trabalhadores. Uma hipótese que pode ser levantada é que, como a maioria dos sindicatos oferecem planos de saúde privados para seus filiados, acabam por negligenciar a luta em defesa do SUS. Em todo caso, faz-se necessário um estudo mais aprofundado de como os sindicatos gerais de trabalhadores discutem, em seu interior, a questão da defesa do SUS.

No segmento dos trabalhadores de saúde, percebe-se uma maior participação dos sindicatos de trabalhadores por categoria, que por ramo de atividade.

Evidencia-se, também, a participação de representantes de associação de funcionários de hospitais e postos de saúde. Nas composições anteriores, havia a participação dos conselhos regionais vinculados à área de Saúde.

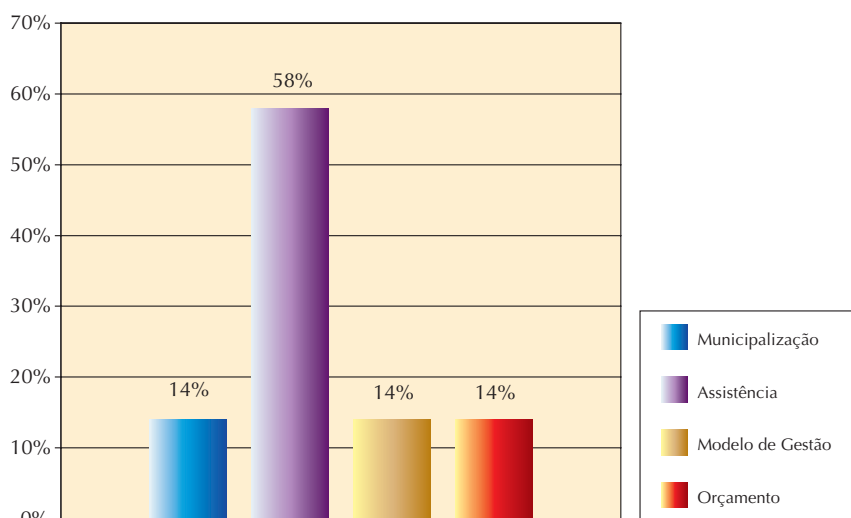
No que tange ao segmento dos prestadores, públicos e privados, e gestores, nota-se uma predominância do setor público sobre o privado. O fator agravante, porém, se encontra no descaso dos gestores, ao não legitimar as deliberações do conselho.

6.2.3 Principais Temáticas

Em relação às temáticas discutidas no Conselho Municipal de Saúde, evidencia-se, como principal, a discussão da assistência à saúde, no que diz respeito às más condições de atendimento e dos serviços prestados. Ao discutir as questões mais imediatas, acaba-se por se tornar secundário os temas pertinentes ao conselho, como: a elaboração do Plano Municipal de Saúde, a discussão do orçamento, o controle do Fundo Municipal de Saúde, a fiscalização e a avaliação da Secretaria Municipal e no encaminhamento da política municipal de saúde.

O gráfico, a seguir, identifica as principais temáticas discutidas no Conselho Municipal, no período de 1998 a 1999.

Gráfico 16. Principais Temáticas Discutidas no CMS-Rio



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ.

6.3 OS CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

6.3.1 Histórico

Os Conselhos Distritais de Saúde são órgãos colegiados, consultivos e deliberativos e a sua origem está ligada aos Grupos Executivos Locais (GELs), conforme já explicado. Os GELs foram criados no convênio das Ações Integradas de Saúde com o Inamps, em 1984, enquanto uma estrutura descentralizada, com o objetivo de administrar o convênio com um caráter mais fiscalizador. Esses eram compostos por diretores e representantes das associações de moradores da região. Nesse sentido, os Conselhos Distritais de Saúde herdaram dos GELs a tradição de participação popular reivindicativa, que foi acrescida de uma característica propositiva.

Além disso, a lei que institui os Conselhos Distritais de Saúde, em agosto de 1993, determina que a composição deve ser paritária e que as entidades componentes desses conselhos devem ser eleitas em Conferência Distrital de Saúde e nomeadas pelo secretário municipal de Saúde para cumprir um mandato de dois anos. Com relação à Comissão Executiva, essa deve ser eleita em reunião do conselho e ser presidida por um de seus membros também eleito em reunião. Para o funcionamento dos Conselhos Distritais de Saúde, deve ser destinada uma verba anual, aprovada pela Câmara dos Vereadores, para a compra de material de consumo e equipamentos. Deve-se, também, ser destinada uma verba mensal controlada pela coordenação de área para gastos com material de consumo e contratação de serviços. Nota-se, entretanto, que essa questão ainda tem tido dificuldade de ser operacionalizada.

Para garantir o controle social no município, foram instituídos os Conselhos Distritais de Saúde (CODS) nas respectivas APs, compreendendo um total de dez Conselhos Distritais de Saúde (AP 1, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3), com o desafio de:

auxiliar a administração pública e o Conselho Municipal de Saúde na análise, no planejamento, na formulação e na supervisão das políticas de saúde, na fiscalização de ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência. (RIO DE JANEIRO, 1993a, 1.º parágrafo).

De acordo com a Lei n.º 2.011/93, são competências dos Conselhos Distritais de Saúde:

- I – promover a integração das instituições e serviços de saúde;
- II – colaborar na formulação de estratégias para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III – estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos Planos Distritais de Saúde, em consonância com o Plano Municipal de Saúde;
- IV – participar de levantamento de dados relativos à saúde da população na área de planejamento sanitário do distrito de saúde;
- V – participar da elaboração e aprovar, em primeira instância, os modelos assistenciais e os Planos Distritais de Saúde formulados pelo distrito de saúde;
- VI – acompanhar a execução de ações, projetos, programas e planos de saúde;

VII – avaliar as propostas orçamentárias anuais, assim como fazer sugestões para sua circunscrição, a fim de viabilizar a execução dos Planos Distritais de Saúde;

VIII – colaborar com o Conselho Municipal de Saúde na fiscalização dos contratos e convênios firmados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), emitindo pareceres a respeito e encaminhando-os à consideração do Conselho Municipal de Saúde;

IX – colaborar com o Conselho Municipal de Saúde na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros do SUS, no âmbito dos distritos de saúde;

X – colaborar com o Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento dos planos de cargo, carreira e vencimento dos servidores do SUS;

XI – participar da formulação da política de desenvolvimento de recursos humanos de distritos de saúde;

XII – viabilizar decisões do Conselho Municipal de Saúde;

XIII – convocar, juntamente com a Coordenação do Distrito, de dois em dois anos, a Conferência distrital de saúde;

XIV – elaborar e aprovar as normas regimentais de funcionamento das Conferências Distritais, em consonância com os critérios definidos pelo Conselho Distrital de Saúde;

XV – elaborar e aprovar seu Regimento Interno em consonância com as normas emanadas do Conselho Municipal de Saúde. (RIO DE JANEIRO, 1993a).

6.3.2 Composição

Após a coleta de dados realizada durante as Conferências Distritais e a Conferência Municipal de Saúde, realizadas em 2003, assim como a confirmação desses dados na sede do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foi constatado que os conselhos têm uma ampla composição conforme pode ser visto no quadro a seguir¹⁰.

10 A composição desses conselhos precisa ser atualizada, pois houve dificuldade de coleta de dados com relação a algumas áreas.

Quadro 4. Composição dos Conselhos Distritais de Saúde do Município do Rio de Janeiro, 2001-2003

Áreas de planejamento	Usuários	Trabalhadores de saúde	Gestores	Total
1	41	20	17	78
2.1	32	14	18	64
2.2	36	18	18	72
3.1	50	25	25	100
3.2	32	16	16	64
3.3	38	19	19	76
4	28	14	14	56
5.1	30	15	15	60
5.2	37	14	17	68
5.3	36	18	18	72
Total	360	173	177	710

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ.

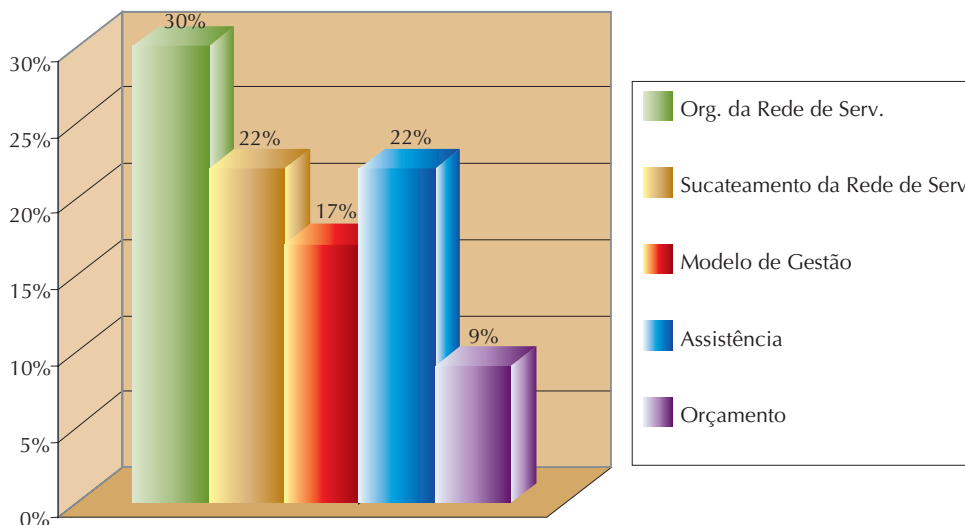
A partir da análise de sua composição, percebe-se que os Conselhos Distritais são em sua maioria paritários. Porém, os CODS precisam repensar sua dinâmica de funcionamento, tendo em vista o tamanho dos conselhos e a amplitude da pauta.

Participam dos conselhos representantes de todas as unidades de saúde da área programática, representantes dos usuários e trabalhadores de saúde.

Uma questão importante de ser ressaltada referente às áreas programáticas é que essas não representam a idéia original dos distritos sanitários do SUS, baseados em critérios populacionais e sanitários. Existem diferenças que apontam não só disparidades populacionais, mas também e, sobretudo, para diferenças no que tange à oferta de serviços nas áreas programáticas.

6.3.3 Principais Temáticas

Em relação às temáticas discutidas, os CODS sofrem, em nível micro, dos mesmos problemas que o Conselho Municipal de Saúde. Um problema crônico é a ausência quase que constante da autoridade municipal em nível local, o coordenador de área.

Gráfico 17. Principais Temáticas Discutidas nos CODS

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ, 1999.

Uma proposta que é oriunda das Conferências de Saúde e que ainda não se conseguiu transformar-se em lei é a criação dos conselhos gestores de unidade. Esses viriam no sentido de ampliar o controle social. O Município do Rio de Janeiro já teve algumas experiências nos Hospitais dos Servidores do Estado, de Bonsucesso e do Andaraí, mas não conseguiram ser regulamentadas. Houve um projeto de lei do vereador Paulo Pinheiro e aprovado na Câmara dos Vereadores, mas foi vetado na gestão do prefeito Luis Paulo Conde.

Os problemas de atendimento ao usuário seriam discutidos inicialmente nos conselhos gestores das unidades de saúde. Esses problemas, caso não tivessem solução, seriam encaminhados para o CODS. Em situações de problema estrutural e que o CODS não pudessem apresentar solução, a questão seria encaminhada para o Conselho Municipal. Dessa forma, as discussões seriam hierarquizadas por nível de competências.

6.4 AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A Conferência Municipal de Saúde no Rio de Janeiro realiza-se a cada dois anos, sempre precedida de conferências distritais e visa a reunir os três segmentos sociais – usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços – para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política municipal de saúde. Tem também a atribuição de escolher os representantes das entidades e instituições que integram o CMS-RJ.

O Conselho Municipal de Saúde realizou, até o momento, sete Conferências Municipais de Saúde (1991, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003), conforme quadro a seguir.

Quadro 5. Conferências de Saúde do Município do Rio de Janeiro

Conferência	Ano	Local	Tema
1. ^a	1991	Rio Centro	Municipalização da saúde
2. ^a	1993	UERJ	Necessidade de elaboração de um modelo assistencial para o RJ com controle social
3. ^a	1995	Instituto Bennett	Construção efetiva do SUS no município
4. ^a	1997	UERJ	Consolidação do SUS no Rio de Janeiro
5. ^a	1999	UERJ	Integração plena dos serviços de saúde do SUS
6. ^a	2001	Centro Esportivo Miécimo da Silva	Fazendo o SUS pra valer
7. ^a	2003	Colégio Militar	Fazer o SUS acontecer

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2003.

Um fato interessante que pode ser notado é que, das sete conferências realizadas no Município do Rio de Janeiro, as de 1995, 1997, 2001 e 2003 possuem temáticas muito próximas que é de fazer o SUS acontecer ou consolidar o SUS. Essas quatro conferências buscaram concretizar o SUS no município, mas, entretanto, até os dias atuais, não se conseguiu viabilizar essa proposta. As questões de saúde têm sido cronificadas e tomaram uma dimensão ímpar na atualidade.

6.5 EXISTÊNCIA DE OUTROS CONSELHOS DE POLÍTICA E DIREITOS

De acordo com o quadro a seguir, podemos visualizar que, dentre os 12 Conselhos de Políticas e Direitos, enumerados segundo o IBGE, o Município do Rio de Janeiro possui sete, a saber: Educação, Assistência Social, Direito da Criança e do Adolescente, Meio Ambiente, Desenvolvimento Econômico, Desenvolvimento Urbano, Transporte e mais o Conselho de Saúde, totalizando oito. Com relação à paridade, percebe-se que a maioria dos conselhos tem composição paritária, exceto os Conselhos de Meio Ambiente e o de Transporte. A paridade desses conselhos diferem-se, entretanto, do Conselho de Saúde, sendo a maioria composta por 50% da sociedade civil e 50% do estado.

Não existe no município os Conselhos de Orçamento, Emprego/Trabalho, Turismo, Cultura e Habitação, situação que deve ser avaliada, assim como, deve ser revista a importância da paridade e do poder deliberativo, já que dois conselhos existentes não têm paridade, o que prejudica de forma efetiva o controle social das políticas e dos investimentos sobre o Município do Rio de Janeiro.

Dentre esses, somente os Conselhos de Saúde, da Criança e Adolescente e de Assistência são deliberativos e paritários. Considera-se fundamental uma articulação entre esses conselhos para que se possa ter uma perspectiva mais ampla da política social e não fragmentada.

Quadro 6. Outros Conselhos Existentes no Rio de Janeiro

Outros conselhos de Política e de Direitos	Existência	Paridade
Educação	Sim	Sim
Assistência Social	Sim	Sim
Direito da Criança e do Adolescente	Sim	Sim
Emprego/Trabalho	Não	-
Turismo	Não	-
Cultura	Não	-
Habitação	Não	-
Meio Ambiente	Sim	Não
Transporte	Sim	Não
Desenvolvimento Urbano	Sim	Sim
Desenvolvimento Econômico	Sim	Sim
Orçamento	Não	-

Fonte: IBGE, Perfil dos Municípios Brasileiros – Gestão Pública 2001.

6.6 ALGUMAS REFLEXÕES E PROPOSIÇÕES

Pelo que foi exposto, pode-se afirmar que o controle social é uma realidade no Município do Rio de Janeiro. Essa conquista é garantida na Constituição de 1988 e foi fruto das lutas iniciadas com o processo de redemocratização do País. A ofensiva neoliberal, que marcou a última década do século passado e se materializou nas contra-reformas do Estado Brasileiro, também fragilizou esse mecanismo de gestão, avaliação e fiscalização das políticas de saúde.

A influência cultural advinda do neoliberalismo traz consigo valores, que se tornaram parte da vida da população, como o individual em detrimento do coletivo. Recuperar a idéia de uma luta conjunta, que se faz na coletividade, em busca de uma política de saúde universal, bem como travar essa luta nas ruas e no espaço dos conselhos, é tarefa fundamental para elevar a consciência sanitária. Outro desafio consiste em avançar para as lutas sociais, superando o corporativismo e as lutas fragmentadas. Nessa travessia, tem-se como meta consolidar a concepção do cidadão que tem direitos em contraposição à dicotomia cidadão cliente x cidadão consumidor que vai procurar no mercado a solução para os seus problemas de saúde.

Nessa perspectiva, urge a necessidade de organização e mobilização das classes subalternas, para que se construa uma contra-hegemonia e uma nova cultura na sociedade brasileira, na defesa do público e da democracia.

Os conselhos se constituem em espaços privilegiados nesse sentido, mas é preciso avançar ainda mais, superando seus limites e ampliando suas possibilidades. Ganhar a população que sofre nas filas dos hospitais, os cidadãos que sequer têm acesso à saúde e buscam unidade com os trabalhadores de saúde, que hoje agonizam com

a falta de condições de trabalho e com a precarização de seus direitos, são tarefas fundamentais.

Todos os mecanismos que apontem nessa direção devem ser utilizados com o Ministério Público, a imprensa em geral, mas também a construção de meios próprios de divulgação, como boletins dos conselhos, os jornais dos sindicatos e das associações de moradores.

Reviver as manifestações de rua continua sendo importante para a conquista e garantia de direitos sociais. Para isso, é fundamental que se estabeleçam laços profundos entre os representantes dos conselhos com as suas bases e os movimentos sociais organizados. A clareza de que os conselhos não substituem os movimentos sociais e as suas grandes manifestações é uma percepção a ser assumida pelos diversos sujeitos sociais.

Buscar um aprendizado teórico, em seminários, como os que têm sido realizados, que procurem articular o saber do movimento popular com as investigações elaboradas pelas universidades, acrescido pela contribuição dos gestores e do Legislativo é uma estratégia para elaboração de propostas conjuntas, que visem a garantir o princípio constitucional: saúde, direito de todos e dever do Estado.

Outras estratégias também são importantes para a construção do SUS, pautado no Projeto de Reforma Sanitária, a saber:

- afirmação do caráter deliberativo dos Conselhos e Conferências de Saúde;
- viabilização das propostas oriundas das Conferências de Saúde;
- institucionalização da participação dos conselhos nos mecanismos de pactuação bi e tripartite;
- garantia de tempo hábil para as discussões e deliberações dos conselhos, pondo fim à chantagem institucional;
- luta por formas de participação cada vez mais democráticas, repudiando a reprodução do arbítrio;
- realização de cursos de capacitação para uma maior politização dos conselheiros e trabalhadores em geral;
- viabilização de assessorias que facilitem o entendimento de questões técnicas e jurídicas;
- criação de um fórum de política social que articule os oito conselhos existentes no município, para que se possa ter uma visão geral da política social e elaboração de planos intersetoriais;
- criação de fóruns de Conselhos de Saúde, por região, para enfrentamento das questões regionais, como, por exemplo, o Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I, já em formação.

Enfim, todas as estratégias especificadas têm o mesmo norte: consolidar o controle social e fazer desse controle um instrumento para uma nova política de saúde, que altere a correlação de forças e seja o início de uma nova sociedade, mais democrática, justa, igualitária e fraterna.

7 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

7.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este texto visa a apresentar o perfil dos conselheiros de Saúde do Município do Rio de Janeiro a partir da análise das fichas de inscrição de conselheiros que participaram do *Curso Nacional de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde*¹¹. O curso de capacitação foi um programa nacional ocorrido de 2002 a 2004, sob a responsabilidade de um consórcio formado por instituições públicas de ensino: Fiocruz, UnB, Unicamp e UFMG.

O principal objetivo do Curso de Capacitação de Conselheiros foi o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do controle social, isto é, visou a fomentar a participação dos sujeitos envolvidos nos Conselhos de Saúde da sua região ou localidade, tanto no exercício do planejamento como na fiscalização da política de saúde. O curso buscou, ainda, orientar os conselheiros sobre suas competências e habilidades para o exercício de suas atribuições, objetivando fortalecer a atuação dos mesmos, como elemento fundamental na participação da sociedade no processo de implementação do SUS.

No Município do Rio de Janeiro, foram formadas inicialmente, em 2002, quatro turmas, capacitando um total de 127 conselheiros distritais e municipais¹². Esse quantitativo representa 17% do total de conselheiros do Município do Rio de Janeiro entre conselheiros municipais e distritais¹³. Os eixos adotados para análise dos dados foram organizados em três categorias: dados institucionais, dados pessoais e experiência em movimentos sociais, distribuídos de acordo com os três segmentos sociais (gestores e prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários).

A importância de conhecer o perfil dos conselheiros de Saúde reside em buscar elementos que apontem o potencial e as dificuldades refletidas na sua composição, na perspectiva de buscar caminhos para a consolidação e o avanço dos Conselhos de Saúde, mecanismos fundamentais na democratização da gestão, por meio do controle social, objetivando alcançar uma saúde de qualidade de acordo com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira.

¹¹ Este trabalho é um dos produtos do Projeto Políticas Públicas de Saúde, que tem como eixo de ação a gestão democrática e o controle social na área da Saúde e é coordenado pela professora Maria Inês Bravo. O mesmo articula ensino, pesquisa e extensão e é financiado pelo CNPq, FAPERJ, UERJ e o Ministério da Saúde.

¹² No Município do Rio de Janeiro, foram realizadas mais três turmas de capacitação no início de 2004, mas esse quantitativo não está incluído na amostra trabalhada neste texto.

¹³ O Município do Rio de Janeiro tem 710 conselheiros distritais e 34 conselheiros municipais, totalizando 744 conselheiros.

7.2 DADOS INSTITUCIONAIS DA AMOSTRA

De acordo com os dados a seguir, pode-se observar como foi a participação dos conselheiros de Saúde distribuídos pelos respectivos segmentos (usuário, profissional de saúde, gestor e prestador de serviços) no curso de capacitação, determinando, assim, a inserção, nos conselhos por segmento, da amostra com a qual a pesquisa foi realizada. Na tabela abaixo, verifica-se que o segmento dos usuários teve uma participação significativa em relação aos outros segmentos, o que demonstra uma maior mobilização desse segmento para ampliação dos seus conhecimentos sobre controle social, a fim de qualificar seu trabalho e intervenção junto aos Conselhos de Saúde. Dos 127 conselheiros capacitados no Município do Rio de Janeiro, 97 correspondem ao segmento dos usuários, 23 profissionais de saúde e sete gestores/prestadores de serviço.

Tabela 34. Conselheiros Distribuídos por Segmento

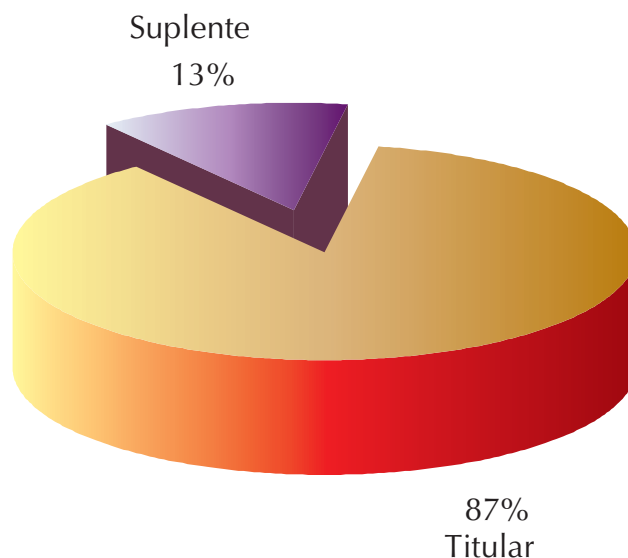
REPRESENTAÇÃO POR SEGMENTO	N.º ABSOLUTO	%
Usuários	97	76
Trabalhadores de saúde	23	18
Gestor/Prestador	7	6
TOTAL	127	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

Continuando a análise da participação dos conselheiros de acordo com o segmento que representa, pautando-se no princípio da paridade, os conselhos devem ser compostos por 50% de usuários e 50% de prestadores de serviços de saúde e trabalhadores de saúde. Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução n.º 33¹⁴, em que os 50% relativos aos prestadores de serviços de saúde e trabalhadores devem ser divididos entre 25% para os gestores e prestadores de serviço da saúde e 25% para os trabalhadores de saúde. Conforme visto na tabela acima, o segmento dos usuários capacitados teve uma participação de 76%, enquanto o segmento dos profissionais de saúde, que representa o segundo segmento de maior participação nos conselhos, apenas 18% participaram da capacitação, seguido pelos gestores e prestadores que tiveram apenas com 6%.

O gráfico a seguir demonstra que a maioria dos conselheiros que participou do curso de capacitação está na condição de titular (87%) e apenas 13% na condição de suplente. Esse é um fato positivo, já que a Proposta Nacional de Capacitação tinha como objetivo capacitar 50% dos conselheiros de Saúde de cada região do Brasil. A maioria que foi capacitada no Município do Rio de Janeiro (87%) está na condição de titular, ou seja, são os mais atuantes nos espaços do controle social.

¹⁴ Esta resolução foi substituída pela Resolução n.º 333, em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde.

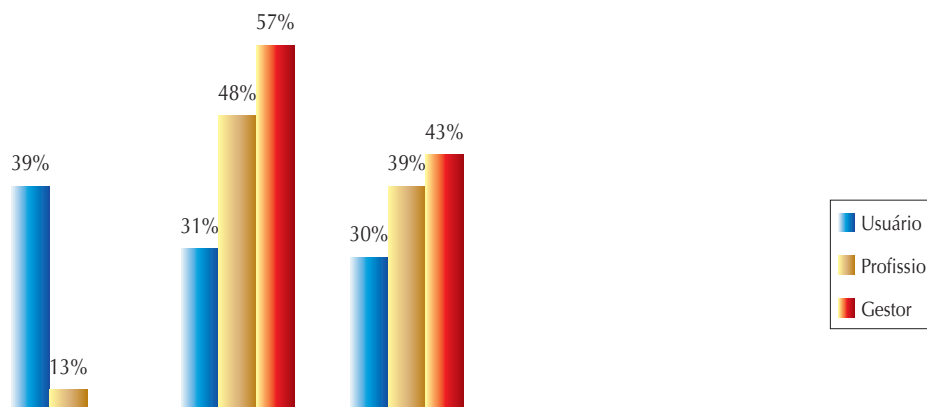
Gráfico 18. Conselheiros Distribuídos por Condição

Fonte: Projeto Políticas Públicas: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

7.3 DADOS PESSOAIS DOS CONSELHEIROS

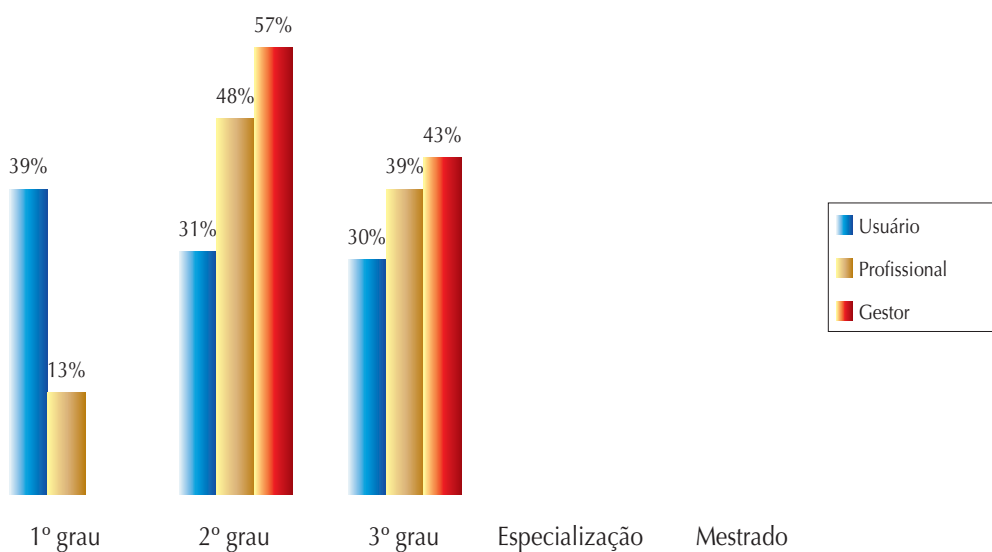
Neste item, serão analisados os eixos referentes aos dados pessoais dos conselheiros. Por meio dos dados a seguir, referentes à idade dos conselheiros, pode-se perceber que mais da metade possui idade superior a 50 anos, representando um total de 55%, sendo que 34% desse total concentram conselheiros de idade entre 51 e 60 anos. Também há uma grande participação de conselheiros com idade entre 41 e 50 anos. Esse é um dado importante, pois demonstra que a maior atuação nos Conselhos de Saúde é de pessoas que, provavelmente, participaram e viveram o movimento de Reforma Sanitária e todos os embates daquele período, que preconizavam uma política de saúde universal e de qualidade, verificando assim um compromisso dessas pessoas com o fortalecimento do controle social.

Outro fato que vem confirmar essa questão é a pouca participação de conselheiros com idade entre 20 e 40 anos, que somados chegam apenas a 14%. Uma hipótese levantada para esse fato é o momento conjuntural dos anos 90, com avanço do neoliberalismo, que, conseqüentemente, faz avançar a ideologia do individualismo e, associado a isso, o refluxo dos movimentos sociais. Esses fatos podem estar construindo uma nova geração sem perspectiva de participação social e ação coletiva para garantia de direitos sociais. Por outro lado, uma reflexão importante é a falta de preocupação dos sujeitos sociais envolvidos com a luta pela Reforma Sanitária com a formação de quadros, ou seja, a mobilização dos jovens para a luta pela saúde.

Gráfico 19. Conselheiros Distribuídos por Faixa Etária

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

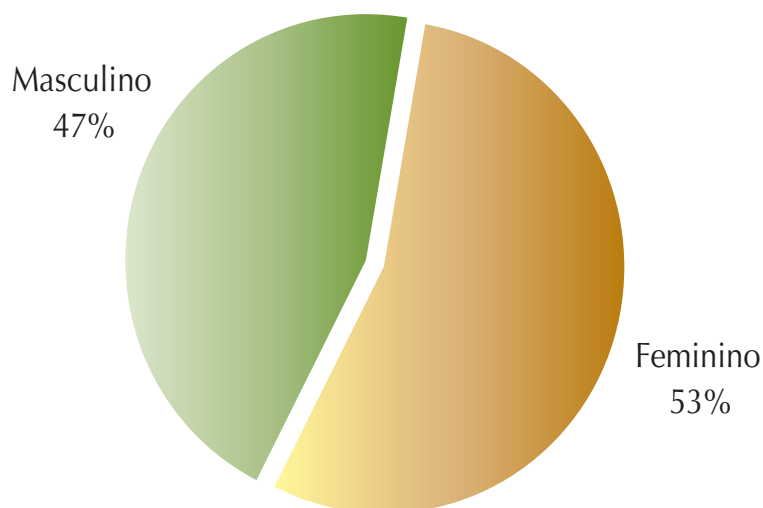
Na análise dos dados referentes à escolaridade (gráfico 20), percebe-se que não há um equilíbrio com relação à escolaridade entre os conselheiros de diferentes segmentos. No segmento dos usuários, a maioria possui apenas o Ensino Fundamental, com um total de 39%, seguido por um grupo significativo daqueles que têm o Ensino Médio e o Ensino Superior, respectivamente com 30% e 29%. Já o segmento dos trabalhadores possui um maior número de participantes com Ensino Médio (48%) e 13% com Ensino Fundamental. No segmento dos gestores e prestadores, não há participantes com Ensino Fundamental, verifica-se que 57% de participantes com Ensino Médio e 43% com Ensino Superior. Entretanto, nesse segmento, não foram identificados outros cursos como especialização e mestrado.

Gráfico 20. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

De acordo com o quadro a seguir, tem-se a distribuição dos conselheiros do Município do Rio de Janeiro de acordo com o sexo.

Gráfico 21. Conselheiros Distribuídos por Sexo



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

Pode-se afirmar, a partir do gráfico acima, que não há uma diferença significativa na participação de homens e mulheres nos conselhos. Essa paridade representa para as mulheres um avanço, dada toda a diferenciação e opressão de gênero ocorrida historicamente, que tem como conseqüência a pouca participação das mulheres na vida pública e nos espaços de representação política. Por outro lado, essa participação muitas vezes ocorreu na história em ações auxiliares aos homens. Em diversos estudos com relação à participação da mulher em movimentos populares, realizados nos anos 80, ressalta-se a presença da mesma como secretária, principalmente nas associações de moradores. A presidência era um cargo exercido majoritariamente por homens.

7.4 PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS SOCIAIS

O quadro a seguir vai identificar a experiência atual ou prévia dos conselheiros com movimentos sociais.

Quadro 7. Experiência dos Conselheiros em Movimentos Sociais

Experiência em movimentos sociais	Quantidade (n.º)	Porcentagem (%)
Com experiência	86	68
Sem experiência	41	32
Total	127	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

Apesar da maioria dos conselheiros ter experiência com movimentos sociais, o número de conselheiros sem qualquer experiência é significativo (32%). Esse dado é preocupante, pois pode-se refletir em maior dificuldade para a análise e articulação política, além da capacidade dos conselheiros de mobilização dos movimentos sociais. Assim, os conselhos podem apresentar dificuldades na ressonância dos seus debates e ações e na construção de alianças com o conjunto da sociedade, já que os espaços organizados não se refletem como poderiam nos conselhos.

O próximo quadro apresenta os tipos de movimentos sociais em que se inserem os conselheiros com experiência.

Quadro 8. Movimentos Sociais de Conselheiros com Experiência

Movimentos sociais	Conselheiros (n.º)	Porcentagem (%)
Movimento Popular	45	52
Movimento Popular + Partido Político + Sindicato	12	14
Movimento Sindical	08	9
Movimento Popular + Partido Político	06	7
Movimento Popular + Sindicato	06	7
Partido Político + Sindicato	03	4
Clube de Serviços	02	2
Outros (grêmio esportivo)	04	5
Total	86	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

Pode-se perceber que a maioria dos conselheiros está inserida em movimentos populares (52%). A participação em sindicatos e em partidos políticos não é tão significativa. Nesse item, também se pode observar a distorção dos conselheiros que apontam clubes de serviços e grêmios esportivos como movimentos sociais. Esses têm finalidade e caráter diferentes dos movimentos sociais organizados, que podem ser caracterizados pelo caráter de classe e objetivo na reivindicação de direitos e transformação da sociedade, sendo, portanto, sujeitos privilegiados para o exercício do controle social na perspectiva da Reforma Sanitária.

No próximo quadro, estarão identificadas as principais entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde nos conselhos.

Quadro 9. Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde

Entidades	Usuários	Porcentagem (%)	Profissionais	Porcentagem (%)
Associação de moradores	53	55	00	00
Unidades de saúde	00	00	11	48
ONGs	10	10	00	00

Entidades	Usuários	Porcentagem (%)	Profissionais	Porcentagem (%)
Sindicatos	4	4	4	17,33
Ass. de portadores de patologia	6	6	0	0
Conselhos Distritais	4	4	4	17,33
Associação de mulheres	3	3	0	0
Não especificado	17	18	4	17,33
TOTAL	97	100	23	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2004.

A maioria dos conselheiros representantes dos usuários é oriunda das associações de moradores. No segmento de trabalhadores, ainda é relativamente pequena a presença dos sindicatos, sendo, na sua grande maioria, representantes das unidades de saúde, o que mais uma vez reforça a insuficiente participação de representantes de movimentos sociais organizados, podendo implicar nos fatores já explicitados anteriormente neste trabalho.

7.5 ALGUMAS REFLEXÕES

O perfil dos conselheiros de saúde do Município do Rio de Janeiro possibilita algumas reflexões conforme foi demonstrado nos dados apresentados.

Com relação à faixa etária, constatou-se que mais da metade dos conselheiros, ou seja, 55% estão concentrados entre 51 e 70 anos. Se agruparmos a esses dados os conselheiros na faixa de 41 a 50 anos e acima de 70 anos, esse dado vai para 85%.

Por outro lado, o quantitativo de conselheiros na faixa de 21 a 40 anos é de 14%, o que se considera muito reduzido. A partir dessa evidência, considera-se importante mobilizar os jovens na luta pela saúde. Uma estratégia pode ser sensibilizar os estudantes universitários para essa participação, bem como suas entidades, por exemplo, os centros acadêmicos e executivas de curso da área da Saúde. Outras alternativas podem ser a mobilização dos profissionais de saúde recém-admitidos nas unidades de saúde e a criação de comissão de jovens nas associações de moradores.

Outro aspecto a ser considerado é a experiência em movimentos sociais. Identificou-se que 32% dos conselheiros nunca tiveram experiência em movimentos sociais. Esse dado é significativo, pois revela a falta de experiência política de um quantitativo relevante de conselheiros, o que pode acarretar dificuldade dos mesmos na análise do potencial político dos conselhos, bem como na capacidade política para viabilização das propostas. Entre os conselheiros que têm experiência em movimentos sociais, a maior inserção é em movimento popular (52%), com destaque para as associações de moradores.

Uma questão importante a ser ressaltada é a pouca participação dos conselheiros em movimento sindical. Esse dado se reflete tanto na representação dos usuários

como no segmento dos trabalhadores de saúde. Um quantitativo significativo dos profissionais de saúde representa as unidades de saúde nos Conselhos Distritais, conforme foi visto no quadro 9.

A partir dessas evidências, ressalta-se a pouca inserção de representantes dos sindicatos nos conselhos. Conforme já referido por Bravo (2001), esse fato pode estar relacionado com a “universalização excludente”, que tem retirado as camadas médias urbanas da prestação dos serviços públicos de saúde, em função das filas e precárias condições de atendimento, estimulando a filiação dessas camadas em planos privados de saúde.

8 MESA-REDONDA: “FAZER O SUS ACONTECER NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO”

8.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta mesa contou com a participação do subsecretário municipal de Saúde Dr. Mauro Marzocchi, Dra. Maria do Espírito Santo, representando o secretário estadual de Saúde (Dr. Gilson Cantarino), deputado Paulo Pinheiro, pela Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa, o vereador Edson Santos, pela Comissão de Saúde da Câmara Municipal do Rio de Janeiro e o Dr. Marcos Vinicius Quito, representando o Ministério da Saúde.

A conselheira Maria José Peixoto coordenou a mesa e colocou que foi um prazer para o Conselho Municipal de Saúde participar da organização desse seminário e que estavam interessados em ouvir os palestrantes, para a partir daí fortalecer o controle social.

8.2 A CONTRIBUIÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Segundo Dr. Mauro Marzocchi, subsecretário da Secretaria Municipal de Saúde, o seminário tem uma função importante por divulgar informações que são de suma importância para que se possa discutir a integração da gestão do SUS, na área metropolitana e para que a população veja algum resultado com as medidas que foram adotadas.

Acrescentou que, quando se fala de área metropolitana do Rio de Janeiro, temos que obrigatoriamente que incluir todos os municípios que efetivamente fazem parte da Região Metropolitana, sendo METRO I e METRO II.

O Município do Rio de Janeiro, por ter sido capital do Império, capital da República, Distrito Federal e Estado da Guanabara, concentra historicamente um grande número de equipamentos que eram inicialmente do governo central aqui na cidade, associado às sedes dos grandes institutos de previdência.

A cidade tinha um patrimônio de saúde federal enorme, por conta de toda a sua história e com os municípios ao redor com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), diferente do que ocorre em outras capitais. No processo de municipalização, em 1999, houve um compromisso da cidade de assumir quatro maternidades, 15 PAMS do antigo Inamps, oito hospitais e a Colônia Juliano Moreira, que representou para a cidade a administração das ações de média e alta complexidade, com grande sacrifício do ponto de vista financeiro. Isso fez com que os dois mil leitos

que estavam sob a administração do município, até 1999, fossem ampliados para 5.000 leitos. Rapidamente, isso fez com que os 300.000 m² de área construída de hospitais, postos de saúde, etc., passassem para 600.000 m² de área construída de patrimônios de até 50 anos atrás, com manutenção cara, fazendo com que houvesse um estrangulamento, do ponto de vista do financiamento da saúde do município.

Fez também um panorama do Estado do Rio de Janeiro. Na sua composição geopolítica de estado com uma grande área metropolitana, onde se concentram 11 milhões de habitantes, e outras áreas onde se concentram três milhões de habitantes. Na realidade, são 11 milhões de pessoas que estão circulando numa grande área metropolitana, fazendo com que a gestão da saúde tenha que fazer uma adequação do paradigma da municipalização, tal como ela é escrita pela Lei n.º 8.080.

Não é romper. Dentro da própria lei existem mecanismos que podem ser adequados à gestão dessa grande massa. Então, quando estou falando da gestão do SUS, estou me referindo a 11 milhões de pessoas, e não para 5,9 milhões de pessoas que moram na cidade. Não se pode fechar o Hospital da Lagoa para abrir um outro lá em Queimados, essas coisas já existem. Não dá para deixar de investir nisso para investir em Atenção Básica. Isso não traduz a realidade, porque tem que haver um compromisso de se manter a alta e média complexidade deteriorada pelo tempo, sucateada pelo tempo que, quando foi feita a municipalização, já estava com problemas estruturais e isso onera o orçamento da prefeitura. Por mais recursos que exista, há um problema sério com relação ao avanço na Atenção Básica que é o fator reorganizador do sistema (informação verbal)¹⁵.

Apesar da municipalização, têm-se as instituições federais, que são mantidas pelo governo federal. Como se pode ver, o SUS repassa para o município cerca de 700 milhões de reais por ano, o mesmo SUS repassa para as unidades federais existentes aqui, ainda mantidas pelo governo federal, quase 700 milhões de reais/ano. O estado também possui unidades dentro do município. Há, então, três esferas de responsabilidades na mesma unidade federada. É preciso cobrar do ente federal uma maior responsabilidade na reorganização metropolitana da saúde do Rio de Janeiro.

O Controle Social municipal não tem nenhuma ingerência sobre as unidades federais, sobre as unidades estaduais e sobre as unidades universitárias. Então, tratar da gestão metropolitana é fazer uma pactuação em que todos os prefeitos, todos os secretários de saúde, dos 22 municípios da Região Metropolitana, participem de um processo de gestão sob a intermediação do governo federal, e do governo estadual, e todos os governos municipais, definindo pólos de excelência.

Dr. Marzocchi exemplifica com o caso do Hospital de Nova Iguaçu, que precisa de investimento federal, assim como o Hospital Estadual de Campo Grande, pois são referências regionais, além de outros. Os grandes hospitais municipais são referência para todo o estado e, principalmente, para a Região Metropolitana. Segundo ele, esta é uma das dificuldades pela qual o município passa.

¹⁵ Informação fornecida pelo Dr. Marzocchi, no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I.

A crise de financiamento por que passa a gestão municipal se compreende pelo fato de que dos quase 100% dos recursos alocados pela prefeitura, que é a fonte dos recursos considerados do tesouro, mais de 100% desses recursos estão comprometidos com a folha de pagamento dos funcionários em torno dos recursos humanos.

Apesar disso, o Dr. Marzocchi aponta que o PSF está sendo alocado em comunidades com o mais baixo IDH, fazendo com que se retome com o Ministério da Saúde, nessa nova gestão, um financiamento mais amplo. O recurso que é passado pelo Ministério da Saúde não cobre o custo de cada equipe. Não está registrado no Poesf as 102 equipes implantadas, já cobrindo um percentual bem maior do que foi apresentado, chegando quase a 15% de cobertura do PSF.

Mencionou também Programa Remédio em Casa, que é um programa de medicamentos para hipertensos e diabéticos.

Para o Dr. Marzocchi, a participação social não pode se dar de forma fragmentada. Temos de ter o Conselho Estadual de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde de toda a Região Metropolitana, fazendo a discussão de como juntar todos os prefeitos, o governo federal e o estadual numa pactuação ampla para que todos tenham acesso aos serviços de saúde, e que haja um financiamento adequado a essa rede, que é a maior do mundo. Dentro dessa municipalização que está aí, a perspectiva é de haver uma deterioração da rede pública de saúde. Por mais que o município invista com recursos próprios, fonte do tesouro, já está ultrapassando 18%, sendo que a obrigação constitucional é de apenas 15%, mas está chegando no limite da exaustão.

8.3 COMISSÃO DE SAÚDE DA CÂMARA DOS VEREADORES

O vereador Edson Santos colocou, topicamente, que considera que há uma necessidade de entendimento na Região Metropolitana no sentido de se ter um órgão que cuide da gestão da saúde nessa região.

Não vou dizer que seja uma agência ou consórcio. Acho que isso será fruto de uma discussão política dos gestores dos municípios que compõem essa região, mas o fundamental é que haja um espaço de troca e de diálogo entre os diferentes gestores da Região Metropolitana. Eu concordo que a questão do controle social é fundamental. É uma das “pernas” do SUS, sem um aperfeiçoamento dele nós não avançaremos muito, no que se refere a fazer com que o sistema seja efetivamente universal (informação verbal)¹⁶.

Outra questão que deixou clara foi sobre o orçamento do município que já vem com algumas unidades como sendo unidades orçamentárias [grifo nosso], ou seja, já tem orçamento próprio. Então, a possibilidade de se ter conselhos de gestão nessas unidades hospitalares é algo fundamental, de se ter um controle social na gestão do sistema de saúde, até para que a coisa se dê de uma forma transparente.

¹⁶ Informação fornecida por Edson Santos, no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I.

Edson Santos apresentou alguns dados do orçamento de 2005. O repasse do governo federal no Piso da Atenção Básica é de R\$ 116.975.417, para a gestão plena do SUS é de R\$ 724.250.137, e isso perfaz um total de R\$ 841.225.550. Além disso, temos convênios da União com o Rio de Janeiro, como a construção da Maternidade Leila Diniz (R\$ 998.000), reforma do sistema elétrico do Hospital da Lagoa (R\$ 486.000) e reforma do Hospital do Andaraí (R\$ 304.000), tudo isso fruto de convênios, a reforma do serviço de terapia intensiva do Hospital de Ipanema (R\$ 20.000), desospitalização do idoso (R\$ 10.739.000), HumanizaSUS (R\$ 9.785.000) e a transferência do tesouro municipal para o Fundo Municipal de Saúde, que será da ordem de R\$ 856.432.000. Além disso, tem receitas do Fundo Municipal de Saúde, aplicações financeiras, que dão em torno de R\$ 10.000.000. Isso compõe um orçamento de R\$ 1.730.923.938 para o exercício de 2005.

Edson Santos considera que a verba é suficiente para garantir o mínimo de dignidade para aqueles que buscam o serviço de saúde dentro do município. O vereador encerra colocando que é preciso conversar e ver as ponderações que os conselheiros têm em relação ao orçamento que vai entrar em vigor em 2005. Edson Santos se colocou à disposição para conversar com os conselheiros sobre esse orçamento, inclusive como um aprendizado para o orçamento de 2006.

A conselheira Maria José Peixoto passou a palavra para a Dra. Maria do Espírito Santo, que estava representando o secretário estadual de Saúde.

A conselheira Maria José Peixoto questionou o vereador a respeito do orçamento, pois o mesmo não foi aprovado pelo Conselho Municipal.

8.4 SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

A Dra. Maria do Espírito Santo mencionou inicialmente que estavam presentes no seminário somente a população, alguns professores e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão Participativa. Disse que continuava trabalhando com as pessoas individualmente, ou seja, as pessoas são sempre as mesmas.

A minha questão é a seguinte: da mesma forma que nós trabalhamos para que o SUS possa acontecer, nós ainda estamos trabalhando num processo de construção deste controle social. Eu fico extremamente incomodada quando vejo alguns colegas pegarem o microfone numa plenária, e dizer que nada está acontecendo no SUS (informação verbal)¹⁷.

Ela menciona uma diminuição gritante da mortalidade neonatal do estado, onde multiplicaram-se os Comitês de Morte Materna, que estão buscando uma forma de trabalhar. O Plano de Cargos Carreira e Salário (PCCS) está elaborado – apesar de não ter nenhum conselheiro formal participando dessa comissão do PCCS – porém, ele não é realidade no estado. Existem coisas que estão se encaminhando: umas estão paradas e outras que não dependem do secretário estadual, mas de forças su-

¹⁷ Informação fornecida pela Dra. Maria do Espírito Santo, no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004.

periores. Frente a isso, ela coloca que é errado dizermos que não está acontecendo nada nesses 16 anos e considera que estão acontecendo coisas fundamentais. Os sete princípios do SUS estão cada qual sendo colocados em prática, dependendo do gestor e do profissional presentes e do nível de organização do nosso usuário.

Temos de refletir sobre a questão do orçamento. Ela coloca que os dados que o vereador Edson Santos apresentou deveriam ser disponibilizados para todos. Acrescenta que tem muito receio por essa cobrança de que nada está acontecendo, da mesma forma que se cobra que nos dois anos de Governo Lula nada aconteceu. Diz que não é PT, mas tem de respeitar “n” coisas que o Governo Lula está fazendo. Tem coisa muito séria acontecendo.

A Dra. Maria do Espírito Santo coloca que o PSF é um mecanismo para se colocar em prática a Atenção Básica que tem 25 anos, e nunca foi colocada em prática. Ela é tão importante para o nosso cotidiano de saúde que foi criado o PSF, um programa que está sendo montado para transformar essa Atenção Básica numa coisa real. Estamos trabalhando com alguns programas belíssimos que o governo federal está colocando, como o programa de humanização, que todos devem ter uma cópia e que não deveria ser criado, pois a humanização deveria estar no cotidiano.

Segundo ela, o HumanizaSUS é um programa belíssimo, encaminhado com muita força pelo Lula e pelo ministro, mas necessita-se de outras coisas. Essa humanização tem de ocorrer de forma que este profissional reconheça a quem está atendendo e que ele tenha uma visão ampla. Ela expõe para o Dr. Mauro que o controle social ainda não está dentro dos hospitais federais e estaduais, mas também não está dentro dos hospitais municipais. Tece elogio ao ex-diretor do Hospital Geral de Bonsucesso que criou o conselho gestor, no qual o CES participava das reuniões. Então, existem coisas que estão acontecendo em nível federal, estadual e municipal e outras que não estão acontecendo em nenhuma das três esferas. Aí, temos que ter conhecimento para poder cobrar.

A conselheira Maria José Peixoto passou a palavra para o deputado Paulo Pinheiro.

8.5 COMISSÃO DE SAÚDE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA

O deputado Paulo Pinheiro iniciou dizendo que achava o seminário importante, pois propiciava o debate que deveria ser feito todos os dias. Afirmou que tem uma prática, pois é médico, profissional de saúde e parlamentar por oito anos, e tem tentado manter uma coerência no seu discurso, pois não adianta fazer um discurso veemente e, na prática, ser diferente. Esse é um problema que enfrentamos e, é exatamente em torno desse que ele iria se ater.

Afirmou que diversas propostas que estavam sendo colocadas no seminário faziam parte de leis e projetos que ele apresentou como: a participação dos conselhos distritais no conselho municipal, e a proposta dos conselhos gestores de unidade de saúde.

O deputado lembrou que quando era vereador e a Dra. Lúcia Souto era deputada estadual, presidente da Comissão de Saúde, várias modificações do Executivo aconteceram por pressão, por projetos e por discussões feitas pela Dra. Lúcia Souto. Segundo ele, essa é a função do deputado e do vereador. Disse que estava cada vez mais receoso, por causa da história de que o “Poder Legislativo não vale nada, que deputado é tudo safado. É preciso que a população fiscalize, porque quanto mais todo mundo é safado, mais há roubo”.

Por isso, ele acha que o CMS deve ir à assembléia procurar a presidente da Comissão de Saúde para discutir o orçamento e sua desaprovação. Discutir, se não entender, o que a Secretaria Municipal de Saúde colocou no orçamento, deve-se presenciar a votação, “porque os vereadores vão votar, e depois de votado não tem jeito”. “Por que existe conselho? Para que existe Controle Social? É para entender, controlar, discutir, discordar ou aceitar”.

Concordou com o Dr. Mauro quando ele diz que temos que discutir a questão metropolitana, mas com algum cuidado, ou seja, os conselheiros têm de discutir e avaliar a questão do orçamento, não no dia da votação, e sim durante o ano todo. Apresentou dados do orçamento da saúde de 2004. Explica que foi votado em assembléia um orçamento de R\$ 2.120.000.000, que é o valor que a governadora tinha para gastar com saúde. Desse dinheiro, o ano inteiro, ela pegou R\$ 462.000.000 para botar no Programa Cheque Cidadão, na despoluição da Baía de Guanabara, com o pagamento dos médicos e profissionais da UERJ, esse dinheiro deveria estar no orçamento da UERJ. O governo cortou 50% do orçamento e pagou com o dinheiro do fundo de saúde os profissionais do Pedro Ernesto. E mais, paga os profissionais do Corpo de Bombeiros que são da Secretaria de Defesa Civil, e, ainda, coloca esse dinheiro para a Farmácia Popular, que é um programa de governo. Entretanto, o deputado afirma que este foi o orçamento aprovado.

Temos hospitais com muitos leitos desativados e faltando material. Mas é aí que a sociedade tem de pressionar. No Programa Farmácia Popular, o orçamento previu R\$ 3.000.000, foi gasto R\$ 78.000.000 e está pedindo para o ano que vem R\$ 128.000.000. Mais de 15% do que gastou nos hospitais com conserto e manutenção. Então, essa é a discussão do orçamento que precisa ser discutida, alocar recursos para a saúde e respeitar a Emenda Constitucional 29, que manda gastar “x” em saúde. Além disso, tem de rediscutir a questão dos doentes que vêm de fora do município. Não há dúvida que a Atenção Básica não é só PSF. A Atenção Básica do município vai muito mal, não há resolutividade na rede básica. Nos postos de saúde não há profissionais. A gente só vai modificar a rede quando isso acontecer de uma outra maneira. É preciso sim a participação dos conselheiros, é preciso que eles entendam que da mesma forma que deputado e vereador não foram feitos para indicar diretor de hospital, os conselheiros não foram feitos para bater carteirinha e levar seus pacientes para dentro do hospital.

A função do conselheiro não é esta, não é pedir apoio de deputado para contratar pessoas para serem maqueiros, não é a função do parlamentar. Isso, distingue a função dos parlamentares da saúde, como foi o caso da Lúcia Souto, como é o caso de outros parlamentares que militam na área da Saúde, que querem defender e discutir e estar presentes nas discussões de saúde, não para indicar. Nós não temos indicações para fazer. A indicação que eu mais gostaria de fazer é ver o conselho gestor em todas as unidades de saúde, inclusive nas nossas federais, que é importante porque também não vão bem (informação verbal)¹⁸.

Relatou que temos de rediscutir a questão da porta de entrada. A porta de entrada não é a rede básica. A porta de entrada tem sido erradamente a emergência. Temos de rediscutir esse quadro com investimento, mais uma lei, mais um projeto que o governo, se quiser, está lá pronto.

O deputado Paulo Pinheiro pediu que o Controle Social entenda a importância de sua função, que não desista, e que entenda que é preciso se capacitar. Afirmou que está sendo apresentado um projeto a pedido do conselho que cria um Núcleo Central de Capacitação de Conselheiros de Saúde no Rio de Janeiro.

Por isso, ele sugeriu a todos procurarem os deputados da Comissão de Saúde e a vereadora Rosa Fernandes, visto que é a presidente da Comissão e pode tirar todas as dúvidas para que possam votar.

A conselheira Maria José Peixoto passou a palavra para o Dr. Marcos Vinícius Quito, do Ministério da Saúde.

8.6 MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Dr. Marcos Vinícius Quito ressaltou que todos estavam tendo a oportunidade de ver, na mesma mesa, os membros do Poder Legislativo sendo cobrados. Disse que o nosso papel de controle social é cobrar mesmo. Tem de deixá-los numa situação difícil, para podermos fazer o papel que nos é dado mediante a Lei n.º 8.142.

Então, é muito difícil para quem está aqui do lado, e é engajado também sofrer essa pressão, mas a gente tem de fazer isso acontecer. Agora, é bom ver que tem gente do estado, que tem gente do município e que tem gente do governo federal. Acho que fica claro para todo mundo que o sistema de saúde não é mérito, tanto do benefício quanto da cobrança, de um elemento de gestão: todos são responsáveis. Nós, enquanto governo federal, temos a responsabilidade com os erros e com os acertos, na mesma medida que o estado e o município, frente a uma única questão (informação verbal)¹⁹.

A problemática encontrada aqui não é diferente de todo o resto do País. Não é diferente de todo o restante das capitais brasileiras, falando em termos de zona urbana. Não são diferentes os problemas que o PSF tem aqui, no âmbito da Região Metropolitana, de qualquer outro PSF. Agora, em momento algum, podemos colocar

¹⁸ Informação fornecida pelo deputado Paulo Pinheiro, no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004.

¹⁹ Informação fornecida pelo Dr. Marcos Vinícius Quito, no IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Reorganizando o SUS, no Rio de Janeiro, em dezembro de 2004.

que o problema é a estratégia: ela vem como proposta de solução, ela está dada. A questão é como fazê-la acontecer.

O orçamento está feito para que se possa fazer intervenção, acompanhar e discutir. O papel do Conselho Municipal de Saúde é aprovar ou reprovar. O conselho tem de sair para a Câmara Legislativa para dizer que está errado. Citou um exemplo para responder à pergunta a respeito de como eles vêem essa questão de não aprovar as contas do município. Em Brasília, isso aconteceu ano passado. O conselho não aprovou a proposta orçamentária da Secretaria de Saúde para o Distrito Federal. Eles mesmos já conseguiram negociar com os parlamentares, fizeram pressão na Câmara Legislativa e fizeram com que os R\$ 80.000.000,00 que estavam previstos para investimento em estrutura da Novacap, seriam mais ou menos para construção de outras coisas, e o conselho foi lá, conseguiu reverter o processo de aprovação da proposta orçamentária que tinha feito para o Distrito Federal, com os aliados da Câmara Legislativa.

Dr. Marcos Quito ressaltou que a construção do SUS está sendo feita. Para ele, esse sistema de saúde foi construído assim: as pessoas que lutaram pela Reforma Sanitária continuam lutando hoje, são pessoas que estavam presentes, são pessoas que “botaram a cara para bater” e continuam tendo cara, ainda, para fazer esse movimento todo. Esse movimento, a inserção dessas pessoas só dá resultado à medida que há a inserção de outras pessoas. Disse que não foi do movimento de Reforma Sanitária, mas que se considera como membro desse movimento.

Ele disse que as bandeiras que foram discutidas na escadaria do ginásio de Brasília, na época da VII Conferência Nacional de Saúde, continuam sendo discutidas, essas pessoas, se articulando, conseguem fazer com que esse sistema todo continue indo para o lado que eles pensaram naquela época. Então, a nossa tarefa é trazer mais gente para cá, quer dizer, trazer novas idéias. Todo mundo tem de ter clareza de que o processo de construção do SUS está sendo feito com um movimento igual a esse. Não vai ser feito com decisões em outras instâncias, mas com pressão dos movimentos que estão por de trás das conferências, de movimentos como o da metropolitana, que repercute numa mudança de modelo que a gente está esperando.

Para encerrar, mencionou que a equipe do Ministério está sempre disponível e tem o entendimento de que esses espaços são os que vão permitir dar uma cara nova a esse sistema. Reforçou a participação de quem mais interessa, o usuário, e não apenas de quem está fazendo a política organizacional do sistema, pois todo mundo tem de estar envolvido e interado nesse processo, para poder fazer com que ele seja, de fato, uma realidade e não uma utopia.

9 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE E PROPOSTAS PARA REORGANIZAÇÃO

DO SUS NO MUNICÍPIO

Os participantes do IV Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I: Reorganizando o SUS na Cidade do Rio de Janeiro apresentaram alguns problemas de saúde e estabeleceram propostas.

PRINCIPAIS PROBLEMAS

Com relação ao atendimento aos usuários:

- falta de acesso;
- atendimento precário: falta de referência e contra-referência;
- clientelismo;
- baixa cobertura do Programa Saúde da Família.

Com relação à rede de serviços:

- sucateamento da rede pública;
- precarização dos serviços;
- falta de medicamentos;
- falta de qualidade nos atendimentos;
- problemas com o pagamento aos prestadores de serviço (alimentação);
- equipamentos precários e obsoletos;
- problemas de comunicação;
- lógica do atendimento voltado para produção de consulta e internação.

Com relação aos recursos humanos:

- falta de política de recursos humanos;
- precárias condições de trabalho;
- precarização e terceirização dos recursos humanos.

Com relação ao financiamento:

- problemas de distribuição dos recursos;
- financiamento pouco efetivo.

Com relação ao controle Social:

- o poder público não valoriza os Conselhos de Saúde;
- As propostas das Conferências de Saúde não têm sido viabilizadas.

PRINCIPAIS PROPOSTAS

Com relação à rede de serviços e atendimento aos usuários:

- integrar ações da Baixada com o Município do Rio de Janeiro;

- gestão do Hospital de Acari, por meio de consórcio entre o Rio Janeiro e a Baixada;
- priorizar o equipamento dos hospitais com maquinários novos, em vez de construir novos hospitais;
- mudar a lógica do atendimento;
- pensar na formação de um Consórcio Público da Região Metropolitana I, com gestão colegiada;
- humanizar o atendimento;
- reorganizar o SUS na região, com ênfase na Atenção Básica, por meio da expansão da Saúde da Família com qualidade.
- cumprir em curto prazo as metas da fase 1 do Proesf na Região Metropolitana I. A Saúde da Família precisa ser uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, e não um programa de extensão de cobertura para as populações carentes. A reorganização da Atenção Básica tem como objetivo a reorganização do sistema, prevendo a articulação da Atenção Básica com os demais níveis de assistência: média e alta complexidade. A Saúde da Família precisa ter sua direção modificada na perspectiva de atingir a população, de forma geral, de acordo com os princípios da integralidade e universalidade do SUS;
- valorizar a porta de entrada do sistema por meio da Atenção Básica, a fim de evitar que a mesma seja a emergência.

Com relação aos recursos humanos:

- fórum de discussão sobre RH;
- definição de uma política de RH, comprometida com os direitos e necessidades de saúde da população;
- adoção da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), como regime emergencial para os funcionários, a fim de evitar a precarização;
- aprovação do Plano de Cargos, Carreira e Salário (PCCS);
- qualificação permanente dos recursos humanos;
- capacitação continuada dos agentes comunitários de saúde.

Com relação ao financiamento:

- necessidade de debate acerca da responsabilidade social e sanitária;
- transparência no orçamento;
- autonomia dos fundos municipais de saúde;
- aprovar, na Câmara Municipal, orçamentos para financiamento dos Conselhos de Saúde;
- efetivo financiamento às políticas de saúde;
- cumprimento da Emenda Constitucional 29 por todas as prefeituras da região.

Com relação aos conselhos e a participação social:

- consolidação do Fórum de Conselhos da Região Metropolitana I;
- capacitação dos conselheiros em políticas públicas;
- os conselhos devem traçar as diretrizes das políticas de saúde;
- cumprir as propostas votadas nas conferências e fóruns de saúde, com definição de prioridades;

- articulação e mobilização do Controle Social, para a resolução imediata dos problemas de referência e de contra-referência, aprovação do PCCS e implementação das demais deliberações das Conferências de Saúde;
- criação dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde.

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- elaborar o diagnóstico de saúde para definir prioridades, focando a prevenção e promoção da saúde e realizar oficinas para construção do Plano de Saúde da Região Metropolitana I;
- Viabilizar a Agenda Pública em Saúde – carta-compromisso, fruto dos três seminários realizados na Baixada Fluminense, em 2004.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18.055-18.059, 20 set. 1990a. Seção I.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 03 mar. 2005.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992. Brasília, 1992.

_____. Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 set. 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Anuário Estatístico de Saúde do Brasil*. Brasília, 2001a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 26 mar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa de incidência de câncer no Brasil 2005*. Brasília, 2005a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2005>>. Acesso em: 30 mar. 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*. Brasília, 2005b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/>>. Acesso em: 30 mar. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Cadernos Metropolitanos vol I: Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: participar para conhecer!* Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Cadernos Metropolitanos vol. II: II Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios*. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Cadernos Metropolitanos vol. III: III Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos*

Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Reorganizando o SUS na Região. Brasília, 2004c.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2001*. Brasília, 2001b. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2005.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais 2004*. Brasília, 2004d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 27 mar. 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza et al. *O controle social na saúde no município do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Uerj, Faculdade de Serviço Social, 1999. Mimeografado.

_____. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2001.

_____. *Os Conselhos de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Uerj, Faculdade de Serviço Social, 1998/1999. Mimeografado.

CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CIDE). *Anuário estatístico do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: SECPLAN, 2002.

CRUZEIRO, M. A. S. *Saúde, democracia e socialismo*. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2003. Mimeografado.

MENDES, E. V. et al. Território: conceitos chave. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

RIO DE JANEIRO (Município). Lei n.º 1.746 de 23 de julho de 1991. Rio de Janeiro, 1991.

_____. Lei n.º 2011, de 31 de agosto de 1993. Rio de Janeiro, 1993a.

_____. Lei n.º 2289, de 09 de janeiro de 1995. Rio de Janeiro, 1995.

_____. Lei n.º 2627, de 08 de junho de 1998. Rio de Janeiro, 1998.

_____. Prefeitura. Secretaria Municipal de Urbanismo. *Expansão e Consolidação da Saúde da Família*. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993. Rio de Janeiro, 1993b.

SANTOS, M. A. S. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa.

Cadernos Metropolitanos vol. III: III Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro: Reorganizando o SUS na Região. Brasília, 2004c.

QUINTAES, G. et al. *As condições de vida na Baixada Fluminense na década dos 80 e 90: Duque de Caxias; Nova Iguaçu; São João de Meriti. [S.l.]: IPEA, [2004?].* Acesso em: 21 abr. 2004. Powerpoint.

ANEXO A – Carta-Compromisso

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 a Universidade 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 esse 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 um 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;
 - aprovação dos orçamentos, nas Câmaras Municipais, para funcionamento dos Conselhos de Saúde da região.
 - cumprimento da Emenda Constitucional 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 a maior articulação da saúde com as políticas públicas da área social, tais como segurança alimentar e nutricional, saneamento básico, política ambiental, habitacional e outras, visando a melhorar a qualidade de vida na região.

O cumprimento dessa 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.

ANEXO B – PROJETO DE LEI DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA – VERSÃO PRELIMINAR – 23/2/2005

Ministério da Saúde – Grupo de Elaboração
do PL – Responsabilidade Sanitária

Versão de 23/2/2005

PROJETO DE LEI N.º

Dispõe sobre a responsabilidade sanitária dos
agentes públicos e a aplicação de penalida-
des administrativas.

Art. 1.º A direção do Sistema Único de Saúde é exercida, na União, pelo Ministro da Saúde, no Estado, no Distrito Federal e no Município pelos Secretários de Saúde ou autoridade equivalente, ressalvada a competência do Presidente da República, dos Governadores de Estado e do Distrito Federal e dos Prefeitos para a prática de atos específicos decorrentes do exercício da chefia do Poder Executivo.

Art. 2.º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, para receberem as transferências de recursos obrigatórias da União, e os Municípios, para receberem as transferências obrigatórias dos Estados, de forma regular e automática, na forma de leis específicas, para o financiamento e a execução de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde deverão possuir:

- Fundo de Saúde;
- Conselho de Saúde;
- Componente Estadual ou Municipal do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria, organizado na forma do artigo 11 desta lei;
- Plano de saúde, elaborado de acordo com as normas estabelecidas nos artigos 6.º e 7.º desta lei.

Art. 3.º Os recursos destinados ao financiamento e à execução de ações e serviços de saúde provenientes dos percentuais mínimos de receitas próprias dos entes federativos, das transferências regulares e automáticas de outros entes da Federação, das operações de crédito internas e externas vinculadas à saúde e de outras receitas destinadas à saúde serão depositados e movimentados pelos Fundos de Saúde de cada esfera de governo, devendo sua execução ser acompanhada e fiscalizada por meio de relatórios ao Conselho de Saúde respectivo, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle interno e externo de cada esfera de governo.

Art. 4.º As receitas transferidas pela União na modalidade fundo a fundo serão incorporados aos fundos de saúde da esfera de governo recebedora e estarão sujeitas à fiscalização dos órgãos de controle interno e externo da União, Estados e Municípios, que atuarão de forma integrada.

Art. 5.º Os recursos financeiros do SUS, depositados obrigatoriamente no fundo de saúde, serão discriminados como despesa de custeio e de investimentos do Ministério da Saúde e das secretarias de Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta, indireta e fundacional, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados à saúde.

§ 1.º A movimentação financeira dos fundos de saúde será feita em contas bancárias específicas.

§ 2.º Todos os pagamentos do fundo serão feitos por meio de ordens bancárias, depósitos em contas ou cheques nominais diretamente aos beneficiários, exceto:

a) os casos de despesas inferiores ao valor de um salário mínimo;

b) os pagamentos realizados por municípios que não dispuserem de uma agência bancária em seu território.

§ 3.º As contas bancárias para a movimentação de recursos não gozarão de nenhuma espécie de sigilo bancário, podendo qualquer pessoa requerer as informações relativas à movimentação dos recursos diretamente à agência bancária.

Art. 6.º Os Planos de Saúde, elaborados pela direção do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo, mediante critérios demográficos, sociais, epidemiológicos e de organização dos serviços, serão a base das atividades e programação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 1.º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações e serviços que não estejam previstos no Plano, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da Saúde, constituindo infração administrativa aplicação de recursos em atividades não previstas no Plano de Saúde e seus aditamentos.

§ 2.º Os Planos de Saúde do exercício subsequente e sua proposta orçamentária serão apresentados aos Conselhos de Saúde com a antecedência necessária para apreciação e inclusão na proposta da lei orçamentária, anualmente.

§ 3.º Os Planos de Saúde serão plurianuais e anuais e deverão conter indicação precisa das metas anuais a serem alcançadas, da forma da regionalização das ações e serviços de saúde e dos recursos financeiros, devendo a sua elaboração, no que couber, observar as regras e os prazos previstos para a confecção das propostas do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária e, no que for pertinente, compor aquelas propostas.

§ 4.º O descumprimento das metas pactuadas nos Planos de Saúde, além de sujeitar os gestores à aplicação de penalidades previstas no artigo 14 desta lei, poderá ensejar a suspensão dos repasses automáticos fundo a fundo.

§ 5.º Os planos de saúde poderão ser modificados ou aditados a qualquer tempo, desde que as mudanças sejam comunicadas ao conselho de saúde e sejam compatíveis com as leis orçamentárias.

Art. 7.º Os Planos de Saúde deverão prever a obtenção de resultados mínimos, de acordo com prioridades e metas estabelecidas periodicamente pelo Ministério da Saúde, ouvida a Comissão Intergestores Tripartite, em relação a pelo menos:

- I – mortalidade infantil e materna;
- II – mortalidade por doenças e agravos evitáveis;
- III – infecção hospitalar;
- IV – fornecimento de medicamentos;
- V – cobertura e resolutividade dos serviços de Atenção Básica à Saúde, inclusive das ações de Saúde da Família;
- VI – protocolos técnicos de condutas profissionais nas áreas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- VII – capacitação e formação de pessoal.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde, baseado em fatores epidemiológicos e ouvida a Comissão Intergestores Tripartite, poderá estabelecer parâmetros de resultados mínimos em relação a outros indicadores de saúde, na forma definida em regulamento.

Art. 8.º O relatório de gestão, instrumento de prestação de contas da execução dos Planos de Saúde, deverá conter, dentre outros elementos, obrigatoriamente:

- I – a demonstração de evolução do cumprimento do Plano de Saúde;
- II – o atendimento das metas pactuadas com as demais esferas de governo, no âmbito da Regionalização, principalmente aquelas que digam respeito a pacientes referenciados de uma mesma ou de outra esfera de governo;
- III – os segmentos da população atendidos;
- IV – a oferta e a execução de serviços na rede de Atenção à Saúde, própria e complementar, quanto à capacidade da oferta e quantidade de ações e serviços executados e quanto ao perfil de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- V – os indicadores de qualidade dos serviços e os resultados alcançados, de acordo com o previsto no Plano de Saúde;
- VI – os balanços financeiros, orçamentários, patrimoniais e demonstrativo de variações patrimoniais do fundo de saúde da esfera correspondente, elaborados na forma da Lei n.º 4.320/64;
- VII – as auditorias iniciadas e concluídas no período;
- VIII – o cumprimento de compromissos pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e Comissão Intergestores Bipartite, conforme o caso;
- IX – a forma de participação do ente político na regionalização, destacando direitos e deveres;

- X – a apuração das denúncias do cidadão feitas às ouvidorias de cada esfera de governo;
- XI – formas de valorização dos servidores públicos da saúde e de seu comprometimento com a população;
- XI – formas e graus de participação dos Conselhos de Saúde na formulação e avaliação de políticas e estratégias nos âmbitos de:
 - a) modelos de Atenção à Saúde;
 - b) modelos de gestão de saúde, incluindo os critérios e diretrizes para a alocação de recursos das três esferas de governo, para a avaliação tecnológica, para as formas de repasse, para as formas de remuneração dos serviços, para a regulação da oferta dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e para a autonomia gerencial das unidades de saúde.

Art. 9.º O relatório de gestão deverá ser elaborado pela direção do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo e apresentado ao Conselho de Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte à execução orçamentária, observadas as diretrizes e padrão definidos pelo Ministério da Saúde, e comporá a prestação de contas anual do ente federativo.

§ 1.º O Conselho de Saúde emitirá em 30 dias, a contar do recebimento do relatório de gestão, parecer sobre o cumprimento das metas estabelecidas no plano de saúde, o qual será publicado na imprensa oficial, divulgado em audiência pública nas Casas Legislativas e encaminhado ao Tribunal de Contas para subsidiar o julgamento das contas.

§ 2.º Anualmente o Município, o Estado e o Distrito Federal proverão os sistemas de informação do Ministério da Saúde com os dados do relatório de gestão e do plano de saúde, indicando a data da apreciação do relatório de gestão pelo Conselho de Saúde e sua publicação na imprensa oficial.

Art. 10. Os Conselhos de Saúde deverão ser organizados em conformidade com as diretrizes legais de âmbito nacional e as leis específicas de cada esfera de governo, e reunir-se-ão ao menos uma vez a cada mês, cabendo ao Ministério da Saúde, às Secretarias de Saúde ou aos órgãos equivalentes proverem as condições necessárias ao funcionamento do conselho da esfera de poder correspondente.

Art. 11. Fica instituído o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde, a quem compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 1.º A descentralização do Sistema far-se-á por meio da criação de órgãos estaduais e municipais de controle, avaliação e auditoria, para atuarem em suas respectivas esferas de governo.

§ 2.º Ao componente federal do Sistema Nacional de Controle, compete:

- I – Exercer as ações de controle, avaliação e auditoria dos recursos federais aplicados no Sistema Único de Saúde;

- II – Atuar subsidiariamente na apuração de denúncias de má aplicação dos recursos do SUS nos Estados e Municípios;
- III – estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de controle, avaliação e auditoria no âmbito do SUS;
- IV – promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS;
- V – promover, em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, com vistas à integração das ações de controle dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria com os órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo;
- VI – Subsidiar os processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria;
- VII – Instruir os processos para a aplicação das penalidades previstas em art. desta lei, no âmbito federal;
- VIII – Lavrar autos de infração das irregularidades previstas nesta lei.

§ 3.º O Poder Executivo regulamentará por decreto, a ser editado no prazo de 30 dias a contar da publicação desta lei, a estrutura organizacional do componente federal do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.

§ 4.º Ao componente estadual ou municipal do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria, compete:

- I – exercer as ações de controle, avaliação e auditoria dos recursos aplicados no Sistema Único de Saúde na esfera estadual ou municipal, conforme o caso;
- II – a apuração de denúncias de má aplicação dos recursos do SUS nos Estados e Municípios;
- III – promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS;
- IV – promover, em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades estaduais e municipais, com vistas à integração das ações de controle dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria com os órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo;
- V – Subsidiar os processos de ressarcimento ao Fundo Estadual ou Municipal de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria;
- VI – Lavrar autos de infração das irregularidades previstas nesta lei.

§ 5.º Compete ao componente estadual do sistema atuar subsidiariamente no exercício das ações de controle, avaliação e auditoria nos Municípios que não possuem componente municipal;

§ 6.º É obrigatória a constituição de componentes municipais do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria em Municípios acima de 50.000 habitantes.

§ 7.º O Distrito Federal, os Estados e os Municípios deverão estruturar os serviços de seus sistemas de auditoria, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde no prazo máximo de 180 dias, a contar da data de publicação desta lei.

§ 8.º No planejamento das ações de controle, deverão ser priorizadas os Estados e municípios que não atingirem as metas sanitárias pactuadas nos termos desta lei.

§ 9.º O cumprimento das metas previstas no plano de saúde pressupõe a correta aplicação dos recursos, desde que não tenha havido nenhum desvio de recursos do fundo de saúde para aplicação em áreas, ações ou serviços que não estejam no âmbito do Sistema Único de Saúde ou em atividades não previstas no Plano de Saúde.

Art. 12. Aos órgãos do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria, em sua esfera de atuação, é facultado o acesso a todos os documentos e informações necessárias ao bom cumprimento de suas atividades, podendo fixar prazos para o atendimento das solicitações de informação.

Art. 13. Os órgãos do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria são competentes para, no exercício das ações de fiscalização, lavrar autos de infração das irregularidades decorrentes desta lei.

Art. 14. Aos gestores de saúde e aos prestadores de serviço do SUS, pelo descumprimento dos dispositivos desta lei e da Legislação que rege o Sistema Único de Saúde, são aplicáveis as seguintes penalidades administrativas:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) declaração de inidoneidade para contratar ou conveniar com órgãos do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1.º A aplicação das penalidades previstas nesta lei será precedida da elaboração de regulamento que estabeleça um processo administrativo que assegure o contraditório, a ampla defesa e o direito ao recurso, na forma prevista na Lei n.º 9.784/99.

§ 2.º O regulamento deverá prever a observância dos seguintes prazos mínimos:

- a) cinco dias úteis para a apresentação de defesas;
- b) 45 dias para o recolhimento aos Fundos dos valores das multas ou do ressarcimento ao Erário;
- c) 15 dias para a apresentação de recursos.

Art. 15. As infrações administrativas serão apuradas em procedimento próprio pelos serviços do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria e encaminhadas ao Tribunal de Contas da esfera correspondente para aplicação da penalidade administrativa quando o infrator for agente público federal, estadual, distrital ou municipal.

§ 1.º Quando o ente jurídico apenado for entidade privada, com ou sem fins lucrativos, que participa do SUS de forma complementar, serão competentes para a aplicação das penalidades os órgãos do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria.

§ 2.º A atuação dos órgãos do Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria não ilide a competência das autoridades do sistema de vigilância sanitária de cada esfera de governo, devendo haver prévia articulação entre as autoridades sanitárias, a fim de impedir a duplicidade de ações administrativas.

Art. 16. Os valores das multas serão calculados de acordo com os seguintes parâmetros:

- I – No caso da inobservância pelo Estado, Distrito Federal ou Município do disposto nos arts. 1.º ao 6.º o valor da multa será de 0,1% a 3%, calculados sobre o valor das transferências da União para os Estados, Distrito Federal e Municípios e dos Estados para os seus municípios;
- II – No caso de inobservância por entes privados, o valor da multa será de até 1.000 salários mínimos, calculado de acordo com critérios estabelecidos em regulamento próprio pelo Ministério da Saúde.

Art. 17. A declaração de inidoneidade para contratar ou conveniar com órgão do Sistema Único de Saúde aplica-se, tão somente, aos entes privados com ou sem fins lucrativos em razão do descumprimento do disposto no art. 9.º, cabendo aos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria, Federal, Estadual, Distrital e Municipal, em procedimento administrativo próprio, propor a aplicação da penalidade ao secretário de Saúde ou ministro da Saúde, conforme o caso.

Art. 18. A autoridade sanitária competente para aplicação da penalidade poderá optar pela celebração de termo de ajuste de conduta quando a infração cometida não causar prejuízo direto para a saúde da população, devendo, nesses casos, dar ciência ao Conselho de Saúde, ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público para acompanhamento do cumprimento do acordo.

Art. 19. Constituem-se em atos de improbidade administrativa:

- I – Deixar de aplicar os percentuais mínimos de recursos para ações em saúde previstos na Emenda Constitucional 29;
- II – Deixar de elaborar ou de apresentar aos Conselhos de Saúde, o plano de saúde ou o relatório de gestão por dois anos consecutivos;
- III – Descumprir injustificadamente os termos de ajuste de conduta mencionados no artigo 18 desta lei;
- IV – Aplicar recursos vinculados à saúde em ações e serviços que não estejam previstos no plano de saúde, nem em seus aditamentos, ou em ações e serviços que não estejam no âmbito de atuação do SUS, ainda que relacionadas a fatores determinantes e condicionantes da saúde;
- V – Obstar, por qualquer meio, as ações dos serviços de auditoria, controle e avaliação ou deixar de estruturar esses serviços no prazo previsto nesta lei.

Art. 20. Responderá pela infração o agente público ou particular que por ação ou omissão lhe deu causa, concorreu para a sua prática ou dela se beneficiou.

Art. 21. Considera-se agente público, para os efeitos desta lei, todo aquele que exerce, ainda que transitoriamente ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. As responsabilidades sanitárias gerais, incluindo o financiamento e o fluxo de gastos, estendem-se da direção do SUS em cada esfera de governo aos respectivos dirigentes responsáveis pelas prioridades, cronograma e ordenação de despesas, pela alocação de pessoal e materiais e aos dirigentes de todos os distritos, unidades e serviços de saúde, até as equipes profissionais e trabalhadores de saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde poderá instituir incentivos para os Estados, Distrito Federal e Municípios, que alcançarem as metas previstas em seu plano de saúde e atenderem os demais requisitos previstos nesta lei.

Art. 23. A União deverá manter Comissão Intergestores Tripartite e os Estados, Comissões Intergestores Bipartite, compostas pelos dirigentes da saúde das esferas de governo, com a finalidade de discutir e decidir questões sobre a rede regionalizada e hierarquizada da saúde e seus aspectos econômico-financeiros, além de outros assuntos de organização, direção e gestão da saúde, em função da realização simultânea e articulada dos princípios da integralidade, equidade e universalidade.

Parágrafo único. As decisões das Comissões Intergestores serão publicadas na imprensa oficial.

Art. 24. Qualquer cidadão poderá e o conselheiro de saúde deverá informar aos serviços do sistema de auditoria, controle e avaliação do Sistema Único de Saúde e ao Tribunal de Contas da esfera de governo correspondente, o descumprimento desta lei, sob pena de responsabilidade dos conselheiros aqui definidos como agentes públicos que colaboram com o Poder Público, sem remuneração.

Art. 25. Independentemente das penalidades aplicáveis aos agentes públicos, na forma desta lei, no caso de inobservância do disposto no art. 6º pelos Municípios ou pelos Estados e pelo Distrito Federal a administração dos recursos provenientes das transferências obrigatórias para execução de ações e serviços de saúde será feita pelos Estados e pela União, respectivamente.

Art. 26 . Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

¹ Instituído pela Lei n.º 8.689, 27.7.93, art 6.º e 13.

ANEXO C – AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO COMITÊ DE GESTÃO NO RIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Assessoria de Comunicação Social/Divisão de Imprensa

Ações Desenvolvidas pelo Comitê de Gestão no Rio

7/4/05

O Comitê Executivo de Gestão dos hospitais requisitados no Município do Rio de Janeiro tem trabalhado em diversas frentes, na tentativa de ampliar o atendimento ambulatorial e emergencial à população.

A partir do dia 11 de março, houve reabertura de emergências, remanejamento e compra de insumos, de medicamentos e de *kits de exames*, em regime de urgência, assinatura de parcerias para a ampliação do atendimento, contratação de pessoal, acolhimento e humanização do atendimento, mutirão de cirurgias eletivas e reativação de leitos foram algumas das medidas tomadas nas primeiras semanas.

Contratação de Profissionais

O Ministério da Saúde publicou, nos jornais do Rio de Janeiro, editais para contratar funcionários temporários e, assim, repor as equipes de saúde dos hospitais requisitados e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu/192). Foram contratados cerca de 650 profissionais, a maioria para clínica médica e auxiliar e técnico de enfermagem.

Compras Emergenciais de Medicamentos

Foi realizada uma aquisição emergencial de 410 itens de medicamentos (cerca de 20 toneladas), no valor aproximado de R\$ 5 milhões, regularizando-os.

Além disso, as emergências dos hospitais Cardoso Fontes e Andaraí foram reabertas e acrescentados 294 leitos à rede de atendimento. Foram: 15 leitos no Hospital de Ipanema, 18 na enfermaria do Souza Aguiar, 20 no Hospital da Lagoa, 73 no Hospital Cardoso Fontes, 8 leitos na ortopedia no Hospital Clementino Fraga, 140 leitos de clínica médica e cirúrgica na Santa Casa e 20 nos hospitais das Forças Armadas (16 de clínica médica e 4 cirúrgicos).

Equipamentos foram alugados para as unidades. Até que a operacionalização do recebimento e instalação dos equipamentos definitivos. O Hospital Miguel Couto recebeu quatro respiradores, quatro monitores cardíacos, quatro oxímetros de pulso; no Hospital Souza Aguiar foram entregues cinco respiradores, quatro monitores cardíacos, quatro oxímetros de pulso; o Hospital Cardoso Fontes recebeu dois respiradores, dois monitores cardíacos, dois oxímetros de pulso e no Hospital do

Andaraí foram entregues dois respiradores, dois monitores cardíacos, dois oxímetros de pulso.

A fixação de meta de ampliação de atendimentos ambulatoriais é de 2,5 mil e 3 mil nos hospitais federais e requisitados. Foram contratados e encaminhados 650 aos hospitais requisitados.

Foram abertas 15 novas vagas para pacientes que precisam de hemodiálise e houve a organização dos tratamentos aos doentes renais crônicos e a organização dos tratamentos aos doentes renais crônicos da Baixada. Um mutirão de cirurgias ortopédicas de alta complexidade foi realizado no INTO, totalizando 46 procedimentos em um dia.

HOSPITAIS DE CAMPANHA DAS FORÇAS ARMADAS

Foram implantados o Hospital de Campanha da Aeronáutica, sede campestre, e o Hospital de Campanha da Marinha, no Campo de Santana, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), para a realização do mutirão de cirurgias de média complexidade e para a implantação da central de regulação (marcação de leitos e de consultas especializadas) para meados de abril. O Hospital da Aeronáutica, por exemplo, fez 5.140 atendimentos (em 3.941 pessoas), entre os dias 21 de março e 7 de abril.

Ações nos Hospitais Requisitados

Hospital da Lagoa

A administração já providenciou a abertura de mais 20 leitos, o conserto de equipamentos e da refrigeração e o suprimento de roupa. O suprimento de medicamentos e de material médico-hospitalar já foi providenciado. A obra para reforma do centro cirúrgico já está na fase de execução. Ainda em abril, serão reabertos três salas de centro cirúrgico e mais sete leitos de CTI adulto. A expectativa é reabrir, dentro de aproximadamente 15 dias, salas no centro cirúrgico e a CTI de adulto. Com a reabertura das cirurgias, a capacidade de ocupação será ampliada dos atuais 90 leitos (apenas pacientes clínicos) para cerca de 150 leitos. O hospital já está entrando em contato com os pacientes que aguardam cirurgia para refazer exames e marcar data para operação. O comitê de gestão já providenciou a adequação da refrigeração do hospital, o que também promoveu a ampliação de leitos na CTI infantil. Hoje, essa unidade funciona com quatro leitos a mais, antes era apenas um leito, devido à deficiência de refrigeração.

Hospital Souza Aguiar

Foram reativados 18 leitos da enfermaria e foi implantada a regulação interna, melhorando o fluxo de pacientes para o setor de internação. Assim, a média de internações diárias subiu de cinco pacientes/dia para entre 15 e 20 pacientes/dia. O hospital implantou equipe de acolhimento, das 8h às 20h, para identificar os casos mais graves, implantou a Ouvidoria, ao lado da emergência, que funciona das 8h às 16h

e implantou o Conselho Gestor de Administração do Souza Aguiar, com 25 membros, dentre eles representantes dos profissionais (sindicato dos médicos e assistentes sociais) e da comunidade (Conselho Distrital). A administração do hospital também está trazendo profissionais para completar as equipes desfalcadas de médicos, como as de nefrologia, clínica médica e anestesia, está equipando a sala de reanimação da emergência e a utilização do tomógrafo do hospital está sendo estabilizada, com os procedimentos para equilibrar a refrigeração e a umidade da sala. O hospital recebeu cinco respiradores (com quatro monitores cardíacos e quatro oxímetros de pulso) alugados pelo comitê gestor. O Souza Aguiar também deverá receber, nos próximos dias, cerca de 600 peças de rouparia para forrar os leitos. Também terão nas próximas semanas, as seis salas de raios-x em funcionamento. Hoje, apenas um aparelho atende ao público, mas dois equipamentos estão sendo comprados e outros três estão em manutenção.

Hospital Miguel Couto

O hospital consertou dez respiradores básicos na emergência e um respirador volumétrico da UTI. Também recebeu quatro respiradores volumétricos com quatro monitores e quatro oxímetros alugados pelo comitê gestor dos hospitais requisitados. O hospital já conseguiu completar as cinco equipes de cirurgiões plantonistas, que estavam desfalcadas. As equipes de pediatria, anestesia, radiologia e clínica, também estão sendo compostas à medida que novos profissionais estão sendo convocados. Com o funcionamento da central de regulação, o Miguel Couto está conseguido encaminhar cerca de cinco pacientes por dia para internação em outros hospitais. Essa medida contribui para a diminuir a lotação na emergência, abrindo novas vagas. O hospital também já deu início à manutenção do ar-condicionado e a brinquedoteca está sendo pintada.

Hospital Ipanema

O hospital abriu 12 novos leitos e regularizou o suprimento de almoxarifado e farmácia (medicamentos adquiridos de forma emergencial). Equipamentos parados estão sendo consertados. Novos médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas estão sendo encaminhados para completar as equipes médicas. O hospital também providencia o conserto de equipamentos e vai fazer a reestruturação do centro cirúrgico da unidade de pacientes externos.

Hospital Cardoso Fontes

O hospital aumentou o número de pacientes internados de 48 para 138 e tem, atualmente, 80% dos leitos ocupados. O setor de pronto atendimento resolutivo foi aberto e hoje faz, em média, 375 atendimentos/dia (de segunda a sexta-feira). Também houve abastecimento de medicamentos e material médico-hospitalar. Um elevador do ambulatório está funcionando e outros dois estão em manutenção. O Cardoso Fontes recebeu dois respiradores. Foram realizadas 28 tomografias, também com a ajuda de outras unidades. O hospital está recebendo novos profissionais para recompor sua equipe.

Hospital Andaraí

O hospital teve o setor de emergência reaberto e o abastecimento de medicamentos. O sistema de ar-condicionado da emergência está em manutenção. O hospital consertou respiradores (com monitores cardíacos e oxímetros de pulso), carrinhos de anestesia e macas cirúrgicas. O hospital reabriu a Engenharia Clínica (setor de manutenção de equipamentos) desativada há anos. Foram adquiridos materiais de consumo e consertados a centrífuga, o aspirador cirúrgico e aparelhos de pressão. Além disso, houve treinamento em humanização para os funcionários realizarem o acolhimento na unidade.

ANEXO D – TABELA CONTENDO SITUAÇÃO ENCONTRADA NOS HOSPITAIS E MUDANÇAS OCORRIDAS APÓS A REQUISIÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

	Situação encontrada	Situação atual	Perspectiva
Atenção hospitalar	Emergências de dois hospitais fechadas (Andaraí e Cardoso Fontes). CTI e Centro Cirúrgico do Hospital da Lagoa fechados há meses. Fechamento de salas de cirurgia, leitos de UTI e leitos de enfermaria em todos os hospitais.	Abertura das emergências do Andaraí e Cardoso Fontes. Abertura de leitos de CTI e sala de cirurgia do Hospital da Lagoa (uma semana). Abertura de leitos de retaguarda em todos os hospitais requisitados, mais Hospital Clementino Fraga Filho e Hospital Universitário Pedro Ernesto. Abertura de 160 leitos na Santa Casa. Abertura de leitos no Hospital Servidores do Estado.	Redefinição do perfil das unidades em conjunto com equipes da ENSP, HUCFF e HUPE (partido sanitário).
Medicamentos	Desabastecimentos em todos os seis hospitais de itens básicos até medicamentos de oncologia e antibióticos de última geração.	Levantamento das listas de medicamentos dos hospitais (diversos erros). Primeira compra emergencial para abastecimento imediato das seis unidadesZ segunda compra emergencial.	Pregão para cinco meses.
Materiais hospitalares	Desabastecimentos em todos os seis hospitais de materiais de consumo do dia-a-dia e também de materiais especializados para cirurgia ortopédica, oftalmológica, cirurgia vascular e outras.	Levantamento das listas de medicamentos dos hospitais (diversos erros). Primeira compra emergencial para abastecimento imediato das seis unidades⇒ segunda compra emergencial.	Pregão para cinco meses.
Equipamentos conservação	Péssimo estado de conservação. Equipamentos sem contrato de manutenção. 11 dos 14 respiradores de emergência do Hospital Miguel Couto quebrados. Hospital Souza Aguiar com apenas um aparelho de raio-x funcionando. Tomógrafo do Souza Aguiar com funcionamento irregular.	Equipes de engenharia clínica fazendo o diagnóstico e reparando aqueles com possibilidade de reparo imediato e solicitando compra de peças para conserto. Problemas graves de refrigeração no Hospital Miguel Couto e Souza Aguiar. Conserto dos refrigeradores do Miguel Couto. Aluguel de equipamentos (respiradores, monitores, etc.) para as emergências e CTIs.	Primeiro pregão para compra de equipamentos para CTI, centro cirúrgico, emergências, setor de imagem (raio-x, ultrassom e outros). Segundo pregão para compra de equipamentos para o novo perfil das unidades (especializados).

	Situação encontrada	Situação atual	Perspectiva
Equipamentos existentes	Falta de diversos equipamentos essenciais para UTI, centro cirúrgico e emergência. Falta de equipamentos de imagem como ultra-sonografia, eco-Doppler e outros.	Falta de equipamentos especializados para hemodinâmica, neurologia e até equipamentos básicos como ultrassonógrafos, aparelhos de raio-x, eletrocardiógrafo.	Primeiro pregão para a compra de equipamentos para CTI, centro cirúrgico, emergências, Setor de imagem (raio-x, ultra-som e outros). Segundo pregão para compra de equipamentos para o novo perfil das unidades (especializados).
Médicos, enfermeiros e auxiliar de enfermagem.	Falta de profissionais em plantões de emergência, como anestesistas, cirurgiões, clínicos, nefrologistas, enfermeiros, técnicos. de enfermagem, assistente social, dentre outros.	Contratação temporária de profissionais, por meio de transferência de cooperativados, utilização de banco de candidatos de concurso do estado, hospitais universitários e seleção pública de currículos (UERJ). Carência em algumas especialidades como clínicos, nefrologistas, dentre outros.	Preenchimento nos próximos 15 dias das vagas remanescentes. Nova contratação após definição de perfil das unidades.
Contratos (alimentação, vigilância, outros)	Maioria dos serviços continuados sem contrato com prestação precária "não recebo Z não executo". Fiscalização praticamente inexistente dos contratos "sem contrato, o quê fiscalizar?". Falta de manutenção preventiva ocasionando quebra de equipamentos.	Contratação emergencial dos serviços essenciais que não tinham contrato vigente. Levantamento dos preços praticados (grande dificuldade em função da inexistência de contratos).	Pregão centralizado dos serviços continuados, com lotes por unidade. Preço único em todas as unidades.
Atenção Ambulatorial/ Atenção básica	Dificuldade de acesso aos ambulatórios, pronto atendimento, com conseqüente procura de atendimento na porta das emergências, Z filas. Não funcionamento nos finais de semana. Ausência de Atenção Básica na cidade (PSF).	Hospitais de campanha (1.000 atendimentos/dia) Z diminuir a fila ambulatorial nas emergências.	Abertura de atendimento ambulatorial e pronto atendimento com posterior desativação dos hospitais de campanha.
Complexo regulador	Ausência quase que completo de regulação. Hospitais "não se falam". Nenhuma interação entre serviços. Desconhecimento de vagas existentes.	Implantação de uma regulação temporária envolvendo os hospitais requisitados, unidades federais, hospitais universitários e Santa Casa.	Implantação pela SES-RJ da central de Regulação (abril de 2005).
Samu -192	Inexistente. Sem regulação de urgência e emergência.	Regulação das ambulâncias que se encontravam com a prefeitura e envio das restantes que aguardavam implantação. Contratação de pessoal (médicos, enfermeiros, motoristas e outros). Compra de materiais, medicamentos e equipamentos. Implantação de bases. Obras para implantação da Central de Regulação.	Implantação progressiva nos próximos 15 dias nas áreas não cobertas pela SES-RJ.

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

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

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

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



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento)
SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, março de 2007
OS 0148/2007