MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Participar para Conhecer

1.º Seminário de Gestão Participativa Fórum de Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana II

RIO DE JANEIRO - 2005

Série D. Reuniões e Conferências

Brasília – DF 2007 © 2007 Ministério da Saúde.

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

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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada 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 acessada gratuitamente na página: http://www.saude.gov.br/editora

Tiragem: 1.ª edição - 2007 - 1.000 exemplares

Por motivo de alterações no n.º de ISBN a Editora do Ministério da Saúde suspenderá momentaneamente a utilização do código de barras das capas da publicação.

Série D. Reuniões e Conferências Série Cadernos Metropolitanos

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 435

CEP: 70058-900, Brasília – DF Tels.: (61) 3315-3616 / 3315-3326 Fax: (61) 3322-8377 / 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

Equipe de Apoio: Arlene Silva de Almeida Ivan Luiz Feitosa Cruz Kátia Araújo

Ricards Araújo Vieira Thelma E. A. de Brito Vanderlucia Andrade

Projeto "Gestão Participativa na Atenção à Saúde: Impasses e Inovações em Municípios e Regiões Metropolitanas"

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Coordenação: NESC

Unidades Participantes: FO / NUTES / INJC / EEAN / FF

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Equipe Responsável:

Elson Fontes Cormack (FO/UFRJ) Renata Machado Gonçalves (FO-UFRJ)

Flávia Champion (FF/UFRJ) Guilherme Saide (FO/UFRJ)

Equipe Técnica UFRJ: Ana Pereira Feitosa Assunta Trentin Evanilde Ramos Emilio Teodoro Francisca Ferro Gilberto Antonio Vigiato

losefa Lurdes

Maria de Fátima Vital Braga Maria Iosé Feio

Rosely Antunes da Silva Sandra Vidal

Equipe Técnica UERJ: Maria Inês de Souza Bravo Daniela Batista Brandt Débora de Sales Pereira Jacqueline Aline Botelho Juliana Fiúza Cislaghi

Juliana Souza Bravo de Menezes Mariana Maciel do N. Oliveira Rose Santos Pedreira Rosimere Valentim de Souza

Ficha Catalográfica

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

Participar para Conhecer / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

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

ISBN 978-85-334-1301-6

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

NLM WA 540

Catalogação na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2007/0039

Títulos para indexação: Em inglês: Participate to Learn Em Espanhol: Participante para Conocer

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: Lilian Assunção e Daniele Thiebaut Editoração: Denis Gonçalves

SUMÁRIO

Lista de Figuras, Gráficos e Quadros5
Lista de Tabelas
Apresentação11
1 Introdução
2 Considerações Iniciais
3 Panorama de Saúde da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro
3.1 Panorama Sanitário da RM II – RJ
3.1.1 Indicadores de natalidade, mortalidade e morbidade 19
3.2 Panorama da Assistência
3.2.1 Rede de serviços
3.3 Panorama da Atenção Básica 48
3.3.1 Os desafios referentes à atenção básica e à saúde da família 49
3.4 Mecanismo de Financiamento da Saúde 55
3.4.1 Mecanismos de transferência e alocação dos recursos federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde
3.4.2 Piso de Atenção Básica (PAB) 57
3.4.3 Teto financeiro para ações de média e alta complexidade 59
3.4.4 Transferência fundo a fundo
3.4.5 Transferência e aplicação dos recursos financeiros 60
3.4.6 Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a metodologia de cálculo dos tetos financeiros no Estado do Rio de Janeiro 63
3.4.7 Recursos financeiros da saúde nos municipios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro
3.5 Captação de Recursos Financeiros
3.6 Os Desafios da Gestão Participativa para a Construção do SUS 67
3.6.1 Controle social das políticas públicas e panorama dos conselhos de saúde da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

3.7 C)s De	safios da Gestão Participativa	74
3	.7.1	Os desafios da democracia brasileira e um novo ciclo democrático do SUS	. 74
3.8 A	Parti	cipação Popular	. 77
3.9 C) Con	trole Social e o Gestor	78
3.10 (O Ges	stor e o Controle Social	80
3.11 (Э Соі	ntrole Social no PSF	81
4 Discu	ssão (dos Grupos	83
4.1 C	Carta (Compromisso da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro	83
Referênc	cias B	ibliográficas	85
Anexo	•••••		87

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

-IGURA 1 – Mapa do Estado do Río de Janeiro	15
FIGURA 2 – Mapa da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro	16
GRÁFICO 1 – Distribuição Percentual da População Residente, por Município, da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003	17
GRÁFICO 2 – Número de Nascidos Vivos na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, em 2000	19
GRÁFICO 3 – Percentual de Nascidos Vivos de Baixo Peso	20
GRÁFICO 4 – Mortalidade Infantil por Mil Nascidos Vivos nos Municípios da Região Metropolitana II e Estado do Rio de Janeiro, em 2002	21
GRÁFICO 5 – Mortalidade Infantil na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, nos anos de 1988 a 2002	22
GRÁFICO 6 – Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002	24
GRÁFICO 7 – Óbitos por Causas Externas na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002	25
GRÁFICO 8 – Percentual de Mortes por Neoplasias na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002	26
GRÁFICO 9 – Proporção de Idosos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002	27
GRÁFICO 10 – Incidência de casos de HIV na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre 1999 e 20032	28
GRÁFICO 11 – Morte por HIV nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro	29
GRÁFICO 12 – Ocorrência de Tuberculose nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002	30
GRÁFICO 13 – Número de Indivíduos com Diabetes na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002	31
GRAFICO 14 – Número de Leitos Existentes e Necessários na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, por especialidade	33
GRÁFICO 15 – Número Total de Leitos de UTI Existentes e Necessários na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro	34
GRÁFICO 16 – Número de Leitos em Pediatria na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003	34

GRÁFICO 36 – Total de Unidades Ambulatoriais por Município da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 200346
GRÁFICO 37 – Proporção de Consultórios Médicos e Equipos Odontológicos, por Dez Mil Habitantes, por Município da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003
GRÁFICO 38 – Percentagem de Procedimentos Especializados por Municipio, na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003
GRÁFICO 39 – Percentagem de Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade por Município, na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 200347
GRÁFICO 40 – População dos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, e Percentagem da Cobertura do PSF, no ano de 2002
GRÁFICO 41 – Quantidade de ESF e ESB na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro 57
GRÁFICO 42 – Número de Equipes de Saúde da Família e Número de Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro
GRÁFICO 43 – Relação entre o Número de Unidades de Saúde da Família e o Número de Equipes de Saúde da Família, na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2002
GRÁFICO 44 – Transferência de Recursos para o PSF por Município da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2004
GRÁFICO 45 – Transferência de Recursos Financeiros por Municipio da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre 2001 e 2004
GRAFICO 46 – Transferência de Recursos da Assistência Hospitalar e Ambulatorial mais Ações Estratégicas dos Municipios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre 2001 e 2004
QUADRO 1 – Ano de Formação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro
QUADRO 2 – <i>Quorum</i> para Deliberação e Periodicidade das Reuniões dos Conselhos Municipais da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro
QUADRO 3 – Composição dos Conselhos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro70
QUADRO 4 – Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro
QUADRO 5 – Existência de Outros Conselhos de Políticas e Direitos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

LISTA DE TABELAS

Rio de Janeiro	17
TABELA 2 – Mortalidade Materna nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 e 2002	23
TABELA 3 – Número de Indivíduos com Hanseníase e Dengue nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002	31
TABELA 4 – Modelo de Atenção, População Coberta e Percentagem da População Coberta na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro	54
TABELA 5 – Repasses Fundo a Fundo para os Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro	60
TABELA 6 – Percentuais Mínimos de Vinculação Previstos na EC 29/00	65

APRESENTAÇÃO

A luta pelo direito à saúde no Brasil é exemplo pioneiro de um movimento social que conseguiu congregar amplos setores da população para assegurar, na Constituição de 1988, que a saúde seja 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, com mais de cem 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.

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

TAKTICITAK TAKA COMILECEK

1 INTRODUÇÃO

Os Cadernos Metropolitanos são fruto do 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Têm por objetivo oferecer informação e conhecimento que auxiliem na formulação de políticas públicas, definindo prioridades e metas sociais em saúde para a Região e, assim, contribuir para canalizar investimentos e organizar os meios para atingi-los. Com apoio do Ministério da Saúde – por meio da Secretaria de Gestão Participativa – expressam um esforço conjunto dos Conselhos de Saúde da Região, das Universidades Federal e Estadual do Rio de Janeiro, e propõem ser um dos instrumentos para a construção de uma agenda comum que influencie na qualidade de vida e na atenção à saúde da população.

Esse trabalho foi elaborado a partir das apresentações dos conferencistas do 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região e das conclusões dos grupos de discussão realizados durante o evento. A maior parte das apresentações foi transcrita e disponibilizada, juntamente com os seus respectivos gráficos e tabelas. Em alguns casos, informações, comentários, gráficos ou tabelas foram acrescentados ao texto, a fim de complementar o tema, uma vez que as apresentações foram, durante o evento, limitadas pelo tempo, impedindo os expositores, em alguns casos, de abranger todos os aspectos dos temas propostos.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo informações do IBGE, o Brasil apresentava, em 2001, um território de 8.514.215,3km², com uma população de 169.872.856 pessoas. 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 43.864,3km² e sua população, 14.391.282 pessoas (CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO RIO DE JANEIRO, 2005). Apresenta 92 municípios divididos em oito regiões geográficas.

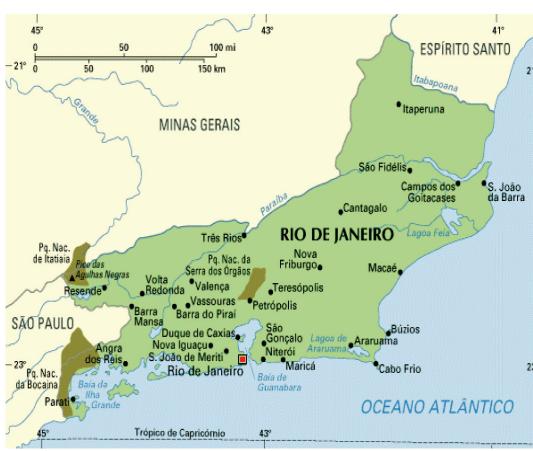


Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro

Fonte: <www.saude.rj.gov.br>, 2001.

Silva Jardim **Rio Bonito** Itaboraí Tanguá S. Gonçalo Viterói Maricá MÓDULOS ASSISTENCIAIS MUNICÍPIOS SEDE MUNICÍPIOS ADSCRITOS △ MÓDULO 1 O MÓDULO 1 METROPOLITANA MÓDULO 2 MÓDULO 2 ▲ MÓDULO 3 MÓDULO 3 microrregião1 ▲ MÓDULO 4 MÓDULO 4 microrregião2 MÓDULO 5 MÓDULO 5 microrregião3 ▲ MÓDULO 6 MÓDULO 6 microrregião4

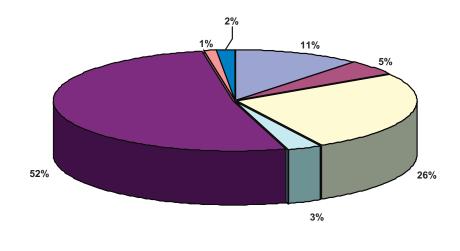
Figura 2. Mapa da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Fonte: <www.saude.rj.gov.br>, 2001.

A Região Metropolitana II do Rio de Janeiro é formada por sete municípios, representa 6,18% do território do estado e 11,89% da população estadual. Integram a Região, os municípios de Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Esta Região está dividida em quatro microrregiões.

A seguir observamos a distribuição da população residente, bem como a área total e a população residente de cada um dos municípios da Região.

Gráfico 1. Distribuição Percentual da População Residente, por Município, da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



■ ITABORAÍ ■ MARICÁ ■ NITERÓI ■ RIO BONITO ■ SÃO GONÇALO ■ SILVA JARDIM ■ TANGUÁ

Fonte: SES/RJ.

Tabela 1. Área Total e População Residente na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Municípios	Área (km²)	População Residente
Itaboraí	424	210.735
Maricá	362	92.227
Niterói	129	471.403
Rio Bonito	462	52.015
São Gonçalo	249	948.216
Silva Jardim	938	22.868
Tanguá	147 28.861	
Total Metropolitana II	2.711	1.826.325

Fonte: IBGE, 2004.

3 PANORAMA DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

3.1 PANORAMA SANITÁRIO DA RM II – RJ

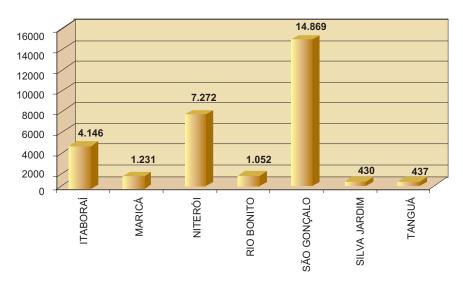
Prof. Elson Cormack - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Todo cidadão tem o direito e o dever de conhecer a situação de saúde do seu município e da região onde reside. Por meio deste conhecimento, o cidadão pode, junto aos conselhos municipais de saúde, reivindicar os seus direitos. O perfil de saúde de uma região pode ser conhecido pelo estado de saúde da população, identificando quais as doenças mais comuns e quais as principais causas de morte das pessoas. Isso é feito por meio de indicadores de mortalidade e de morbidade, ou seja, quem nasce e quem morre, e quem nasce e fica doente.

3.1.1 Indicadores de natalidade, mortalidade e morbidade

A natalidade é definida por quantos bebês nascem a cada ano. Essa informação é dada mostrando-se o número de crianças nascidas vivas para cada mil habitantes.

Gráfico 2. Número de Nascidos Vivos na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, em 2000



Fonte: CIDE, 2002.

TAKTICHAK TAKA CONTILCEN

O Gráfico 2 apresenta os nascimentos em cada município da Região no ano de 2000. É possível observar que o Município de São Gonçalo é o maior responsável pelo número de nascidos vivos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro.

7.22 **TANGUÁ** 9.28 **SILVA JARDIM SÃO GONÇALO RIO BONITO** 9.02 **NITERÓI** 9.97 MARICÁ 8.14 **ITABORAÍ** 2.00 4.00 6.00 8.00 10.00

Gráfico 3. Percentual de Nascidos Vivos de Baixo Peso

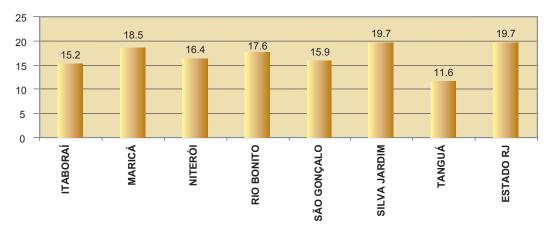
Fonte: CIDE, 2002.

O Gráfico 3 apresenta o percentual de bebês nascidos vivos de baixo peso nos municípios da Região. Essa informação é importante, pois geralmente está relacionada à atenção à gestante, e também pelo fato de que esses bebês têm um risco maior de morte e que podem gerar a necessidade de atenção especializada dos serviços de saúde. Nos dados de 2002 é possível observar que o Município de Maricá apresenta o maior número de nascidos vivos entre todos os municípios da Região.

A mortalidade é definida pelo número de pessoas que morre em determinada época ou região. Mas esses óbitos se distribuem de forma diferenciada entre a população. É necessário, portanto, saber as causas de mortes e em que grupos da população ela ocorre com mais freqüência.

A mortalidade neonatal, por exemplo, que ocorre em bebês de 0 a 27 dias, pode ser dividida em neonatal precoce e neonatal 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 em até seis 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. A mortalidade neonatal tardia é a morte de crianças após os primeiros seis dias até 27 dias após o parto e, em geral, têm como causas situações que poderiam ser evitadas com orientação e assistência no pré-natal, no parto e/ou no puerpério. Prematuridade e infecções pós-parto são exemplos de situações "preveníveis" pela adequada assistência à gravidez e ao parto.

Gráfico 4. Mortalidade Infantil por Mil Nascidos Vivos nos Municípios da Região Metropolitana II e Estado do Rio de Janeiro, em 2002



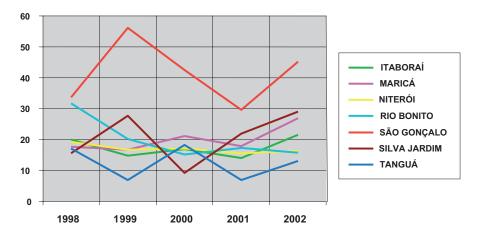
Fonte: CIDE, 2002.

O Gráfico 4 demonstra a relação de óbitos neonatais e pós-natais nos municípios da Região Metropolitana II e no Estado do Rio de Janeiro. Este dado é importante para apontar a necessidade de investimento no cuidado ao pré-natal, parto e puerpério na região. É possível observar que o Município de Silva Jardim apresenta o maior índice, com valor semelhante à média apresentada em todo o Estado do Rio de Janeiro. Todos os municípios da Região Metropolitana II apresentam valores próximos, com exceção de Tanguá, que tem um valor mais baixo.

Há algumas décadas, crianças de até 1 ano de idade morriam, em grande parte, devido a doenças relacionadas às condições ambientais (saneamento básico) 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 e do controle de doenças – como a vacinação e o soro caseiro –, foi possível diminuir a mortalidade infantil na Região.

Gráfico 5. Mortalidade Infantil na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, nos anos de 1988 a 2002



Fonte: CIDE, 2002.

O Gráfico 5 apresenta números relacionados à mortalidade infantil nos municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre os anos de 1998 e 2002, podendo aferir-se um paralelo entre a situação de saúde e a condição social da população. Em Itaboraí observa-se uma mortalidade infantil que, em 1998, situava-se ao redor de 20 por cada mil crianças nascidas, e chegou a 2002 numa acentuada tendência de crescimento.

Em Maricá observou-se um trajeto muito semelhante, ou seja, em 1998 havia menos de 20 mortes por mil, e nos últimos anos esse índice sofreu um acentuado crescimento. Observou-se ainda no Município de Niterói uma ligeira queda, já que em 1998 havia 20 por mil e, em 2002, ficou ao redor de 18 por mil. Em Rio Bonito o índice era muito alto em 1998, com mais de 30 mortes por mil, e elas tiveram uma queda bastante acentuada, chegando próximo ao índice de Niterói (18 por mil). Entretanto, no Município de São Gonçalo observou-se a maior variação: de mais de 30 por mil em 1998, chegou-se perto de 60 por mil em 1999, declinando nos dois anos seguintes, chegando ao redor de 30 por mil em 2001, mas voltando a subir em 2002 para mais de 40 por mil, perfazendo uma grande e estranha oscilação.

No Município de Silva Jardim observou-se também uma grande oscilação, uma vez que em 1998 havia um pouco menos de 20 por mil, subindo em 1999 e caindo em 2000, talvez para o menor nível de todos os municípios da Região, mas elevando-se nos dois anos subseqüentes, com uma tendência de alta muito ruim. Igualmente, Tanguá apresenta uma oscilação bastante marcante, mas com uma certa tendência de queda. Em 1998 apresentava 20 por mil, caindo em 1999, mas subindo em 2000 para cair novamente em 2001 e tornar a subiu um pouco em 2002. É possível que em 2003 os dados possam confirmar a tendência de queda.

A gestação é um momento muito importante e de felicidade para a mulher e seus familiares. Acontecimentos inesperados, no entanto, podem acontecer como a morte materna, que pode ser diminuída ou evitada com uma boa assistência no pré-natal, parto e puerpério. Chama-se morte materna quando uma mulher morre por problema relacionado à gestação, no momento do parto e no puerpério, ou assistência realizada nesses períodos. Acompanhar o índice de mortalidade materna é um excelente indicador para se avaliar a qualidade dos serviços à saúde em um município, e pode ser investigada no âmbito local, adotando-se comitês de mortalidade materna que identifiquem as causas e proponham medidas necessárias para evitar esses óbitos. Porque 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.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o seu término, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não-devida a causas acidentais ou incidentais.

Tabela 2. Mortalidade Materna nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 e 2002

	Ano 2000	Ano 2002
Estado do RJ	76	75,01
Maricá	81,23	81,7
Niterói	54,98	142,18
Itaboraí	24,12	55,01
Rio Bonito	95,06	121,36
São Gonçalo	60,52	84,01
Silva Jardim	sem registro	288,86
Tanguá	228,83	sem registro

Fonte: SES-RJ/SPD/CISA/DDV(SIM) e (Sinasc).

A Tabela 2 apresenta dados relativos às taxas de mortalidade materna nos municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, nos anos de 2000 e 2002, expressos pelo número de óbitos femininos por cem mil nascidos vivos, evidenciando-se a necessidade de atuação para promover a mudança desta realidade. O Município de Maricá apresenta um valor semelhante nos anos apresentados, porém com valor superior à média do Estado do Rio de Janeiro.

Os municípios de Niterói, Itaboraí, Rio Bonito e São Gonçalo apresentaram um aumento na taxa de mortalidade materna, entre os anos de 2000 e 2002, sendo que, em Niterói, o valor praticamente triplicou entre os anos citados, e, em Itaboraí, o

TAKITCHAK TAKA CONTILCEK

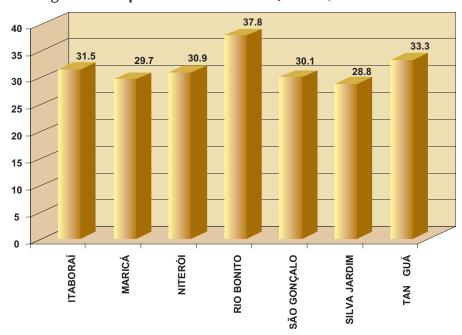
valor quase dobrou, sendo necessário descobrir o motivo do acentuado aumento dessas mortes, para poder controlar a causa e diminuir os valores. Niterói, como município-pólo da região e uma rede assistencial de maior monta, recebe pacientes oriundos de outros municípios da região, mormente que apresentem complicações em seus quadros clínicos, não raramente evoluindo para o óbito, o que deve aumentar os índices de mortalidade materna no município.

Nos municípios de Silva Jardim e Tanguá não foi possível fazer uma comparação, porque não apresentam dados completos na fonte pesquisada, mas apresentam valores de morte materna extraordinariamente elevada.

A principal causa de morte de homens e mulheres adultos, no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil, é por doenças do aparelho circulatório e cardíaco, isto é, as chamadas doenças do coração, tais como hipertensão (pressão alta), angina, infarto, insuficiência cardíaca, derrame e outras.

Em geral, as doenças do coração estão relacionadas ao ritmo de vida e aos comportamentos no dia-a-dia. O estresse, isto é, as tensões e as preocupações cotidianas, afetam e alteram o funcionamento do corpo, podendo levar à pressão alta e aos problemas do coração. O tipo de alimentação também pode contribuir para esse problema. O hábito de praticar exercícios físicos e outras atividades prazerosas e relaxantes é muito importante para manter uma pessoa saudável, e ajuda a prevenir as doenças ligadas ao coração, tais como a hipertensão.

Gráfico 6. Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002



Fonte: CIDE, 2002.

O Gráfico 6 evidencia a morte de homens e mulheres da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, por doenças do aparelho circulatório e do coração. Podendo ser observado que os valores entre os municípios da Região são semelhantes, com exceção de Rio Bonito que apresenta um número de mortes por problemas circulatórios e do coração mais elevado. É necessária a atuação conjunta de vários setores para a diminuição destes valores.

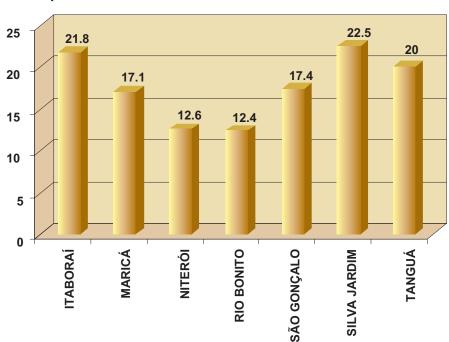


Gráfico 7. Óbitos por Causas Externas na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002

Fonte: CIDE, 2002.

O Gráfico 7 mostra o grupo de óbitos por causas externas, que são aquelas decorrentes dos acidentes de trânsito e/ou outros tipos de acidentes, homicídios e suicídios.

A principal causa de 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.

Os municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, como Silva Jardim, Itaboraí e Tanguá, apresentam valores consideráveis e os municípios de Niterói e Rio Bonito apresentam os menores valores da Região. Este valor significativo pode ser devido à estrada que liga os municípios da Região. Para diminuir estes números e atender corretamente estes pacientes, faz-se necessárias a capacitação de profis-

TAKTICHAK TAKA CONTILCEK

sionais e os trabalhos preventivos e educativos, englobando vários setores para ter maior cuidado no trânsito nesta Região assim como a construção de passarelas.

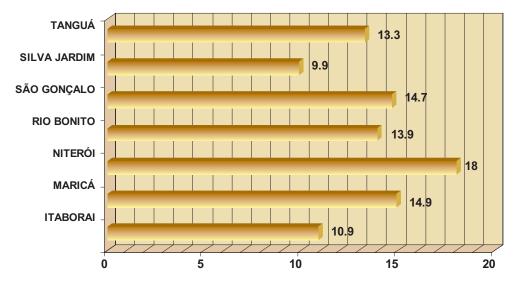
Se as mortes violentas afetam mais os homens, as mulheres, por outro lado, são vítimas de agressões e violências, muitas vezes por parte de pessoas conhecidas e próximas como namorados, companheiros, pais, padrastos e outros parentes.

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 enfrentála, é necessária a atuação de diferentes setores da sociedade e do poder público, entre eles a área da Saúde. Além de atenderem as 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 as disputas e os conflitos político-partidários sejam superados.

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.

Gráfico 8. Percentual de Mortes por Neoplasias na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002



Fonte: CIDE, 2002.

O Gráfico 8 apresenta os valores de mortes por neoplasias na Região Metropolitana II, sendo possível observar que Niterói registra o maior valor, e Silva Jardim o menor. É importante ter na Região profissionais preparados, equipamentos e infraestrutura para diagnosticar a doença em fase inicial para que esta realidade seja modificada.

A população brasileira tem apresentado, nas últimas décadas, maior expectativa de vida. Com isso a população idosa aumentou consideravelmente. O gráfico a seguir apresenta a proporção da população idosa na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro.

13.76 14 10.35 12 9.71 9.28 9.21 8.21 10 7.46 8 6 4 2 SÃO GONÇALO ITABORAÍ MARICÁ NITERÓI **RIO BONITO** SILVA JARDIM TANGUÁ

Gráfico 9. Proporção de Idosos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002

Fonte: CIDE, 2002.

Existe uma grande proporção de idosos em Itaboraí, Maricá, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá, Niterói e Rio Bonito, o que demonstra um envelhecimento da população. Quanto mais urbanizada, bem tratada e saudável, mais esta população consegue envelhecer. Então, há uma proporção de idosos de 7,46% em Itaboraí; 10% em Maricá; 13,7% em Niterói; 9% em Rio Bonito; 9,2% em Silva Jardim; e 8,21% em Tanguá. Isto demonstra claramente que, de alguma forma, ainda que não-homogênea, essa população está envelhecendo.

Os dados de aids notificados à Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro mostram que o número de novos casos, bem como a taxa de incidência de aids, vem apresentando redução desde 1997. A maior concentração de casos permanece entre residentes da Região Metropolitana, que apresenta também os municípios com taxas mais elevada, e apontam para uma maior velocidade de crescimento das taxas nas regiões Noroeste, Norte Fluminense e Centro-Sul Fluminense. Os grupos etários entre 20 e

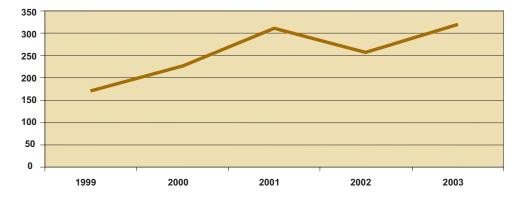
49 anos concentram cerca de 80% dos casos (84,9% para homens e 80,4% para as mulheres). O processo de "feminilização" é notado com a diminuição da razão homem *versus* mulher no Estado do Rio de Janeiro, como um todo. Em 1993, a razão era de 3,5 e, em 2003, já está 1,8.

O vírus que provoca a aids chama-se HIV e tem como característica conseguir destruir as defesas naturais do organismo, enfraquecendo as pessoas, que ficam mais vulneráveis para contrair outras doenças, como pneumonia e tuberculose. Uma pessoa pode viver dez anos com HIV sem apresentar sinais ou doenças, mas mesmo assim pode transmitir o HIV para outras pessoas. A aids não tem cura; mas já tem tratamento. É uma doença que pode ser evitada, mas exige conscientização da população e campanhas educacionais constantes, que esclareçam sobre as formas de prevenção, como o uso de camisinha no ato sexual, o não-compartilhamento de seringas (injeção) e o cuidado durante a gravidez e o período de amamentação (em que as mulheres portadoras do vírus HIV não podem dar leite do peito aos seus bebês) quando as mães portadoras podem obter leite em pó especial nos postos de saúde dos municípios.

Outra doença sexualmente transmissível é a sífilis, que diferentemente da aids pode ser tratada (por meio de tratamento gratuito ofertado em postos de saúde) e está presente na população da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, assim como a sífilis congênita (que passa de mãe contaminada para seu bebê) pode ser evitada por meio de um projeto educativo-informativo para gestantes durante o pré-natal.

Os gráficos a seguir mostram o número de pessoas acometidas e que morrem, a cada ano, por HIV e aids na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro.

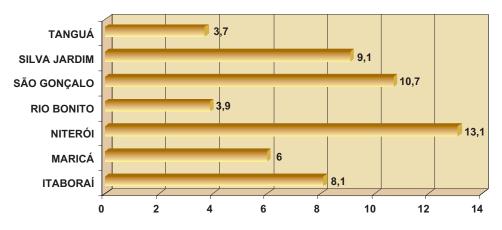
Gráfico 10. Incidência de Casos de HIV na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre 1999 e 2003



Fonte: CIDE, 2004.

Com o Gráfico 10 é possível observar que, entre os anos de 1999 e 2001, houve um considerável aumento de novos casos de HIV e aids na região, tendo uma queda no ano de 2002, aumentando novamente com valor expressivo em 2003. Embora a doença tenha sido declarada prioritária, os dados demonstram que seu controle na Região ainda é um objetivo distante.

Gráfico 11. Morte por HIV nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro



Fonte: CIDE, 2002.

Com o Gráfico 11 é possível observar que o município que apresenta maior número de mortes por HIV e aids é Niterói, e os menores valores estão nos municípios de Tanguá e Rio Bonito. Este dado é importante para mostrar a realidade dos municípios, e atuar de forma mais enérgica com campanhas educativas e informativas.

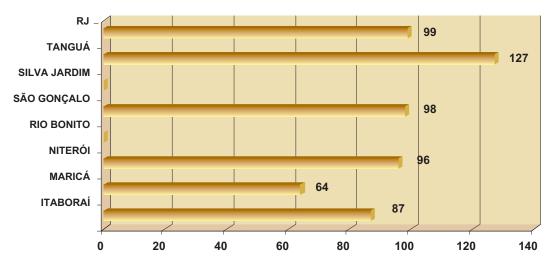
No Brasil, ocorrem cerca de cem mil casos novos de tuberculose, anualmente, e o Estado do Rio de Janeiro se destaca no quadro nacional por apresentar, a cada ano, a maior incidência de tuberculose do País. O coeficiente de incidência de 99 casos para cada cem mil habitantes é quase duas vezes maior do que a média nacional. Por isso a doença foi declarada como prioritária no Estado desde 1999, e o Programa de Controle da Tuberculose vem trabalhando com afinco nos últimos anos para reverter este quadro.

Apesar de muitos avanços, o Estado ainda está distante do controle da tuberculose, meta que só pode ser atingida com o compromisso de todos os segmentos envolvidos, espelhado em ações concretas. Esta 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 de exclusão do mercado de trabalho, agravando ainda mais sua situação de carência. Além disso, o tempo de tratamento é muito longo (6 meses), não podendo ser interrompido mesmo que o doente não apresente mais sinais e sintomas.

TAKITCHAK TAKA CONTILCEN

Resta a cada um refletir sobre seu papel político, social e técnico nesta empreitada, e assumir a sua parcela de responsabilidade para atenuar esta realidade.

Gráfico 12. Ocorrência de Tuberculose nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002



Fonte: CIDE, 2002.

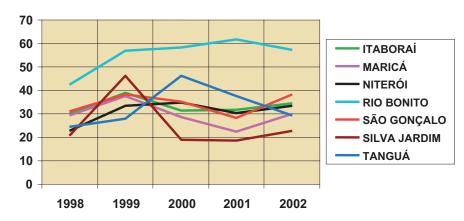
O Gráfico 12 mostra a ocorrência de tuberculose nos municípios da Região Metropolitana II, sendo possível observar que o Município de Tanguá apresenta valores maiores que o Estado do Rio de Janeiro, este dado é importante para propor estratégias de enfrentamento dessa doença de forma eficiente por meio dos sistemas de saúde locais.

O diabetes é considerado uma doença crônico-degenerativa. Pessoas que apresentam risco potencial de desenvolver esta doença apresentam alguns fatores, como: ter mais de 45 anos, apresentar excesso de peso, sedentarismo, hipertensão arterial, alterações nas taxas de colesterol e triglicérides sangüíneos e história familiar de diabetes.

Esses fatores servem para ambos os sexos. A melhor maneira de identificar o prédiabetes é por meio da dosagem de glicemia. Quando uma pessoa já possui a doença, apresenta alguns sinais e sintomas, como: aumento da sede, aumento do número de micções (vontade de urinar), principalmente à noite, dores em membros inferiores, infecções freqüentes, alterações visuais (visão embaçada), dificuldade na cicatrização de feridas, perda de peso, formigamento nos pés e furunculose.

Hoje, como não há etapa preventiva, as pessoas já ingressam no sistema de saúde apresentando um grau avançado de desenvolvimento da doença, o que resulta, por exemplo, numa alta incidência de amputações.

Gráfico 13. Número de Indivíduos com Diabetes na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002



Fonte: CIDE, 2002.

O Gráfico 13 mostra o número de pessoas com diabetes na Região Metropolitana II. É possível observar como o número de pessoas diabéticas em Rio Bonito é expressivo, quando comparados com os outros municípios da Região. Silva Jardim apresentou uma elevação brusca no número de casos da doença em 1999, com posterior diminuição em 2000, permanecendo constante em 2001 e tendo um pequeno aumento em 2002. Tanguá apresentou, no mesmo período, um aumento expressivo e, a partir de 2000 até 2002, apresentou queda acentuada. Os outros municípios da região apresentam características semelhantes da presença dessa doença entre seus habitantes.

Tabela 3. Número de Indivíduos com Hanseníase e Dengue nos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2002

MUNICÍPIO	HANSENÍASE	DENGUE
Itaboraí	44	940
Maricá	11	193
Niterói	88	12.557
São Gonçalo	147	5.050
Rio Bonito	5	7
Silva Jardim	7	32
Estado do RJ	2.725	69.269

Fonte: CIDE, 2002.

Para complementar o quadro sanitário da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, apresentam-se na Tabela 3 dados sobre a hanseníase e dengue, que são problemas crônicos na Região, sub-dimensionados pela ausência de informações confiáveis.

No caso específico da hanseníase, as dificuldades de diagnosticar a doença (mancha no corpo, onde a pessoa perde a sensibilidade na região afetada) e de se efetivarem intervenções no curso da doença dificultam consideravelmente o tratamento. O Município de São Gonçalo apresenta um valor muito elevado quando comparado com os outros municípios da Região, sendo necessário descobrir e controlar os motivos desta realidade sanitária.

Em relação aos casos de dengue, é possível observar que os municípios de Niterói e São Gonçalo apresentaram um número muito alto de casos em 2002. Este quadro vem denunciar a falta de atenção básica de qualidade, na medida em que é uma doença de fácil controle, por meio de políticas efetivas de prevenção específica dos agentes causais.

3.2 PANORAMA DA ASSISTÊNCIA

Dra. Marta Moraes - Secretária Municipal de Saúde de São Gonçalo

3.2.1 Rede de serviços

Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, a Região Metropolitana II está dividida em quatro microrregiões: **METRO II.1** (Niterói e Maricá), **METRO II.2** (São Gonçalo), **METRO II.3** (Itaboraí e Tanguá) e **METRO II.4** (Silva Jardim e Rio Bonito).

METRO II.1: Niterói possui 2.387 leitos credenciados no SUS. Este município é referência nos procedimentos de média e alta complexidade, é pólo estadual para oftalmologia e será pólo regional para média e alta complexidade II e III, tendo em vista que a maioria dos municípios da Região tem deficiência de serviços com capacidade para atender a demanda. Maricá possui 64 leitos credenciados, é referência em ELISA (anti-HIV 1 e 2), contagem de Linfócitos T (CD4 e CD8) e para procedimentos de alta complexidade para o Rio de Janeiro e Cabo Frio, e de média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro.

METRO II.2: Possui 1.668 leitos e apenas um módulo assistencial, é referência para realização de cateterismo de câmaras cardíacas e tomografias, procedimentos de alta complexidade para o Rio de Janeiro, Petrópolis e Niterói e de média complexidade para Niterói. Este município é um dos pólos da Região para média complexidade.

METRO II.3: Itaboraí é o município-sede deste módulo, possui 1.129 leitos disponíveis para usuários do SUS, é referência para procedimentos de alta complexidade para o Rio de Janeiro e média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro, e receberá os pacientes provenientes de Tanguá que necessitarem de atendimento de média

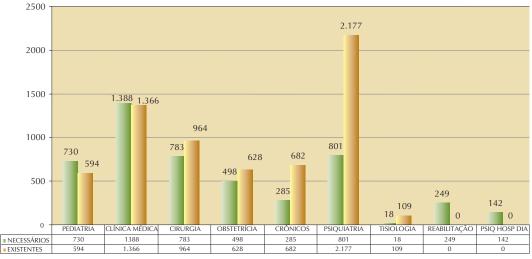
complexidade I. Tanguá possui 180 leitos credenciados no SUS, todos eles na Clínica Psiquiátrica, e é referência para procedimentos de alta complexidade para Niterói, São Gonçalo e Cabo Frio, e média complexidade II e III para Niterói e Rio de Janeiro.

METRO II.4: Não há um pólo microrregional e possui dois módulos assistenciais. Silva Jardim possui atualmente 14 leitos disponíveis aos usuários do SUS, divididos pelas especialidades básicas, é referência para procedimentos de alta complexidade para o Rio de Janeiro. O Município de Rio Bonito possui 712 leitos credenciados, é referência para procedimentos de alta complexidade para Cabo Frio, Niterói, e de média complexidade para Niterói e Maricá.

Estes dados devem estar sempre à disposição de todos os municípios da Região, para que haja comunicação entre os mesmos, possibilitando a perfeita distribuição de vagas e serviços, evitando uma superposição de recursos e serviços.

A rede hospitalar de toda Região Metropolitana II é composta por um hospital universitário, seis unidades estaduais, 13 unidades municipais e 40 unidades privadas. O setor privado detêm em torno de 67% da oferta da prestação dos serviços hospitalares. Entre os sete municípios da região, Tanguá é o único que não possui hospital municipal.

Gráfico 14. Número de Leitos Existentes e Necessários na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, por especialidade



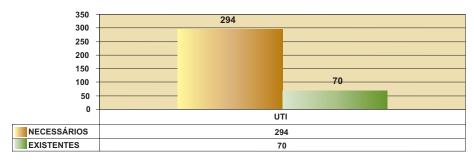
Fonte: SES/RJ, 2003.

Com o Gráfico 14 é possível observar o número de leitos existentes e necessários em Pediatria, Clínica Médica, Obstetrícia, Cirurgia, leitos crônicos, Psiquiatria, Fisiologia, reabilitação e hospital-dia. Em hospital-dia existe necessidade de 142 leitos e ainda não há nenhum disponível na Região. Na área de reabilitação, há necessidade de 249 leitos e a Região Metropolitana II também ainda não dispõe de nenhum. Em

TAKITCHAK TAKA CONTILCEN

compensação, existem muito mais leitos de Psiquiatria do que o necessário para a Região. Nas especialidades de Cirurgia e Clínica Médica, os leitos disponíveis são compatíveis com a necessidade da Região. Pode-se concluir que um dos problemas de gestão que a Região enfrenta é o da redistribuição de leitos.

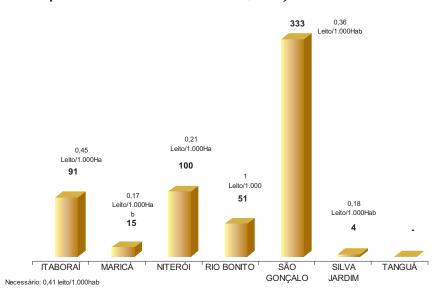
Gráfico 15. Número Total de Leitos de UTI Existentes e Necessários na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro



Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 15 é possível observar a relação entre o número de leitos disponíveis para a população e a necessidade de leitos de terapia intensiva. Entre a necessidade da Região Metropolitana II (294 leitos) e o total de 70 leitos disponíveis na região como um todo, percebe-se que o valor disponível não chega a ¼ do número de leitos que a Região necessita para atender a população. Constata-se que, devido a essa defasagem, é difícil conseguir leitos para internação em CTI, fato que ocorre não só na RM II, mas no Estado do Rio de Janeiro como um todo.

Gráfico 16. Número de Leitos em Pediatria na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003

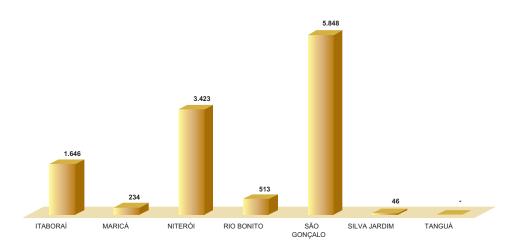


TAKITCHAK TAKA COMILEEK

Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 16 observa-se a oferta de leitos em Pediatria por município. O ideal é que haja 0,41 leito disponível para cada mil habitantes. Somente Itaboraí está próximo desse parâmetro. A Região apresenta variações de valores relevantes, tais como Rio Bonito, apresentando uma oferta de um leito, em contrapartida a Tanguá que apresenta oferta irrelevante de leitos.

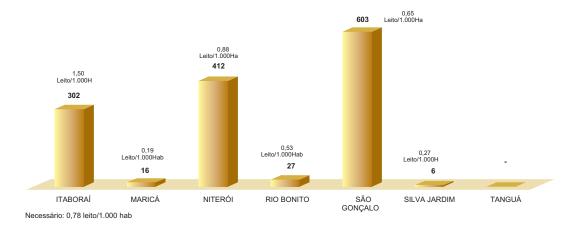
Gráfico 17. Número de Internações em Pediatria por Município da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 17 é possível observar o número de internações em Pediatria, para comparar a utilização desses leitos com a sua disponibilidade, sempre disponíveis para o SUS, sejam próprios, públicos ou conveniados. Vê-se que Niterói, São Gonçalo e Itaboraí são os que mais internam, proporcionalmente aos leitos cadastrados.

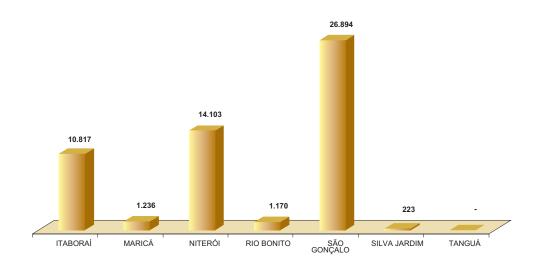
Gráfico 18. Número de Leitos em Clínica Médica na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 18 é possível observar o número de leitos em clínica médica: o parâmetro é 0,78 leitos por mil habitantes. Niterói apresenta 0,88; uma oferta compatível. Itaboraí tem 1,5; quase o dobro do necessário em oferta de leitos. São Gonçalo com 0,65 e os outros também abaixo, o que significa que, em relação à oferta de leitos em Clínica Médica, a maioria dos municípios da Região Metropolitana II ainda está abaixo do necessário.

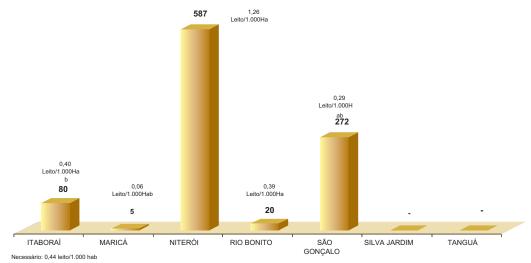
Gráfico 19. Número de Internações em Clínica Médica da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 19 é possível observar que o município da Região que absorve maior número de internações em Clínica Médica é São Gonçalo, mesmo apresentando um número menor de leitos disponíveis na área quando comparado com Itaboraí, por exemplo, que tem valores maiores que os necessários para sua população.

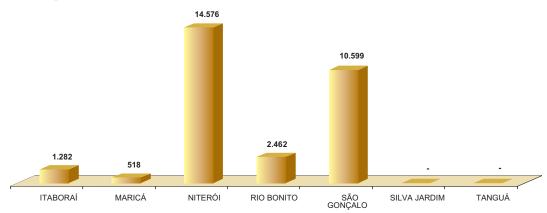
Gráfico 20. Número de Leitos em Cirurgia na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

Com o Gráfico 20 é possível observar o número de leitos em Cirurgia disponíveis na Região Metropolitana II. O parâmetro desejável é 0,44 leitos para cada mil habitantes. É grande a oferta de leitos cirúrgicos observada em Niterói: 1,26. Os municípios de Itaboraí e Rio Bonito apresentam um número de oferta bem próximo do ideal. Os demais municípios têm consideravelmente menos leitos que o necessário.

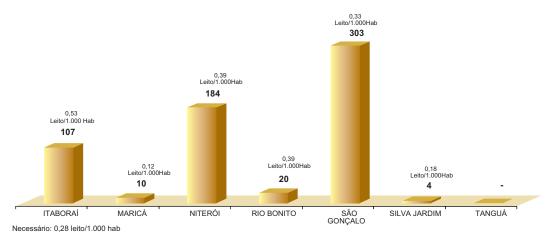
Gráfico 21. Número de Internações em Cirurgia na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 21 é possível observar que o número de internações em Cirurgia está proporcional à oferta de leitos. Portanto, Niterói e São Gonçalo são os principais municípios responsáveis pela absorção da demanda da Região.

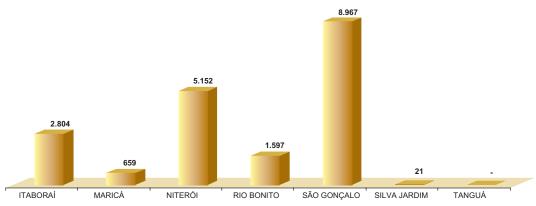
Gráfico 22. Número de Leitos em Obstetrícia na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

Com o Gráfico 22 é possível observar que o parâmetro do número de leitos em Obstetrícia é 0,28. Itaboraí, Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo estão dentro ou acima da necessidade de leitos ofertados. Maricá, Silva Jardim, e Tanguá não têm a oferta necessária.

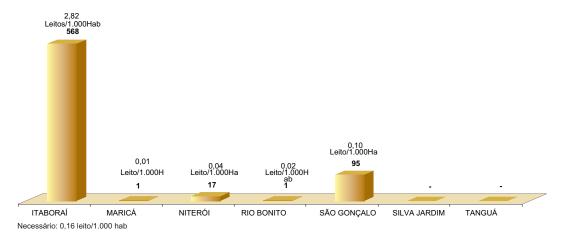
Gráfico 23. Número de Internações em Obstetrícia na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 23 mostra que o número de internações em Obstetrícia acompanha os números de ofertas de leitos. É importante ressaltar que podem existir leitos cadastrados que não estão sendo utilizados.

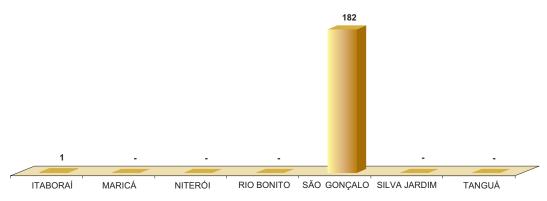
Gráfico 24. Número de Leitos de Cuidados Prolongados na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 24 mostra o número de leitos em cuidados prolongados, tem o parâmetro de 0,16 leito por mil habitantes. É possível observar que em Itaboraí a oferta é de 2,82, muito acima da necessidade, o que indica que deve haver uma concentração de clínicas no Município.

Gráfico 25. Número de Internações de Cuidados Prolongados na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 25 é possível observar que o Município de São Gonçalo é o responsável por pacientes internados necessitando de cuidados prolongados, apesar de o Município de Itaboraí apresentar um maior número de oferta de leitos deste serviço.

Gráfico 26. Número de Leitos em Psiquiatria na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003

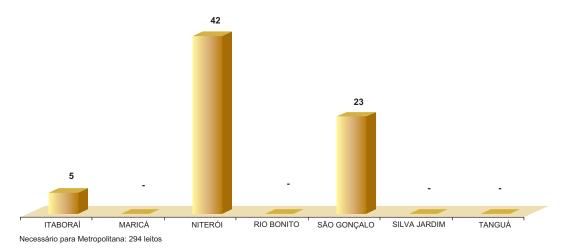


Necessário: 0,45 leito/1.000 hab

Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 26 mostra que o número de leitos necessários em Psiquiatria seria de 0,45, e Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo e Tanguá têm uma grande oferta de leitos. Esses leitos não atendem só a população da cidade, mas há uma concentração de clínicas com leitos psiquiátricos nessas cidades. O número de internações também acompanha esta oferta.

Gráfico 27. Número de Leitos de UTI na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

Como já foi mostrado anteriormente, a Região necessitaria de 294 leitos destinados para UTI, mas apresenta 70. Com o Gráfico 27 é possível observar que a distribuição dos leitos se dá basicamente entre Niterói e São Gonçalo, temos Itaboraí com poucos, e os demais municípios sem a oferta de leitos para cuidados intensivos, ocorre um grande vazio na assistência intensiva, o que é problema de distribuição de leito de UTI, seja neonatal, seja adulto.

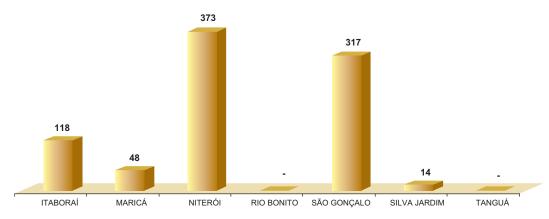
Gráfico 28. Número de Leitos sob Gestão Estadual na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

No Gráfico 28 é possível observar o número de leitos que estão sob gestão estadual na região. Há hospital estadual em Itaboraí, Niterói e São Gonçalo, tendo o Município de Itaboraí o maior número desses leitos. Nos outros municípios não há oferta de leitos estaduais.

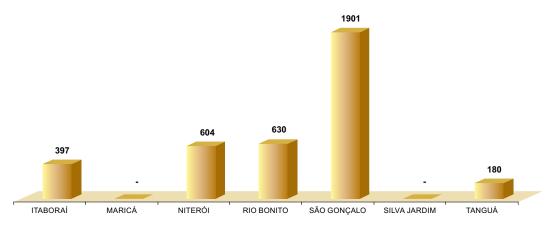
Gráfico 29. Número de Leitos sob Gestão Municipal na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 29 mostra o número de leitos sob gestão municipal, onde se destacam Maricá, Silva Jardim, Niterói e São Gonçalo, com hospitais municipais, ressaltandose os dois últimos como os principais responsáveis pela oferta desses leitos.

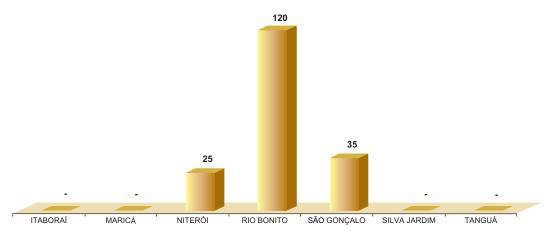
Gráfico 30. Número de Leitos Contratados pelo SUS na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 30 mostra que quando se acrescenta o número de leitos contratados pelo SUS, com os dos hospitais conveniados, essa oferta aumenta muito, mostrando que a rede própria pública ainda é pequena em relação à rede conveniada. O que não é nenhuma distorção, pois a maioria das regiões metropolitanas brasileiras é assim. O único lugar que não é assim é na Cidade do Rio de Janeiro. Isso não é distorção desde que haja regulação. No Município de São Gonçalo, por exemplo, há uma rede própria pequena de leitos e uma grande rede conveniada. Isso não seria problema se a regulação, a auditoria, a supervisão e o controle fossem firmes, e se se conseguisse fazer uma compra de serviços compatível com a necessidade.

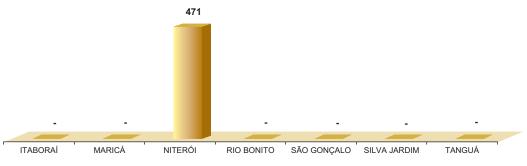
Gráfico 31. Número de Leitos Filantrópicos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 31 mostra o número de leitos filantrópicos. Esses leitos existem em Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo também por contratação, apresentando o município de Rio Bonito como o principal responsável por esse tipo de leito nesta Região; os municípios de Itaboraí, Maricá, Silva Jardim e Tanguá não possuem leitos deste tipo.

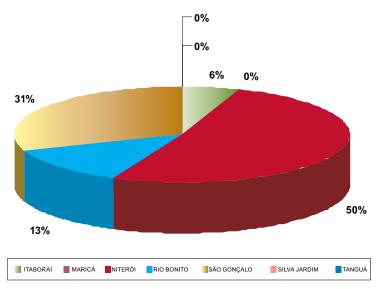
Gráfico 32. Número de Leitos Universitários na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 32 mostra outro tipo de leito ofertado para suprir a demanda populacional da Região: é o universitário; sendo ofertado somente em Niterói com o Hospital Antônio Pedro.

Gráfico 33. Número de Leitos Existentes por Mil Habitantes na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, em julho 2003

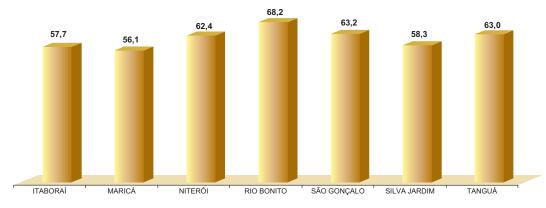


Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 33 mostra a relação do número de leitos totais de cada município, sendo o parâmetro de 2,75 leitos por mil habitantes. A maioria dos municípios tem mais

leitos do que o necessário, mas nessa conta entram os leitos de cuidado prolongado e de Psiquiatria, que são a grande oferta da região, mostrando assim que a região teria como acolher sua demanda. Entretanto, isto não ocorre porque não há uma distribuição correta compatível com a real necessidade da população. Esse fato reforça a necessidade de uma Central de Regulação de Vagas, onde os municípios tenham acesso a oferta de leitos de toda Região Metropolitana II.

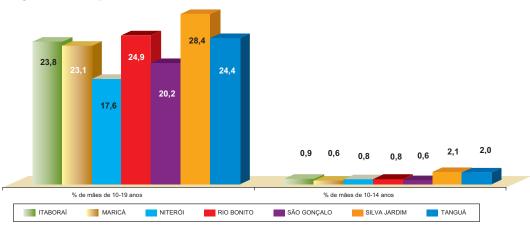
Gráfico 34. Percentual de Partos Cesáreos de Residentes por Município na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2002



Fonte: SES/RJ, 2002.

O Gráfico 34 apresenta o percentual de partos cesáreos na Região Metropolitana II, onde se observa que todos os municípios praticam o parto cesáreo predominantemente. Ao que parece, nascer não é mais um ato fisiológico nessa Região. Neste sentido, o parto cesariano, por ser um procedimento mais caro, acaba sendo privilegiado no setor privado. Infelizmente percebe-se que isso ocorre não apenas na rede conveniada, mas também na rede pública.

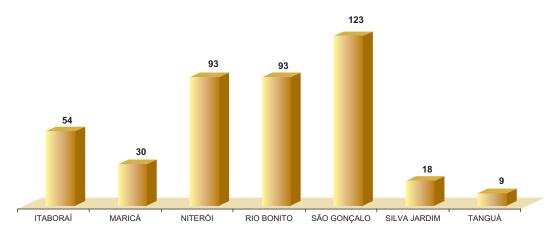
Gráfico 35. Percentual de Mães Adolescentes por Município, na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2002



Fonte: SES/RJ, 2002.

O Gráfico 35 mostra o percentual de gravidez na adolescência. A ocorrência da gravidez nessa etapa da vida é um problema social que deve ser trabalhado nas escolas e nas comunidades, pois, além de contribuir para a evasão escolar, gera problemas de saúde pública.

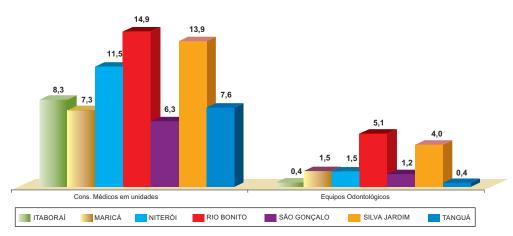
Gráfico 36. Total de Unidades Ambulatoriais por Município da Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 36 mostra o total de unidades ambulatoriais, incluindo a rede conveniada e a rede própria dos municípios, onde é possível observar que existe um número satisfatório de unidades e que se trabalharem em parceria há como atender toda a demanda da Região.

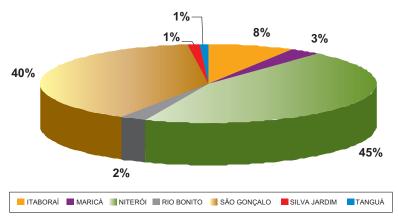
Gráfico 37. Proporção de Consultórios Médicos e Equipos Odontológicos, por Dez Mil Habitantes, por Município da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 37 demonstra a proporção de consultórios médicos e equipos odontológicos por dez mil habitantes. É possível observar que São Gonçalo ainda tem uma baixa oferta de consultórios médicos, e ainda menor de odontológicos. Os Municípios de Rio Bonito e Silva Jardim apresentam relações mais favoráveis.

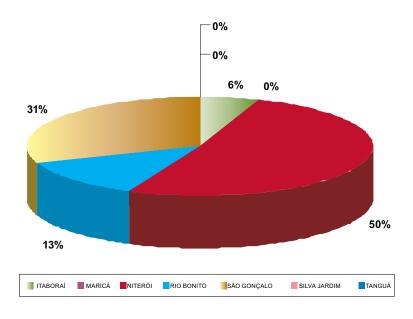
Gráfico 38. Percentagem de Procedimentos Especializados por Município, na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 38 apresenta a percentagem de procedimentos especializados realizados por cada município da Região Metropolitana II. É possível observar que os principais responsáveis por estes procedimentos são os municípios de Niterói e São Gonçalo.

Gráfico 39. Percentagem de Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade por Município, na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2003



Fonte: SES/RJ, 2003.

O Gráfico 39 demonstra a percentagem de procedimentos assistenciais de alta complexidade, realizados em cada município da Região Metropolitana II, sendo possível observar que os principais responsáveis por estes procedimentos são os municípios de Niterói e São Gonçalo.

3.3 PANORAMA DA ATENÇÃO BÁSICA

Dra. Rosângela Martins e Dra. Cristiane Feitosa – Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí

A Estratégia de Saúde da Família – denominação utilizada atualmente pelo Ministério da Saúde – tem sua origem em 1997 quando, a partir de experiências locais julgadas bem-sucedidas, como, por exemplo, Niterói, iniciou-se, na esfera federal, o Programa Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família tem como estratégia a qualificação da atenção básica e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, por meio de ações de promoção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação. Os princípios norteadores destas ações seriam a ética, o acolhimento, o acesso, o vínculo, a responsabilidade social e a gestão participativa das representações de usuários, trabalhadores e prestadores em todas as esferas de governo. Tem o objetivo de prestar um atendimento de qualidade, integral e humano, em unidades básicas municipais, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos, avançando na superação das desigualdades.

Para tal, o PSF é desenvolvido em microáreas com abrangência definida, devendo acompanhar de 600 a mil famílias, com limite máximo de 4.500 pessoas por equipe. Cada equipe deve ser capacitada para:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas.
- Identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta.
- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, a Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar.
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados. (http://www.saude.rj.gov.br/)
- As equipes são multiprofissionais, compostas por, no mínimo, um médico de família e comunidade, um enfermeiro de saúde pública, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.
- Médico: atende a todos os integrantes da família com ações preventivas e de promoção da qualidade de vida.

TAKTICITAK TAKA CONTILCEK

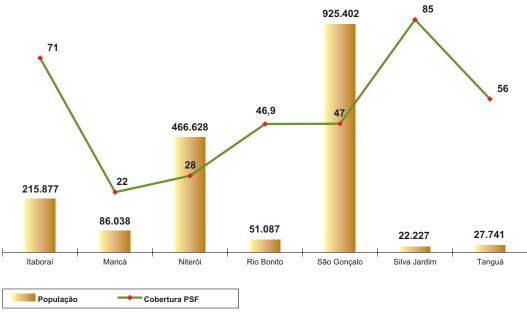
- Enfermeiro: realiza consultas e assiste às pessoas que necessitam dos cuidados de enfermagem. Além disso, supervisiona os agentes comunitários de saúde e o auxiliar de enfermagem.
- Auxiliar de enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde, no domicílio, e executa ações de orientação sanitária.
- Agente comunitário de saúde: é a ligação entre as famílias e o serviço de saúde. A freqüência de seus serviços é de, no mínimo, uma vez por mês. Realiza também o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimula a comunidade. (http://www.saude.rj.gov.br)

3.3.1 Os desafios referentes à atenção básica e à saúde da família

As principais propostas e desafios para ampliação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família com perspectiva de reorganização da Atenção Básica:

- Ampliar a cobertura do PSF, especialmente nas capitais e grandes municípios.
- Ampliar as ações de saúde bucal.
- Dobrar em quatro anos o número de equipes da SF, alcançando cem milhões de pessoas cobertas.
- Ampliar os recursos para o custeio da Atenção Básica chegando a 50%, cobertos com repasses federais.
- Fomentar políticas de prevenção de doenças de alta prevalência.
- Capacitar recursos humanos: política de educação permanente.
- Fortalecer as ações de média complexidade e ampliar a resolutividade.

Gráfico 40. População dos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, e Percentagem da Cobertura do PSF, no ano de 2002



Fonte: Datasus, 2002.

TAKITETI AK TAKA CONTILCEN

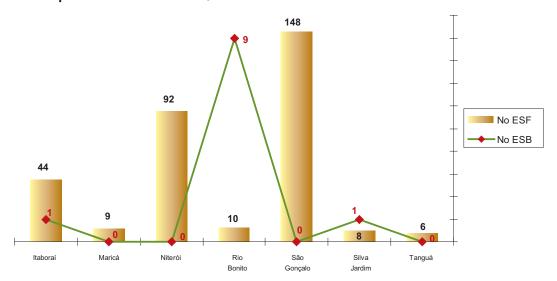
Desde 2001, os municípios da Região Metropolitana II investem na reorganização da Atenção Básica por meio de equipes de saúde da família. É possível observar no Gráfico 40 com dados de 2002, que a Região ainda apresentava um percentual muito baixo de cobertura do Programa. Municípios como Maricá, Niterói, Rio Bonito e São Gonçalo apresentam valores menores que 50% de cobertura. O Município que apresenta um valor considerável de população coberta é Silva Jardim. Em relação ao número de equipes por município, temos: Itaboraí com 44 equipes; Maricá com 9; Niterói com 92; Rio Bonito com 10; São Gonçalo com 142; Silva Jardim com 8; e Tanguá com 6.

A Equipe de Saúde da Família referida compõe-se de um médico, um enfermeiro generalista, um auxiliar de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde. Niterói trabalha no modelo médico de família que tem na equipe um médico e um auxiliar de enfermagem, que é morador, pois é uma exigência do Programa.

Os dados apurados pelo IBGE, em 1998, demonstram que 30 milhões de brasileiros nunca foram ao dentista, e que três em cada quatro brasileiros que completam 60 anos são desdentados totais, em pelo menos uma das arcadas. O Programa Saúde da Família (PSF) está sendo visto como uma nova organização nos modelos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo maior de desenvolver uma estratégia de comprometimento com o usuário, aumentar a cobertura, e atender a família de forma integral – Atenção Básica. O Ministério da Saúde anunciou, em 25 de outubro de 2000, uma estratégia de reorganização da atenção básica da saúde, visando à inclusão da Equipe de Saúde Bucal no PSF e, desse modo, viabilizando a inclusão do cirurgião-dentista no Programa. A Portaria n.º 673, de junho de 2003, aprovou a equiparação entre o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e de Equipes de Saúde da Família (ESF), delegando ao gestor municipal a escolha da quantidade de ESBs a serem implantadas em cada município, desde que estas não ultrapassassem a quantidade de ESFs existentes.

Em 20 de janeiro de 2004, a Portaria GM/MS n.º 74 aumentou o incentivo para as equipes, em que a Modalidade I (formada por CD/ACD) receberia recursos no valor de R\$20.400,00 reais anuais por equipe implantada, e a Modalidade II (formada por CD/THD/ACD) receberia o montante de R\$26.400,00 anuais por equipe. Essa Portaria reajustou ainda para R\$6 mil reais o valor do incentivo adicional para compra de equipamentos, materiais permanentes clínicos, e permitiu o fornecimento de um equipo odontológico completo para as equipes implantadas e habilitadas na Modalidade II. A carga horária do cirurgião-dentista inserido no programa é de 40 horas semanais. E na ajuda da reorganização da Atenção Básica, os Centros Especializados Odontológicos (CEOs) foram criados, sendo ofertados serviços nas areás de Cirurgia oral menor, Endodontia, Periodontia, Estomatologia e atendimento a pacientes com necessidades especiais, podendo assim ter referência e contra-referência nas regiões.

Gráfico 41. Quantidade de ESF e ESB na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro



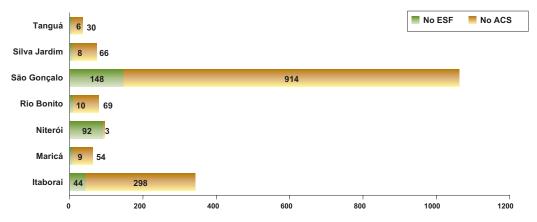
Fonte: Datasus, 2002.

No Gráfico 41, contendo informações do ano de 2002, é possível observar que a Região Metropolitana II do Rio de Janeiro apresenta um valor não-proporcional ao número de Equipes de Saúde da Família em relação ao número de Equipes de Saúde Bucal, onde municípios como Maricá, Niterói, São Gonçalo e Tanguá não apresentam ESB, e o único município onde as equipes equiparam-se é Rio Bonito. Mostrando a necessidade de uma maior atenção e investimento em saúde bucal desta população. Em relação à saúde bucal, a Região Metropolitana II ainda está implantando em algumas equipes. Em Itaboraí foi implantando o Programa de Saúde Bucal nas equipes do PSF, em torno de um mês. Maricá e Niterói não têm saúde bucal nas equipes. Niterói tem como referência, mas não na equipe do PSF, como preconiza o Ministério da Saúde, que para cada uma Equipe de Saúde da Família haja uma Equipe de Saúde Bucal. Antes, era para cada duas equipes do PSF, uma Equipe de Saúde Bucal. Rio Bonito tem nove ESBs; São Gonçalo não tem; Silva Jardim tem uma; e Tanguá também não tem.

Os agentes comunitários de saúde tiveram origem, em nível nacional, a partir de 1991, quando o ministro da Saúde começou a implementar o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde iniciou a implementação do Programa Saúde da Família, onde, conforme citado, o agente comunitário de saúde integra o Programa, e o número recomendado é em torno de quatro a seis agentes por equipe.

Por meio da Lei n.º 10.507, de 10 de julho de 2002, a profissão de agente comunitário de saúde foi criada, caracterizando pelo exercício da atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão local deste. Atualmente trabalham no SUS cerca de 206 mil agentes.

Gráfico 42. Número de Equipes de Saúde da Família e Número de Agentes Comunitários de Saúde na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro



Fonte: Datasus, 2002.

No Gráfico 42 é possível observar que Itaboraí e Maricá tem em média seis agentes por equipe; Rio Bonito tem em torno de sete, São Gonçalo em torno de seis; Silva Jardim em torno de oito (acima do recomendado pelo Ministério da Saúde); Tanguá com cinco e Niterói não trabalha com agentes comunitários de saúde, pois tem um projeto piloto a cerca de seis meses, que atua com três agentes de saúde ambiental (este trabalho está sendo avaliado para ver se pode ser expandido em todo município).

O agente comunitário de saúde tem que ser morador da comunidade, tem que conhecer a comunidade e ter característica de liderança. Porém o Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs) está completando 15 anos e pouco foi feito no sentido da formação desses agentes. Essa formação fica a cargo do município, e formar é muito difícil.

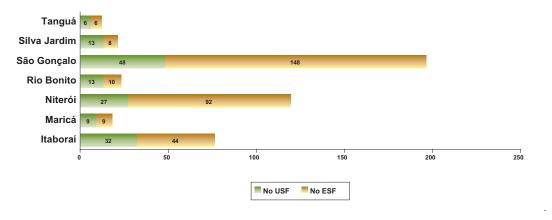
Cada município tenta trabalhar essa dificuldade da sua forma. Em Itaboraí, um grupo de supervisores para auxiliar na formação das equipes se encontra periodicamente com essas equipes, trabalhando o médico e enfermeiro, esperando que sejam formados multiplicadores, para que essa formação chegue aos auxiliares e aos agentes.

Em Niterói, há uma experiência parecida e os demais municípios ainda têm alguma dificuldade de trabalhar nesse sentido, mas na realidade essa formação não chega. Para a Dra. Rosângela Martins, os agentes da Região ainda estão despreparados, e que é uma realidade não só dessa Região, mas de todo o País, e por isso o Ministério da Saúde lança concurso para agente comunitário de saúde. O que se constata em relação à contratação da equipe do PSF é que há uma grande dificuldade a esse respeito nos municípios em todo o País.

Observam-se contratos, os mais criativos possíveis. O Município de Itaboraí, por exemplo, começou o PSF com contratos temporários, e foi realizado ano passado um concurso público. Não é possível afirmar de fato que o caminho do concurso públi-

co é o melhor, pela dificuldade de se estabelecer o perfil do profissional ideal por esse método. Em Itaboraí, o concurso público foi realizado para médico, enfermeiro e auxiliar. Não foi aberto para agente comunitário devido ao fato de o candidato ter que ser obrigatoriamente morador da área. Para médico não se conseguiu completar todo o quadro, mas gradativamente os funcionários estão sendo trocados, e hoje já se tem um perfil de 50% das equipes de saúde da família compostas por estatutários. Esse fato traz uma vantagem, pois cria um vínculo maior com o município e com a comunidade, evitando que o profissional se capacite e depois abandone o trabalho no município.

Gráfico 43. Relação entre o Número de Unidades de Saúde da Família e o Número de Equipes de Saúde da Família, na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2002



Fonte: Datasus, 2002.

O Gráfico 43 mostra a relação entre as unidades de saúde da família e o número de equipes, o Ministério da Saúde preconiza uma unidade no máximo para três equipes. No Município de Itaboraí existem, no máximo, duas equipes por unidade.

Maricá está com uma equipe por unidade; Niterói quatro; São Gonçalo três; Tanguá uma; Rio Bonito 13 unidades e dez equipes; e Silva Jardim tem 13 unidades e oito equipes. Isso acontece em áreas rurais onde a área coberta é muito extensa. Nesses casos a equipe tem dois módulos e dá assistência em dias diferentes em cada unidade. Silva Jardim tem cinco equipes nessa situação, e Rio Bonito tem três.

TAKITCHAK TAKA COMILCEK

Tabela 4. Modelo de Atenção, População Coberta e Percentagem da População Coberta na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Município	Modelo de Atenção	População coberta *	(%) população coberta pelo programa	
Itaboraí	Pacs	6.440	3,1	
	PSF	130.114	63,2	
Habbiai	Outros	9.651	4,7	
	Total	146.205	71,0	
	Pacs	1.227	0,6	
Maricá	PSF	18.489	9,0	
Marica	Outros	-	_	
	Total	19.716	9,6	
	Pacs	-	_	
Niterói	PSF	_	_	
Niteroi	Outros	100.692	21,5	
	Total	100.692	21,5	
	Pacs	7.660	14,9	
Rio Bonito	PSF	22.836	44,3	
Kio Bollito	Outros	46	0,1	
	Total	30.542	59,3	
São Gonçalo	Pacs	-	_	
	PSF	345.501	36,9	
Sao Gonçaio	Outros	_	_	
	Total	345.501	36,9	
	Pacs	1.195	5,3	
Silva Jardim	PSF	18.158	80,6	
Siiva jaiuiiii	Outros	366	1,6	
	Total	19.719	87,5	
	Pacs	1.405	5,0	
Tanguá	PSF	16.629	58,8	
iangua	Outros	_	_	
	Total	18.034	63,8	
* Situação no final	do ano.			

Fonte: Siab, 2004.

A Tabela 4 mostra os modelos de atenção em saúde básica de cada município da Região Metropolitana II. É possível observar que Niterói não tem o PSF e que a cobertura da população desses programas mostrados tem melhores números no Município de Silva Jardim (que apresenta quase 100% de cobertura). Outro município que já está com percentual de cobertura populacional avançado é Itaboraí. Seria importante para Região dar prioridade para este nível de atenção, permitindo, assim, a diminuição de demanda populacional para os níveis secundários e terciários, e do número de indivíduos com doenças mostradas anteriormente neste *caderno*, que são possivelmente controladas com trabalhos informativos e educativos. Então implantar estes modelos permite conhecer o perfil de um município. Ampliar requer ainda mais uma estrutura dos outros níveis de assistência para que se possa dar um suporte as profissionais do PSF, que são generalistas, para que se possa dar o devido encaminhamento ao paciente e continuidade ao trabalho.

3.4 MECANISMO DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Dr. Manoel Fernando – Universidade Federal Fluminense

O monitoramento das peças que compõem o orçamento da Saúde é um passo decisivo no controle social sobre 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 da saúde, mas também um panorama das finanças públicas municipais em saúde, permitindo uma visão mais geral para os conselhos de cada município, com vistas à ampliação do controle social dos conselheiros, intrumentalizando-os em sua ação.

A suficiência e a forma de aplicação de recursos financeiros são fatores essenciais para o atendimento das necessidades de vida e saúde da população. A transparência dos critérios para alocação e aplicação de recursos é fundamental para a ampliação e efetividade dos mecanismos de controle social. A transparência das decisões na ação pública e a avaliação de políticas e programas sociais são questões centrais, uma vez que possibilitam medir a eficiência, a eficácia e a efetividade do gasto público segundo as necessidades de saúde da população.

A necessidade de avaliar a aplicação dos recursos do setor Saúde esbarra nas dificuldades de interpretação dos dados existentes, pois as informações são, em sua maioria, inexistentes ou pouco claras por parte dos diferentes níveis de governos executivos. Além de conhecer o quanto se gasta com a Saúde, é necessário acompanhar a destinação dos recursos, sua utilização e avaliar o impacto das ações financiadas e executadas sobre a saúde da população. Em resumo, é preciso dispor de elementos para responder às seguintes questões: o montante de recursos públicos é suficiente e a forma como vêm sendo utilizados na Saúde é a mais adequada para atender às necessidades de saúde da população?

Nesse sentido, a conjunção de tecnologias de informação, de ferramentas de gestão, de controle social e de pesquisa permitirão, não só o acompanhamento das diretrizes constitucionais na provisão de serviços públicos, como também a implementação de modelos avançados de gestão participativa, resultando em ganhos de bem-estar para toda sociedade.

Os repasses financeiros pela transferência direta de recursos da esfera federal para os estados e municípios, com base na pactuação de valores e tetos orçamentários entre os gestores e os incentivos financeiros para implantação e realização de programas específicos e ações estratégicas – tais como o Piso de Atenção Básica (PAB) –, fixo e variável, já se constituem um avanço em relação à forma anteriormente adotada de pagamento mediante a prestação de consultas, internações e procedimentos terapêuticos e diagnósticos.

O pagamento direto aos prestadores, e por produção, propiciou uma série de distorções. Em primeiro lugar, por não possibilitar a previsão de financiamento para investimento nas áreas onde não há serviços de saúde ou estes são insuficientes. Dessa forma, o pagamento por procedimentos realizados dificulta a redistribuição dos recursos de forma mais equânime, e que pudesse favorecer regiões do País historicamente desprivilegiadas em termos econômicos e sociais. Em segundo, essa forma de financiamento das ações de saúde induz ao aumento da produtividade (de consultas, de internações e de exames), sem garantir a qualidade da atenção prestada, e nem mesmo a indicação adequada dos procedimentos realizados. Por fim, a dificuldade de fiscalização aumenta o risco de superfaturamento, dupla cobrança, cobrança por ações não realizadas, etc.

Foram reunidas algumas informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, por meio do *site* do Datasus (http://www.datasus.gov.br), sobre os repasses fundo a fundo para ações de saúde, para os municípios que integram a Região Metropolitana II do Rio de Janeiro.

3.4.1 Mecanismos de transferência e alocação dos recursos federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde

A primeira e fundamental lógica para garantir o financiamento das ações de saúde é que o SUS deve comprar aquilo que realmente representa a necessidade da população, e o prestador de serviço deve vender aquilo que o SUS está precisando.

O artigo 2.°, inciso IV da Lei n.º 8.142 que dispõe sobre o financiamento diz que:

IV - os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, a cobertura ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. (BRASIL, 1990, art. 2.º, inciso IV).

TARTIETTAR TARA CONTILEER

A NOB 96 foi fundamental para a implementação do SUS quando estabeleceu uma maior autonomia da gestão dos recursos financeiros para os municípios, um programa entre os níveis de governo por meio de uma pactuação institucional dos serviços, e quando estabeleceu critérios definidos de autonomia municipal e uma diminuição do pagamento por Conta Prestação de Serviços. Efetivamente o SUS começou a mostrar para que veio por meio destas modificações.

A criação dos tetos, como o teto financeiro global, garantindo a participação do estado nas formulações e nos seus financiamentos, estância que deve estar presente. É impossível o estabelecimento das premissas do SUS da NOB 96 e da Noas, sem a presença forte do estado e a presença do teto financeiro global do município que é definido de acordo com a programação integrada, que na verdade ainda não está efetivamente plena, mas que representa o fato dos gestores sentarem com uma programação, pactuarem de forma integrada e trazerem o SUS para além de sua fronteira.

O teto financeiro, formalizado pela secretarias estaduais de saúde, é baseado na PPI. Os recursos da esfera federal são destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, aos programas de atenção estratégica e aos recursos da Atenção Básica. Uma parte *per capta* fixa e outra parte variável repassada para os municípios ou para o estado, por meio de ações programadas pelo Ministério da Saúde. Consiste em uma transferência direta do Fundo Nacional de Saúde, aos fundos estaduais e municipais, que são independentes de convênio, segundo as condições estabelecidas pela NOB96.

A partir da Norma Operacional Básica do SUS (NOB 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.

3.4.2 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 reais 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 variável (PAB fixa e 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 PAB fixo:

- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimento básico por outros profissionais de níveis médio e superior;
- vacinação;
- atividades educativas direcionadas à 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 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 de 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 da Saúde repassa o valor de R\$10 mil.

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 de 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 destinadas, 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 fornecimento 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 a educação em 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 destinase 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.
- 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 no Termo de Ajustes e Metas aprovadas 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 para a 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.

3.4.3 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 prédefinidas 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 que atenda às necessidades locais.

As ações financiadas pelo teto são para:

- Urgência e emergência.
- Gestantes de alto risco.
- Neurocirurgia.

TAKTICHAK TAKA CONTILCEK

- 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.

3.4.4 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, independente de convênio ou instrumento similar, de acordo com as condições de gestões do beneficiário, estabelecidas na Norma Operacional Básica do SUS (NOB 96) e Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 01).

Destina-se ao financiamento dos programas do SUS e abrange recursos para 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 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 96: Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB).

3.4.5 Transferência e aplicação dos recursos financeiros

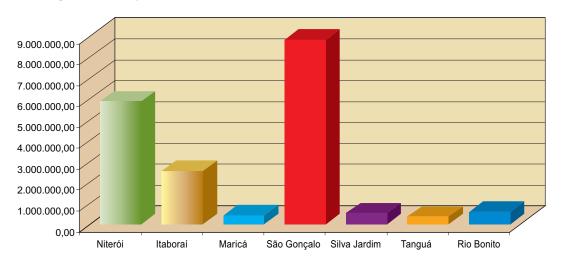
Tabela 5. Repasses Fundo a Fundo para os Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Niterói					
PAB Fixo	4.794.809,00				
PAB Variável	4.635.163,12				
Ações Estratégicas	6.716.390,60				
Média/Alta Complexidade	39.703.527,69				
São Gonçalo					
PAB Fixo	9.033.336,00				
PAB Variável	368.582.375,80				
Outros	356.640,00				

Maricá				
PAB Fixo	802.416,00			
PAB Variável	598.303,66			
Outros	7.440,00			
Itabora í				
PAB Fixo	1.926.458,40			
PAB Variável	3.810.310,52			
Outros	70.530,14			
Ações Estratégicas	1.195.876,01			
Média/Alta Complexidade	14.930.158,51			
Rio Bonito				
PAB Fixo	501.444,00			
PAB Variável	564.881,80			
Outros	12.720,00			
Silva Jardin	1			
PAB Fixo	216.148,90			
PAB Variável	728.568,42			
Outros	12.201,39			
Tanguá				
PAB Fixo	266.638,30			
PAB Variável	323.804,17			
Outros	8.675,06			

Fonte: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 jun. 2005

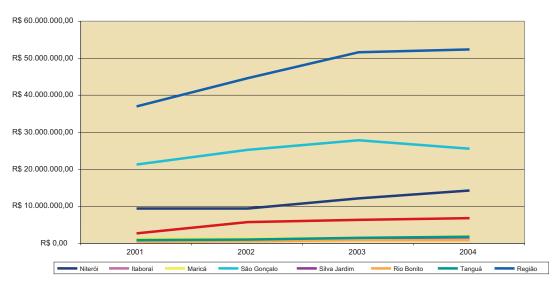
Gráfico 44. Transferência de Recursos para o PSF por Município da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no ano de 2004



Fonte: Datasus.

O Gráfico 44 mostra os investimentos no ano de 2004 no PSF por município. São Gonçalo, Niterói e Itaboraí recebendo uma maior parcela do recurso porque tomaram uma decisão de investir na atenção básica por meio da implementação do PSF. Toda a Região tomou esta decisão e, por conta da sua base populacional, recebeu mais recursos, pois o incentivo é de acordo com a implementação de cada equipe e da cobertura populacional por equipe.

Gráfico 45. Transferência de Recursos Financeiros por Município da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre 2001 e 2004



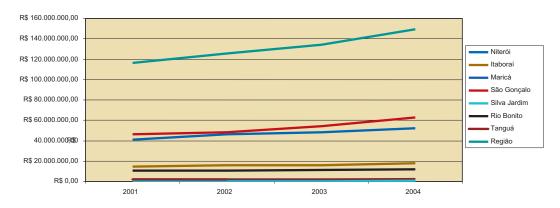
Fonte: Datasus.

TAKITCHAK TAKA CONILCEK

O Gráfico 45 faz um comparativo entre os municípios no período de 2001 a 2004, esse é um gráfico por município, em milhões de reais, das transferências de recursos financeiros relativos à atenção básica.

O PAB fixo mais um conjunto de parcelas do PAB variável, correspondente para cada município, mostram o teto financeiro para a atenção básica da Região como um todo. Em azul claro, o teto financeiro da atenção básica do Município de São Gonçalo. Em azul mais escuro, o de Niterói, depois de Itaboraí e os municípios de Maricá, Silva Jardim, Rio Bonito, Tanguá, contém tetos financeiros muito semelhantes para atenção básica, Percebe-se que na Região houve um aumento dos investimentos na atenção básica, com o PAB fixo e variável, mais sentido entre os anos de 2002 e 2003. Como o investimento de incentivo do PSF está inserido neste contexto, percebe-se que como São Gonçalo recebeu percentualmente mais recursos do PSF, ele cresceu na atenção básica mais cedo que Itaboraí, e a Região cresceu como um todo e continua em um crescente menor.

Gráfico 46. Transferência de Recursos da Assistência Hospitalar e Ambulatorial mais Ações Estratégicas dos Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre 2001 e 2004



Fonte: Datasus.

O Gráfico 46 mostra as transferências da assistência hospitalar e ambulatorial mais ações estratégicas dos municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, entre os anos de 2001 e 2004, podendo ser observado que a Região teve um aumento de investimentos mediante estas transferências.

3.4.6 Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a metodologia de cálculo dos tetos financeiros no Estado do Rio de Janeiro

A Programação Pactuada Integrada (PPI) foi instituída pela NOB 96 para definir critérios de alocação de recursos e fluxos de referência e contra-referência, entre os municípios, para as ações de média e alta complexidade nas esferas ambulatorial e hospitalar.

A PPI representa o mecanismo utilizado pelos gestores para caracterização das referências intermunicipais, expresso por meio da Ficha de Programação Pactuada e Integrada (FPPI). Essa denominação – FPPI – somente é utilizada no Estado do Rio de Janeiro.

A pactuação estadual (PPI estadual) é operacionalizada por meio dessas FPPI, cuja elaboração é atribuição dos secretários municipais.

Os gestores municipais podem realocar os valores calculados para cada um dos níveis de complexidade (média e alta), por meio da transposição de recursos de um item para outro, assim como é possível a realocação de recursos financeiros interníveis.

A composição final de teto financeiro dos municípios do Estado do Rio de Janeiro é dada pelo somatório dos valores médios da programação dos procedimentos realizados no município para sua população (total FAZ) com o total de procedimentos referenciados por outros municípios por meio da FPPI (NÃO FAZ de outros municípios), respeitada a crítica de capacidade operacional e descartando-se os grupos de procedimentos não realizados por eles (NÃO FAZ do próprio município), sujeitos à referência intermunicipal.

O montante de recursos financeiros da FPPI é determinado pelos parâmetros de programação da SES/RJ, sendo a definição dos procedimentos e de seus quantitativos, dentro do montante financeiro estipulado, de responsabilidade do gestor municipal, e a definição dos locais, onde efetivamente serão realizados os procedimentos (município de referência), fruto de pactuação intermunicipal, mediada pelo gestor estadual. A FPPI pode ser alterada (procedimentos e referências) segundo as necessidades dos municípios, desde que seja feita a repactuação intermunicipal e que a mesma seja encaminhada para avaliação da SES/RJ e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Vale ressaltar que os parâmetros utilizados pela SES/RJ encontram-se com valores bastante próximos dos definidos pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.101/02, com o número total de consultas de 2,4 habitante/ano.

Os municípios encaminham mensalmente para SES/RJ a produção realizada, por meio das Fichas de Programação Físico-Orçamentária (FPO) de cada uma das unidades prestadoras de serviços.

A produção aprovada pela SES/RJ obedece ao teto financeiro municipal, pactuado na CIB, podendo ocorrer somente algum acréscimo oriundo de eventual recurso existente na Câmara de Compensação Estadual – incluem-se nessa câmara os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias (Faec), dos municípios do estado que não se encontram em gestão plena do sistema, não sendo, portanto, um recurso financeiro fixo e estando na dependência da PPI e do desempenho dos demais municípios do estado.

A formulação da PPI representou, sem dúvida, um avanço no sentido de se tentar viabilizar as questões intermunicipais relativas ao acesso da população usuária, muito embora tenhamos que chamar atenção para o fato de que a pactuação estabelecida hoje não se dá a partir das necessidades ou das demandas verificadas e, sim, a partir dos limites impostos pelos tetos financeiros, resulta nas FPPI.

3.4.7 Recursos financeiros da saúde nos municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

A partir da aprovação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC 29), em setembro de 2000, ficou definida para cada esfera de governo a aplicação de montantes específicos de recursos em saúde. Para a União ficou estabelecido, para o primeiro ano, o aporte de pelo menos 5% a mais em relação ao orçamento empenhado no exercício anterior e, para os anos seguintes, a correção do valor apurado no ano anterior pela variação nominal do Produto Interno Bruto. Quanto aos estados e municípios, ficou reservada a destinação de pelo menos 7% das receitas de impostos para a saúde, sendo que este percentual deveria ser aumentado, anualmente, até atingir, em 2004, 12% no caso dos estados e 15% no caso dos municípios.

Tabela 6. Percentuais Mínimos de Vinculação Previstos na EC 29/00

Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,60%
2002	9%	10,20%
2003	10%	11,80%
2004	12%	15%

Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) é um banco de dados nacional que "organiza e executa a coleta, o processamento e o armazenamento de dados relativos às receitas totais e despesas com ações e serviços de saúde das três esferas de governo" (BRASIL, 2001). Esse sistema foi criado para permitir o controle das informações sobre o financiamento dos três níveis de governo para a saúde. Na página eletrônica (http://siops.datasus.gov.br), no *link* Consulta de Lei de Responsabilidade Fiscal, encontram-se todas as informações orçamentárias, por município, estando disponíveis os valores das transferências de recursos do SUS por parte da União, do estados e dos municípios. Cabe aos municípios informar suas receitas próprias (de todas as fontes de recursos) e gastos com saúde.

3.5 CAPTAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS

Francisco D'Ângelo - Secretário Municipal de Saúde de Niterói

A melhor maneira de se captar recursos, seja no município, seja na região, é se ter uma proposta consequente para algum encaminhamento político na área de Saúde. Até porque hoje se tem, no Ministério da Saúde e no estado, um corpo técnico que já é comprometido com o SUS, independente da questão político-partidária.

Deve-se então trabalhar na lógica da regionalização, com vistas à otimização de recursos, porque para se conseguir captar recursos é preciso propostas que sejam tecnicamente bem elaboradas e redigidas, que tenham lógica, e que de fato beneficiem a população. Foi assim que se conseguiu implantar o Samu em Niterói. Não foi simplesmente porque é um programa do Ministério. Foi implantado porque toda a Região Metropolitana II discutiu com os secretários, com os prefeitos, e a proposta foi bem elaborada tecnicamente. Portanto, a primeira coisa a ser feita para captar recursos é pensar regionalmente, e ter técnicos que consigam fazer propostas bem elaboradas.

Trabalhar com controle social em parceria com os conselhos municipais é uma forma de pressionar os gestores para que aloquem recursos. Não adianta trabalhar com a lógica de buscar mais recursos na esfera estadual ou federal, se não convencer o gestor local a cumprir com a Emenda Constitucional, e gastar pelo menos os 15% estabelecidos para os municípios. Portanto, as iniciativas que um gestor necessita para a busca de recursos, começam pelo trabalho dentro da lógica da regionalização.

É necessário politizar essa questão da captação de recursos, não partidarizar. Politizar é envolver os conselhos municipais, trabalhar com a lógica da regionalização. A melhor forma para buscar recursos é trabalhar na lógica da regionalização, elaborando propostas conseqüentes, que digam respeito à referência e contra-referência na região.

A captação de recursos se dá com bom senso, e não se deve trabalhar a questão da gestão olhando apenas para o seu próprio município. Mas é essencial trabalhar com a visão do que é melhor para os cidadãos de toda a região.

O trabalho em parceria com um conselho atuante é relevante. Porque o conselho, quando elabora uma proposta que tem conseqüência favorável para a população, já começa a ter o respaldo nas outras instâncias de decisão da esfera do SUS. Deve-se buscar recursos com a proposta coerente, trabalhando com os conselhos, na política, na lógica da regionalização envolvendo os municípios, e encaminhando de uma maneira conseqüente. Assim, seja pelo BNDES, pelo Ministério da Saúde, ou por alguma emenda parlamentar – que são as formas que se pode objetivamente captar recursos – é possível obter a dotação financeira necessária.

3.6 OS DESAFIOS DA GESTÃO PARTICIPATIVA PARA A CONSTRUÇÃO DO SUS

Maria Inês Souza Bravo - Faculdade de Serviço Social (UERJ)

3.6.1 Controle social das políticas públicas e panorama dos conselhos de saúde da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

A apresentação terá quatro eixos centrais: uma breve discussão relacionada ao momento histórico de criação dos conselhos, o mapeamento dos conselhos de saúde da região, a existência de outros conselhos de política e de direitos e algumas reflexões e proposições.

Considerações iniciais

A sociedade brasileira, nos anos 80, ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política, superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais.

As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população.

Um aspecto importante a ser ressaltado nesse período foi o processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988, que representou, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso País frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social.

A Constituição introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente incapazes de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes.

Com relação à descentralização do poder federal e à democratização das políticas públicas, importantes dispositivos foram definidos no sentido da criação de um novo pacto federativo, sendo o município reconhecido como ente autônomo da federação, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.

A participação é concebida com a gestão nas políticas por meio do planejamento e da fiscalização pela sociedade civil organizada. Ou seja, a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Os conselhos de políticas sociais e de direitos são inovações da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação entre o Estado e a sociedade.

Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre

TAKITCHAK TAKA CONTILCEN

o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

Os conselhos de saúde são espaços de participação da sociedade civil organizada na gestão da política pública do setor, garantidos pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), segundo a qual a população, por meio de suas entidades representativas, participa na formulação, implementação e fiscalização das propostas, ações e investimentos no setor.

• Panorama dos conselhos de saúde da região

No sentido de verificamos a situação do controle social da política de saúde, na Região Metropolitana II, utilizamos como metodologia a coleta e análise de dados primários e secundários, por meio de pesquisa documental, cujas principais fontes foram: conselhos municipais de saúde da região, regimentos internos e leis de criação; Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, questionário do projeto de interiorização e regionalização das ações do CES/RJ, 2002; Projeto Políticas Públicas de Saúde, mapeamento da Região Metropolitana II, 2000. Utilizamos ainda como eixos para a análise dos conselhos: ano de formação, organização interna e dinâmica de funcionamento, composição, e conferências de saúde, a partir dos quais desenvolveremos nossa reflexão.

Ano de formação

Há conselhos de saúde em todos os municípios da região, criados, em sua maioria, entre os anos de 1991 e 1993. Neste período, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 91 e 93, que colocam a criação dos conselhos como critério para transferência de recursos pelo Governo Federal. Entretanto, há que ressaltar que nos municípios de Niterói e São Gonçalo, para a criação dos conselhos, foi fundamental a pressão dos movimentos sociais. Vide a seguir, quadro demonstrativo do ano de formação dos conselhos de saúde da região.

Quadro 1. Ano de Formação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro

Municípios	Lei municipal	Data de criação	Modificação	Data de modificação	
Itaboraí	Lei n.º 1.148	5/3/1993	Lei n.º 1.236 Lei n.º 1.384	26/5/1994 4/6/1996	
Maricá	Lei n.º 1.083	12/5/1992	Lei n.º 1.704	25/11/1997	

Niterói	Lei n.º 1.085	24/7/1992	-	_
Rio Bonito	Lei n.º 457	22/6/1993	Lei n.º 688	31/12/1997
São Gonçalo	Lei n.º 060	16/12/1991	Lei n.º 258 Decreto n.º 134	5/11/1992 17/6/1997
Silva Jardim	Lei n.º 978	19/9/1991	Lei n.º 1.204	28/3/2001
Tanguá	Lei n.º 025	28/6/1997* 28/6/1999	Decreto n.º 600	1.º/3/2001

^{*} Há divergências sobre o ano de criação deste conselho, nas fontes consultadas.

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: mapeamento da Região Metropolitana III do RJ (UNIVERSIDADE FEDE-RAL DO RIO DE JANEIRO, 2000) e Questionário do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do CES (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2002).

• Organização interna e dinâmica de funcionamento

Em relação ao *quorum* necessário para a realização das reuniões, os conselhos analisados garantem, em seus regimentos internos, a necessidade de mais de 50% mais um dos conselheiros, para que o conselho delibere sobre qualquer assunto. Apenas no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Silva Jardim, não há qualquer referência ao *quorum* mínimo necessário para deliberação. Com relação à periodicidade das reuniões, a maioria dos conselhos garante a freqüência mensal das mesmas. Estes dados estão demonstrados no quadro a seguir.

Quadro 2. *Quorum* para Deliberação e Periodicidade das Reuniões dos Conselhos Municipais da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Municípios	Quorum para deliberação	Periodicidade	
Itaboraí	50%+1 em matérias gerais 2/3 em matérias específicas	mensal	
Maricá	2/3 mensal		
Niterói	50%+1 em matérias gerais 2/3 em matérias específicas mensa		
Rio Bonito	50%+1	mensal	
São Gonçalo	50%+1 em matérias gerais 2/3 em matérias específicas	mensal	
Silva Jardim	O regimento não define	mensal	
Tanguá	2/3	mensal	

Fonte: Regimento Interno dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana II. (FÓRUM DE CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA II, 2002)

Composição

Para análise da composição dos conselhos da Região Metropolitana II, será tomada como referência a Resolução n.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde. Esta Resolução, que substituiu a Resolução n.º 33/92, define que as vagas dos conselhos sejam divididas da seguinte forma: 50% ocupadas por representantes dos usuários; 25% por representantes dos profissionais de saúde; e 25% por representantes dos gestores e prestadores de serviços públicos e privados.

Entre os sete conselhos analisados, cinco – Itaboraí, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo e Silva Jardim –, são paritários segundo a Resolução n.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde. Um deles (Maricá) é paritário somente com relação à Lei n.º 8.142/90 (que compõe com a Lei n.º 8.080/90 a Lei Orgânica da Saúde – LOS), que define 50% das suas vagas para os usuários. Neste município, o conselho, inicialmente, era paritário segundo a Resolução n.º 333/03, sofrendo alterações em 1997. Apenas um Conselho de Saúde não é paritário – Tanguá. Vide no quadro a seguir a composição dos conselhos.

Quadro 3. Composição dos Conselhos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Municípios	Número de	Paridade			
	conselheiros titulares	Lei n.º 8.142/90 LOS/MS	Resolução n.º 33/92 CNS		
Itaboraí	12	Paritário	Paritário		
Maricá	16	Paritário	Não é paritário		
Niterói	32	Paritário	Paritário		
Rio Bonito	20	Paritário	Paritário		
São Gonçalo	20	Paritário	Paritário		
Silva Jardim	28	Paritário Paritário			
Tanguá	12	Não é paritário	Não é paritário		

Fonte: Regimento Interno dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana II (FÓRUM DE CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA II, 2002), Projeto Políticas Públicas de Saúde: mapeamento da Região Metropolitana III do RJ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2000) e Questionário do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do CES (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2002).

• Conferências de saúde

As conferências de saúde, espaços de controle social garantidos na Lei Orgânica da Saúde (LOS), 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 implan-

tação da política de saúde, 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 Região Metropolitana II, bem como a sua periodicidade. A partir dele, observamos que a maioria dos regimentos dos conselhos não estabelece a freqüência na qual as conferências devem ser realizadas. Apenas os municípios de Itaboraí e São Gonçalo vêm realizando conferências de acordo com o que define o seu regimento interno. O Município de Silva Jardim, embora não tenha descrito no Regimento Interno do Conselho a sua periodicidade, vem realizando conferências a cada dois anos, de acordo com o que recomenda a Lei n.º 8.142/92.

Quadro 4. Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Municípios	Ano das conferências	Periodicidade	
Itaboraí	1995 - 1997 - 1999 - 2001 - 2003	A cada dois anos	
Maricá	1992 - 1993 - 1994 – 2003	O regimento não define	
Niterói	1991 - 1996 -1999 – 2003	O regimento não define	
Rio Bonito	2001	O regimento não define	
São Gonçalo	1987 - 1991 - 1995 - 1999 - 2003	A cada quatro anos	
Silva Jardim	2000 - 2002 – 2004	O regimento não define	
Tanguá	Sem informação	Sem informação	

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2005.

• Existência de outros conselhos de políticas e de direitos

O Quadro 8, a seguir, revela que em todos os municípios da região há conselhos de assistência social, educação e de direitos da criança e do adolescente. No entanto, o fato de existirem formalmente não pressupõe que os mesmos venham funcionando na prática. Outro conselho existente em um número significativo de municípios da Região é o de meio ambiente (4), fato que vem responder à atuação dos movimentos ecológicos, sobretudo por meio de organizações não-governamentais (ONGs). Por último, um dado a ser destacado é a quase inexistência de conselhos de orçamento na Região.

TAKTICHAK TAKA CONTLCEK

Quadro 5. Existência de Outros Conselhos de Políticas e Direitos na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

Outros conselhos do	Municípios						
Outros conselhos de políticas e de direitos	Itaboraí	Maricá	Niterói	Rio Bonito	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá
Assistência Social	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Cultura	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Direitos da Criança e do Adolescente	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Educação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Emprego/trabalho	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não
Habitação	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Meio Ambiente	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Orçamento	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Política ou Desenvolvimento Urbano	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não
Promoção do Desenvolvimento Econômico	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Transportes	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Turismo	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não

Fonte: IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2001.

Algumas reflexões

Pela exposição, observa-se que todos os municípios possuem conselhos de saúde, criados, em sua maioria, entre os anos de 1991 e 1993, ano da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Nos municípios de Niterói e São Gonçalo, os conselhos foram criados em conseqüência da história de luta e pressão dos movimentos sociais. Este último dado é importante para verificarmos o potencial de luta da sociedade civil organizada, para a conquista e consolidação dos seus direitos.

A maioria dos municípios, com exceção de Tanguá, cumpre a legislação básica do SUS, no tocante à paridade entre os segmentos na composição dos conselhos. Com relação à Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde, apenas os municípios de Maricá e Tanguá não seguem a sua orientação. O cumprimento da legislação, no tocante à representação dos segmentos nos conselhos, por si só não garante o pleno exercício do controle social; entretanto, significa um importante passo nesta direção.

Com relação às conferências de saúde, a maioria dos municípios, além de não explicitar a periodicidade de realização das mesmas em seus regimentos, também não tem seguido uma freqüência constante. Este dado é preocupante, na medida em que as conferências são espaços concretos de interlocução com a sociedade civil, garantidos em lei, e a sua não-ocorrência concorre para a falta de engajamento e participação da população na formulação, implementação e fiscalização da política de saúde no seu município.

TARTICITAR TARA CONTLECT

Destaca-se também que o controle social na Região apresenta um potencial avanço, na medida em que foi identificada também a existência de diversos conselhos de políticas e de direitos na Região. Entretanto, considerados os limites do nosso estudo, não se tem como afirmar se estes vêm funcionando de acordo com a legislação existente e se têm contado com a participação efetiva da população.

Para o aprimoramento da gestão democrática e a garantia de melhores condições de saúde, os conselheiros de saúde da Região têm apresentado propostas nos seguintes eixos: controle social, formulação de política de saúde e recursos humanos.

Com relação ao controle social:

- Garantir nas conferências a proposta de capacitação permanente para os conselheiros.
- Articular com a Ordem dos Advogados do Brasil, Ministério Público e universidades para receber assessoria de caráter técnico.
- Solicitar à prefeitura a contratação de consultoria técnica para acompanhar a atuação dos conselhos municipais de saúde.
- Criar fóruns de consulta e seminários com os diversos segmentos da sociedade, a fim de debater temas relativos à saúde.
- Aumentar o número de participantes dos conselhos, respeitando sempre a paridade.
- Interagir e articular com os demais segmentos em reuniões intra e inter segmentos, na defesa de propostas comuns e estratégicas.
- Divulgar a existência e as funções dos conselhos de saúde nas comunidades.
- Exigir das secretarias municipais de saúde infra-estrutura para o funcionamento dos conselhos.
- Fortalecimento do fórum de conselhos da Região Metropolitana II.

Com relação à política de saúde e recursos humanos:

- Formulação, fiscalização e controle social da política pública de saúde pelos conselhos.
- Democratização da rede de serviços dos municípios e dos programas existentes.
- Participação ativa dos conselhos na elaboração dos planos municipais de saúde e quadro de metas dos municípios.
- Fiscalização, pelos conselhos, das verbas destinadas para a saúde com a participação de técnicos no acompanhamento dos programas.
- Capacitação para os servidores municipais de saúde que contemple questões como humanização e controle social.

TAKITCHAK TAKA CONHECEK

3.7 OS DESAFIOS DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Lucia Souto – Secretaria de Gestão Participativa (Ministério da Saúde)

O movimento da Reforma Sanitária brasileira foi, sem dúvida, um dos mais significativos processos de reforma democrática do Estado e da sociedade brasileira.

Deflagrado no período da ditadura militar com o movimento "Saúde é Democracia", quando se evidenciava a completa incompatibilidade entre a Saúde e o autoritarismo, se expressa em fatos grotescos como: a censura, a epidemia de meningite, o aumento da mortalidade infantil em contraste com o chamado "milagre econômico", entre outros.

Com a democratização política do País e a transição democrática representada pela "Nova República" o movimento da Reforma Sanitária realiza uma ampla mobilização da sociedade, de forma pluralista, suprapartidária na luta pelo direito à saúde. Como movimento de reformas, introduz um componente distributivo ao afirmar uma agenda de democratização social e econômica sincrônica à democratização política.

Com essa compreensão, se realiza a 8.ª Conferência Nacional de Saúde com a participação de mais de cinco mil delegados, que aprova as bases da proposta de criação do Sistema Único de Saúde, um marco não só na luta pelo direito à saúde, mas na construção democrática e participativa de políticas públicas em nosso País. Esse amplo processo social gera um fato inédito e único, a apresentação, por meio de emenda popular, com mais de cem mil assinaturas, do texto para a Constituinte de 1988, que consagra a saúde como direito de todo o cidadão. A gestão participativa é um componente estratégico e inerente ao processo da Reforma Sanitária brasileira, sua marca emblemática.

O componente participativo foi decisivo para a aprovação da Emenda Constitucional 29 e é fator de impulso para a sua regulamentação. A atualidade desse tema é expressiva no debate em curso nesse momento de aprofundamento da democracia brasileira. A manutenção da vinculação de recursos para a Saúde e o seu detalhamento contribui para dar transparência aos recursos orçamentários destinados a área social como um todo evitando que o conceito ampliado de saúde, como qualidade de vida, possa ser motivo para englobar nessa rubrica recursos de outras áreas que teria o efeito de restringir o montante do orçamento da área social.

3.7.1 Os desafios da democracia brasileira e um novo ciclo democrático do SUS É parte da nossa história a tradição de apropriação privada do Estado brasileiro.

Os fundamentos e a experiência acumulada na luta pelo direito à saúde, como processo de reforma democrática do Estado, podem oferecer uma contribuição consistente a esse momento de mudanças de possibilidades de afirmação da República, em contraposição à histórica apropriação privada do bem público. O renascimento

TARTICITAR TARA CONTLECT

e o alargamento do espaço público são partes constituintes da superação das iniquidades de nossa sociedade, uma das mais desiguais do planeta.

Inspirados pelo espírito que norteou a luta da Reforma Sanitária brasileira, como processo de construção de democracia social, de combinação da democracia direta e representativa, estamos instigados a inaugurar um novo ciclo do SUS, em que a gestão participativa é componente estratégico para possibilitar a reorganização do SUS na perspectiva das necessidades da população.

Gestão participativa e reforma democrática do Estado: componente estratégico do novo ciclo do SUS

A gestão participativa é uma construção social que supera o poder tradicional, baseado em relações, em que um manda e o outro obedece. É a afirmação de outro conceito de poder compartilhado de organização da sociedade sustentada em valores dos direitos do cidadão, em que o "em comum", a comunidade, é contraponto à apropriação privada do que é de todos e da lógica do "cada um por si e salve-se quem puder".

O momento em que vivemos é propício à retomada desse espírito participativo e de construção social do que é comum, de forma pluralista e suprapartidária, todos os protagonistas co-responsáveis pela construção de políticas públicas. Adotando como método a pluralidade e a co-responsabilidade, e o envolvimento amplo da sociedade é possível construir e dar visibilidade ao espaço comum a todos.

A afirmação e o alargamento do espaço público, a visualização do comum a todos permite a construção de processos decisórios participativos e iniciativas de agendas públicas com amplo envolvimento e compromisso de todos os co-responsáveis

Esse novo ciclo democrático do SUS afirma a gestão participativa como componente estratégico a influir e interagir com outros fundamentos do processo de democratização como a descentralização, a regionalização e a mudança de cultura de gestão.

A descentralização e os variados arranjos locais e regionais que possam assumir são eixos fundamentais para viabilizar a gestão participativa ao trazer a dimensão do território, do local e, com isso, possibilita a emergência dos sujeitos, com nome e sobrenome, que se constituem como agentes públicos protagonistas da construção das políticas públicas na perspectiva e diante de suas reais necessidades, sem intermediários.

Além do protagonismo dos sujeitos e da maioridade cidadã, a gestão participativa implica em profunda mudança de cultura de gestão, outro componente estratégico de democratização.

Além da privatização do Estado por interesses particulares, há outra face mais sutil da privatização expressa na ação fragmentada do Estado segundo uma lógica produtivista cega e corporativa.

A fragmentação compartimentaliza de forma artificial realidades íntegras e dificulta a apreensão sincrônica das várias dimensões da realidade e uma ação sinérgica e compartilhada sobre os problemas comuns que, pela mesma racionalidade, não conseguem ser vislumbrados e vivenciados como "comum".

• Na área da Saúde o predomínio da lógica fragmentada dificulta:

• A análise e o conhecimento da realidade

A lógica da segmentação e da produção de serviços segundo a demanda caótica organizada por prestação de serviços gera um amontoado de dados sem ligação uns com os outros, obstruindo a gestão participativa, ao obscurecer e interditar a visualização, o conhecimento e a análise da realidade .

A cooperação

Induz a competição e não a cooperação por estimular a ação isolada que ignora iniciativas que poderiam, se associadas, influir e transformar significativamente a realidade.

É inerente à lógica produtivista e corporativista a competição ao estimular de um lado uma demanda dissociada das necessidades da população e de outro uma ação desarticulada das várias dimensões da realidade, inibindo o impacto transformador. Exemplo significativo é a violência, um dos maiores problemas de saúde pública, expressivo da lógica do "cada um por si e salve-se quem puder" e onde não se salva ninguém. O primado da ação desarticulada, seja no próprio setor Saúde, e a ausência de ação sinérgica intersetorial não contribuem para a cultura da cooperação, da criação de vínculos de confiança mútua, de solidariedade e de redes sociais.

A responsabilidade sanitária

A lógica da fragmentação induz a um produtivismo cego e perdulário sem gerar impacto algum sobre os indicadores de melhoria da qualidade de vida da população. A sua dinâmica é incompatível com a estruturação de uma rede, e um sistema de saúde é o predomínio de uma cadeia de relações anônimas, sem responsabilidades definidas, e um permanente jogo de empurra desarticulado, em detrimento do direito do cidadão. É uma lógica insustentável que não trabalha com o objetivo de alcançar metas sociais em saúde e com o conceito da responsabilidade sanitária.

Em síntese, são partes integrantes desse novo momento de reorganização do SUS na perspectiva das necessidades da população: a gestão participativa, a descentralização aperfeiçoando os arranjos locais e regionais, a mudança de cultura de gestão de forma ampla (produção da doença *versus* promoção da saúde, responsabilidade sanitária e necessidades da população *versus* demanda caótica organizada por prestadores) e, no que se refere à superação da fragmentação, com um amplo movimento social que envolva todos os co-responsáveis, é possível criar as condições para a construção de uma agenda pública comum, identificando os obstáculos à consolidação do SUS, construir planos regionais e locais de saúde vivos não buro-

TARTICHAR TARA CONTLECT

cráticos com metas sociais em saúde (por exemplo, uma lista do inadmissível), os meios e as ações compartilhadas para atingi-las, de forma participativa estimulando a maioridade cidadã e, assim, construir os caminhos de mudança para a superação das desigualdades sociais em nosso País.

3.8 A PARTICIPAÇÃO POPULAR

Orany Francisco – Conselheiro Usuário (Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro)

A participação popular nos movimentos de saúde no Brasil acaba sendo induzida pela necessidade de buscar parcerias. A presença dos conselheiros municipais e a participação dos secretários municipais e dos profissionais de saúde neste *Seminário de Gestão Participativa da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro* é importante para a melhoria do setor Saúde na Região, porque é necessário entender que não existem adversários, e sim parceiros, mas sempre críticos quando há necessidade de ser críticos, pois é preciso ter conselhos fortes e organizados, já que não é possível existir conselho municipal sem estrutura. Essa relação tem que ser construída com base na democracia, na transparência e na sinceridade.

Mediante amplo movimento social, que envolva todos os co-responsáveis, é possível criar as condições para construção de uma agenda pública comum, identificando os obstáculos à consolidação do SUS e à construção de planos regionais e locais de saúde. Esses espaços devem ser vivos, e não-burocráticos, e devem apresentar metas sociais em saúde. Há que se buscar os meios e as ações compartilhadas para atingilas de forma participativa, estimulando a maioridade cidadã e, assim, construir os caminhos de mudança para a superação das desigualdades sociais em nosso País.

Apesar dos múltiplos significados atribuídos nos dias atuais aos conselhos de saúde, procurou-se resgatar o sentido da construção por meio das dinâmicas dos movimentos sociais. Esse sentido está relacionado à utopia – entendida como sonho, desejo –, mas também como projeto de fortalecimento da sociedade civil e de desenvolvimento de uma racionalidade ética de valorização da justiça social, de eliminação das discriminações, de respeito ao meio ambiente e à vida.

Essa ética desenvolvida no seio da sociedade civil poderia atuar como uma forma de regulamentação dos outros setores, tanto do mercado quanto do Estado. Essa ética também se constrói mediante a valorização de um tipo de comportamento, como o da AÇÃO SOLIDÁRIA, por exemplo, que, no caso da atuação dos conselhos, permite a articulação em torno de um mesmo projeto, que englobe a ação filantrópica e altruísta, visando ao desenvolvimento e à cidadania.

Por fim, a busca do fortalecimento do Conselho, em toda sua representação, com os gestores, profissionais de saúde e usuários, garantindo com isso relações democráticas que contemplem o respeito à diversidade e ao pluralismo, encontra ancora-

douro na formação de redes entre os movimentos sociais, profissionais de saúde e o governo, que alcancem e beneficiem o cidadão comum.

3.9 O CONTROLE SOCIAL E O GESTOR

Mônica Almeida - Secretária de Saúde de Itaboraí

Este *Seminário* é um cenário, onde grupamentos colegiados de composição paritária – eleitos por seus pares nas conferências de saúde, onde estão representados os gestores, profissionais, e usuários –, nas esferas de governo federal, estadual e municipal, atuam no SUS. É necessário fomentar este cenário para ampliar a participação popular, para gerar debates e movimentação de forças, para que haja neste embate um caminho a ser traçado.

O movimento sanitário e político foi uma conquista para a sociedade e culminou na elaboração da Constituição de 88, e foi ratificado pelas Leis n.º 8.080 e n.º 8.142; aperfeiçoado pela Resolução n.º 333, e que tem como missão a formulação e a execução de controle das políticas públicas de saúde.

Como este fórum trata da convocação dos conselhos de saúde, existem novos conselhos de saúde se formando na região. É fundamental que os conselheiros, de todos os segmentos, tenham conhecimento das leis que hoje subsidiam e dão suporte à participação popular. Controle social e gestão participativa significam na verdade a ampliação da cidadania, identificando a sociedade como co-responsável pelo bom funcionamento do SUS, na medida em que formulam, acompanham, controlam, vêem a transparência da alocação dos recursos. Foram, então, os conselhos que saíram aclamados das conferências onde essas políticas públicas são aplicadas nas redes de saúde municipais e regionais, e têm como diretrizes nacionais, que dão o tom para toda a política pública de saúde do País, visando à garantia da universalidade, da integralidade e da eqüidade de saúde para população brasileira.

Esses são os objetivos de se fortalecer o SUS, tratar desiguais aqueles que precisam ser tratados desigualmente. Hoje é preciso olhar as populações que atendemos na medida das necessidades que surgem das práticas de saúde no dia-a-dia. Essas práticas são diferentes em cada local do País, porque devem se adequar à realidade de uma localidade, atendendo às necessidades de uma população.

Na medida em que se fomentam os conselhos, as conferências e as ouvidorias, utilizando-as como instrumentos ativos de escuta da sociedade, é possível estar mais próximo do grande objetivo da existência de um sistema público de saúde, que é a maior política de inclusão social deste País, reconhecida em nível mundial.

Como estabelecer relações de igualdade? O que se fala é que os conselhos devem ser paritários, e que a paridade dá ao usuário a possibilidade de ter um voto com o mesmo peso do voto de um profissional de saúde. Essa é a realidade legal, mas e

TARTICHAR TARA CONTLECT

no cotidiano, como estabelecer relações de igualdade? Como estabelecer paridade no conhecimento? Quando os conselhos se formam, as pessoas têm um nível heterogêneo de conhecimento do SUS, podendo ser verificado no cotidiano, porque os profissionais atendem à população, que infelizmente muitas vezes não têm idéia de seus direitos e responsabilidades para o correto funcionamento do SUS.

Para se trabalhar a equidade, o acesso, a integralidade, a universalidade, o profissional de saúde precisa estar ciente disso, e os conselhos igualmente. Então a paridade, no conhecimento, se dá por meio de práticas, de debates, de discussões, e da fomento ao acesso a esse conhecimento.

Como analisar a conjuntura local e deliberar sobre ela? Porque na verdade é preciso discutir o caráter deliberativo dos conselhos. Como exercer realmente o caráter deliberativo que está descrito na legislação como papel preponderante dos conselhos? Para exercer caráter deliberativo, é preciso ter total conhecimento, análise da conjuntura e ter clareza do objetivo.

Ter estrutura para os trabalhos, essa é uma demanda, é um pleito dos conselhos, e parece que, com a qualificação e com o fomento do processo social, cada vez mais isso fica colocado como uma demanda muito explícita e de muita pressão sobre os gestores. Então, gestores que hoje têm possibilidade de abrir essa definição de uma dotação orçamentária própria para o conselho devem ser pressionados cotidianamente a discutir o assunto. Essa é uma questão que tem que ser colocada nos conselhos hoje.

É preciso conseguir que a população acompanhe efetivamente e participe do planejamento de políticas de saúde. Isso tem se formalizado como uma demanda. Na medida em que, teoricamente, é formulado, acompanhado, executado e controlado, existe um determinado momento desse processo em que o planejamento das ações acontece.

Quem são os presidentes dos conselhos hoje em dia? São raros aqueles em que o presidente não é o secretário municipal de saúde.

É uma realidade, porque trabalhamos com relações hierarquizadas sejam elas em quaisquer níveis. Do gestor com o profissional, do profissional com o usuário, do usuário com o gestor. A sociedade ainda é bastante elitizada, com muitas diferenças sociais, é preciso observar que este fenômeno também acontece nos conselhos de saúde.

Hoje é bastante efervescente a discussão de quem é cotado como conselheiro, se ele efetivamente representa o movimento social que o colocou ali. Então hoje, os conselhos efetivamente representam os seus movimentos sociais, os seus sindicatos, aquelas pessoas que ali os colocaram? Essa é uma questão que merece reflexão. Até porque não se deve descentralizar essas discussões, ao contrário é necessário ir até

a base (população) para ver se isso efetivamente está chegando lá. A respeito da articulação entre os conselhos, este é um feliz momento de articulação entre conselhos, por exemplo, daqui saem várias articulações.

A imagem inicial de quando se forma um Conselho, quando ainda não se tem uma plasticidade própria, aparece o gestor como uma figura muito forte, central, poderoso diante das discussões. O gestor ainda continua no centro da cena, pois é difícil ele sair, mas os conselheiros ganharam muito poder e precisam ganhar mais, por meio do acesso à informação, para poder discutir e ajudar na criação de propostas para a melhoria na qualidade da saúde e da vida da população que representa. Atualmente, há um pouco de inversão do antigo equilíbrio. Agora a discussão está um pouco mais homogênea. A tendência é que as pessoas comecem a tomar ciência do seu papel dentro do processo. Estamos caminhando para esta situação mais circular e equilibrada.

Desde a Constituição de 1988, só se passaram 16 anos de uma movimentação com linguagem um pouco mais homogênea sobre o direito à saúde. É muito pouco tempo.

Não haverá desenvolvimento se não houver a colaboração de todos, é preciso fortalecer o controle social para se ter qualidade na assistência.

3.10 O GESTOR E O CONTROLE SOCIAL

Sandro Roquete - Secretário Municipal de Saúde de Maricá

O crescimento da participação popular é muito importante para a trajetória da saúde, e os gestores precisam se enquadrar nessa nova situação que não destrói a qualidade do movimento participativo, pelo contrário, é essencial para termos um SUS do jeito que ele tem que ser, com inclusão social.

Os fóruns trazem essa possibilidade, abrindo a discussão e ampliando os conhecimentos. O gestor hoje não é mais aquela pessoa poderosa, a sociedade cobra muito dele e as respostas têm que ser muito mais rápidas.

O controle social é um direito conquistado pela Constituição de 1988 e refere-se ao princípio da participação popular, que significa gestão participativa nas políticas públicas de saúde. O controle social, porém, foi regulamentado somente 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.

Os conselhos de saúde são espaços compostos por usuários, gestores, prestadores de serviço 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 os 50%, relativos aos prestadores de saúde, devem se assim estabelecidos: 25% para os gestores da saúde (públicos, privados e conveniados) e 25% para trabalhadores da saúde.

O controle social não deve ser compreendido apenas como a participação nos conselhos e nas 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.

O conselho é do povo, é preciso sempre ter contato entre os conselheiros e a base, podendo, assim, ser sempre relatada as necessidades da demanda para os gestores, e fazer chegar até o prefeito as informações sobre a realidade e dificuldade que os usuários estão enfrentando no acesso à saúde, para haver um planejamento de ações para reversão do quadro. Isso é participação, isso é tirar o conselheiro e a gestão de dentro do prédio da repartição pública e levá-los para a sociedade e para a discussão. É a hora de unificar o discurso, mas lógico que cada um na sua forma: gestor como gestor, conselheiro como conselheiro, representante popular como representante popular, prestadores de serviço como prestadores de serviço; mas todos caminhando na mesma direção. O desafio deve ser quebrar essas barreiras e andar de mãos dadas para chegar ao objetivo que é a melhoria da saúde da população.

3.11 O CONTROLE SOCIAL NO PSF

Maria Célia Vasconcelos – Vice-Presidente da Coordenação de Saúde (Secretaria Municipal de Saúde de Niterói)

A implantação do PSF, o novo modelo com base no território onde as pessoas moram, exige uma reconstrução do modelo de saúde. Por isso se diz que esse é um modelo estruturante, porque saúde não é apenas ausência de doença. A prioridade é a manutenção da saúde em vez da cura da doença.

O Programa é uma estratégia para organização da atenção básica, visando a organizar o sistema e criar vínculo com a população. O hospital é um serviço caro, com especialidade, com uma infra-estrutura complexa que deve receber pessoas que realmente estão necessitando estar lá. Então, quando se fala em "desospitalização", está se falando de como é que isso era compreendido culturalmente, socialmente, economicamente, do ponto de vista da organização da comunidade, da família. Por isso, o foco de trabalho é a família, com atendimento domiciliar e o reordenamento do sistema de saúde, com vistas à efetividade, qualidade, eqüidade e racionalização. Isso é necessário, mas deve ser trabalhado dentro dos parâmetros das políticas sociais, dentro dos princípios do SUS pressupondo mudança, para promoção e proteção da saúde e prevenção às doenças.

TAKITCHAK TAKA CONHECEN

No campo da assistência, a integralidade que contempla as dimensões culturais, psicológicas, sociais e ambientais significa conhecer profundamente a população que se trabalha. Não se pode fazer um planejamento fechado em um método, uma norma única para um país porque a saúde não é apenas um resultado, um produto. Saúde é educação, transporte, emprego e saneamento.

A ética é importante para saber como entrar em uma casa, como saber das coisas mais íntimas daquela família, como ter sutileza. Este é o grande desafio; tentar manter as atitudes dentro dessa linha, dentro do campo da ética, como estabelecer uma relação que não seja de tutela.

A saúde da família é estruturante porque mexe com as bases da família, da sociedade, do sistema, mostra o real problema e os coloca à tona. Claro que ela pode ser bem feita ou mal feita, mas uma coisa que fica clara é que ela expõe o problema. Atualmente a discussão sobre a participação popular no PSF ainda não envolve o que seria um conselho gestor em saúde da família. O Conselho Municipal de Saúde, se tiver no seu interior pessoas que estão mexendo com isso, pode até formar uma câmara técnica de acompanhamento, um grupo de trabalho para acompanhar o PSF, que tenha todos esses segmentos inseridos. É estratégico trazer companheiros de outros órgãos do governo também para participar, tem que haver assistência, tem que haver educação, ampliar as portas, atenuar os níveis de exclusão social. Deve-se trabalhar com os desiguais de forma desigual. Não dá para trabalhar com populações secularmente excluídas da mesma maneira que se trabalha com populações que têm melhores condições de vida, de escolaridade, melhor acesso a tudo. Isso não significa discriminação dessas outras populações.

Em relação à co-gestão, é importante trabalhar e planejar em conjunto, para discutir sobre o lixo, a água, a comida, a educação, a saúde, etc. Esse é o grande desafio desse trabalho. Então, a grande questão do PSF é que ele aproxima as pessoas, ele cria vínculos, ele mostra o rosto das pessoas, do profissional de saúde, do morador e do gestor.

Os saberes se completam, não há mais monopólio, cria-se um mecanismo de solidariedade e de colaboração, jamais de cooptação. Porque quando se busca a cooptação, está errado, mas não está errado eticamente, está errado porque isso também não significa vitória do gestor.

O mais importante no Programa Saúde da Família é trabalhar com o mecanismo de auto-estima e cuidado em que a pessoa comece a entender o seu corpo, a sua vinculação. Isso é um processo de troca e de apropriação de saberes. Então, é fundamental que o indivíduo entenda e que ele avalie seu profissional e isso se dá nestas reuniões, nestes debates.

A participação cidadã se dá no território. Os profissionais de saúde sabem que quanto mais próximos estiverem da população, melhor o resultado do trabalho, a relação, criação de vínculo, a racionalidade de recursos, podendo assim mudar o parâmetro da qualidade de vida, Causando um impacto sobre a rede de serviços, mobilizando as articulações intersetoriais, fortalecendo a associação de moradores, a participação popular e a cidadania.

TAKTICITAK TAKA CONTILCEK

4 DISCUSSÃO DOS GRUPOS

4.1 CARTA COMPROMISSO DA REGIÃO METROPOLITANA II DO RIO DE JANEIRO

O fórum de conselhos da Região Metropolitana II, as secretarias de saúde da região, o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde e as Universidades Federal e do Estado do Rio de Janeiro realizaram o 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, no dia 7 de maio, de 8 às 17 horas, em Itaboraí.

As exposições realizadas e o trabalho de grupo possibilitaram as bases para a construção de uma agenda pública de saúde a ser assumida por todos os co-responsáveis por esse processo, com os seguintes eixos:

- Construção de um plano regional de saúde com ampla participação de todos, metas claras para atender às necessidades da população e assegurar o efetivo direito à saúde. Este plano deve ser construído por meio de oficinas de trabalho.
- Reorganização do SUS na região, observando os seguintes aspectos:
 - aprimorar a atenção básica;
 - garantir a implementação do cartão SUS;
 - criar mais leitos hospitalares públicos;
 - criar centro de referência regional em odontologia.
- Fortalecimento do fórum de conselhos de saúde com realização de reuniões com a participação dos conselhos, a cada dois meses, com alternância entre os municípios.
- Fortalecimento do controle social na região por meio das seguintes propostas:
 - criar mecanismos para envolver os jovens no controle social;
 - realizar conferência regional da Região Metropolitana II, antes da conferência estadual;
 - criar comissão para especificar a dotação orçamentária dos CMS;
 - realizar curso de capacitação para conselheiros com a participação das universidades;
 - garantir o cumprimento da Resolução n.º 333, inclusive no que tange à responsabilidade de entidades representantes do segmento usuário não poderem ser conveniadas ao poder público (gestor), e a representação dos profissionais não poder ser detentora de funções gratificadas;
 - buscar auxílio dos órgãos fiscalizadores, tais como Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado e apoio técnico dos órgãos como OAB, CRL, CRO, CRM, etc.
- Discutir a proposta de Lei de Responsabilidade Sanitária e apoiá-la por meio de mecanismos como abaixo-assinado, deliberações dos conselhos, entre outros.

TAKITCHAK TAKA COMILCEK

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/siops.htm. Acesso em: maio 2005.

CENTRO DE INFORMAÇÕES E DADOS DO RIO DE JANEIRO (CIDE). *Resumos de dados sócioeconômicos:* cadernos de dados de referência. Rio de janeiro, 2005. Disponível em: http://www.cide.rj.gov.br/index.html>. Acesso em: maio 2005.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Questionário do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do SES.* Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. *Projeto Políticas Públicas de Saúde*: mapeamento da Região Metropolitana III do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000. Mimeografado.

FÓRUM DE CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO METROPOLITANA II. Regimento Interno dos Conselhos de Saúde da Região Metropolitana II. Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado.

ARTICHAR TARA CONTLECTA

ANEXO

Situação de Cumprimento da EC 29 de 2000 a 2004 Municípios da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro

	Diferença no (%)	. <u>ಲ</u>	4,86	. <u>u</u>	. <u>ಲ</u>	17,08	20,81	.9
2004								
	(%) EC 29 - Despesa Liquidada	ï	19,86	ïE	<u>.</u> E	32,08	35,81	Ē
	(%) Mínimo previsto cf EC 29	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00
2003	Diferença no (%)	.i2	6,01	4,75	<u>.</u> 2	16,69	35,24	.2
	(%) EC 29 - Despesa Liquidada POR FONTE	00'0	18,80	15,79	00'0	0,00	00'0	0,00
	(%) EC 29 Despesa Liquidada	ï	18,80	19,75	. <u>c</u>	31,69	50,24	· <u>E</u>
	(%) Mínimo previsto cf EC 29	13,96	12,79	15,00	13,84	15,00	15,00	15,00
2002	Diferença no (%)	-3,54	3,02	2,85	8,43	20,56	14,95	-3,07
	(%) EC 29 - Despesa Liquidada POR FONTE	00'0	00'0	15,99	00'0	00'0	00'0	0,00
	(%) EC 29 - Despesa Liquidada	06'6	14,70	17,85	21,70	35,56	29,95	11,93
	(%) Minimo previsto cf EC 29	13,44	11,68	15,00	13,27	15,00	15,00	15,00
2001	Diferença no (%)	-2,69	5,70	4,29	1,73	8,27	11,82	-4,16
	(%) EC 29 – Despesa Empenhada	10,23	16,27	19,29	14,43	23,27	26,82	10,84
	(%) Mínimo previsto cf EC 29	12,92	10,57	15,00	12,70	15,00	15,00	15,00
Razão de crescimento anual prevista na EC 29 – um quinto cf Art.		0,52	1,11	00,00	0,57	00,00	00'0	00'0
2000	Diferença _r no (%)	5,40	2,46	11,48	5,13	14,73	24,07	9,03
	(%) EC 29 - Despesa Empenhada	12,40	9,46	18,48	12,13	21,73	31,07	16,03
	(%) Mínimo previsto cf EC 29	7,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	7,00
Municípios		Itaboraí	Maricá	Niterói	Rio Bonito	São Gonçalo	Silva Jardim	Tanguá

Fonte: Ministério da Saúde/SCTIE/DES – Siops

Obs: Considera apenas os recursos constantes dos orgamentos municipais. Não estão contabilizados os valores aplicados diretamente pelos Estados e pela União.

Para 2004 - caso o município tenha respondido o SIOPS por fonte de recursos, o cálculo do % de recursos próprios aplicados em saúde é realizado utilizando os dados por fonte.

^(*) O cálculo dos percentuais mínimos segue os parâmetros definidos pela Resolução 322 de maio/03 do Conselho Nacional de Saúde.

ni – O município não informou no ano assinalado

n – O municipio nao miormou na ic – impossível calcular

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 0039/2007