Cadernos Metropolitanos

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Participativa

Seminário de Gestão Participativa

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

Participar para Conhecer!

1.ª edição
3.ª reimpressão

Série D. Reuniões e Conferências

Editora MS

Brasília – DF
2007

© 2004 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e 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 íntegra, na biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs
O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Metropolitanos

Tiragem: 1.ª edição – 3.ª reimpressão – 2007 – 150 exemplares

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

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

Equipe responsável pela 1.ª parte e considerações sobre o seminário:
Elisabete Pimenta Araújo Paz (EEAN/UFRJ)
Elson Fontes Cormack (FO/UFRJ)
Fabiana de Sousa Faria – Residente (Nesc/UFRJ)
Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (Nesc/UFRJ)
Marta H. de Pina Cabral – Residente (Nesc/UFRJ)
Marta Maria Antonieta de Souza Santos (INJC/UFRJ)
Rita de Cássia Perrelli (INJC/UFRJ)
Victoria Maria Brant Ribeiro (Nutes/UFRJ)

Equipe responsável pela 2.ª parte:
Universidade do Estado do Rio de Janeiro:
Adriana de Oliveira Gomes (Assistente Social)
Daniele Batista Brandt (Aluna Faculdade de Serviço Social)
Elisangela Lima Pereira (Assistente Social)
Jacqueline Aline Botelho (Aluna Faculdade de Serviço Social)
Letícia Ferreira Leite (Assistente Social)
Maria Inês Souza Bravo (Professora Faculdade de Serviço Social)
Maurílio Castro de Matos (Professor Faculdade de Serviço Social)
Rodrigo de Oliveira Ribeiro (Assistente Social)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa.
Seminário de Gestão Participativa: Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I: Estado do Rio de Janeiro: participar para conhecer! / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
52 p.: il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 85-334-0803-X

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

NLM WA 540

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0150

Títulos para indexação:
Em inglês: Metropolitan Notebooks. Participative Management Seminar: Municipal Health Councils Forum on the I Metropolitan Area – State of Rio de Janeiro. Participate to get to know it!
Em espanhol: Cuadernos Metropolitanos. Seminario de la Gestión Participativa. Fórum de Consejos Municipales de Salud del Área Metropolitana I – Estado de Rio de Janeiro. ¡Participar para Conocer!

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

Equipe editorial:
Normalização: Leninha Silvério
Revisão: Denise Carnib, Paulo Henrique de Castro
Capa, projeto gráfico e diagramação: Sérgio Ferreira

Sumário

LISTA DE GRÁFICOS 5

LISTA DE TABELAS. 5

LISTA DE QUADROS 6

APRESENTAÇÃO 7

CONSIDERAÇÕES INICIAIS. 9

INTRODUÇÃO 11

PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO. 13

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 20
SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE 21
RECURSOS HUMANOS. 23

MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE 23
MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA E ALOCAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS AO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 24
TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO 27

OS CONSELHOS DE SAÚDE NA BAIXADA FLUMINENSE 35
A IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE COMO MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL. 35
OS CONSELHOS DE SAÚDE NA REGIÃO 35
ANO DE FORMAÇÃO 36
ORGANIZAÇÃO INTERNA E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO. 36
COMPOSIÇÃO 37
CONFERÊNCIAS DE SAÚDE 39
EXISTÊNCIA DE OUTROS CONSELHOS DE POLÍTICAS E DIREITOS . 39
ALGUMAS REFLEXÕES 40

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SEMINÁRIO. 41

ANEXOS. 43
Anexo 1 45
Anexo 2A 46
Anexo 2B 47
Anexo 2C. 48
Anexo 2D. 49
Anexo 2E 50

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Área x População Residente
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense 11
Gráfico 2 Taxa de Mortalidade Infantil
Brasil, RJ, Baixada Fluminense – 2000 14
Gráfico 3 Mortalidade Infantil Neonatal e Pós-Neonatal
Brasil, RJ, Baixada Fluminense – 2003 15
Gráfico 4 Taxas de Mortalidade Materna
Brasil, RJ, Baixada Fluminense – 1997 16
Gráfico 5 Distribuição dos Óbitos Segundo Grandes Grupos de Causas e Sexo
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense – 2000 17
Gráfico 6 Mortalidade Específica por Homicídios entre Jovens de 15 a 24 Anos
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense – 1997 18
Gráfico 7 Taxa de Incidência de Tuberculose
Estado do RJ, Baixada Fluminense – 2000. 19
Gráfico 8 Distribuição dos Leitos Hospitalares
Municípios da Baixada Fluminense 22
Gráfico 9 Total de Leitos Hospitalares
Região Metropolitana I e Outras do Estado do RJ 22
Gráfico 10 Relação entre o SUS e a Função de Saúde – 2003
Municípios da Baixada Fluminense, RJ 28
Gráfico 11 Quórum para Deliberação das Reuniões dos Conselhos
Municipais de Saúde da Baixada Fluminense 37
Gráfico 12 Paridade. 38

Lista de Tabelas

Tabela 1 Ocupação por Atividade Econômica
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense 12
Tabela 2 Taxa de Natalidade
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense 13
Tabela 3 Municípios da Baixada Fluminense com Equipes de Saúde da Família,
Segundo o Modelo de Gestão. 21
Tabela 4 Síntese dos Recursos Federais Transferidos para os Municípios da
Região Metropolitana I (RJ) Fundo a Fundo, Ano 2003 28

Lista de Quadros

Quadro 1 Belford Roxo
1.1 Despesa por Projetos e Atividades no Setor Saúde 29
1.2 Despesas por Atividades no Setor Saúde. 29

Quadro 2 Duque de Caxias
2.1 Despesa por Projetos no Setor Saúde 30
2.2 Despesa por Atividades no Setor Saúde 30

Quadro 3 Japeri 31
Quadro 4 Mesquita. 32
Quadro 5 Nilópolis. 32
Quadro 6 Nova Iguaçu 33
Quadro 7 São João de Meriti 33
Quadro 8 Queimados. 34
Quadro 9 Ano de Formação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I – Baixada Fluminense 36
Quadro 10 Quórum para Deliberação e Periodicidade das Reuniões dos Conselhos Municipais da Região Metropolitana I – Baixada Fluminense. 37
Quadro 11 Composição dos Conselhos na Região Metropolitana I – Baixada Fluminense 38
Quadro 12 Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Metropolitana I – Baixada Fluminense 39
Quadro 13 Existência de outros Conselhos de Políticas e Direitos na Região Metropolitana I – Baixada Fluminense 40

APRESENTAÇÃO

A luta pelo direito à saúde, no Brasil, é o exemplo pioneiro de um movimento social que conseguiu congregar amplos setores da população para assegurar, na Constituição de 1988, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Esse movimento representou um marco na luta das políticas públicas no Brasil com a realização da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, que teve uma ampla participação popular, com cinco mil delegados.

O resultado dessa ampla mobilização popular foi o texto da Constituição Brasileira de 1988, que consagrou o direito de todos à saúde e foi o único da Constituinte apresentado por emenda popular, com mais de 100 mil assinaturas.

O Sistema Único de Saúde é fruto dessa luta e, passados 16 anos de sua implementação, novos desafios se colocam no sentido de revitalizar a participação popular, para que a qualidade e a dignidade da atenção à saúde possam entrar em outro momento, indo ao encontro das necessidades da população de forma singular e criativa, com a cara e o jeito de cada lugar.

O Brasil vive hoje um desafio de ampliar cada vez mais a participação de toda a sociedade na formulação e na aplicação das políticas públicas, que são, ao mesmo tempo, uma responsabilidade e um direito que devem ser compartilhados por todos.

O presente livro "Cadernos Metropolitanos", fruto do 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, que conta com o apoio do Ministério da Saúde – por meio da Secretaria de Gestão Participativa –, expressa um esforço conjunto do Fórum de Conselhos de Saúde da Região, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde da Região, das Universidades Federal e Estadual do Rio de Janeiro, e se propõe a ser um dos instrumentos para a construção de uma agenda comum que influa na qualidade de vida e da atenção à saúde da população.

Crescêncio Antunes da Silveira Neto
Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As informações deste caderno foram elaboradas a partir do Seminário de Gestão Participativa promovido pelo Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I. Esse Seminário, que foi realizado no dia 30 de abril de 2004, em Belford Roxo, RJ, contou com aproximadamente 200 participantes, a maior parte conselheiros de saúde dos municípios da Baixada Fluminense.

Este caderno, portanto, tem o objetivo de ajudar aos conselheiros municipais de saúde e a todas as pessoas que utilizam o SUS a conhecer um pouco mais as condições de saúde, a oferta de serviços e a situação dos conselhos de saúde na região. Ele pretende mostrar um determinado momento dessa realidade. **É importante lembrar que essa realidade pode mudar. Isso depende não apenas do governo, mas também da participação social nas decisões e acompanhamento das ações de saúde.**

Dessa maneira, espera-se que as informações aqui apresentadas sejam importantes para a atuação dos conselheiros de saúde e, acima de tudo, para qualquer cidadão!

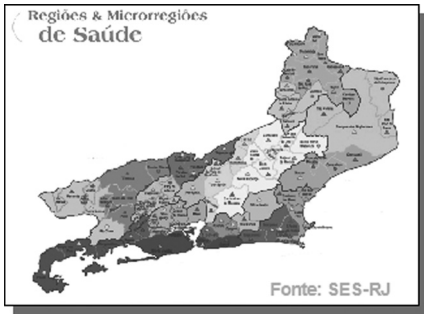
Este caderno está dividido em duas partes: a primeira contém o **Panorama Sanitário, a Oferta de Serviços de Saúde e os Mecanismos de Financiamento da Saúde na Baixada Fluminse, na segunda, são apresentados dados relativos aos Conselhos da Saúde da Região, ressaltando a importância da Participação Social.** Finaliza com alguns comentários sobre o **Seminário e as Percepções de Conselheiros sobre a Atuação dos Conselhos Municipais**.

Um dos propósitos do seminário e do fórum de conselhos municipais é a formulação de uma agenda comum dos conselhos municipais de saúde da região, capaz de mobilizar a população e os conselheiros, aprofundando as estratégias de gestão participativa na saúde na Região Metropolitana I, do Estado do Rio de Janeiro.

Conhecer é importante para participar, mas participar também é fundamental para conhecer! E o conhecimento que surge da participação é muito importante, pois significa **experiência**. Possibilita não apenas conhecer a realidade, mas transformar também a nós mesmos! Em síntese, busca-se **Ouvir - Aprender - Comunicar - Participar**.

INTRODUÇÃO

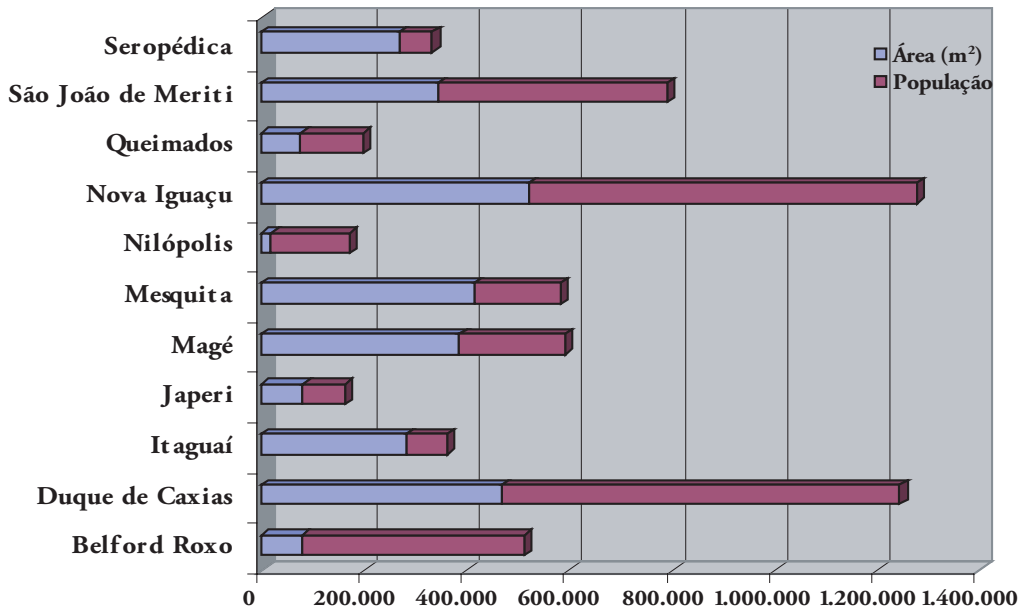
Segundo o Censo 2000 do IBGE, o Brasil apresenta um território de 8.514.876,599 km², com uma população de 169.872.856 pessoas. É composto por 27 estados distribuídos por cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. O Estado do Rio de Janeiro encontra-se na Região Sudeste. Seu território é de 43.696,054 km² e sua população, 14.367.082 pessoas (IBGE, 2000). Apresenta 92 municípios divididos em oito regiões geográficas.



A Região Metropolitana I é formada pela Baixada Fluminense e pelo Município do Rio de Janeiro. A Baixada Fluminense é composta por 11 municípios, representa 13% do território do estado e 24% da sua população (3.403.199). Isso quer dizer que a Baixada Fluminense está dentro da região mais populosa do estado, ou seja, da região que concentra maior número de habitantes por área. Integram a Baixada os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Magé, Queimados, Seropédica e São João de Meriti.

O gráfico 1 relaciona a área *versus* a população residente de cada um dos municípios da região, demonstrando a maior concentração demográfica de municípios como Nilópolis e Belford Roxo, que contrasta com a menor ocupação verificada nos municípios de Seropédica, Mesquita, Magé e Itaguaí.

Gráfico 1. Área x População Residente
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense



Na tabela 1, pode-se observar os setores que mais geram oportunidades de emprego na região em cada município, que são a produção de serviços, o comércio e a indústria de transformação (metalúrgica, química, mecânica, cosméticos, alimentos).

Tabela 1. Ocupação por Atividade Econômica
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense

	Setores de atividade econômica								
	Extrativismo mineral	Indústria de transformação	Construção civil	Comércio	Serviços	Administração pública	Agropecuária	SIUP (1)	Outras (2)
Estado	11.763	300.796	102.092	482.415	1.213.975	543.073	23.508	40.290	226
Belford Roxo	-	1.930	407	8.049	5.359	55	25	16	-
D. de Caxias	129	17.421	4.616	18.590	32.568	8.648	35	1.549	76
Itaguaí	296	1.093	504	2.388	6.582	85	209	51	-
Japeri	36	93	31	457	230	752	7	-	-
Magé	217	2.035	608	3.490	4.210	1.738	92	60	-
Nilópolis	1	746	573	3.320	5.678	3.260	-	7	-
Nova Iguaçu	319	10.693	2.252	18.925	27.339	5.941	64	441	-
Queimados	26	2.129	195	1.289	1.716	2.002	2	6	-
S. João de Meriti	92	3.630	519	9.185	15.623	206	-	80	-
Seropédica	159	460	354	425	982	2.586	147	-	-
Total	1.275	40.230	10.059	66.118	100.287	25.273	581	2.210	76

Fonte: CIDE, 2002 (1) Serviços industriais de utilidade pública (2) Inclui também os ignorados

Ressalte-se também o impacto que o setor de serviços vem alcançando nas principais economias da região, nos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, onde os setores de indústria de transformação e comércio, somados, já empregam praticamente o mesmo contingente populacional que os serviços.

Destaca-se ainda na tabela anterior o número de trabalhadores alocados na administração pública em Japeri, o maior dentre todos os outros segmentos nesse município, indicando uma possível dependência da economia municipal em relação ao poder público.

É importante registrar que o Município do Rio de Janeiro emprega uma parcela significativa da população da Baixada, pela grande proximidade e pelo enorme potencial econômico. O próprio perfil histórico da região, cujo crescimento por muitos anos se deu a partir das necessidades da cidade do Rio de Janeiro, antiga capital do País, resultou na denominação "cidades-dormitório" para vários municípios da Baixada Fluminense, refletindo a forte atração do mercado empregador do Município do Rio de Janeiro.

O processo de descentralização das políticas públicas, inclusive da saúde, observado a partir da Constituição de 1988, refletiu a força dos movimentos populares e municipalistas na Assembléia Constituinte brasileira. Conseqüentemente, fortaleceu as prefeituras municipais e ditou um novo ritmo econômico de crescimento para os municípios da Baixada, com impacto positivo para as economias locais.

PERFIL DE SAÚDE DA REGIÃO

Uma forma de conhecer a situação de saúde de uma população é saber quais são as doenças mais comuns e quais são as causas de morte das pessoas.

Em primeiro lugar, é importante conhecer a natalidade, isto é, quantos bebês nascem a cada ano. Essa informação é dada mostrando-se o número de crianças nascidas vivas para cada 1.000 habitantes. A tabela 2 demonstra que em todos os municípios da Baixada houve uma diminuição de nascimentos ao longo dos anos 90. Isso nos mostra que a população está crescendo em ritmo mais lento.

Tabela 2. Taxa de Natalidade
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense

	Taxa bruta de natalidade (por 1.000 habitantes)								
	Ano								
Municípios	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Belford Roxo	-	-	-	20,6	21,7	19,1	19,5	19,2	22,0
D. de Caxias	24,0	23,4	22,9	22,7	22,9	22,7	22,5	22,3	21,8
Itaguaí	21,4	20,9	21,9	21,7	21,9	21,6	21,1	29,0	24,1
Japeri	-	-	-	28,3	28,4	27,5	25,2	24,2	22,7
Magé	21,4	23,5	25,0	25,5	24,5	23,9	22,9	22,5	21,3
Mesquita	S/ inf.	S/ inf.	S/ inf.	S/ inf.	S/ inf.	S/ inf.	S/ inf.	S/ inf.	S/ inf.
Nilópolis	21,5	20,6	21,7	22,6	22,8	22,6	21,7	20,0	18,8
Nova Iguaçu	20,0	19,5	20,7	21,8	23,0	21,3	19,8	19,0	19,0
Queimados	-	-	-	27,8	25,9	24,5	21,3	19,7	17,2
S. J. de Meriti	23,7	24,7	24,4	23,8	22,1	22,3	22,0	20,8	20,0
Seropédica	-	-	-	-	-	-	-	10,3	14,7

Fonte: CIDE, 2002

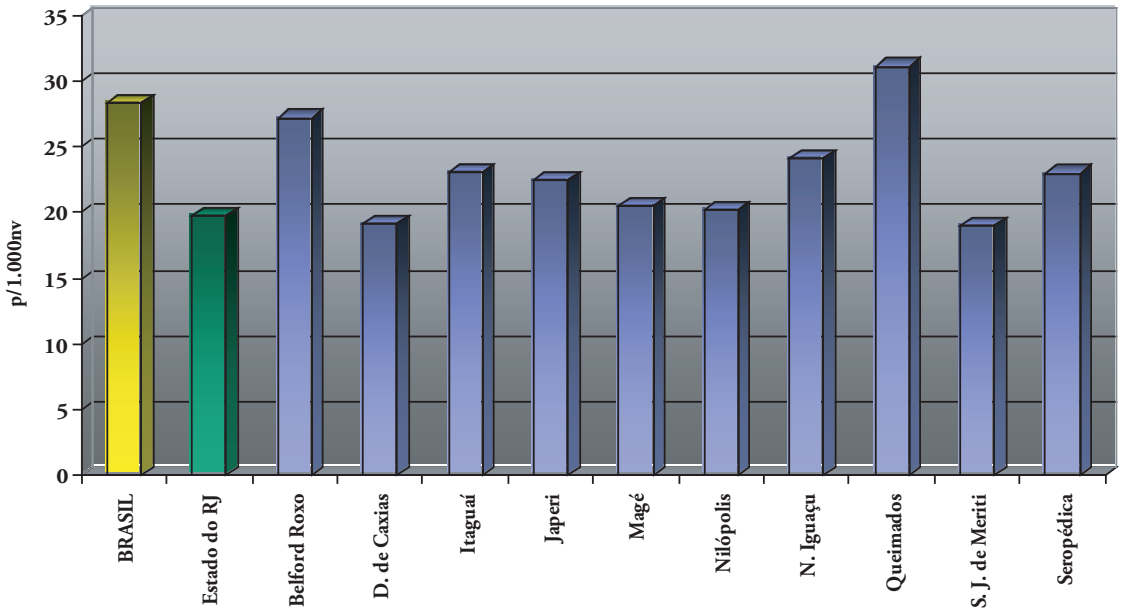
Em seguida, é preciso entender a mortalidade, isto é, do que as pessoas morrem. De forma geral, a mortalidade tem diminuído, mas também é necessário saber as causas de morte em certos grupos da população.

Há algumas décadas, as crianças de até 1 ano de idade morriam, em grande parte, devido a doenças relacionadas às condições ambientais em que viviam, particularmente por questões de natureza nutricional (desnutrição) e por doenças infecciosas (diarréias, pneumonias e doenças evitáveis por meio de vacinação).

Com a melhoria das condições da rede de água e esgoto, do desenvolvimento de programas de prevenção e controle de doenças, como a vacinação e o soro caseiro, foi possível diminuir a mortalidade infantil.

Atualmente, os municípios da Baixada Fluminense apresentam números relacionados à mortalidade infantil considerados intermediários e que têm diminuído ao longo dos anos, mostrando uma melhoria na situação de saúde e na condição social da população, como se demonstra no gráfico 2.

Gráfico 2. Taxa de Mortalidade Infantil
Brasil, RJ, Baixada Fluminense – 2000



Fonte: DATASUS — SIM/SINASC — SES/RJ, 2000

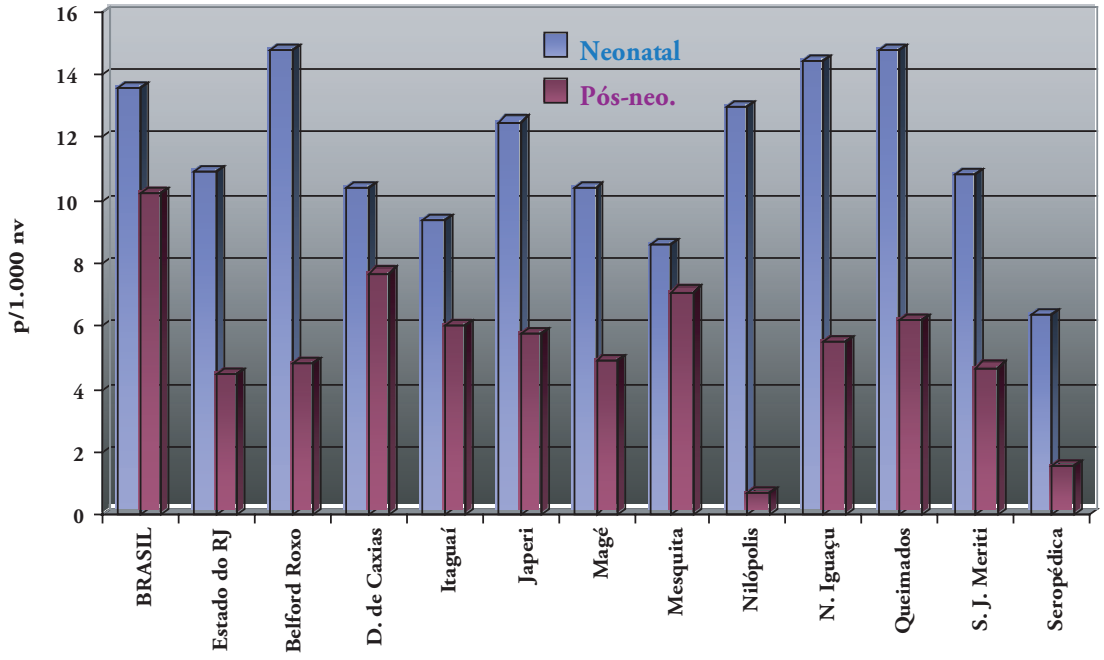
Quando se analisa separadamente os municípios, percebe-se que Queimados apresenta o maior índice de mortalidade infantil da região, acima da média do Brasil. Em seguida, aparece Belford Roxo, com uma taxa muito próxima à do País. Por outro lado, Duque de Caxias e São João de Meriti apresentam as menores taxas de mortes em menores de 1ano, um pouco abaixo do índice encontrado no estado.

De um modo geral, todos os outros municípios da Baixada Fluminense apresentam taxas de mortalidade infantil superiores à média estadual. Esse dado expressa as condições sociais de vida na região. O Município de Mesquita não aparece no gráfico por ter sido criado em 2001.

Quando se fala de mortalidade infantil, não se pode deixar de comentar sobre as mortes que ocorrem de 0 a 27 dias, chamadas neonatais, que se dividem em neonatal precoce e tardia. A importância dessa separação está no entendimento de suas causas, que orienta a busca de soluções. A mortalidade neonatal precoce é a morte de crianças que ocorre até 6 dias após o parto. Essas crianças, em geral, possuem doenças congênitas, cujo tratamento é muito difícil e caro. Na maioria das vezes, não é possível ou é muito difícil impedir essas mortes. Entretanto, as mortes de crianças que ocorrem após os primeiros 6 dias e até 27 dias após o parto, conhecidas como neonatais tardias, em geral têm como causas situações que poderiam ser evitadas com uma boa orientação e assistência no pré-natal, no parto e no puerpério. Prematuridade e infecções pós-parto são exemplos de situações preveníveis pela adequada assistência à gravidez e ao parto.

O gráfico 3 demonstra a relação de óbitos neonatais e pós-neonatais nos municípios da Baixada Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil. Em todos predominam as mortes infantis neonatais. Essa informação é relevante, pois aponta para a importância em se investir no cuidado ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Gráfico 3. Mortalidade Infantil Neonatal e Pós-Neonatal
Brasil, RJ, Baixada Fluminense – 2003



Fonte: DATASUS — SIM/SINASC — SES/RJ, 2003

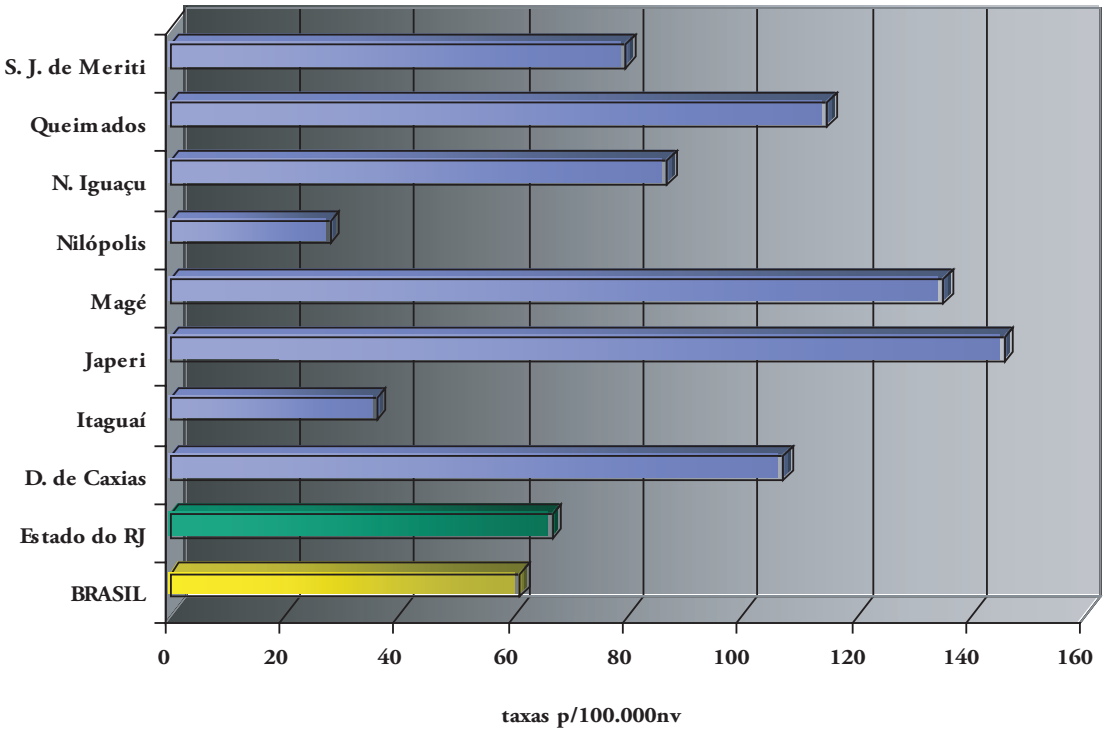
A gestação e o nascimento são momentos de celebração da vida. Com raras exceções (como as malformações, as doenças congênitas e hereditárias no caso dos óbitos infantis), a morte de uma mãe ou de uma criança durante a gestação, no instante do parto ou no período logo após o parto (puerpério) é um acontecimento inesperado. Muitas mortes que ocorrem nessas ocasiões poderiam ser evitadas com uma boa assistência no pré-natal, no parto e no puerpério.

Chama-se 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. Se uma mulher contrai uma infecção na maternidade em que se internou, para dar à luz, e meses depois morre pela infecção, esse óbito se caracteriza como uma morte materna. A maioria dessas mortes é evitável e reflete deficiências na qualidade da atenção à saúde, não apenas da gestante ou da mulher, mas de todo o sistema de saúde.

De fato, acompanhar o índice de mortalidade materna é um excelente indicador para se avaliar a qualidade dos serviços de atenção à 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.

O gráfico 4 apresenta os dados relativos às taxas de mortalidade materna nos municípios da Baixada Fluminense, no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil no ano de 1997. Os municípios de Mesquita e Seropédica, ausentes do gráfico, foram criados posteriormente. Esse gráfico evidencia os alarmantes índices encontrados na maioria dos municípios da região e justifica que esse seja um tema prioritário na agenda dos Conselhos Municipais de Saúde da área.

Gráfico 4. Taxas de Mortalidade Materna
Brasil, RJ, Baixada Fluminense – 1997



Fonte: DATASUS — SIM/SINASC — SES/RJ,

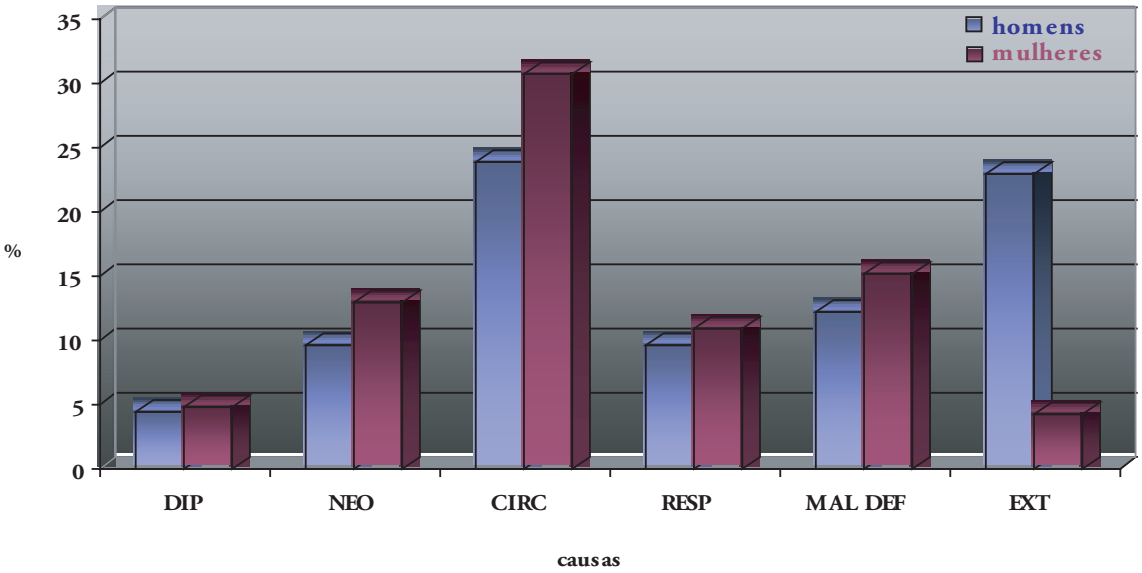
Para homens e mulheres da Baixada Fluminense (assim como no Estado do Rio e no Brasil), a principal causa de morte são as doenças do aparelho circulatório e cardíaco, isto é, as chamadas doenças do coração, tais como a hipertensão (pressão alta), angina, infarto, insuficiência cardíaca, derrames e outras.

Em geral, as doenças do coração estão relacionadas à forma como levamos a vida e nos comportamos no dia-a-dia. O estresse, isto é, as tensões e as preocupações cotidianas nos afetam e alteram o funcionamento do nosso corpo, podendo levar à pressão alta e aos problemas do coração. O tipo de alimentação à qual estamos habituados também contribui para esse problema. O hábito de praticar exercícios físicos e outras atividades prazerosas e relaxantes é muito importante para nos mantermos saudáveis e ajuda a prevenir as doenças ligadas ao coração e a controlar doenças como a hipertensão.

O gráfico 5 evidencia as principais causas de morte para os homens e para as mulheres, nos municípios da Baixada Fluminense. As causas das mortes entre os moradores dessa região são semelhantes às da população do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil como um todo.

Ao observar as causas de morte entre homens e mulheres, nota-se que as mulheres morrem mais do que os homens nos grupos referentes às mortes por doenças do aparelho circulatório e do coração (CIRC), dos cânceres (NEO) e das causas de morte por doenças mal definidas (MAL DEF), que são as mortes em que não há registro da causa no atestado de óbito.

Gráfico 5. Distribuição dos Óbitos Segundo Grandes Grupos de Causas e Sexo Região Metropolitana I – Baixada Fluminense – 2000



Fonte: DATASUS — SIM/SINASC — SES/RJ, 2000

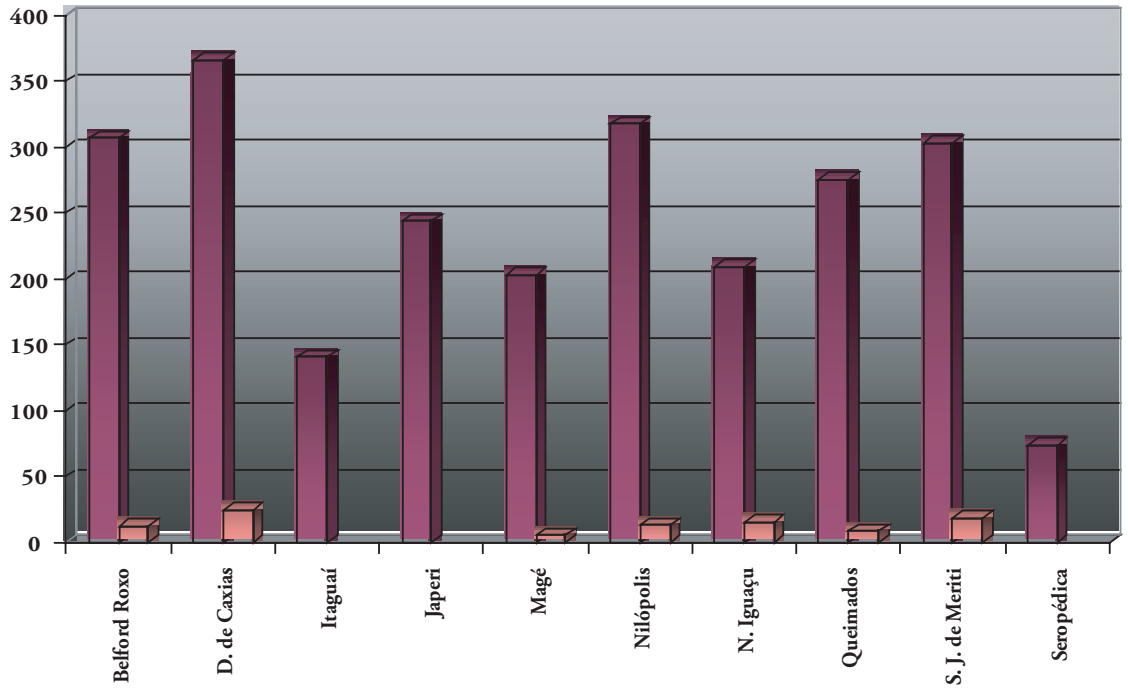
As mortes causadas por doenças do aparelho respiratório (RESP) e por doenças infecciosas (DIP) atingem mulheres e homens de maneira semelhante (observa-se a proximidade de tamanho entre as colunas nessas categorias).

Entretanto, no grupo de mortes por causas externas (EXT), que são as mortes por causas violentas, como os acidentes de trânsito e outros tipos de acidentes, os homicídios e os suicídios, a situação é diferente. Chama a atenção o fato de a coluna relativa às mortes dos homens estar muito acima das mortes de mulheres por essas mesmas causas.

A principal causa das mortes violentas no Brasil são os acidentes de trânsito. Os atropelamentos constituem o tipo de acidente de trânsito que mais mata, e as crianças e os idosos são as vítimas mais freqüentes. Os homicídios são a segunda causa de morte violenta no Brasil. Das pessoas assassinadas, a maior parte é vítima de lesão por arma de fogo, a maioria é jovem e adulta do sexo masculino.

Essa situação se repete nos municípios da Baixada Fluminense, pois o gráfico seguinte (gráfico 6) apresenta uma alta ocorrência de homicídios entre jovens do sexo masculino (de 15 a 24 anos).

Gráfico 6. Mortalidade Específica por Homicídios entre Jovens de 15 a 24 Anos
Região Metropolitana I – Baixada Fluminense – 1997



Fonte: DATASUS — SIM/SINASC — SES/RJ, 1997

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 violência hoje no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro constitui um grave problema, inclusive de saúde pública, pois as vítimas das diferentes formas de violência são atendidas nos serviços de saúde e, principalmente, nos serviços públicos.

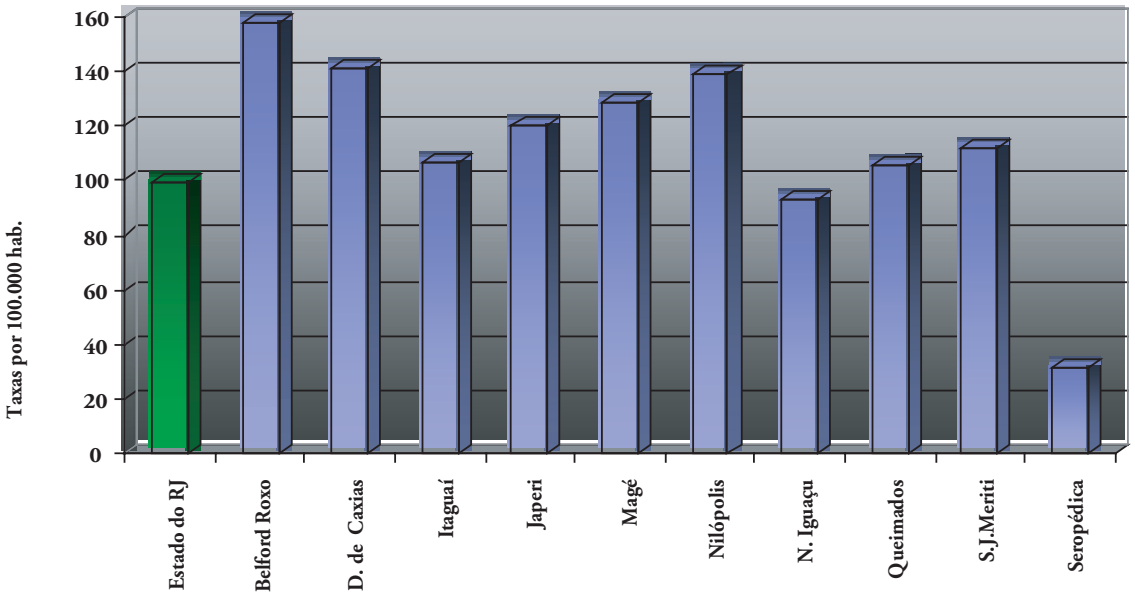
A situação de violência é muito complexa, possui várias causas e, para enfrentá-la, é necessária a atuação de diferentes setores da sociedade e do poder público, dentre eles a área da saúde. Além de atenderem às vítimas, os serviços de saúde devem atuar na prevenção das diferentes formas de violência 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 do problema 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. É, portanto, um assunto que deve fazer parte da agenda comum dos municípios da região, que não vão encontrar apenas em si mesmos, ou isoladamente, a solução que minimize os efeitos desse grave problema social.

Para complementar o quadro sanitário da Baixada Fluminense, apresentam-se no gráfico 7 dados sobre a tuberculose, sem o intuito de esgotar esse tema, mas apenas para instigar a reflexão e contribuir para o debate. Várias afecções, não menos importantes, não são abordadas nesse momento.

O alto número de casos de tuberculose caracteriza uma situação que se perpetua há muitos anos, na Baixada Fluminense, de forma crônica. Atualmente, o Estado do Rio de Janeiro possui o maior contingente de pessoas com tuberculose no Brasil. Pode-se observar no gráfico 7 que nos municípios da Baixada Fluminense a ocorrência de tuberculose é ainda maior que no estado. Seropédica parece ser uma exceção, mas deve-se pensar na possibilidade de esses casos não estarem sendo encontrados, diagnosticados, registrados e tratados. É preciso conhecer e refletir sobre os fatores que influenciam a perpetuação da tuberculose, a fim de propor estratégias para enfrentar essa doença de forma eficiente por meio dos sistemas de saúde locais.

Gráfico 7. Taxa de Incidência de Tuberculose
Estado do RJ, Baixada Fluminense – 2000



Fonte: DATASUS — SIM/SINASC — SES/RJ, 1997

O tratamento do indivíduo com tuberculose demanda uma rede de atenção básica capaz de resolver os problemas de saúde da população, uma boa relação do profissional com o paciente e seus familiares, o conhecimento da comunidade por parte dos profissionais de saúde, dentre outras questões. Portanto, a estratégia da Saúde da Família possui os requisitos indicados, na sua proposta de atuação, para a atenção aos casos de tuberculose. Entretanto, essa doença está comumente associada às precárias condições de vida, moradia e miséria, estabelecendo um círculo vicioso em que o paciente acometido passa por um processo de rejeição social e até mesmo exclusão do mercado de trabalho, agravando ainda mais sua situação de carência.

A hanseníase é um outro problema crônico na região, subdimensionado pela ausência de informações confiáveis. As dificuldades para intervir no curso dessa doença se assemelham às encontradas na tuberculose.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para analisar a situação de saúde da Baixada Fluminense, é importante considerar que os grandes problemas de saúde dessa região estão ligados a diversos aspectos da organização dos serviços descritos no Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Dentre eles, ressaltam-se:

- Baixa cobertura do Programa Saúde da Família, que atende a menos de 5% da população dos municípios da Região Metropolitana I.
- Baixo número de unidades de saúde da rede básica que oferecem serviço de pré-natal (assistência à mulher durante a gravidez) e assistência materno-infantil também deficiente, o que faz com que as crianças e as mulheres encontrem dificuldades em ser atendidas ou em ter seus problemas de saúde resolvidos.
- Assistência a portadores de tuberculose e hanseníase, que apresenta dificuldades que se referem tanto ao início de tratamento para os casos novos como para manter os doentes seguindo o tratamento, pois nos serviços que atendem esses casos não há realização de busca ativa daquelas pessoas que param com seu tratamento e podem se tornar resistentes aos remédios. Quando isso acontece, eles precisam tomar medicamentos mais fortes para poder se curar. É importante saber que, quando se pára o tratamento dessas doenças, a pessoa pode passar a doença também mais resistente, fazendo com que haja mais custo com medicações e demora para a cura.
- Grande prevalência de casos de aids (pessoas que já tinham aids e de pessoas que passaram a tê-la) na região. Para os indivíduos soropositivos que precisam de cuidados de saúde, a Região Metropolitana I, como um todo, tem poucos leitos para internação ou de hospital-dia (onde o doente não precisa ficar internado. Ele faz seu tratamento no serviço de saúde durante o dia e, quando o termina, o paciente volta para casa).
- A alta prevalência das doenças crônicas entre os adultos, como a hipertensão arterial (pressão alta) e o diabetes *mellitus* (açúcar no sangue). O número de pessoas que precisam de internação devido a complicações por essas doenças mostra que há dificuldades no atendimento prestado pelos serviços básicos.

A tabela 3 mostra o número de equipes de PSF e de unidades básicas nos municípios componentes do Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense.

Tabela 3. Municípios da Baixada Fluminense com Equipes de Saúde da Família, Segundo o Modelo de Gestão

Município	Modelo Gestão	Equipes PSF	Unidades Básicas	População
Belford Roxo	Gestão Plena	14	22	469,995
Duque de Caxias	Gestão Plena	30	21	798,102
Itaguaí	Gestão Plena	1	13	85,92
Japeri	Gestão Plena	1	10	86,961
Magé	Gestão Plena	16	34	214,7
Nilópolis	Atenção Básica	5	8	157,788
Nova Iguaçu	Gestão Plena	28	38	780,344
Queimados	Atenção Básica	4	6	126,868
São João de Meriti	Gestão Plena	14	19	454,467
Seropédica	Atenção Básica	5	18	68,542
Total		118	189	3.243.687

Fonte: CISBASF/RJ, 2004

SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Em relação aos serviços de saúde de média e alta complexidade, os problemas estão ligados diretamente à garantia do atendimento. Esse fato é facilmente percebido pela população que necessita de serviços que utilizam recursos mais sofisticados, como endoscopia, hemodiálise, tomografia, dentre outros.

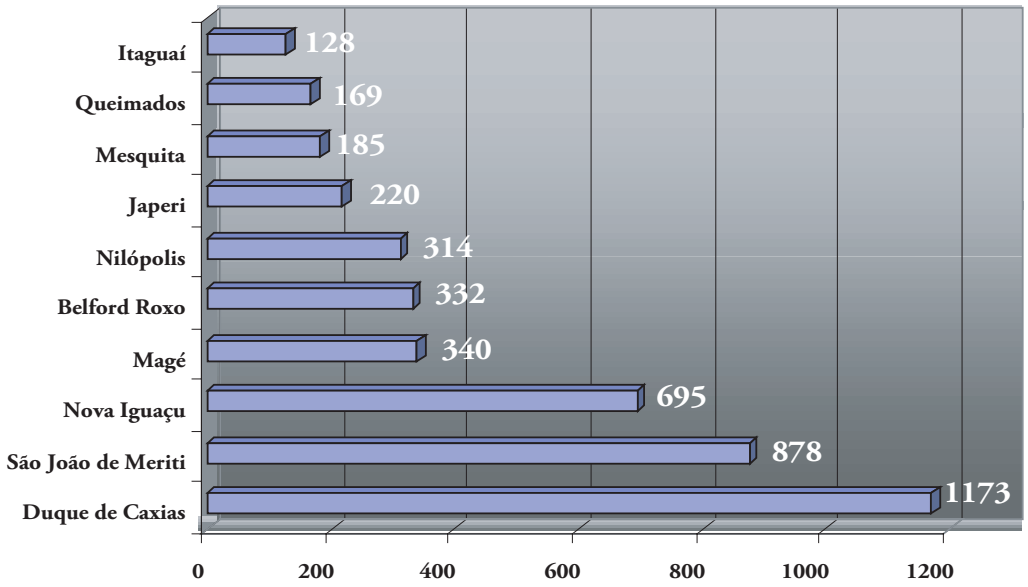
Uma das maiores dificuldades no funcionamento do sistema de saúde é a espera nos serviços que trabalham com marcação de consultas. Um significativo número de cidadãos dos municípios da Região Metropolitana I não consegue obter atendimento especializado, tais como angiologia ou cardiologia. O longo tempo de espera para a realização dos procedimentos de média e alta complexidade retarda os diagnósticos e os tratamentos, na maior parte das situações, prejudicando ou agravando ainda mais a saúde.

Os municípios da Baixada Fluminense raramente investem em uma rede própria de serviços. A maioria compra serviços da rede privada, por meio de contratos e convênios. Isso não apenas dificulta o acompanhamento e a fiscalização do atendimento oferecido à população, como também representa um espaço de risco para fraudes e irregularidades. O poder público e a população, por meio de seus representantes, têm de fiscalizar e auditar a assistência prestada por essa rede conveniada.

Quanto à assistência hospitalar, observa-se que os hospitais da região, em sua maioria, não definiram qual o seu papel na rede assistencial. Não há uma classificação dos hospitais por hierarquia de atendimento (hospitais de média complexidade, terciários, referência por especialidades, etc.).

A distribuição de leitos hospitalares é bastante desigual na região, o que gera problemas de concentração de atendimento em alguns dos municípios. Duque de Caxias, São João de Meriti e Nova Iguaçu são os que mais oferecem leitos hospitalares.

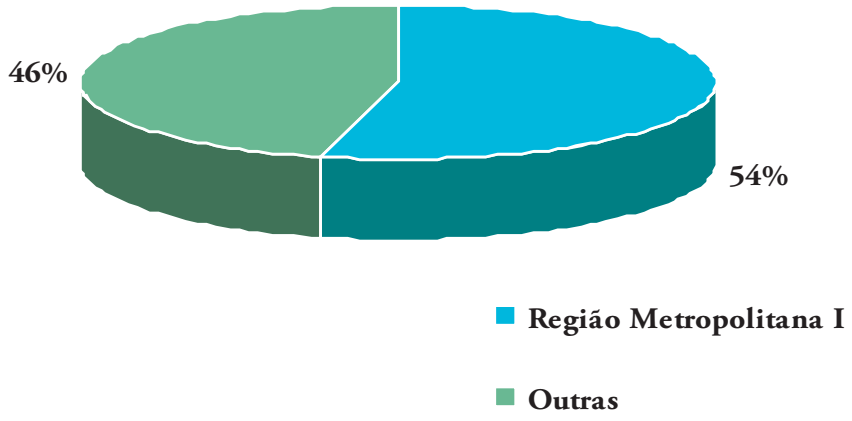
Gráfico 8. Distribuição dos Leitos Hospitalares
Municípios da Baixada Fluminense



Fonte: SES/RJ, 2003

Metade dos leitos do Estado do Rio de Janeiro estão concentrados na Região Metropolitana I. O Município do Rio de Janeiro concentra um elevado número de hospitais e leitos públicos e privados. No gráfico 9, pode-se observar que nessa região o poder público responde pela maior oferta de leitos hospitalares à população, mas na ilustração está incluída toda a rede hospitalar do Município do Rio de Janeiro, que tem perfil bastante diferenciado dos municípios da Baixada Fluminense.

Gráfico 9. Total de Leitos Hospitalares
Região Metropolitana I e Outras do Estado do RJ



Fonte: SES – RJ, 2001

RECURSOS HUMANOS

Quanto aos recursos humanos que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana I, o Plano Estadual de Saúde ressalta alguns aspectos preocupantes. Dentre eles, a sistemática utilização de cooperativas profissionais sem vínculos empregatícios ou direitos trabalhistas, favorecendo a alta rotatividade e a tercerização profissional. A falta de concurso público nos municípios reduz a possibilidade de contratação de profissionais qualificados para atendimento à população. O arraigado clientelismo político nas contratações de servidores agrava esse quadro.

Uma conseqüência perversa da municipalização foi o estabelecimento de uma grande diferença salarial entre os profissionais de mesma categoria, desempenhando as mesmas funções, no mesmo espaço físico, mas vinculados a diferentes esferas de governo, recebendo remunerações completamente desiguais. Mais de uma década após se iniciar a implantação do SUS, grande parte das secretarias municipais de saúde ainda não tem um plano de cargos, carreira e salários que vise, dentre outros objetivos, a corrigir essas distorções.

Um tema imprescindível na agenda comum dos conselhos municipais de saúde da Baixada deve ser a busca pela ampliação, pela valorização e pela educação permanente do corpo efetivo de profissionais das secretarias de saúde.

O que constitui de fato a essência do sistema público de saúde não são, na verdade, os prédios das unidades básicas ou dos hospitais, nem tampouco os instrumentais ou equipamentos. Todos esses são necessários. Mas são os indivíduos verdadeiramente capacitados e comprometidos que, com a sua prática diária, constroem as relações profissionais e estreitam vínculos de confiança e cumplicidade com a população.

MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O monitoramento das peças que compõem o orçamento da saúde é um passo decisivo no controle social sobre a gestão pública. O destaque dado neste informativo visa a estimular o controle social sobre a política de saúde na Baixada Fluminense.

Os municípios da Baixada Fluminense possuem grande precariedade de infra-estrutura e serviços públicos, com uma população de baixa renda, tendo pouca capacidade de arrecadação própria. Os recursos públicos são escassos para atender às demandas sociais da região. Além disso, governos mais conservadores atuam no sentido de transformar os conselhos em meros espaços burocráticos e de legitimação das suas políticas.

Apostamos que é a capacidade de as forças sociais comprometidas com o ideário da democracia e da justiça social se organizarem, se apropriarem de instrumentos políticos e jurídicos e disputarem políticas públicas que pode conformar um outro quadro, garantindo os conselhos como espaços de democratização da gestão pública.

Esta seção sobre o financiamento da saúde apresenta não só algumas definições sobre os tipos de transferências realizadas pelo Ministério da Saúde para o financiamento das ações

de saúde, mas também um panorama das finanças públicas municipais em saúde, dando uma visão mais geral para os conselhos de cada município, com vistas à ampliação do controle social dos conselheiros, instrumentalizando-os em sua ação.

Foram reunidas algumas informações apresentadas na publicação "O Perfil dos Orçamentos", elaborada pelo Instituto de Política e Planejamento Urbano (IPPUR), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), além das disponibilizadas pelo Ministério da Saúde sobre os repasses fundo a fundo para ações de saúde no ano de 2003.

MECANISMOS DE TRANSFERÊNCIA E ALOCAÇÃO DOS RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS AO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), os recursos federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde têm sido alocados e transferidos aos estados e municípios por meio de vários mecanismos.

Há um teto global de recursos que inclui o conjunto de ações de assistência à saúde. Esse teto se compõe:

1 – PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (PAB)

Consiste em recursos financeiros destinados a investimentos de procedimentos e ações de assistência básica tipicamente municipais.

Regra financeira: É distribuído um valor de R$ 10,00 a R$ 18,00 por habitante do município, que é transferido diretamente aos fundos municipais de saúde. A esse valor fixo se agregam montantes adicionais a título de incentivos para alguns programas ou ações. Por isso, o Piso de Atenção Básica divide-se em parte fixa e parte variável (PAB fixo e PAB variável).

Os montantes são variáveis para cada ação e/ou programa, são definidos a partir de programação proposta pelas secretarias municipais e são aprovados pelo conselho municipal de saúde e pela comissão bipartite.

Ações financiadas com o PAB fixo:
- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- vacinação;
- atividades educativas a grupos da comunidade;
- assistência ao pré-natal e ao parto domiciliar;
- atividades de planejamento familiar;
- pequenas cirurgias;
- pronto atendimento em unidades básicas de saúde.

Ações financiadas com o PAB variável:

• Programa Saúde da Família (PSF)

O programa estimula a organização da atenção básica em todos os municípios por meio da implantação de equipes de saúde da família, que realizam práticas com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Regra financeira: O Fundo Nacional da Saúde repassa aos municípios o valor de R$ 28.008,00 a R$ 54.000,00 por equipe, de acordo com a faixa populacional coberta pelo programa. Para cada nova equipe implantada, tendo como base o mês 10/1999, o Ministério repassa o valor de R$ 10.000,00.

• Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

O programa consiste em recursos financeiros destinados a estimular a organização da atenção básica, em todos os municípios, com a implantação de agentes comunitários. As ações que são financiadas com os recursos do programa estão centradas em práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Regra financeira: O Fundo Nacional da Saúde repassa aos municípios o valor de R$ 2.200,00 ao ano por agente comunitário de saúde.

• Assistência Farmacêutica Básica

Consiste em recursos financeiros e ações destinados, exclusivamente, à aquisição de medicamentos básicos, contribuindo para a garantia da integralidade na prestação da assistência básica à saúde.

As ações financiadas com esses recursos asseguram o fortalecimento de medicamentos básicos à população do País, conforme as diversas propostas da Política Nacional de Medicamentos.

Regra financeira: O valor total é de, no mínimo, R$ 2,00 por habitante/ano, sendo o repasse federal de R$ 1,00 por habitante/ano, mais os recursos estaduais e municipais, que somados são iguais ou superiores a R$ 1,00 por habitante/ano.

• Ações Básicas de Vigilância Sanitária

O incentivo às ações básicas de vigilância sanitária está voltado para a modernização das ações de fiscalização e controle sanitário em produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como as atividades educacionais sobre vigilância sanitária.

Regra financeira: Os recursos destinados às ações nos municípios são calculados multiplicando-se R$ 0,25 por habitante/ano.

• Saúde Bucal

O objetivo do programa é a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família.

O incentivo financeiro destina-se a ações como:

• incentivo às ações básicas de fiscalização;
• controle sanitário em produtos, serviços e ambientes;
• prevenção e recuperação da saúde bucal;
• melhoria dos índices epidemiológicos da saúde bucal;
• educação em vigilância sanitária.

Regra financeira: O investimento das ações é calculado multiplicando-se R$ 0,25 por habitante/ano.

• Ações Básicas de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

O programa consiste na transferência de recursos para as ações básicas de média e alta complexidade em vigilância sanitária. As ações financiadas com esses recursos são pactuadas com as Unidades Federadas, que as determinam nos Termos de Ajuste e Metas aprovados pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e pelas Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no ano de 2000, e assinadas com a Anvisa.

Regra financeira: O valor do incentivo ao programa é de R$ 0,15 por habitante/ano, multiplicado pela população de cada Unidade Federada e acrescentado de R$ 0,06, como recurso à municipalização das ações.

• Outros programas

• Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD)
• Medicamentos Excepcionais
• Saúde Mental – Medicamentos Essenciais
• Bolsa-Alimentação
• Descentralização de Unidades de Saúde/Funasa

2 – TETO FINANCEIRO PARA AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

O teto destinado às ações de maior complexidade da assistência ambulatorial e hospitalar passou, a partir de 1999, a ser composto por um conjunto de frações pré-definidas pela esfera federal, que irá estabelecer o montante de recursos que devem ser destinados, em cada Unidade Federada, para algumas ações e/ou serviços.

Ou seja, os estados e municípios, também para as ações de média e alta complexidade, não têm autonomia para definir seus valores a partir de uma programação local e que atenda às necessidades locais.

As ações financiadas pelo teto são para:

- Urgência e Emergência
- Gestantes de Alto Risco
- Neurocirurgia
- Unidades de Terapia Intensiva (UTI)
- Programa de Combate ao Câncer de Colo Uterino
- Transplantes
- Cirurgia de Catarata
- Cirurgia de Hérnia
- Medicamentos para Transplantes
- Programa de Tuberculose
- Cirurgia de Mama
- Cirurgia de Próstata
- Cirurgia de Varizes

TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO

A transferência fundo a fundo consiste no repasse de valores, regular e automático, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestão do beneficiário, estabelecidas na Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96) e na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001).

Destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para a atenção básica (PAB fixo e PAB variável) e para os procedimentos de média e alta complexidade. Entretanto, esses recursos transferidos obrigam os estados e municípios a alocar parcelas pré-definidas dos recursos a programas ou a procedimentos de maior complexidade e, praticamente, diminuem a possibilidade de autonomia de gestão e de definição local de prioridades, como previsto na legislação que regulamenta o SUS.

Para o repasse de recursos fundo a fundo, os municípios deverão estar habilitados em uma das condições de gestão, segundo estabelece a NOB-SUS 01/96: Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB). A tabela 4 expõe as transferências dos recursos federais para os municípios da Região Metropolitana I segundo suas respectivas populações e condições de gestão.

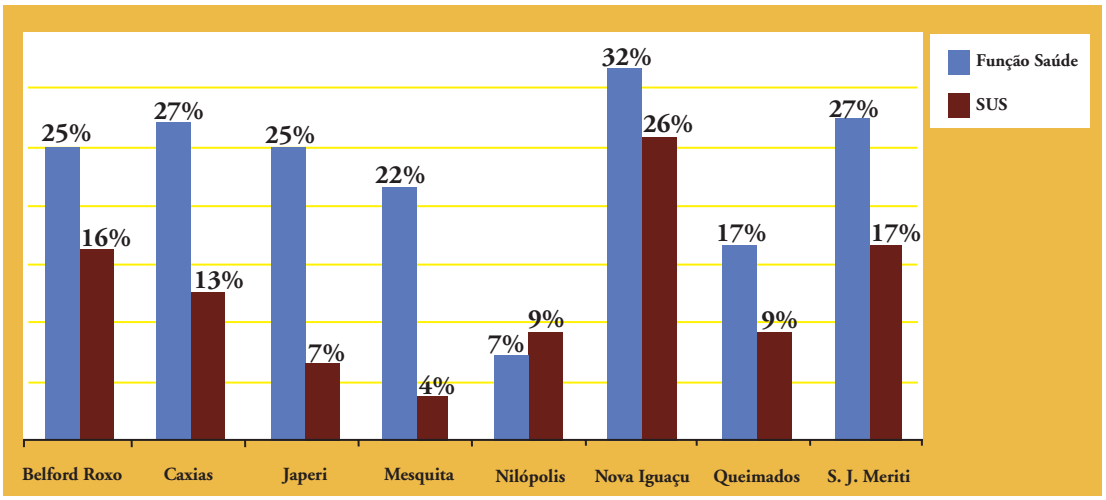
Tabela 4. Síntese dos Recursos Federais Transferidos para os Municípios da Região Metropolitana I (RJ) Fundo a Fundo, Ano 2003

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO (Censo/IBGE/2000)	CONDIÇÃO DE GESTÃO	TOTAL DE TRANSFERÊNCIAS: ATENÇÃO BÁSICA	TOTAL DE TRANSFERÊNCIAS: MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
Belford Roxo	434.474	GPSM	7.060.987,27	15.063.457,87
Duque de Caxias	775.456	GPSM	3.536.768,19	11.560.932,21
Itaguaí	82.003	GPSM	1.829.458,92	5.427.628,88
Japeri	83.278	GPAB	1.400.907,96	-------
Magé	205.830	GPAB	4.339.180,07	-------
Mesquita	164.879	GPAB	2.378.575,49	-------
Nilópolis	153.712	GPAB	2.537.690,15	-------
Nova Iguaçu	750.487	GPSM	12.576.259,52	82.486.406,26
Queimados	121.993	GPAB	2.075.428,89	-------
Rio de Janeiro	5.937.253	GPSM	78.459.729,51	562.939.625,59
São João de Meriti	449.476	GPSM	6.886.206,11	23.629.857,89
Seropédica	65.260	GPAB	1.371.617,37	-------

1 – Gastos com Saúde: Municípios da Baixada Fluminense – 2003

Mais do que compreender transferências orçamentárias, é necessário acompanhar a sua execução percebendo a relação entre o orçado, o transferido e o realizado.

Gráfico 10. Relação entre o SUS e a Função de Saúde – 2003 Municípios da Baixada Fluminense, RJ



Fonte: Lei Orçamentária dos Municípios da Baixada Fluminense – 2003
Tabulação: Observatório de Políticas Públicas e Gestão Urbana – IPPUR/UFRJ

O gráfico 10 demonstra a relação entre os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), originário de transferências da União, e a sua utilização na área de saúde.

Vale a pena lembrar que essa verba é carimbada, ou seja, somente poderá ser gasta, em sua totalidade, nas aplicações de programas na área de saúde.

Percebe-se que todos municípios estão aplicando os recursos do SUS na sua finalidade, a única exceção é Nilópolis. Este município recebe recursos de transferências do SUS por parte da União; porém, não correspondem à totalidade daqueles recursos previstos para a função de saúde.

Pode estar acontecendo que parte dessa verba do SUS esteja sendo aplicada em outra destinação, o que contraria a legislação, ou que haja um erro na elaboração da proposta orçamentária.

Outro aspecto importante diz respeito à diferença entre a verba do SUS, obrigatoriamente usada na saúde, e o total da área. Proporcionalmente, Nova Iguaçu, com 32%, é o município que mais investe na saúde. No entanto, tendo recebido recursos do SUS na ordem de 26%, o município apenas complementa com 6% de novos recursos. Mesquita e Japeri são os que mais investem (18%) além dos recursos recebidos do SUS.

2 – Investimentos com Saúde: Municípios da Baixada Fluminense – 2003

As informações que seguem dizem respeito à relação entre os investimentos totais do município e o que foi investido em saúde.

Quadro 1. BELFORD ROXO
1.1 Despesa por Projetos e Atividades no Setor Saúde

Especificações	Investimentos	% Total
Construção e Reforma de Unidades Médicas, Inclusive com Recursos de Convênios	42.000,00	0,5%
Total Geral dos Investimentos	**8.788.000,00**	**100%**

1.2 Despesas por Atividades no Setor Saúde

Especificações	Investimentos	% Total
Total de Investimentos Setor Saúde	**555.000,00**	**18,3 %**
Operacionalização e Manutenção das Unidades Básicas de Saúde da Rede Própria	450.000,00	14,8%
Operacionalização do Programa de Fiscalização e Vigilância Sanitária	5.000,00	0,2%
Programa Municipal de DST/Aids, Inclusive com Recursos Próprios	35.000,00	1,2%
Operacionalização do Programa Epidemiologia e Controle de Doenças TFCDE/PPI	65.000,00	2,1%
Total Geral dos Investimentos	**3.055.100,00**	**100 %**

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

Quadro 2. DUQUE DE CAXIAS
2.1 Despesa por Projetos no Setor Saúde

Especificações	Investimentos	% Total
Total de Investimentos Setor Saúde	2.056.000,00	11,4 %
Programa de Controle e Prevenção da Tuberculose	510.000,00	2,8 %
Construção, Reforma e Ampliação das Unidades Hospitalares e Postos de saúde	1. 200.000,00	6,6 %
Criação de Centro Ambulatório de Referência em EspecialidadesTotal de Investimentos Setor Saúde	101.000,00	0,6 %
Programa de Saúde Mental	162.000,00	0,9 %
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	10.000,00	0,1 %
Programa Saúde do Trabalhador	57.000,00	0,3 %
Programa de Controle de Zoonoses	16.000,00	0,1 %
Total Geral dos Investimentos	**18.270.000,00**	**100 %**

2.2 Despesa por Atividades no Setor Saúde

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

Especificações	Investimentos	% Total
Gastos Operacionais da Rede Hospital	300.000,00	4,0 %
Total Geral dos Investimentos	**7.464.350,00**	**100 %**

Quadro 3. JAPERI

Especificações	Investimentos	% Total
Secretaria de Saúde	1.313.551,00	19,0%
Reformar e Reequipar Unidades Básicas de Saúde	1.001.000,00	14,5 %
Obras e Instalações	1.000.000,00	14,5 %
Equipamento e Material Permanente	1.000,00	0,01 %
Materiais Permanentes para Capacitação de Profissionais de Saúde – Equipamento e Material Permanente	11.000,00	0,2 %
Reformar e Reequipar Unidades Básicas de Saúde – Obras e Instalações	10,00	0,0 %
Operacionalização da Secretaria: Obras e Instalações	10,00	0,0 %
Fundo Municipal de Saúde	15.100,00	0,2 %
Obras e Instalações	5.000,00	0,1 %
Equipamento e Material Permanente	10.100,00	0,1%
Implantar Maternidade Municipal	20,00	0,0 %
Obras e Instalações	10,00	0,0 %
Equipamento e Material Permanente	10,00	0,0 %
Implantar Programas de Saúde: Equipamento e Material Permanente	10,00	0,0 %
Implantar Centro de Saúde da Mulher	10,00	0,0 %
Obras e Instalações	5,00	0,0 %
Equipamento e Material Permanente	5,00	0,0 %
Implantar Serviço de Hemodiálise: Equipamento e Material Permanente	5,00	0,0 %
Implantar Integração Farmácia e Comunidade: Equipamento e Material Permanente	5,00	0,0 %
Laboratório para Ciências Físicas e Biológicas: Equipamento e Material Permanente	5,00	0,0 %
Vigilância Epidemiológica – FMS: Equipamento e Material Permanente	286.366,00	4,1 %
Alimentação e Nutrição – FMS: Equipamento e Material Permanente	10,00	0,0 %
Total Geral dos Investimentos	**6.908.636,00**	**100 %**

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

Quadro 4. MESQUITA

Especificações	Investimentos	% Total
Secretaria de Saúde, Trabalho e Ação Social	1.663.300,00	13,2%
Construção e Reforma de Unidades Médicas: Obras e instalações	1.000.000,00	7,9 %
Manutenção e Funcionamento do Gabinete do Secretário: Equipamentos e Material Permanente	65.000,00	0,5 %
Fundo Municipal de Saúde: Equipamentos e Material Permanente	30.000,00	0,2 %
Conselho Municipal de Saúde: Equipamentos e Material Permanente	10.000,00	0,1 %
Manutenção e Funcionamento de Unidades Médicas: Equipamentos e Material Permanente	80.000,00	0,6 %
Sistema de Cobertura de Doenças Transmissíveis: Equipamentos e Material Permanente	30.000,00	0,2 %
Sistema de Vigilância Sanitária: Equipamentos e Material Permanente	20.000,00	0,2 %
Operacionalização do Sistema de Ação Social Municipal – Convênio com o Estado: Equipamentos e Material Permanente	98.000,00	0,8 %
Sistema de cobertura de Doenças Transmissíveis – Convênio com o Estado: Equipamentos e Material Permanente	100.000,00	0,8 %
Manutenção de Unidades Médicas – Convênio com o Estado: Equipamentos e Material Permanente	100.000,00	0,8 %
Operacionalização do Serviço de Farmácia: Equipamentos e Material Permanente	100.300,00	0,8 %
Manutenção e Funcionamento da Subsecretaria de Trabalho e Ação Social: Equipamentos e Material Permanente	30.000,00	0,2 %
Total Geral dos Investimentos	**12.613.882,51**	**100 %**

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

Quadro 5. NILÓPOLIS

Especificações	Investimentos	% Total
Secretaria de Saúde	886.000,00	11,8 %
Desenvolvimento das Atividades Administrativas: Equipamentos e Material Permanente	40.000,00	0,5 %
Fundação Municipal de Saúde de Nilópolis	846.000,00	11,2%
Obras e Instalações	4.000,00	0,1 %
Equipamento e Material Permanente	842.000,00	11,2 %
Total Geral dos Investimentos	**7.530.500,00**	**100 %**

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

Quadro 6. NOVA IGUAÇU

Especificações	Investimentos	% Total
Secretaria de Saúde	**712.716,53**	**0,4 %**
Desenvolvimento das Atividades Administrativas: *Equipamentos e Material Permanente*	45.220,38	0,0 %
Manutenção das Unidades Médicas: *Equipamento e material permanente*	367.494,15	0,2 %
Construção, Reforma e Ampliação das UBS: *Obras e Instalações*	300.000,00	0,2 %
Total Geral dos Investimentos	**164.788.341,37**	**100 %**

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

Quadro 7. SÃO JOÃO DE MERITI

Especificações	Investimentos	% Total
Secretaria de Saúde	**954.509,00**	**6,1 %**
Manutenção e Funcionamento da Secretaria de Saúde	10.919.489,00	70,2%
Obras e Instalações – RP	100.000,00	0,6 %
Equipamentos e Material Permanente – RP	230.000,00	1,5 %
Assistência Comunitária (Médico de Família) *Equipamento e Material Permanente – Convênio*	276.156,00	1,8%
Combate ao Câncer do Colo do Útero *Equipamento e Material Permanente – Convênio*	514.500,00	3,3%
Epidemiologia *Equipamento e Material Permanente – Convênio*	803.721,00	5,2%
Manutenção do Programa DST/AIDS	429.032,00	2,8%
Obras e Instalações – Convênio	4.032,00	0,03%
Equipamento e Material Permanente – Convênio	85.000,00	0,5%
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	7.541.215,00	48,5%
Obras e Instalações	78.600,00	0,5%
Equipamento e Material Permanente	100.000,00	0,6%
Total Geral dos Investimentos	**15.564.276,36**	**100 %**

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

Quadro 8. QUEIMADOS

Especificações	Investimentos	% Total
Secretaria de Saúde	318.500,00	6,5 %
Projetos a Cargo do FMS	5.000,00	0,1 %
Construção, Ampliação e/ou Reforma das UBS	162.500,00	3,3 %
Dragagem e Canalização de Rios e Valas	500,00	0,0 %
Informatização e Integração em Rede da SEMUS	30.000,00	0,6 %
Aquisição de Móveis, Equipamentos e Veículos	20.500,00	0,4 %
Aquisição de Móveis, Equipamentos e Veículos	100.000,00	2,0 %
Total Geral dos Investimentos	**4.887.120,00**	**100 %**

Fonte: Perfil dos Orçamentos – IPPUR/2003

"O Controle Social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde".

(Relatório Final da 9.ª Conferência Nacional de Saúde – 1992)

"Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da Sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade da saúde da comunidade.

Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia".

(Guia de Referência para Conselheiros Municipais – MS)

OS CONSELHOS DE SAÚDE NA BAIXADA FLUMINENSE

A IMPORTÂNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE COMO MECANISMO DO CONTROLE SOCIAL

O controle social na saúde é um direito conquistado na Constituição Federal de 1988 e refere-se ao princípio da participação popular, que significa a gestão participativa nas políticas públicas de saúde. O controle social, porém, é regulamentado em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) que congrega as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90. É nesta última que se encontrará, pela primeira vez, o detalhamento do exercício do controle social na saúde que se efetivará em duas instâncias formais, que serão também espaços de luta: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

As Conferências de Saúde são eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a política de saúde para cada esfera de governo e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação da política de saúde, portanto, devem influenciar as discussões travadas nos conselhos de saúde.

Já os Conselhos de Saúde são espaços compostos por usuários, gestores, prestadores e trabalhadores de saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário, que têm por objetivo discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo. O Conselho Nacional de Saúde, no uso das suas atribuições, publicou a resolução n.º 333/03, onde diz que os 50% relativos aos prestadores de saúde devem ser assim estabelecidos: 25% para os gestores da saúde (públicos, privados e conveniados) e 25% para os trabalhadores da saúde.

O controle social não deve ser compreendido apenas como a participação nos conselhos e conferências e sim em seu sentido ampliado. Assim, deve-se potencializar a criatividade dos usuários na elaboração da política de saúde, uma vez que são eles que percebem no cotidiano a efetividade ou não desta política e, principalmente , as lacunas deixadas nos serviços de saúde.

OS CONSELHOS DE SAÚDE NA REGIÃO

Na Baixada Fluminense, existem conselhos de saúde em todos os seus municípios e é importante conhecer a sua história e dinâmica de funcionamento. Com esse objetivo, será apresentada a caracterização dos conselhos da região a partir dos seguintes eixos: ano de formação, organização interna e dinâmica de funcionamento, composição, conferências de saúde e outros conselhos de política e de direitos que estão em funcionamento na área. Essas informações têm por finalidade identificar como está o controle social na Baixada Fluminense e suas principais questões.

É a partir do conhecimento da realidade do controle social na região, que se poderá – gestores, movimentos sociais, trabalhadores da área e usuários comprometidos com a efetivação do SUS – construir estratégias para a efetivação da gestão democrática.

ANO DE FORMAÇÃO

Os Conselhos Municipais de Saúde da Baixada Fluminense foram criados, em sua maioria, entre os anos de 1991 e 1993. O ano de criação dos conselhos coincide com a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 91 e 93, que colocam a implantação dos Conselhos Municipais de Saúde como um dos requisitos para transferência de recursos do governo federal para os municípios. Esse dado pode sugerir que essa criação é apreendida pelos municípios apenas como a adoção de um mecanismo de captação de recursos. Porém, a participação social dos movimentos sociais locais, na Baixada Fluminense, foi determinante para que os Conselhos Municipais de Saúde fossem criados.

O quadro a seguir demonstra o ano de formação e a respectiva lei municipal de criação dos conselhos.

Quadro 9. Ano de Formação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I – Baixada Fluminense

Municípios	Lei Municipal	Data de Criação	Modificação	Data de Modificação
Belford Roxo	Lei n.º 316	23/11/1994	Decreto n.°808	03/6/1997
Duque de Caxias	Lei n.º 1.068	1991	Lei nº 1.416	1998
Itaguaí	Lei n.° 1.452	24/9/1991	Lei n.° 1.500 Lei n.º 1.757	13/4/1992 19/4/1994
Japeri	Lei n.° 016	12/3/1993	Lei n.° 392	Sem informação
Magé	Lei n.º 1.028	17/9/1991	Lei n.° 1.126 Lei n.° 1.158	5/8/1993 3/1/1994
Mesquita	Lei n.° 005	12/3/2001	Lei n.° 021	6/7/2001
Nilópolis	Lei n.° 5.531	28/2/1991	Lei n.º 5.568	27/9/1991
Nova Iguaçu	Lei n.° 3.388	1993	--------	--------
Queimados	Lei n.° 098	30/12/1993	--------	--------
São João de Meriti	Lei n.º 1.005	1991	--------	--------
Seropédica	Lei n.° 003	1997	Lei n.º 187	11/11/2002

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, Mapeamento da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, 1998; Leis de Criação dos Conselhos Municipais de Saúde da região.

ORGANIZAÇÃO INTERNA E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO

Em relação ao quórum necessário para a realização das reuniões, a maioria dos conselhos da Baixada Fluminense garante em seus regimentos internos a necessidade de mais de 1/3 de conselheiros presentes, para que o conselho delibere sobre qualquer assunto. Com relação à periodicidade das reuniões, todos os conselhos garantem a freqüência mensal das mesmas, conforme quadro abaixo.

Quadro 10. Quórum para Deliberação e Periodicidade das Reuniões dos Conselhos Municipais da Região Metropolitana I – Baixada Fluminense

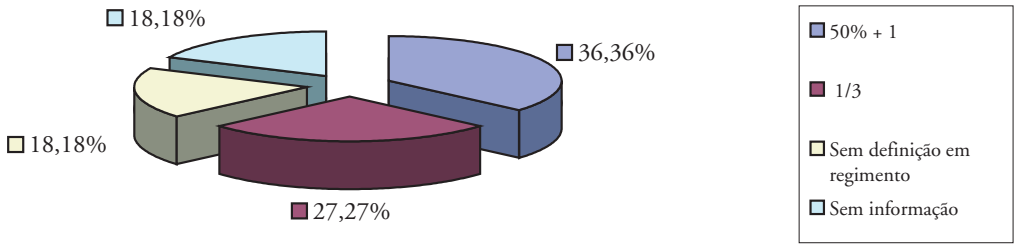
Municípios	Quórum para deliberação	Periodicidade
Belford Roxo	50% + 1	mensal
Duque de Caxias	50% + 1	mensal
Itaguaí	Sem definição em regimento	mensal
Japeri	Sem informação	mensal
Magé	1/3	mensal
Mesquita	50% + 1	mensal
Nilópolis	Sem definição em regimento	mensal
Nova Iguaçu	1/3	mensal
Queimados	1/3	mensal
São João de Meriti	Sem informação	mensal
Seropédica	50% + 1	mensal

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, Mapeamento da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, 1998; Conselho Estadual de Saúde do RJ, Questionário do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do CES, 2002; Leis de Criação e Regimentos Internos dos Conselhos Municipais de Saúde da região.

Agrupando os dados dos municípios, no que tange ao quórum mínimo, pode-se observar, surpreendentemente, que 18,18% não definem em seu regimento o número mínimo necessário para deliberação.

COMPOSIÇÃO

Gráfico 11. Quórum para Deliberação das Reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde da Baixada Fluminense



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, Mapeamento da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, 1998; Conselho Estadual de Saúde do RJ, Questionário do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do CES, 2002; Leis de Criação e Regimentos Internos dos Conselhos Municipais de Saúde da região.

Os Conselhos de Saúde têm definido sua composição a partir de duas normatizações: a Lei n.º 8.142/90 que compõe a Lei Orgânica da Saúde (LOS) do Ministério da Saúde e a Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde. Para análise da composição dos conselhos da Baixada Fluminense, tomar-se-á como referência a Resolução n.º 333/03, uma vez que esta resolução tem por objetivo explicitar melhor a composição dos conselhos. De acordo com a mesma, a composição dos conselhos de saúde dever ser de 50% de usuários, 25% de prestadores de serviços e 25% de trabalhadores de saúde.

A definição da composição, de acordo com a Resolução n.º 333/03, é positiva no que se refere a uma maior representação dos trabalhadores de saúde, ao assegurar vagas em paridade com o segmento dos gestores e prestadores de serviços públicos e privados. Dos conselhos da Baixada Fluminense, conforme pode ser visto no quadro 3, apenas cinco são paritários segundo esta resolução.

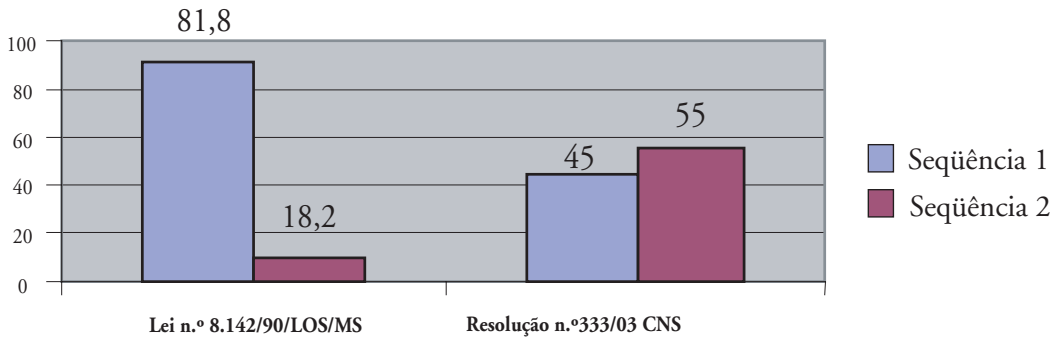
Constata-se também, a partir do quadro 1, já apresentado, que as leis municipais de criação dos conselhos têm sido modificadas. Um dos espaços de sugestão dessas alterações têm sido as Conferências de Saúde e o principal conteúdo modificado refere-se à composição dos conselhos.

Quadro 11. Composição dos Conselhos na Região Metropolitana I – Baixada Fluminense

Municípios	N.º de Conselheiros Titulares	Paridade	
		Lei n.º 8.142/90 LOS/MS	Resolução N.º 333/03 CNS
Belford Roxo	12	Paritário	Paritário
Duque de Caxias	24	Paritário	Não é paritário
Itaguaí	15	Não é paritário	Não é paritário
Japeri	15	Não é paritário	Não é paritário
Magé	22	Paritário	Não é paritário
Mesquita	16	Paritário	Paritário
Nilópolis	12	Paritário	Paritário
Nova Iguaçu	20	Paritário	Paritário
Queimados	12	Paritário	Não é paritário
São João de Meriti	22	Paritário	Não é paritário
Seropédica	12	Paritário	Paritário

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, Mapeamento da Região Metropolitana I do Rio de Janeiro, 1998; Leis de Criação e Regimentos Internos dos Conselhos Municipais de Saúde da região.

Gráfico 12. Paridade



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ

Nos Conselhos de Saúde da Baixada Fluminense, verifica-se a presença de representação de Clubes de Serviços (Lions, Rotary Club e Maçonaria), da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e da Cruz Vermelha, todas entidades prestadoras de serviços, mas ocupando, de forma equivocada, as vagas do segmento dos usuários. Com relação ao segmento dos trabalhadores de saúde na região, merecem destaque três aspectos: a pouca mobilização das entidades e/ou sindicatos para participarem dos conselhos; a falta de paridade desse segmento em relação ao segmento dos gestores e prestadores de serviço; e a indicação dos profis-

sionais de saúde pelos gestores, em vez de serem eleitos pelos seus pares. Esses fatores tornam deficiente a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos, bem como a articulação desse segmento com os usuários.

CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As Conferências de Saúde são espaços de controle social também garantidas na Lei n.º 8.142/90. São eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação da política de saúde no município, devendo influenciar, assim, as discussões travadas nos conselhos de saúde.

No quadro a seguir são apresentados os anos de realização das Conferências de Saúde nos municípios da Baixada Fluminense, bem como a sua periodicidade.

Quadro 12. Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Metropolitana I – Baixada Fluminense

Municípios	Primeira e última conferência	Periodicidade
Belford Roxo	1996 – 2002	A cada 2 anos
Duque de Caxias	1991 – 2003	anual
Itaguaí	1996 – 2003	S definição em regimento
Japeri	1994 – 1998	S definição em regimento
Magé	1993 – 2003	A cada 2 anos
Mesquita	2003	A cada 2 anos
Nilópolis	1991 – 2003	A cada 2 anos
Nova Iguaçu	1991 – 2003	A cada 2 anos
Queimados	1998 – 2003	A cada 2 anos
São João de Meriti	1991 – 2001	A cada 2 anos
Seropédica	2004	A cada 4 anos

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde; Leis de Criação e Regimentos Internos dos Conselhos Municipais de Saúde da região.

EXISTÊNCIA DE OUTROS CONSELHOS DE POLÍTICAS E DIREITOS

O quadro 5 revela que, em todos os municípios da região, há conselhos de Assistência Social e Educação. Outro conselho com abrangência em quase toda a região, exceto em Nilópolis, é o de Direitos da Criança e do Adolescente. O Conselho do Meio Ambiente também existe em um número significativo de municípios da região (6), fato que vem responder à atuação dos movimentos ecológicos, sobretudo por meio das organizações não-governamentais (ONGs). Por último, nota-se a inexistência de conselhos de Desenvolvimento Urbano e de Desenvolvimento Econômico em todos os municípios. E em apenas um dos municípios, Seropédica, existe um conselho de Orçamento, o que reflete um restrito controle social na região sobre os investimentos financeiros, questão crucial para a implementação de políticas públicas.

Quadro 13. Existência de outros Conselhos de Políticas e Direitos na Região Metropolitana I – Baixada Fluminense

Outros Conselhos de Políticas e de Direitos	Municípios										
	B.R.	D.C.	It	Jp	Mge	Mta	Npl	N.I.	Q.	S.J.M.	Spd
Educação	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Assistência Social[1]	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Direitos da Criança e do Adolescente	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S
Emprego/Trabalho	S	N	N	N	N	S/I	S	S	S	S	N
Turismo	N	N	N	N	N	S/I	N	N	N	N	N
Cultura	N	N	S	S	S	S/I	N	N	N	N	N
Habitação	N	N	N	S	N	S/I	N	N	N	N	N
Meio Ambiente	S	N	S	N	S	S/I.	N	S	S	S	N
Transportes	N	N	N	N	N	S/I	N	N	N	N	N
Desenvolvimento Urbano	N	N	N	N	N	S/I	N	N	N	N	N
Desenvolvimento Econômico	N	N	N	N	S	S/I	N	N	N	N	N
Orçamento	N	N	N	N	N	S/I	N	N	N	N	S

Fonte: IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2001
Siglas Municípios: Belford Roxo (B.R.) – Duque de Caxias (D.C.) – Itaguaí (It) – Japeri (Jp) – Magé (Mge) – Mesquita (Mta) – Nilópolis (Nlp) – Nova Iguaçu (N.I) – Queimados (Q) – São João de Meriti (S.J.M.) – Seropédica (Spd) –
S – Sim N – Não
[1] O CMSA de Mesquita foi criado pela Lei n.º 95/2002, mas não há informação de sua instalação até o momento desta pesquisa.

ALGUMAS REFLEXÕES

A pesquisa realizada identifica a existência de Conselhos de Saúde em todos os municípios da Baixada Fluminense. Algumas estratégias são importantes de serem fortalecidas e devem permear a pauta dos conselhos, sendo assumidas também pelos movimentos sociais, trabalhadores de saúde e gestores, comprometidos com a gestão participativa a saber:

- democratização das informações relativas à saúde;
- realização de encontros populares de saúde e/ou pré-conferências;
- rearticulação dos Conselhos Comunitários de Saúde e/ou Fóruns Populares de Políticas Sociais;
- implantação ou rearticulação dos conselhos gestores nas unidades de saúde;
- mobilização das entidades dos profissionais de saúde para participarem dos conselhos;
- elaboração de planos de saúde com a participação dos movimentos sociais e conselheiros de saúde;
- mobilização e/ou iniciativas para modificar a composição dos conselhos não paritários;
- articulação entre conselheiros representantes dos usuários e trabalhadores de saúde;
- capacitação dos conselheiros na perspectiva crítica e propositiva;
- efetivação de assessorias aos conselheiros;
- articulação entre os diferentes conselhos da região.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O SEMINÁRIO

Como foi relatado, o Seminário de Gestão Participativa, promovido pelo Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I, com apoio da UFRJ, da UERJ e da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, foi realizado no dia 30 de abril de 2004, na sede do Seminário Batista, em Belford Roxo. Contou com aproximadamente 200 participantes, considerando as pessoas que preencheram a ficha de inscrição (148) e as assinaturas em livro (entre 180 e 190).

Conselheiros de saúde dos municípios da Baixada Fluminense compuseram a plenária. O segmento dos usuários foi majoritário, seguido pelo dos profissionais de saúde. Além desses, estiveram presentes o representante do Conselho Estadual de Saúde, o secretário de Saúde de Belford Roxo, o vice-presidente do Cosems/RJ (secretário de Saúde de Nova Iguaçu), a secretária-executiva do Conselho Nacional de Saúde, o ouvidor-geral do SUS, a representante do secretário de Gestão Participativa, a Fiocruz, alunos e pesquisadores da UERJ e da UFRJ.

Os debates foram estimulados pelos painéis apresentados pelos conferencistas e por um roteiro de discussão (anexo 1). Foi um momento fecundo em que conselheiros, gestores, técnicos e pesquisadores explicitaram e compartilharam suas visões, avaliações e expectativas em relação ao SUS. Em especial, sobre os impasses e as estratégias para avançar na construção e na consolidação da atenção à saúde na região, consoante os princípios do SUS (universalidade, integralidade, descentralização e participação social). Cabe destacar, pela relevância do Cosems/RJ, alguns aspectos abordados pelo vice-presidente, como a ênfase na representatividade, a necessidade de fortalecer os espaços de pactuação, a autonomia reduzida dos gestores e a necessidade de capacitar gestores e profissionais nos serviços.

Com a finalidade de captar a opinião dos conselheiros de saúde a respeito de seu próprio conselho, sua atuação e sua capacidade de intervir nos problemas de saúde do município, a equipe da UFRJ elaborou e aplicou um questionário, de forma aleatória e estratificada, entre alguns conselheiros presentes ao seminário.

Os resultados, disponibilizados nas tabelas em anexo (2A a 2C), demonstram a insatisfação dos conselheiros em relação ao papel desempenhado por seus conselhos, sentindo-se à margem do processo decisório. Alguns afirmam que "o conselho não recebe prestação de contas", "nada passa pelo conselho", "há falta de transparência e informação", etc. Alguns têm denunciado esses problemas ao Ministério Público, buscando nesse órgão o apoio necessário para conseguir realizar as atribuições previstas em lei para os conselhos.

A superação dessas dificuldades passa pela consolidação do Fórum dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, para troca de experiências e implementação de estratégias comuns. Os primeiros passos foram dados com êxito. Vislumbra-se a possibilidade de participar do processo coletivo de ampliação do bem público por meio do fortalecimento dos espaços de interlocução e participação popular, com a formulação de políticas sociais.

ANEXOS

ANEXO 1

Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana I – RJ
I Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana I – Rio de Janeiro
Ouvir, Observar, Conhecer, Participar

Questões sugeridas para orientar as discussões nos grupos

A partir das apresentações e dos debates realizados na parte da manhã, evidenciamos alguns temas relevantes no panorama sanitário da região:

1 – O grande número de casos de tuberculose, situação que se perpetua, há muitos anos, de forma crônica.

A atenção ao indivíduo com tuberculose demanda uma rede de atenção básica capaz de resolver os problemas de saúde da população, uma boa relação do profissional com o paciente e seus familiares, o conhecimento da comunidade por parte dos profissionais de saúde, dentre outras questões.

Como podemos reverter esse quadro? Qual o papel da população, dos profissionais de saúde e dos gestores para a resolução desse problema? Como a gestão participativa deve contribuir?

2 – Mais da metade das mortes de crianças menores de 1 ano na região estão ligadas a causas evitáveis no momento do nascimento. A morte de mulheres por problemas relacionados ao parto é outra questão que chama a atenção. Esses acontecimentos dizem respeito à qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Como podemos reverter esse quadro? Qual o papel da população, dos profissionais de saúde e dos gestores para a resolução desse problema? Como a gestão participativa deve contribuir?

3 – A violência é um grave problema que atinge especialmente os homens jovens. A situação de violência que vivemos nos dias de hoje é muito complexa, possui várias causas e está relacionada a diferentes setores da sociedade.

Os serviços de saúde recebem as vítimas de violência, prestam atendimento e, quando possível, ajudam na sua recuperação. Além disso, devem atuar na prevenção das diferentes formas de violência e na promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida. Para interferir nos problemas causados por violências, é necessário agir em conjunto com diversos setores da sociedade.

Como podemos ajudar a diminuir esse quadro? Qual o papel da população, dos profissionais de saúde e dos gestores para a resolução desse problema? Como a gestão participativa deve contribuir?

ANEXO 2A

	0	1	2	3	4	5	6
	MUNICÍPIOS	**TEMPO NO CONSELHO**	**ENTIDADES**	**USUÁRIOS MAIS PARTICIPANTES**	**USUÁRIOS MENOS PARTICIPANTES**	**PROFISSIONAIS MAIS ATUANTES**	**PROFISSIONAIS MENOS ATUANTES**
9	Belford Roxo	24	Igreja Católica	—	—	—	—
12	Belford Roxo	48	Associação dos Moradores do Jardim Redentor	Igreja Católica/ Associação de Moradores/FEMAB	Conveniados	Assistentes sociais	Conveniados
19	Belford Roxo	120	—	FEMAB, Resgate, Ass. Mor. Redentor	—	Serviço Social	Vigilância Sanitária
8	Magé	48	Trabalhadores de Nível Médio	Associação de Moradores	Sindicatos	Nível médio/superior	Os Próprios Profissionais da Rede
14	Magé	24	Associação dos Portadores de Deficiência	—	—	Fundação Nacional do Deficiente	—
7	Mesquita	36	Fammesq e ABC	Das Associações de Moradores	Das Associações de Moradores	Do Sindisprev	Sindisprev e Sintrasef
1	Nilópolis	6	OAB	Rosacruz/OAB /Som Popular	NR	NR	NR
2	Nilópolis	48	Filantrópica	Rosacruz/OAB/Terreiro Miguel Arcanjo/Clube Nova Cidade	Igrejas	Secretário/Sindisprev/ Sintasprev	NR
13	Nilópolis	240	Usuários há vários anos e profissionais há alguns	Moradores/Associação Médica	—	Sindisprev/Sintrasef/ Sismunil	—
18	Nilópolis		Associação Médica de Nilópolis	Todos	Nenhum	Todos	Nenhum
10	Nova Iguaçu	76	Federações das Associações dos Moradores	Associação de Moradores e Sindisprev	Apae e Pastoral do Menor	Sindisprev	Profissionais do Município
11	Nova Iguaçu	134	Sindisprev	Conselho Comunitário, MAB, Sindisprev	—	Sindisprev	Não há
15	Nova Iguaçu	72	Grupo 28 de Junho	ONGs/Ass. dos Moradores	Sindicatos	Sindisprev	—
4	Nova Iguaçu	48	Associação de Moradores	Federação de Moradores/ igrejas/Sindicatos de Emp. Domésticas/Pastoral da Criança	Não há	Sindicato dos Enfermeiros/Assistentes Sociais/Médicos	Não há
5	Queimados	36	Profissionais de Saúde	Federação de Moradores / Apae / Sindicato dos Rodoviários / Associação dos Comerciários	Rotary Club	Profissionais de Saúde da Rede Municipal	Profissionais de Saúde da Rede Privada
16	Queimados	120	Entidade da Sociedade Civil	Dos Usuários	Do Governo	Dos Profissionais da Rede Pública	Profissionais da Rede Privada
3	S. J. de Meriti	168	Conselho de Entidades Populares	Moradores/Igreja Católica	Igreja Evangélica/Clubes de Serviços	Sindicato dos Funcionários Municipais	Sindisprev
6	Seropédica	30	Associações de Moradores	Frams. (Federação das Ass. de Moradores)	Amav e Paróquia Santa Terezinha	Oficialmente não há ninguém	Não há
17	Seropédica		—	Santa Terezinha / Sintur	NR	Não há	Todas

ANEXO 2B

	0	7	8	9	10	11	12
	MUNICÍPIOS	**GESTORES MAIS ATUANTES**	**GESTORES MENOS ATUANTES**	**RELAÇÃO DO CMS x EXECUTIVO**	**RELAÇÃO DO CMS x MP**	**RELAÇÃO DO CMS x CÂMARA**	**COMISSÃO DE SAÚDE NA CÂMARA**
9	Belford Roxo	__	__	Freqüente	Inexistente	Inexistente	Sim
12	Belford Roxo	Saúde Coletiva	Coord. Saúde Mental do Município	Freqüente	Inexistente	Inexistente	Sim
19	Belford Roxo	Semus	Setor Privado	Freqüente	Esporádica	Esporádica	Sim
8	Magé	Gestores (todos)	__	Freqüente	Inexistente	Inexistente	Sim
14	Magé	Secril	__	Esporádica	Inexistente	Inexistente	Sim
7	Mesquita	Os Conselheiros Informais	O Secretário do Conselho	Freqüente	Esporádica	Esporádica	Não sabe
1	Nilópolis	NR	NR	Freqüente	Esporádica	Freqüente	Não sabe
2	Nilópolis	Casa de Saúde V. Sessim	Centro de Laboratório	Inexistente	Esporádica	Freqüente	Não sabe
13	Nilópolis	O Secretário de Saúde e o Segundo Titular	__	Freqüente	Esporádica	Esporádica	Sim
18	Nilópolis	Todos	Nenhum	__	__	Freqüente	
10	Nova Iguaçu	Secretário de Saúde	Não há	Freqüente	Esporádica	Freqüente	Sim
11	Nova Iguaçu	Representante das Conveniadas	Coordenador	Freqüente	Inexistente	Inexistente	Sim
15	Nova Iguaçu	Secretaria Humana de Saúde	Prestadores de Serviços	Esporádica	Freqüente	Freqüente	Sim
4	Nova Iguaçu	Todos	Nenhum	Esporádica	Esporádica	Freqüente	Sim
5	Queimados	SMS	Sec. Educação/ Prestadores de Serviço	Esporádica	Freqüente	Inexistente	Sim
16	Queimados	Da Secretaria de Saúde	Da Secretaria de Educação e Prestadores	Esporádica	Esporádica	Inexistente	Não sabe
3	S. J. de Meriti	Secretaria de Obras/ Educação/Saúde	Demais Representantes	Freqüente	Inexistente	Esporádica	Sim
6	Seropédica	Subsecretaria de Saúde	Secretário de Saúde	Inexistente	Freqüente	Freqüente	Sim
17	Seropédica	Poder Executivo	Secretário de Saúde	Inexistente	Freqüente	Esporádica	NR

ANEXO 2C

	0	13	14	14b	15	16	17
	MUNICÍPIOS	**RELAÇÃO CMS x JUDICIÁRIO**	**RELAÇÃO CMS x LID. COM.**	**ENTIDADES**	**CMS ELABORA PMS**	**PMS ATENDE CMS**	**CMS x AÇÕES DE SAÚDE**
9	Belford Roxo	Inexistente	Freqüente	Ongs/Associações de Moradores	Não	Algumas	Na divulgação e fiscalização das ações
12	Belford Roxo	Inexistente	Freqüente	Igreja Católica/ Evangélica	Outras formas de participação	Não	Na execução, divulgação e fiscalização das ações
19	Belford Roxo	Esporádica	Sistemática	NR	Não, até o último	Não	Sistematicamente
8	Magé	Inexistente	Esporádica	Associação de Moradores	Sim, em todas as suas etapas	Sim	No planejamento
14	Magé	Inexistente	Esporádica	Associação de Moradores	Não	Não sabe informar	Na avaliação das ações
7	Mesquita	Inexistente	Esporádica	Associações de Moradores	Não sabe	Não sabe informar	Na avaliação das ações
1	Nilópolis	Freqüente	NR	NR	Sim	Não sabe	NR
2	Nilópolis	Esporádica	Freqüente	Conselhos de Mulheres, Crianças e Adolescentes	Não	Não	No planejamento
13	Nilópolis	Inexistente	Freqüente	—	Sim, em todas as suas etapas	Sim	No planejamento das ações
18	Nilópolis	Freqüente	—	—	—	—	—
10	Nova Iguaçu	Inexistente	Freqüente	—	—	—	—
11	Nova Iguaçu	Inexistente	Freqüente	Cáritas Diocesanas	Sim	Não	Na fiscalização das ações
15	Nova Iguaçu	Freqüente	Freqüente	MAC	Sim, em todas as suas etapas	Sim	Na fiscalização das ações
4	Nova Iguaçu	Não sabe	Freqüente	Igreja Católica/ Evangélica	Sim	Não sabe	Todas
5	Queimados	Inexistente	Freqüente	ONGs; Associação de Moradores; Igreja Católica	Não	Não há plano	Execução, divulgação e fiscalização
16	Queimados	Inexistente	Freqüente	Apae e Igreja Católica	—	Não	Planejamento, execução e fiscalização das ações
3	S. J. de Meriti	Inexistente	Freqüente	Fórum de Saúde; Casa da Cultura	Sim	Não	Fiscalização
6	Seropédica	Inexistente	Freqüente	Igrejas e Ongs	Não sabe	Não	Não sabe, pois nada passa pelo conselho
17	Seropédica	Esporádica	Sistemática	Femab/Resgate/Ass. de Moradores Redentor	Não	Não	Não sabe, pois nada passa pelo conselho

ANEXO 2D

	0	18	19	20	22	23
	MUNICÍPIOS	**DELIBERAÇÕES + IMPORTANTES**	**CMS x RECURSOS**	**DIFICULDADES**	**GASTOS x PRIORIDADES**	**ATIV. DE CAPACITAÇÃO**
9	Belford Roxo	Não foi atendida a compra da ambulância	—	—	Não	Sim
12	Belford Roxo	Programas de saúde direto aos usuários; identificação dos profissionais de saúde; compra de ambulância	—	O conselho não é informado de como aplicar o recurso e só recebe o relatório anual para aprovação	Não	Sim
19	Belford Roxo	Aprovação do relatório gestão 2003; criação dos conselhos locais e conselhos gestores	Sim	Falta de equipe técnica no CMS	Atenção básica e programas	Sim
8	Magé	Audiência com a prefeita	Não	Informações dos órgãos municipais, estaduais, união do Ministério Público, ouvidoria, politicagem	Não	Sim
14	Magé	Instalação do PSF	Não	Não sabe	Não sabe	Sim
7	Mesquita	A entrada do Ministério Público	Sim, de forma irregular	O município se encontra em transi-ção e nunca houve animosidade entre os gestores e usuários	Não	Sim
1	Nilópolis	NR	NR	NR	NR	NR
2	Nilópolis	Ações no MP	Não	Mecanismo; avisos em cima da hora	Não	Sim
13	Nilópolis	Votação dos projetos ncaminhados pelo MS	Não	Falta de informações	Não sabe	Sim
18	Nilópolis	—	—	—	—	—
10	Nova Iguaçu	—	—	—	—	—
11	Nova Iguaçu	—	Sim, de forma irregular		Não	Sim
15	Nova Iguaçu	—	Sim, de forma irregular	Falta internet nos computadores	Não	Sim
4	Nova Iguaçu	Gestão do PSF; Veto na aquisição ambulância	Sim	Falta de transparência e informação	Não sabe	Sim
5	Queimados	Denúncia para o MP	Não	Informação centralizada e restrita; dois anos sem prestação de contas; CMS deliberou apresentação trimestral	Não sabe	Sim
16	Queimados	Ministério Público	Sim, de forma irregular	Apresentação de um planejamento bem detalhado	Não	Sim
3	S. J. de Meriti	Nenhuma	Não	Não recebimento das planilhas; medo das máfias do setor	Não sabe	Sim
6	Seropédica	Nenhuma, porque o secretário de Saúde diz que o município não tem conselho de saúde	Não, pois não tem fundo municipal de saúde	Muitas, pelo fato de nada passar pelo conselho	Não, pela falta de RH, remédios e transporte	Sim
17	Seropédica	Denúncia para o MP	Não há prestação de contas	Conselho não publicado em DOU; não houve nenhuma Conferência Municipal de Saúde; falta total de controle social	Não	Sim

ANEXO 2E

	0	24	25	26	27
	MUNICÍPIOS	**EVENTOS E TEMAS**	**O QUE FALTA**	**PRINCIPAIS PROBLEMAS**	**PRIORIDADES DE SAÚDE**
9	Belford Roxo	Curso de conselheiros em Caxias	__	Falta de saneamento básico	Remédio
12	Belford Roxo	Não lembra	"alguns conselheiros entenderem que não são gestores e sim parte de um poder deliberativo"	Falta de medicamentos; PSF sem estrutura	Contratação de profissionais; melhor remuneração; infra-estrutura
19	Belford Roxo	Curo de conselheiros da UERJ	Apoio técnico e logístico	Falta de política de atenção nas UBS e PSF; falta de critérios na aquisição de medicamentos; faltam postos 24h	Estrutura física e RH; otimização dos recursos
8	Magé	Capacitação de conselheiros, conferências, fóruns seminários,controle social, falta de recursos, planejamento, fiscalização, ações	Acabar com as impunidades	Politicagem, interesse da população de forma isolada e não de forma organizada	Todas
14	Magé	__	__	Tuberculose	Instalação de todos os PSF
7	Mesquita	Confederações de saúde e confederação de ação social, meio ambiente e saneamento	Ministério da Saúde envie p/ conselheiros toda a demanda municipal	Falta de transparência do gestor com o usuário e falta de profissionais concursados	Palestras nas escolas municipais
1	Nilópolis	NR	NR	NR	NR
2	Nilópolis	Combate à desnutrição; Conferência Estadual de Saúde – de Saúde Bucal	MP mais atuante com os conselheiros	Infra-estrutura; desemprego	Postos 24h; hospitais; todo o órgão seja comunicado aos conselheiros
13	Nilópolis	Conferências, encontros regionais de conselheiros, capacitação em políticas públicas, etc.	Sede com estrutura e recursos próprios. Acesso a informações, parceria com outros órgãos de controle	Internações, UTI, alta complexidade	Novo hospital, recuperação e equipamento das outras unidades
18	Nilópolis	__	__	__	__
10	Nova Iguaçu	__	__	__	__
11	Nova Iguaçu	__	Que o repasse e a aplicação dos recursos fundo a fundo sejam decididos na saúde	Falta de serviço de emergência no centro da cidade	Reformulação quanto aos serviços oferecidos e fixação dos profissionais nos serviços de saúde
15	Nova Iguaçu	Curso de conselheiros Municipais de Saúde (UERJ/Inoã)	Mais esclarecimento	__	Estrutura
4	Nova Iguaçu	Curso para conselheiros da UERJ; conscientização do papel do conselheiro	Apoio real do Executivo; informação do fundo a fundo, etc.	Burocracia no acesso a medicamentos, curativos, etc.	RH insuficientes; hospital bem equipado; funcionar bem o que já existe
5	Queimados	Capacitação da UERJ-Lei n.º 8.080; papel dos usuários e gestores levantaram questões mais sérias do município	Estrutura; Compromisso dos conselheiros	Falta de medicamento; PSF; pagamento atrasado; não existe gerenciamento da saúde	Capacitação de RH; condições de trabalho; construção de um hospital
16	Queimados	Capacitação de conselheiros; encontro de conselheiros	Estrutura	Não trabalhar bem a atenção básica	Plano municipal de saúde; investimento em GA; um melhor pronto-atendimento
3	S. J. de Meriti	Curso para Conselheiros UERJ	Responsabilidades individuais/ esquecer questões político-partidárias/	Falta de hospital e maternidade públicos. Falta de remédios e receituário	Co-gestão da Santa Casa Municipal com a prefeitura, ao invés de construir um hospital
6	Seropédica	12.ª Conferência Nacional de Saúde: a saúde que temos e o SUS que queremos; Conf. Mun. do Estatuto da Cidade	Boa vontade do Poder Executivo/ Ajuda do Ministério Público	Muitos	Muitas, pela total falta de estrutura
17	Seropédica	Controle social	Capacitar o MP e o Judiciário; agilizar a justiça; prestação de contas do Executivo	Remédios fornecidos somente para amigos; falta de prestação de contas	NR

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

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

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

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

EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora
Brasília – DF, fevereiro de 2007
OS 0150/2007