

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Participativa

A Sociedade e a Construção do SUS

Seminário de Gestão Participativa
Mato Grosso do Sul – 2004

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF
2005

© 2005 Ministério da Saúde

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

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

Série D. Reuniões e Conferências

Série Cadernos Metropolitanos

Tiragem: 1.ª edição – 2005 – 500 exemplares

Edição, distribuição e informações:

Secretaria de Gestão Participativa

Coordenação-Geral de Qualidade de Serviço e Humanização do Atendimento

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

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 3287 / 321 1935

E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Equipe de elaboração:

Organização:

Projeto: Mobilização Social para a Gestão Participativa SGP/MS

Coordenadora: Lúcia Regina Florentino Souto

Rosemberg de Araújo Pinheiro

Valéria do Sul Martins

Parcerias:

Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul

Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Projeto: A Gestão Participativa na Atenção à Saúde: impasses e inovações em municípios e regiões metropolitanas

Equipe que participou da elaboração deste caderno:

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (NESC/UFRJ)

Marta Maria Antonieta de Souza Santos (INJC/UFRJ)

Marta H. de Pina Cabral – Residente (NESC/UFRJ)

Fabiana de Souza Faria – Residente (NESC/UFRJ)

Ilustração da capa: Sergio Murilo Tadeu – Nutes/UFRJ

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa.

A sociedade e a construção do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da saúde, 2005.

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

ISBN 85-334-0863-3

1. Serviços de saúde. 2. Saúde pública. 3. Estatísticas de saúde. I. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Gestão Participativa. II. Título. III. Série.

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/0086

Títulos para indexação:

Em inglês: The Society and the Creation of SUS

Em espanhol: La Sociedad y la Construcción del SUS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558

Home page: www.saude.gov.br/editora

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

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Mara Pamplona e Eliane Boges (Estagiária)

Projeto gráfico e capa: Sérgio Ferreira

SUMÁRIO

Apresentação	5
A Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul investe na atenção à saúde e na gestão participativa	7
Introdução	9
1 A trajetória da gestão participativa em saúde no Mato Grosso do Sul	11
1.1 Os desafios de mudanças no sistema de saúde no Estado	11
1.2 Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul elege sua mesa diretora, com um usuário para a presidência	13
1.3 Gestão Participativa	14
1.3.1 Metas da Secretaria Estadual de Saúde na Gestão Participativa	15
1.4 Conselho de Diretores - Condir: uma experiência de gestão compartilhada na Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul	15
2 Palestra proferida no seminário de Campo Grande – MS	16
3 Gilson Carvalho aponta a importância dos trabalhadores e usuários na construção do SUS	18
4 Ética social e os rumos do Sistema Único de Saúde	19
4.1 Ética Social na saúde: um paradigma.	19
4.2 Aspectos da concepção, para fins deste texto	19
4.3 Destaques da implantação do Sistema Único de Saúde nos quase quatorze anos de existência legal	20
4.4 Questões pendentes na Ética social	20
4.5 Outra escala de questões.	21
4.6 Ainda outra escala de questões	21
4.7 Questão maior: a direcionalidade estratégica ou o rumo da implantação do SUS	22
5 Os desafios da Gestão Participativa	28
5.1 Os desafios da democracia brasileira.	28
5.2 Gestão Participativa/Reforma Democrática do Estado em Saúde	29
5.3 Na área da saúde o predomínio da lógica fragmentada dificulta	29

6	Seminário: a sociedade e a construção do SUS.	31
6.1	Relatório final das discussões nos trabalhos de grupo	31
7	Síntese das discussões dos grupos no seminário	37
8	Panorama sanitário e organização do Sistema Único de Saúde do Mato Grosso do Sul.	39
8.1	Caracterização do Estado e Regiões de Saúde	39
8.2	Aspectos demográficos	42
8.3	Aspectos socioeconômicos	43
8.4	Indicadores de morbidade.	43
8.5	Indicadores de mortalidade	45
8.6	Indicadores de recursos.	50
9	Mecanismos de financiamento da saúde	52
9.1	Mecanismos de transferência e alocação dos recursos federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde	53
9.1.1	Piso de Atenção Básica (PAB)	53
9.1.2	Teto financeiro para ações de média e alta complexidade.	55
9.2	Transferências fundo a fundo	56
9.3	Recursos financeiros da saúde nos municípios de Mato Grosso do Sul: o estado da arte	56
10	Como investir melhor na saúde?	61
11	Anexos	62
12	Referências bibliográficas.	71

APRESENTAÇÃO

“... trazer a saúde o mais perto possível de cada um”.

Este foi um dos primeiros compromissos do nosso governo, e o respeito a esse compromisso vem nos orientando em importantes estratégias de ação para que, um dia, possamos ver realizado o sonho de garantir a proteção da saúde, a prevenção e o tratamento das doenças, e a reabilitação de todos os cidadãos sul-mato-grossenses.

Agora, frente a mais um período de trabalho, reafirmamos nosso compromisso com a saúde e lançamos novos desafios, expressos por meio de diretrizes e metas no Plano Estadual de Saúde.

Tem sido traço marcante da gestão da saúde em Mato Grosso do Sul, a ousadia de enfrentar problemas criando novas respostas, o investimento contínuo reforçando caminhos considerados pertinentes e a coragem de rever-se, repensando e corrigindo os possíveis erros.

Vamos continuar a trilhar esse caminho, buscar a participação efetiva da sociedade na construção do SUS, que com certeza nos permitirá cumprir a tarefa de servir cada vez melhor, e saber que estamos apenas começando...



José Orcírio Miranda dos Santos
Governador do Estado de Mato Grosso do Sul

A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL INVESTE NA ATENÇÃO À SAÚDE E NA GESTÃO PARTICIPATIVA

As ações da Secretaria de Estado de Saúde em Mato Grosso do Sul, na gestão de nosso governador, Zeca do PT, sem dúvida foram permeadas por investimentos de vulto, em todo o Estado e, em especial, pelo empenho diferenciado à atenção básica.

Temos enfatizado a importância das ações intra-setoriais e interinstitucionais como estratégia para desenvolver ações básicas de saúde,

protegendo, preservando e promovendo o direito de acesso da população aos serviços oferecidos na rede pública. Na busca de um maior grau de resolutividade, sem perder de vista a questão de que temos que humanizar o atendimento, rompeu-se com a burocracia e optou-se por um novo modelo assistencial que valoriza a prevenção e a promoção da saúde, sustentado no trabalho interdisciplinar, em que os profissionais de saúde acolhem as pessoas, construindo uma relação solidária e fraterna com os usuários do SUS.

Neste contexto, evidenciamos o Programa de Proteção à Gestante e o impacto das ações desenvolvidas para a promoção, apoio e estímulo ao Aleitamento Materno, dado à sua importância na melhoria da qualidade de vida da criança, com repercussões positivas no seu crescimento e no seu desenvolvimento.

O Programa de Proteção à Gestante, implantado no final de 2002, tem como principal estratégia a triagem de onze patologias de transmissão vertical durante o pré-natal, alcançando, hoje, uma cobertura de 89,76% das gestantes, semelhante a de países desenvolvidos, que varia de 76 a 94%.

O estado conta também com o serviço de referência estruturado para atendimento ao parto de alto risco, inclusive no interior, com quatro hospitais credenciados.

Por sua vez, as ações do Aleitamento Materno são embasadas na Política Estadual de Incentivo ao Aleitamento Materno e são, hoje, referência nacional pela amplitude das ações desenvolvidas em todo o estado, com crescente número de parcerias estabelecidas e consolidadas entre instituições públicas e privadas, organizações não-governamentais e a sociedade civil organizada.



A SES/MS tem atuado de modo muito dinâmico, assumindo papel decisivo no reordenamento dos serviços voltados para a população materno-infantil, abrindo uma política humanizada, em defesa da vida e da garantia do direito à saúde.

Os resultados obtidos nos possibilitam avaliar de forma bastante positiva as estratégias adotadas: descoberta precoce, durante a gravidez, de doença de transmissão vertical e a quebra da cadeia de transmissão de doença mãe-bebê; aumento significativo de doadoras de leite materno e de atendimento domiciliar a nutrizes, dentre outras.

Em 2000, a proposta de trabalhar a Iniciativa Hospital Amigo da Criança foi apresentada ao estado pelo Ministério da Saúde, e em 2003, já contávamos com quatro hospitais credenciados pelo UNICEF/Ministério da Saúde.

Não podemos deixar de ressaltar a valorização da mão-de-obra qualificada, por meio da capacitação de recursos humanos, em todo o estado, uma ação baseada na idéia mestra de que a educação permanente, o aperfeiçoamento e a atualização técnica são a base de uma estrutura ágil, moderna e eficiente, tornando mais nítido o compromisso institucional com a qualidade e a eficácia.

Por fim, a Secretaria Estadual de Saúde tem como prioridade o fortalecimento das instâncias de controle social promovendo a integração entre a sociedade e o Conselho Estadual de Saúde por intermédio dos vários mecanismos de participação, com o propósito de implementar a gestão participativa em saúde em todo o estado.

INTRODUÇÃO

Os Cadernos Metropolitanos têm o propósito de apoiar a participação da sociedade civil organizada, dos trabalhadores da saúde e de todas as pessoas que utilizam o SUS, ampliar o conhecimento sobre as principais necessidades de saúde, sobre a organização dos serviços e a aplicação dos recursos no setor Saúde.

Pretende mostrar um determinado momento desta realidade. **É importante lembrar que essa realidade pode mudar. Isso depende não apenas do governo, mas também da participação social** nas decisões e acompanhamento das políticas públicas de saúde.

Dessa maneira, espera-se que as informações aqui apresentadas sejam importantes para a atuação dos Conselheiros de Saúde e, acima de tudo, para qualquer cidadão.

O Caderno do Estado do Mato Grosso do Sul é produto do seminário **A Sociedade e a Construção do SUS** promovido pelo Conselho Estadual de Saúde, realizado no dia 11 de agosto de 2004, em Campo Grande, MS. Participaram 442 pessoas, entre elas representantes das entidades organizadas, movimentos populares, ONG, sindicatos, clubes de serviços, associações, órgãos de classe, federações, serviços de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos de saúde, secretarias de Saúde, Ministério Público, universidades, Conselho de Diretores da SES (CONDIR) e outros conselhos municipais, Fórum de Usuários e Fórum de Trabalhadores de Saúde.

O seminário teve os seguintes objetivos:

- possibilitar a interação dos segmentos sociais envolvidos com o SUS e Controle Social;
- ouvir e envolver as entidades organizadas na construção do SUS;
- discutir com os trabalhadores de Saúde sobre a sua importância na implantação do SUS;
- debater a efetivação do processo de implantação do SUS, a partir das suas diretrizes;
- discutir questões, inclusive práticas, inerentes à assistência à saúde;
- diagnosticar os principais problemas do SUS no MS;
- discutir, localmente, o papel legal do Ministério Público, dos Conselhos de Saúde e dos Gestores de Saúde;
- troca de experiências entre os Conselhos de Saúde, Gestores, Entidades, Órgãos, Instituições e Promotores de Justiça.

Este Caderno contém parte da trajetória da gestão participativa em saúde no Mato Grosso do Sul, a síntese de algumas das conferências proferidas no seminário, os resultados das discussões dos grupos de trabalho, e do próprio seminário. Em seguida, apresenta um panorama sanitário, a organização do sistema e os mecanismos de financiamento da saúde no estado. Traz em anexo a programação do seminário e o relatório de atividades da hemorrede estadual.

A presente publicação dá continuidade ao processo de gestão participativa na atenção à saúde e contribui para a formulação de uma agenda compartilhada pela sociedade como um todo no estado. A saúde é responsabilidade não apenas do Estado, mas de todos os cidadãos. O conhecimento que surge da participação é muito importante, pois possibilita não apenas transformar a realidade, mas transformar também a nós mesmos.



1 A TRAJETÓRIA DA GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE NO MATO GROSSO DO SUL

Dílson Paulo Alves¹

1.1 OS DESAFIOS DE MUDANÇAS NO SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO

Gerenciar a saúde exigiu da administração popular a firme decisão de fazer uma reformulação completa, com a ambiciosa meta de tornar Mato Grosso do Sul em modelo no setor. O caminho que escolhemos foi o mais curto possível para resolver as “questões que afetavam a saúde dos usuários”. O primeiro passo foi ouvir os servidores da saúde, a comunidade usuária e a sociedade-analisar as críticas para mudar o quando como meta zação do acesso das informações o fortalecimento da Estadual, a participação na gestão da saúde parceria com os organização ge- das mudanças que sem dúvida nos ajudou nossos serviços.



receberam incentivos e apoio técnico do estado, pois, a bem da verdade, a experiência mostra que quem sofre os dramas e dificuldades da saúde são aqueles que os vivenciam no dia-a-dia, conhecem de perto as prioridades e necessidades.

Desse modo, planejando, organizando e agindo continuamente, buscando produzir mais saúde e reduzir as doenças, sempre pactuando com os municípios, atingimos resultados que contribuíram com a construção do SUS. Entendemos que a melhoria da qualidade de vida da população só pode ser alcançada com a inversão do modelo assistencial que hoje, na maioria dos municípios, está ainda centrado na doença, para um modelo que promova a saúde. Para isso, foi necessário estabelecer, conjuntamente com os municípios, estratégias de inversão do modelo trabalhando dentro de programas preventivos, olhando o cidadão em sua totalidade, promovendo a intersetorialidade e a participação popular. A primeira etapa do modelo assistencial constituiu-se em um diagnóstico com base nos dados epidemiológicos, organizacionais dos serviços, aspectos gerais do SUS, recursos humanos e financeiros, debatendo os nós críticos e procurando soluções com os trabalhadores da

¹ Assessor técnico da SE/MS.

saúde e a comunidade. Foram definidas as diretrizes gerais, de acordo com a realidade apontada pelo diagnóstico, estabelecendo as prioridades.

Com o processo de gestão plena do sistema estadual que se concretizou depois de uma longa luta para arrumar a casa, criou-se uma estrutura organizacional e funcional na saúde como um todo, visando à elaboração de projetos e programas, e à realização de ações conjuntas com os municípios. Desta forma, foram incrementados os serviços de média e alta complexidade, com uma atenção especial aos municípios de menor porte, oferecendo condições para que os mesmos pudessem garantir o atendimento na atenção básica. Assim, começamos a compor um dos elementos-chave do SUS: uma porta de entrada capaz de organizar os serviços, de modo a resolver os problemas de saúde no âmbito da atenção básica e manter um sistema articulado de referência e contra-referência em conjunto com os gestores municipais, propiciando a efetividade, também no atendimento e acompanhamento dos agravos na média e alta complexidade.

A essência do conceito de gestão plena pública reflete na orientação do conjunto dos recursos de saúde disponíveis na sociedade para o bem-estar da maioria da população. Isso significa tornar disponíveis equipamentos de saúde dentro de um modelo assistencial que privilegie as ações coletivas no interesse público. O conceito de saúde-doença que adotamos é o que privilegia a determinação social, reconhecendo a necessidade de intervenções potentes capazes de mudar o padrão de injustiça e exclusão social, o qual resulta na distribuição assimétrica da saúde e da doença nas diferentes regiões do estado. A regionalização é a alavanca para tornar a descentralização mais efetiva e ao alcance de todos. Entendemos que para incidir sobre as causas das doenças e dos agravos, é necessário articular uma intervenção envolvendo todos os órgãos da Administração Estadual que tenham relação com a elevação da qualidade de vida, e isso nós estamos fazendo muito bem. Organizar todos os níveis de hierarquia dos serviços de saúde, para fazerem frente à evolução dos agravos é tarefa fundamental e exige o profundo conhecimento da realidade, buscando sempre a integralidade dos sistemas estaduais de saúde. O planejamento e gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o gestor quanto às necessidades e as prioridades de saúde da população, assim como a oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Por isso foi necessário fazer uma grande discussão entre todos os atores do processo de descentralização apontando metas que possibilitassem tornar o sistema passível de ser gerenciado de forma compartilhada.

A Secretaria Estadual de Saúde tem se mostrado combativa, esforçada e articulada, pelos seus servidores que apesar das dificuldades, se desdobram para que os serviços de saúde atendam às necessidades da população. Estamos vivendo, em Mato Grosso do Sul, uma mudança na visão da participação popular, na democratização do acesso, representando um grande avanço no controle social. Hoje, todos os cidadãos podem e querem participar das decisões e cobrar mais dos serviços de saúde. A comunidade está amadurecendo, está querendo discutir mais saúde. Tem muita gente boa falando de saúde com sabedoria e maior conhecimento. Esse amadurecimento, essa transformação em nosso estado, certamente contribuirá para a melhoria da saúde nos próximos anos. Os Conselhos de Saúde estão fortes, conhecem a sua função e competência, o que fortalece a luta pelos direitos dos cidadãos em todos os níveis de participação. O Conselho Estadual de Saúde (CES)

alterou a sua Lei de criação e o Regimento Interno, atualizando-o conforme a Resolução n.º 333 do Conselho Nacional de Saúde. A mudança foi uma conquista do Conselho que, após muita discussão com os segmentos, efetuou correções no Regimento Interno instituindo uma Mesa Diretora, eleita entre os seus membros, cuja composição contempla todos os segmentos do CES. Esse processo culminou com a eleição de um “usuário” para a presidência do Conselho, ficando o trabalhador da saúde com a vice-presidência, o gestor com a 1.ª secretaria e o prestador com a 2.ª secretaria. A Secretaria de Estado da Saúde está criando uma área de “Gestão Participativa”, a exemplo do Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar a gestão participativa em saúde, estimular a participação da comunidade em conferências, encontros, seminários, fóruns, cursos, reuniões, prestação de contas, audiências públicas, etc. Parabéns ao Secretário de Estado da Saúde, Dr. João Paulo Barcelos Esteves, pela vontade política de apostar nas mudanças e incluir a comunidade na gestão pública da saúde.

1.2 CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL ELEGE SUA MESA DIRETORA, COM UM USUÁRIO PARA A PRESIDÊNCIA

13

O Conselho Estadual de Saúde, em sua reunião extraordinária do dia 19 de agosto de 2004, elegeu em voto aberto a Mesa Diretora para um mandato de um ano. A composição da mesa contemplou todos os segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, conforme Decreto Estadual n.º 11.663, de 28 de julho de 2004 e Regimento Interno.

Mesa Diretora – 2004/2005:

Presidente: Alcides dos Santos Ribeiro

Representante dos Usuários

Vice-Presidente: Mario Jânio da Silva

Representante dos Trabalhadores

1.º Secretário: Dílson Paulo Alves

Representante do Governo

2.º Secretário: Eltes de Castro Paulino

Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde



Sr. Alcides dos Santos Ribeiro, usuário eleito Presidente para a Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde, onde representa o Fórum dos Usuários e a Federação dos Aposentados. É a primeira vez que um usuário ocupa a Presidência do CES/MS.

1.3 GESTÃO PARTICIPATIVA²

Para efetivar de fato e de direito o controle social no Estado do Mato Grosso do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde vem promovendo eventos populares que envolvem a participação efetiva da comunidade nas discussões das políticas de saúde do estado.

A construção de efetiva parceria para um pacto entre gestores e conselhos de saúde na esfera estadual, voltado ao desenvolvimento de ações para o apoio e fortalecimento do controle social, garantindo a estrutura física adequada e os recursos necessários para o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde e a realização de uma gestão compartilhada com as comunidades será, sem dúvidas, uma das principais metas do Gestor Estadual da Saúde.

Caminhar para o desenvolvimento de mecanismos de difusão de informações a partir de amplo trabalho de comunicação social com os diferentes meios existentes, visando a informar a população sobre os conselhos de saúde, tanto em nível municipal quanto estadual, seu papel, sua função, composição, competência, suas bases de representação e sua importância decisiva para a legitimação das políticas de saúde e do SUS.

A realização de eventos que promovam a integração do Conselho Estadual de Saúde com a comunidade por meio das instituições, órgãos e entidades organizadas, será o norte da democratização, que a SES deseja implementar nos próximos anos.

A Secretaria Estadual de Saúde estará desenvolvendo ações e promovendo eventos de integração social voltados à área de saúde, incluindo as comunidades indígenas e rurais, assentamentos, idosos e populações de áreas de risco.

Pretende-se que o plano de metas na gestão participativa seja um instrumento cotidiano da gestão estadual, apropriado por seus trabalhadores de saúde e pelos usuários, particularmente, nos espaços formais de controle social do sistema de saúde: Conselho Estadual de Saúde.

Sua ampla divulgação tem o propósito de incentivar e apoiar o acompanhamento e a avaliação do grau de cumprimento dos objetivos e ações pactuadas para os próximos anos.

Foram programados para 2004 e 2005 alguns eventos que serão promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde e Conselho Estadual de Saúde:

- Capacitação e Aperfeiçoamento, Conferências: Estadual de Saúde e Conferências Temáticas;
- Seminários: Recursos Humanos, Financiamento da Saúde, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Gestão Financeira, Gestão Pública e Controle Social, Encontro de Conselheiros;
- Reuniões descentralizadas (duas por ano), Discussão de propostas das últimas conferências;
- Elaboração de Informativo do CES – Semestral.

² Adaptação do texto das diretrizes do Plano Estadual de Saúde (MS, 2004).

1.3.1 METAS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE NA GESTÃO PARTICIPATIVA

a. Participação Popular e Controle Social

- Efetiva participação dos Membros do Conselho Estadual de Saúde:
 - Composição de 24 entidades representativas eleitas na Conferência.
 - Atualização do Decreto-Lei e do Regimento Interno do CES.
 - Capacitação dos Conselheiros.
 - Eleição da Mesa Diretora – Eleita entre os seus membros.

b. Realização de Fóruns, Pré-Conferências, Encontros, Audiências Públicas, Conferências e Seminários

- Promover eventos que envolvam a comunidade e administração na gestão da saúde.
- Promover a Semana da Saúde – Envolver todos os setores da saúde.
- Fórum de Saúde (com todas as entidades e órgãos de classe).
- Encontro da Saúde Plena (com entidades que compõe o CES e outros parceiros).

c. Participação efetiva e autonomia do Gestor Estadual:

- Reestruturação da Secretaria Executiva do CES.
- Fortalecer as Comissões Internas do CES e implantar novas comissões.
- Fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde.
- Implantação dos Conselhos Locais de Saúde nas Unidades do Estado e nas conveniadas ao SUS.
- Gestão compartilhada.

d. Implantação da Ouvidoria da Saúde SES

- “Disque Saúde” – Canal direto com o Usuário – Telefone direto.
- Consultório de denúncias – Integrada com o CES.

1.4 CONSELHO DE DIRETORES – CONDIR: UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO COMPARTILHADA NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

O alcance dos objetivos complexos da gestão estadual, materializados no Plano Estadual de Saúde, requer a convergência de esforços e a integração mínima entre os seus dirigentes e os colaboradores. A equipe de dirigentes da SES/MS, em recente pesquisa realizada por empresa de consultoria, forneceu subsídios para o gestor, apontando para a necessidade de se empreender medidas visando difundir e consolidar a missão e os objetivos da gestão e, potencializar a integração entre os seus componentes.

A partir dos resultados dessa pesquisa, o Secretário Estadual de Saúde João Paulo Barcellos Esteves, definiu por estabelecer um fórum periódico de discussão e tomada de decisão compartilhada, contando com os superintendentes, assessores técnicos, coordenadores de área e, mais recentemente, com os chefes dos Núcleos Regionais de Saúde. A essa

instância denominou-se CONDIR, Conselho de Dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde. O CONDIR possui um regulamento interno, aprovado pelos seus componentes, onde está explicitado o seu papel. Suas atividades ocorrem mensalmente, sempre quatro dias antes da reunião ordinária do Conselho Estadual de Saúde. Uma pauta pré-definida é fornecida com antecedência e prepara os seus membros para a discussão, cujas decisões sempre são tomadas por consenso. As reuniões são realizadas em um hotel e duram o dia todo. A coordenação da reunião fica a cargo do próprio Secretário de Saúde, porém a condução dos trabalhos é delegada a um facilitador externo. Após cada reunião, o facilitador elabora um relatório detalhado que é aprovado na reunião subsequente.

Desde março de 2004, quando foi realizada a 1.^a reunião do CONDIR já foram discutidos temas muito relevantes para a gestão que redundaram em ações concretas como, por exemplo, a elaboração do Plano Estadual de Saúde, a definição de estratégias para aperfeiçoamento das relações da SES/MS com o Conselho Estadual de Saúde, a discussão e definição de estratégias para encaminhamento dos projetos da SES/MS e, atualmente, a discussão da nova estrutura organizacional da SES/MS, ainda não concluída.

A iniciativa de se promover uma instância decisória participativa na gestão estadual da saúde está demonstrando ser muito útil. Além do fim maior de compartilhar objetivos e de promover a integração da equipe, o CONDIR tem permitido ao gestor estadual e seus dirigentes, a periódica avaliação situacional da gestão bem como a discussão e difusão de informações estratégicas que auxiliam o processo de tomada de decisão.

16

2 PALESTRA PROFERIDA NO SEMINÁRIO DE CAMPO GRANDE – MS

Francisco Júnior³

A participação da comunidade no acompanhamento e controle do SUS é um dos pilares fundamentais do sistema, juntamente com o financiamento, o modelo de atenção e a força de trabalho.

Quatorze anos após a sua criação, podemos afirmar que essa participação ainda está sendo construída, afinal, é a alteração de toda uma lógica pautada por um estado autoritário, centralizador e sem transparência.

Assim, é comum percebermos não somente a pouca capacidade de intervenção dos conselheiros nos colegiados por não terem a formação mínima que possibilite a intervenção com qualidade. Há um receio cultural de se contrapor a orientações, opiniões e determinações do gestor, como se essa contraposição signifique uma subversão dos valores.

Além disso, é absolutamente comum, infelizmente, conselhos de saúde que são constituídos pelo gestor, de acordo com os seus interesses pessoais e políticos, impedindo, na prática, qualquer possibilidade de uma efetiva participação popular.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso e particularmente a gestão de José Serra

³ Farmacêutico, representa a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social no CNS.

à frente do Ministério da Saúde, o controle social sofreu os mais duros ataques praticados desde a sua criação, com o desmonte da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, um importante instrumento de debate, articulação e elaboração, e um total desrespeito à ação do Conselho Nacional de Saúde, que teve uma repercussão imediata em todo o País nos Conselhos Estaduais e Municipais que sofreram intervenções e desconstrução em todo o território nacional, sob as vistas complacentes e mesmo cúmplice do Ministério da Saúde e do próprio Governo e em muitos casos, do Ministério Público.

Como conseqüência, temos uma realidade caracterizada por um quadro desolador, com pouquíssimos conselhos cumprindo efetivamente com o seu papel, sem que isso signifique em nenhum momento, desconhecer os enormes avanços ocorridos em todo o País desde o começo da década de 90, à partir da intervenção da população organizada nos debates do SUS nos Conselhos, Plenárias e Conferências.

É esse patrimônio do povo brasileiro que nesse momento deve ser efetivamente priorizado, assumindo uma tarefa das mais difíceis que é urgentemente reverter um quadro preocupante enfrentado pela saúde pública.

Durante o último governo, tivemos um forte incremento da privatização do sistema via contratos de prestação de serviços de média e de alta complexidade bem como da banalização da terceirização da gestão das unidades de saúde.

O modelo de atenção, apesar da implantação de alguns programas importantes como o de Agentes Comunitários de Saúde, mais que nunca é centrado nos hospitais, no médico, nos medicamentos e nos caros procedimentos de alta complexidade, um modelo perdulário que interessa aos grandes grupos econômicos e às grandes corporações que dominam o cenário da saúde no nosso País.

O Programa de Saúde da Família, foi totalmente distorcido sendo transformado praticamente num modelo de atenção, em detrimento de uma rede básica resolutive, hierarquizada e com equipe interdisciplinar e atendendo por outro lado diretamente à lógica do governo na época de precarização nas relações de trabalho e de remuneração de pessoal.

A força de trabalho foi submetida ao mais duro processo de precarização e flexibilização praticado contra os trabalhadores no País, transformando a remuneração em gratificações e estimulando-se a diferenciação de tratamento, sintonizado e estimulando a lógica mercantilista e exclusivista que hoje infelizmente caracteriza várias corporações.

Por fim o financiamento do sistema à partir da Emenda Constitucional 29 nunca foi obedecida pelo Governo Fernando Henrique Cardoso/José Serra, o que agravou mais ainda e consideravelmente o quadro e comprometendo mais ainda a saúde da população usuária do SUS.

É esse caldo de cultura indigesto que a sociedade civil organizada tem a tarefa de enfrentar. Avaliamos que depois de muito tempo, pela primeira vez desde a sua criação, existem condições objetivas e efetivas para darmos um salto de qualidade. O Conselho Nacional de Saúde, num movimento que deve ser irradiado para todo o país, é respeitado pelo Governo Lula e tem cumprido realmente com seus deveres institucionais.

Todo o nosso empenho deve ser exigido, na perspectiva de à luz do debate o mais organizado, massificado e participativo que devemos realizar nas Conferências que estão por vir, criarmos as condições efetivas para a plena efetivação do SUS no nosso País, de acordo com os preceitos históricos que aprovamos no debate da Reforma Sanitária e da

8.^a Conferência Nacional de Saúde.

3 GILSON CARVALHO⁴ APONTA A IMPORTÂNCIA DOS TRABALHADORES E USUÁRIOS NA CONSTRUÇÃO DO SUS⁵

18

- As pessoas, os cidadãos usuários devem ter preservada sua autonomia na defesa de sua integralidade física e mental. A preservação dentro do serviço de saúde, da liberdade de decisão dos pacientes.
- Os serviços de saúde devem buscar resolver os problemas das pessoas da melhor maneira possível e ao menor custo. Esta capacidade de resolver problemas deve estar presente em todos os níveis de atenção à saúde.
- As ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma regionalizada, seria impossível que os 5.600 municípios brasileiros fossem, cada um deles, suficientes e capazes de atender a toda sua demanda em todos os níveis de atenção. A regionalização é fundamental à organização do SUS, mas só dará certo quando for uma regionalização funcional, ascendente e nunca uma regionalização burocrática-administrativa e descendente.
- Os trabalhadores da saúde **são a chave da mudança**. Hoje são o maior problema e o único lugar **por onde passa qualquer solução** para o SUS.
- O SUS que queremos tem que ser revolucionário para melhor. A chave da mudança é transferir a essência para se conquistar saúde para todos. Mudar o modelo **RE-INTEGRALIZAR** (modelo baseado nas necessidades de saúde da população). Mudar a relação **RE-HUMANIZAR** (modelo saúde-doença, promover-proteger-recuperar). **RE-INTEGRALIZAR – integralidade vertical** é voltar a ver o homem como um todo. **Integralidade horizontal** é agir no âmbito da promoção (causas), proteção (riscos) e recuperação (agravos). **RE-HUMANIZAR** é fazer do encontro dos serviços, dos profissionais com as pessoas um momento de ternura onde as fragilidades de cada lado podem ser superadas. Re-Humanizar a relação entre os seres humanos: cidadãos e trabalhadores de saúde. A ternura do encontro: receber, aceitar, escutar, observar, examinar, analisar, explicar. Em tudo e, sobretudo, reconhecer a fragilidade do saber.
- A garantia de saúde – felicidade, para todos. No Brasil, hoje, significa: implantar e implementar o SUS.

⁴ Assessor do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde.

⁵ Texto elaborado com base na conferência proferida pelo Dr Gilson Carvalho no seminário.

“O Estado de justiça social, com bem estar coletivo, só acontecerá quando, pelo processo democrático, cada pessoa assumir o controle da sociedade e do Estado pela participação ativa e pela consciência e prática plenas de deveres e direitos de sócio – proprietário das cidades, do país e do mundo”.

4 ÉTICA SOCIAL E OS RUMOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nelson Rodrigues dos Santos⁶

- Ética Social na Saúde: um Paradigma
- Aspectos da Concepção, para Fins deste Texto
- Destaques da Implantação do SUS nos quase Quatorze Anos de Existência Legal
- Questões Pendentes na Ética Social
- Outra Escala de Questões
- Ainda Outra Escala de Questões
- Questão Maior: a Direcionalidade Estratégica ou o Rumo da Implantação do SUS

19

4.1 ÉTICA SOCIAL NA SAÚDE: UM PARADIGMA

A ética social refere-se ao modo como são organizados, qualificados e dispostos os serviços de saúde, para acesso e utilização pela população. Implica em: a) a articulação com os setores responsáveis pela saúde e pela vida, visando à sua promoção, b) à proteção específica de pessoas e segmentos sociais expostos a riscos identificáveis e evitáveis, à sua saúde e à sua vida, e c) ao diagnóstico e à cura precoce de doenças que não foram evitadas pelas ações de promoção e proteção e, por fim, ao diagnóstico e ao tratamento tardio por exclusão.

4.2 ASPECTOS DA CONCEPÇÃO, PARA FINS DESTES TEXTOS

A ética social deve presidir o modo de organizar, qualificar e dispor os serviços de saúde, em compromisso com os direitos de cidadania, parte do processo civilizatório, por sua vez, calcado nos valores sociais da solidariedade e alteridade.

Os graus de consciência política e de organização da sociedade civil induzem as políticas públicas de Estado e as políticas e missões institucionais públicas de saúde. Certamente, trata-se da construção social e coletiva de valores que, com o tempo, tendem a perpassar e superar os interesses mercantis anti-sociais, ou os exclusivistas dos segmentos e corporações da sociedade, e respectivas resistências aos valores e direitos humanos de cidadania. Contamina a construção subjetiva da ética individual de cada

⁶ Secretaria de Gestão Participativa/Ministério da Saúde.

profissional e cada dirigente, bem como outros trabalhadores de saúde, que, por sua vez, integram a construção coletiva da ética social. É do foro íntimo, de cada indivíduo que integra os serviços públicos de saúde, a percepção o engajamento, menor ou maior, ao processo civilizatório da construção da ética social na saúde.

4.3 DESTAQUES DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS QUASE QUATORZE ANOS DE EXISTÊNCIA LEGAL

1. Intenso processo de descentralização com ênfase na municipalização, marcada politicamente pela Norma Operacional Básica n.º 01/93.
2. Marcante elevação da cobertura populacional por serviços públicos de saúde, em especial a Atenção Básica à Saúde.
3. Criação informal das comissões intergestores, tripartite (nacional) e bipartites (estaduais).
4. Extinção do INAMPS e sua absorção na estrutura do Ministério da Saúde.
5. Criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde em todos os estados, no DF e na grande maioria dos municípios.
6. Criação e funcionamento dos Fundos de Saúde nas três esferas de Governo.
7. Implementação dos repasses Fundo a Fundo.
8. Resistência de toda a estrutura do SUS e da sociedade organizada ao desfinanciamento do SUS imposto pela política econômica vigente no País a partir de 1990.
9. Aprovação e implementação das Normas Operacionais: Básica n.º 01/96, e da Assistência à Saúde, em 2001 e 2002.
10. Elevação da soma das contrapartidas estaduais, do DF e municipais, de 25% para 45%, do financiamento do SUS.
11. Início da regulação das Operadoras Privadas dos Planos e Seguros de Saúde.

20

A Ética Social, revestida pelos princípios Constitucionais do SUS (Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização/Municipalização, Regionalização/Hierarquização e Participação), pressupõe uma imagem-objetivo de modelo de atenção e gestão da saúde, concebida e organizada sob a lógica das reais necessidades e prioridades da população e direitos de cidadania à saúde. Esta imagem-objetivo pressupõe, por sua vez, formulações permanentes de uma direcionalidade estratégica na implantação do SUS, que oriente o desenvolvimento de cada destaque acima relacionado, e tantos outros acumulados, sempre na direção do novo modelo de atenção e gestão da saúde. Trata-se da necessidade inabdicável de um rumo de amplo conhecimento e adesão, claro e coerente com todos os princípios e diretrizes do SUS.

4.4 QUESTÕES PENDENTES NA ÉTICA SOCIAL

I. Quantas ações sofisticadas e caras de diagnóstico e tratamento tardios, após agravamento de doenças e sofrimentos, poderiam ser evitadas por desnecessárias, se houvesse a realização oportuna de diagnóstico e tratamento precoces, nos primeiros sintomas ou

suspeitas da doença? Qual o volume e recursos financeiros, materiais e humanos gastos e evitáveis?

II. Quantas ações de diagnóstico e tratamento precoces poderiam ser evitadas por desnecessárias, se as pessoas e segmentos sociais expostos a fatores agressivos a sua saúde, e respectivos riscos, tivessem sido protegidas oportunamente por ações preventivas específicas? Qual o volume de recursos gastos e evitáveis?

III. Quantas ações preventivas específicas poderiam ser evitadas por desnecessárias, se a sociedade, no seu conjunto e cada comunidade, fosse protagonista e beneficiária de ações saudáveis de qualidade de vida, junto aos respectivos setores públicos, como Saneamento, Alimentação, Habitação, Emprego, Trabalho, Educação, Segurança Pública e outros?

A implantação do SUS é obrigação legal há quase quatorze anos, o que não é demais, perante a grandeza dos seus princípios e diretrizes e as mudanças correspondentes. As reformas sanitárias da Inglaterra, Itália, Cuba, Canadá, Espanha e de outros países, levaram algumas ou várias décadas para vingar, e continuam desenvolvendo-se. Ainda assim, no que se refere às três questões acima apontadas, tornam inescapáveis profundas reflexões, buscando resposta à pergunta: onde e de que maneira a ética social falha na oferta e utilização dos serviços de saúde em nosso País?

4.5 OUTRA ESCALA DE QUESTÕES

Entrando pelo cotidiano dos serviços do SUS, outra escala de questões permanece pendente. Entre estas questões encontram-se:

I. Quais os critérios utilizados na destinação dos recursos públicos para ações de promoção, para as de proteção e para a recuperação da saúde? E para as ações da Atenção Básica, para as de Média Complexidade e para as de Alta Complexidade? E para o investimento e o custeio em cada uma das ações referidas? E para o pessoal de saúde, próprio e terceirizado? Qual a transparência e participação na formulação desses critérios da Política Alocativa?

II. Para a aquisição, alocação e utilização de cada equipamento médico-hospitalar e para a respectiva incorporação de tecnologias, quais os critérios utilizados na avaliação dos custos e sua relação com a efetividade/benefícios, tendo em vista a lógica da oferta de serviços integrais de saúde, com base exclusivamente nas necessidades/prioridades da população, que, por sua vez, variam de região para região? Qual a transparência e participação na formulação desses critérios de Avaliação Tecnológica?

Também estas duas questões exigem profundas reflexões: onde e de que maneira falha a ética social na política alocativa e na avaliação tecnológica?

4.6 AINDA OUTRA ESCALA DE QUESTÕES

Entrando mais um pouco no cotidiano dos serviços públicos de saúde, ainda outra escala de questões permanece. Neste nível, entre estas questões, estão:

I. Insuficiente amplitude da rede de Unidades Básicas de Saúde e de ações domiciliares e comunitárias de Atenção Básica, e, destacadamente, a baixa resolutividade e acolhimento de Atenção Básica, que leva a grande maioria da população a demandar os ambulatórios de especialidades e de urgência/emergência, como portas de entrada preferenciais do SUS.

II. Altíssimos índices de ações desnecessárias nos ambulatórios de especialidades e de urgência/emergência, onde o congestionamento da demanda torna esses desperdícios incontrolláveis, por exemplo: requisições de exames diagnósticos, encaminhamentos, prescrições de medicamentos e retornos.

III. Larga hegemonia da remuneração dos serviços de saúde na forma de pós-pagamento por produção, por meio de tabela de procedimentos e valores, que privilegia as ações curativas de média e alta complexidade, o mercado de equipamentos e tecnologias correlatas e os interesses dos setores atrasados de prestadores de serviços e de profissionais. Esta hegemonia vem impedindo e/ou inibindo a construção de alternativas de remuneração de maior adesão à lógica das necessidades da população e do interesse público, por exemplo, metas e custos regionais da atenção integral à saúde e remuneração não inferior aos custos.

IV. Fracionamento e vinculação dos repasses federais a atividades pré-definidas e padronizadas, em nível nacional. Pressupõe suposta inconfiabilidade dos entes federados de definirem os gastos mais adequados e de maiores resultados dos recursos reconhecidamente insuficientes. Inibe o desenvolvimento das responsabilidades e competências dos gestores e demais atores locais regionais do SUS, de aplicar e adequar os princípios e diretrizes Constitucionais em cada realidade regional.

V. Desoneração crescente de responsabilidades financeiras das operadoras privadas de planos e seguros de saúde, às custas do SUS, ao compelirem seus consumidores à utilização de serviços do SUS cujos custos significam, para as operadoras, menores lucros, por exemplo, medicamentos e exames diagnósticos.

VI. Incorporação, pelo pessoal de saúde, ainda que em menor grau, dos valores sociais inculcados em vastos segmentos da população desde 1990, mistificando o mercado, em substituição ao financiamento público; mistificando o consumidor e o cliente, em substituição do cidadão e ser humano com direitos, incentivando o individualismo competitivo em substituição da solidariedade.

Novamente apresenta-se a exigência de profundas reflexões: onde e de que maneira falha a ética social no desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde? Nos desperdícios, na forma de remuneração dos serviços, nos repasses federais, nas desonerações das operadoras privadas e na construção dos valores sociais?

4.7 QUESTÃO MAIOR: A DIRECIONALIDADE ESTRATÉGICA OU O RUMO DA IMPLANTAÇÃO DO SUS

Dentre as várias dificuldades, interesses adquiridos e obstáculos à implantação do SUS, tomamos o financiamento como referência para equacionar a questão da direcionalidade estratégica ou o rumo maior. Desde 1990, as previsões orçamentárias tinham pela frente o início efetivo do financiamento da oferta das ações e serviços integrais de saúde (Integralidade) sem qualquer discriminação negativa, conforme as necessidades de cada pessoa e segmento da sociedade (Equidade), e para toda a população (Universalidade). Não por outro motivo, a Constituição Federal, em suas disposições transitórias, estabeleceu o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social, que, para os valores de hoje, significaria mais que o dobro do orçamento do Ministério da Saúde, além das contrapartidas dos estados, DF e municípios no financiamento do SUS.

Este financiamento mínimo indica, da parte da Assembléia Nacional Constituinte de 1988, a definição de uma política pública de Estado no campo da Saúde com elevada ética social e responsabilidade no financiamento. Contudo, sob o mando dos governos federais que se sucederam, certos aspectos fundamentais não previstos na Constituição Federal vêm desenvolvendo-se e trazendo graves questões para a sociedade e para a nação, colocando em causa a ética social.

Não conseguindo alterar o texto Constitucional em relação ao SUS, setores ligados às políticas econômicas vêm distorcendo a sua implementação, a começar pelo financiamento, que, em nenhum momento, considerou o mínimo acima referido; ao contrário, a evolução dos valores reais, ano a ano, acabou por gerar verdadeiro desfinanciamento. Somente com a aprovação da EC n.º 29, em 2000, e com a discussão da respectiva Lei Complementar, em 2004, poderá haver alguma chance de reversão. Enquanto sociedades desenvolvidas, inclusive as que passam por avançadas reformas sanitárias, destinam em média U\$ 1.400,00 públicos por cidadão ao ano, permanecemos com parques U\$ 103,00 públicos. Sob o ângulo da ética social e da política pública de direitos de cidadania, a referida média nesses países corresponde ao mínimo de 70% de recursos públicos sobre o total de recursos (públicos e privados) para saúde nessas sociedades, revelando elevado grau de consciência política e de organização da sociedade civil na sua relação com o Estado. Em nosso País, essa porcentagem de recursos públicos permanece em torno de 45%.

Atenuando as maléficas conseqüências do baixo financiamento, deve-se levar em conta que parte dos nossos gastos não é, ou é pouco, dolarizada e que acumulamos uma valiosa experiência na gestão pública, especialmente na gestão descentralizada, o que nos permite antever o cenário de um dos melhores sistemas de saúde do mundo, com bem menos que a média dos dólares públicos gastos com a saúde de cada cidadão naqueles países. Mesmo assim, impõe-se, para nossa sociedade e nação, a imperiosa confiança em um horizonte de financiamento comprometido, correspondente a, pelo menos, metade dos gastos públicos por cidadão naqueles países. Não há este horizonte, pelo menos ainda.

Por outro lado, permanece, para a gestão do SUS, o desafio inescapável e inadiável de definir, com transparência, a direcionalidade estratégica ou os grandes rumos da implantação do novo modelo e respectiva lógica dos gastos, em função de que todas as questões apontadas nos capítulos anteriores, além de outras, deveriam ter suas estratégias formuladas, ajustadas e, se necessário, reformuladas.

A evidente insuficiência dos recursos impõe, concretamente, a não realização de uma parte das ações e serviços. Quais os critérios de necessidades e prioridades e que demandas devem ser reprimidas? Como a população pode e deve participar na formulação e aplicação desses critérios, já que é sobre ela que recaem os sofrimentos e direitos não atendidos? As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde devem ser reprimidas por igual ou por desigual? Critérios iguais ou desiguais em nível local, municipal, regional, estadual e nacional? Os princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, com ênfase na Municipalização, Regionalização/Hierarquização e Participação, devem ser implementados simultaneamente e na mesma intensidade, ou uns devem preceder outros? Com que finalidades e critérios?

Ao finalizarmos este texto, apresentamos dois exemplos de matrizes de direcionalidade estratégica ou rumos, à guisa de contribuição para a reflexão e formulação pelos atores envolvidos, seja qual for a resultante a ser consensuada e assumida. Sem prejuízo dessa resultante, merecem ser destacadas várias iniciativas positivas em andamento nos vários órgãos do Ministério da Saúde, no CONASS e no CONASEMS, em especial as geradas no Departamento de Apoio à Descentralização da Secretaria-Executiva do MS.

Matriz n.º 1 – Leva em conta todos os princípios e diretrizes do SUS, com a mesma relevância estratégica.

- a) A implementação da Eqüidade deve ser o “guia” ou “fio da meada”, no sentido de que os mais desiguais devem ser os mais aquinhoados, com vistas à igualdade da satisfação das necessidades e direitos de saúde, sendo que o “aquinhoamento” deve diminuir gradativamente na direção dos menos desiguais, na medida da insuficiência dos recursos. Esta diretriz é antagônica à “focalização” e inclui, desde já, os estratos médios da sociedade, tanto pelos seus direitos como pelo seu poder de pressão política. Opõe-se à concepção de “SUS pobre para os pobres”.
- b) O “aquinhoamento” deve abranger, necessariamente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade, isto é, a realização da Eqüidade deve ser articulada com a realização da Integralidade e não com fragmentos desconexos das ações e serviços de saúde.
- c) O cumprimento da Integralidade, na realidade brasileira, é somente possível em nível regional, de acordo com a distribuição da população e da capacidade instalada de saúde, incluindo seus profissionais. A diretriz Constitucional da Regionalização/Hierarquização é, por isso mesmo, a realização final inevitável à diretriz constitucional da Descentralização/Municipalização.
- d) A implementação da Integralidade é um processo socioinstitucional único, que abrange desde a menor comunidade até o âmbito regional, passando, necessariamente, pela pactuação e repactuação permanentes dos municípios envolvidos entre si e destes com o estado, por meio da sua representação regional. A Constituição Federal contempla simultaneamente a autonomia das esferas de governo e sua obrigação de cumprir as políticas públicas de desenvolvimento e de direitos, de forma articulada e pactuada.
- e) Dados os limites financeiros, a implementação da Eqüidade, que visa ao “nivelamento por cima” da oferta da atenção integral, inicia-se no nível comunitário, a partir das desigualdades aí identificadas, estende-se a todo o território municipal e dos municípios vizinhos até a Região de Saúde, cujo processo de regionalização deve promover a Eqüidade intermunicipal. O investimento na capacidade instalada e nos recursos humanos deve ser estratégico para viabilizar o acesso da população às ações integrais de saúde. Para a população e seus direitos: qualquer pessoa de qualquer município da região deve ter o mesmo acesso à atenção integral à saúde que a região é capaz de oferecer.
- f) A implementação da Eqüidade de baixo para cima, conforme exposto nos itens anteriores, tem sua intensidade e velocidade condicionadas aos limites financeiros, mas depende também do grau de consciência política e de organização da sociedade civil, em função dos seus direitos por atenção integral à saúde no nível da região.
- g) Sob a lógica expressa nos itens anteriores, a realização da Universalidade é balizada pela realização da Integralidade/Eqüidade de baixo para cima, na estratificação social e nos

níveis de direção do SUS. Sob esta diretriz, cabe à gestão estadual do SUS a promoção da Equidade inter-regional e, da mesma maneira, à gestão nacional, a promoção da Equidade interestadual.

- h) Na implementação da Regionalização/Integralidade/Equidade, todos os recursos alocados pelo SUS na região devem ser simultaneamente considerados: tanto os alocados na assistência, como nas vigilâncias e demais ações de promoção e proteção da saúde, tanto os governamentais como os dos prestadores privados contratados/conveniados e entidades da sociedade organizada, tanto os recursos financeiros como os materiais e humanos, e tanto os federais como os estaduais, os do DF e os municipais.
- i) Os atuais instrumentos de planejamento e gestão do SUS – NOB-96, NOAS-02, PPI, PDR, PDI e centenas de portarias federais normativas – devem ser unificados, simplificados e submetidos a diretrizes gerais que digam respeito, claramente, à direcionalidade estratégica ou aos rumos da implantação do SUS, assim como a indicadores do cumprimento ou não de todos os princípios e diretrizes do SUS. Os atores regionais (gestores municipais, estaduais e a sociedade organizada no nível regional) devem assumir a imprescindível autonomia de gestão para a implementação do SUS na sua abrangência.
- j) A acentuada diversidade regional em nosso País varia inclusive com os graus de adesão e de capacitação na implantação do SUS, o que gera grandes diferenças na forma, na adequação e na velocidade do processo, de região para região. Uma maior participação e mobilização da sociedade civil, a plena assunção pelos conselhos de saúde da sua obrigação legal de atuar na formulação das estratégias, a busca criativa de outras formas de participação de gestão participativa e gestão pactuada em nível regional, inclusive a participação nos critérios de prioridade na realização das ações de saúde perante ao financiamento insuficiente, são fatores decisivos para os rumos mais desejáveis na implantação do SUS.

Matriz n.º 2 – Leva em conta todos os princípios e diretrizes do SUS, porém com relevância estratégica voltada para a Universalidade, Descentralização/Municipalização e para a atribuição dos conselhos de saúde de atuar no controle da execução das políticas de saúde.

- a) A evidente escassez do financiamento justificaria o desenvolvimento de uma resistência, por parte de cada segmento dos prestadores de serviços (públicos e privados), de se submeter à outra racionalidade de organização da oferta de serviços, que possa desfazer os procedimentos históricos de remuneração ou captação de recursos. Segmentos envolvidos: ligados à assistência especializada (alta e média complexidade), aos laboratórios de patologia clínica, ao diagnóstico de imagem, aos serviços de urgência/emergência, à rede de serviços básicos de saúde, aos serviços preventivos e outros.
- b) Na implantação do SUS, as “táticas de sobrevivência” teriam retardado e algumas vezes, desviado o desenvolvimento e estratégias de implantação do novo modelo de atenção e de gestão na saúde.
- c) A escassez de recursos e as resistências acima referidas teriam gerado a escolha da extensão da cobertura por serviços básicos de saúde e a municipalização para

- operar a extensão, visando, ao mesmo tempo, a efetivar resposta às expectativas da população e da opinião pública, como também iniciar oficialmente a implantação do SUS, tomando como “carro chefe”, a Universalidade e a Descentralização/Municipalização. Para os atores do SUS mais envolvidos na gestão federal, convivendo com os atores ligados às políticas econômicas, a implementação da Integralidade, Eqüidade e Regionalização pouco se desenvolveria, no aguardo dos recursos necessários, caso viesse a ocorrer. Para os atores mais envolvidos na gestão estadual e, principalmente, na municipal, a implementação da Universalidade e Descentralização/Municipalização criaria, com o tempo, condições de adesão e pressão política capazes de proporcionar a implementação, na mesma intensidade, dos demais princípios e diretrizes do SUS.
- d) No bojo das resistências e “táticas de sobrevivência” acima referidas, os tetos financeiros permaneceriam sob pressão da remuneração dos serviços prestados, por meio da tabela de procedimentos, por sua vez sob pressão das “séries históricas” de produção e dos interesses dos fabricantes e fornecedores de insumos (medicamentos, equipamentos, imunológicos e outros). Nos serviços de assistência de média complexidade, o preceito da “economia de escala” não reconheceria as peculiaridades da Eqüidade e, nesses serviços, o congestionamento continuaria justificando altos índices de ações tecnicamente desnecessárias e desperdiçadas.
- e) Também no bojo das resistências, os investimentos em equipamentos e tecnologias continuariam sob pressão das “séries históricas” dos fabricantes e parte dos prestadores de serviços por meio de convênios pontuais, em detrimento dos preceitos da Avaliação Tecnológica e do planejamento regional e macrorregional de investimentos.
- f) Em função das possibilidades expressas nos itens anteriores, não caberiam espaços políticos e técnico-administrativos para discussão e deliberação transparente sobre política alocativa e caberia ao gestor federal, em função dos imprescindíveis repasses, hipertrofiar sua competência normativa sobre a gestão descentralizada, na tentativa de “tirar água das pedras” (obter impactos maiores) com os recursos existentes. Nos últimos anos, teria chegado à média de oito portarias normativas por dia útil.
- g) O Programa Saúde da Família, sempre prioritário, valeria por si mesmo como o grande fator novo de alta cobertura, capacitação e remuneração das equipes significativamente maior que no conjunto da rede de unidades básicas de saúde, e de alta aceitação na população, além de elevada e comprometida militância pública de todos que nele atuam e que repercutem nas mostras do PSF. Não haveria, contudo, num horizonte visível – respectivo financiamento e estratégias do PSF – possibilidade de vir a efetivar a sua potencialidade estruturante no conjunto da rede de unidades básicas de saúde, contribuindo para a elevação da capacitação e remuneração do seu pessoal, da sua qualificação, do seu acolhimento, da sua adscrição de usuários e da sua resolutividade. Da mesma maneira, em etapa anterior, não teria havido, também por falta de financiamento e estratégias, a desejada realização da potencialidade estruturante da rede de Atenção Básica, no conjunto do Sistema de Saúde, reestruturando-o segundo os princípios e diretrizes Constitucionais do SUS. Restaria, a permanecer a relação política econômica/política social, a possibilidade do PSF, mesmo expandindo-se, ter reduzido seu impacto na estruturação do novo modelo

de atenção e vir a ter acomodação a uma convivência relativamente autônoma, senão deslocada das demais instâncias do SUS, e, até mesmo, tornar-se vulnerável a estratégias compensatórias e focalizantes da política econômica.

- h) A predominância porventura ainda presente dos interesses dos segmentos dos prestadores de serviços e dos fabricantes/fornecedores de insumos, cada um com suas “táticas de sobrevivência”, e a baixa implementação da Integralidade/Equidade, isto é, a fragmentação da oferta de serviços, alimentaria a fragmentação da demanda: o acesso às ações e serviços em cada nível de complexidade e em qualidade estaria ainda fortemente ligado ao poder de pressão de cada segmento da sociedade, incluindo a possível promiscuidade da oferta e demanda entre o SUS e as operadoras privadas de planos e seguros de saúde.

As questões referentes à Matriz 2 foram expostas no condicional, porque as comprovações e a intensidade da sua ocorrência requerem a sua avaliação, com metodologia apropriada, sob os ângulos socioinstitucional e da gestão pública. Sua percepção e evidência permitem, ainda assim, uma última observação, qual seja: apesar da possível secundarização estratégica da implementação da Integralidade/Regionalização/Equidade, justificada pela escassez financeira, nos últimos anos, aparentemente, um grande número e gestões municipais esforçam-se criativamente e acumulam experiências positivas nas atividades intersetoriais de promoção da saúde, várias formas de cooperativismo intermunicipal, incluindo consórcios, na tentativa de preencher, dentro do possível, o espaço estratégico da Integralidade e da Regionalização. Experiências positivas de pactuação intermunicipal e dos municípios com o estado, como no caso do Mato Grosso e de vários outros, apesar do exposto nos itens anteriores, continuam no espaço da persistência.

5 OS DESAFIOS DA GESTÃO PARTICIPATIVA

Lucia Souto⁷

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi, sem dúvida, um dos mais significativos processos de reforma democrática do Estado e da sociedade brasileira, foi deflagrado no período da ditadura militar com o movimento *Saúde é Democracia*, quando se evidenciava a completa incompatibilidade entre a Saúde e autoritarismo expressa em fatos grotescos como: a censura, a epidemia de meningite, ao aumento da mortalidade infantil em contraste com o chamado “milagre econômico” e outros.

Com a democratização política do País e a transição democrática representada pela “Nova República” o movimento da Reforma Sanitária realizou 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 aprovam as bases da proposta de criação do Sistema Único de Saúde; um marco não só na luta pelo direito à saúde, mas da construção democrática e participativa de políticas públicas em nosso País. Esse amplo processo social gera um fato inédito e único: a apresentação, pela emenda popular com mais de 100mil 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.

28

5.1 OS DESAFIOS DA DEMOCRACIA BRASILEIRA

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** 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*, onde **a Gestão participativa é componente estratégico para possibilitar a reorganização do SUS na perspectiva das necessidades da população**.

⁷ Secretaria de Gestão Participativa/Ministério da Saúde.

5.2 GESTÃO PARTICIPATIVA / REFORMA DEMOCRÁTICA DO ESTADO EM SAÚDE

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, onde 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 são co-responsáveis pela construção de políticas públicas. Adotando como método a pluralidade, a co-responsabilidade e o envolvimento amplo da sociedade é possível construir e dar visibilidade ao espaço comum a todos.

A afirmação e alargamento do espaço público e a visualização do comum a todos permitem a tomada de iniciativas para a construção 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 mudança de cultura de gestão.

A descentralização e os variados arranjos locais/regionais que possam assumir são eixos fundamentais para viabilizar a Gestão Participativa ao trazerem a dimensão do território, do local e, com isso, possibilitar 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 maioria 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, 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".

5.3 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 à competição e não à cooperação por estimular a ação isolada que ignora iniciativas que poderiam, se associadas, influir e transformar significativamente a realidade. Exemplo disso é a violência, um dos maiores problemas de Saúde Pública, expressiva da lógica do cada um por si e salve-se quem puder e na qual não se salva ninguém. Não contribui para a cultura da cooperação, da criação de vínculos de confiança mútua, de solidariedade e redes sociais.

• **A Responsabilidade Sanitária**

A lógica da fragmentação induz um produtivismo cego e perdulário, sem gerar impacto algum sobre os indicadores de melhoria da qualidade de vida da população. É uma lógica insustentável que não trabalha com metas sociais em saúde e 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/regionais, a mudança de cultura de gestão de forma ampla (produção da doença x promoção da saúde), a responsabilidade sanitária/necessidades da população x 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, a construção de planos regionais/locais de saúde vivos não burocráticos com metas sociais em saúde (por exemplo, uma lista do inadmissível em saúde), os meios e as ações compartilhadas para atingi-las** de forma participativa, estimulando a maioria cidadã e assim construir os caminhos de mudança para a superação das desigualdades sociais em nosso País.

6 SEMINÁRIO: A SOCIEDADE E A CONSTRUÇÃO DO SUS



Número de inscrito no seminário: 469
Número de pessoas que compareceram: 442
Total de participantes nos trabalhos de grupo: 209

31

6.1 RELATÓRIO FINAL DAS DISCUSSÕES NOS TRABALHOS DE GRUPO (Aprovado em Plenário)

GRUPO I

Número de Participantes: 41

1 O PAPEL DA SOCIEDADE E DOS MOVIMENTOS POPULARES NA EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

1 – De que forma a sociedade vem participando na construção do SUS?

Resposta: De forma tímida, através dos Fóruns, Conselhos, Entidades e Conferências.

2 – De que forma as entidades organizadas podem fortalecer o acesso na participação dos Conselhos de Saúde?

Resposta: Integrando os Fóruns, capacitando os seus Conselheiros de forma continuada com o objetivo de formar multiplicadores e veiculação das informações.

3 – Qual é a função e competências dos Conselhos de Saúde?

Resposta: Ao Conselho de Saúde compete: fiscalizar, normatizar, propor e deliberar sobre as políticas públicas de saúde e divulgar as ações.

4 – Quais os principais conhecimentos que os Conselheiros devem ter para desempenhar sua função?

Resposta: Ser capacitado e conhecer a legislação, tais como: Lei Orgânica da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, Decreto de Criação do Conselho e Regimento Interno, o Plano Municipal de Saúde e a Previsão Orçamentária.

5 – O que falta para que o Conselho se torne fortalecido, respeitado e conhecedor de suas funções?

Resposta: Falta informação e capacitação, integração dos segmentos que compõem o Conselho e maior comprometimento social. Falta maior integração com o Ministério Público, como também publicação das deliberações em Diário Oficial do Município e divulgação para a população.

6 – Quais as principais dificuldades que as entidades organizadas encontram na participação nos eventos de controle social?

Resposta: Falta de compromisso, conscientização, recursos financeiros e conhecimentos da importância do Controle Social.

32

GRUPO II

Número de Participantes: 48

2 O PAPEL DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO SUS

1 – Qual é o principal papel do trabalhador em saúde na defesa e na construção do SUS?

Resposta: Trabalhar em equipe multidisciplinar na ótica da integralidade, divulgando o SUS, inserindo na sua grade curricular os cursos de interesse da saúde e o tema Sistema Único de Saúde.

2 – O Trabalhador em Saúde está cumprindo com as suas funções dentro do SUS?

Resposta: Satisfatoriamente não. Há necessidade de educação permanente sobre o modelo assistencial voltado para a prevenção, promoção e recuperação da saúde.

3 – O que falta para que os Trabalhadores em Saúde possam ser mais valorizados, motivados, satisfeitos?

Resposta: PCCS – Plano de Cargos, Carreira e Salários. Ambiente de trabalho conforme as especificações sanitárias. Que o gestor conheça o trabalhador como fundamental para a efetivação do SUS.

4 – O que o trabalhador em Saúde pode fazer para melhorar o seu relacionamento com os usuários?

Resposta: Mantendo permanente relacionamento com o usuário, trocando informações.

5 – Existe condições de trabalho nos serviços de saúde que satisfaçam os trabalhadores em saúde?

Resposta: Implantar a Saúde do Trabalhador.

6 – Os trabalhadores em saúde estão preparados tecnicamente para o desempenho de suas funções?

Resposta: Poderão estar mais bem preparados tecnicamente com a capacitação permanente.

7 – Os trabalhadores em saúde estão preparados para entender o controle social?

Resposta: NÃO, somente participando nos Conselhos Locais de Saúde, recebendo cursos sobre o SUS, participando da construção do SUS é que efetivaremos o trabalhador no controle social.

GRUPO III

Número de Participantes: 39

3 - A GESTÃO INTEGRADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1 – Os serviços de saúde oferecidos à população são adequados e suficientes para atender as necessidades da população?

Resposta:

- Não, as estruturas físicas não são adequadas.
- O atendimento é inadequado e insuficiente.
- Falta capacitação permanente.
- Os recursos são insuficientes, mal utilizados.
- Há ingerência política, rigidez hierárquica.
- Abrir convênio com universidades particulares.
- Há necessidades de melhorar a acessibilidade dos usuários ao serviço (acolhimento).

2 – Quais os programas e serviços preventivos de saúde dirigidos ao idoso, criança e gestante, que você conhece e acha necessário?

Resposta: Existe uma política de atenção integral dirigida ao idoso, que atende à demanda (hipertensão, imunização, psíquicos). Existe programa de proteção à gestante, existe programa da criança em Campo Grande (CAE), mas não atende à demanda.

3 – Você considera o Programa Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde, essencial para ser a reversão do modelo de atenção à saúde?

A equipe de Saúde da Família está preparada para prestar esse atendimento?

Resposta: Sim. Com investimento na educação permanente dos trabalhadores em saúde.

Não, a equipe não está preparada para atender adequadamente a população. O número de profissionais é insuficiente; falta estrutura para a atenção integral. Maior interdisciplinaridade.

4 – Os recursos financeiros destinados para área de saúde são suficientes?

Resposta: Não. São insuficientes e mal geridos.

5 – Os hospitais atendem às necessidades da população?

Como resolver seus atuais problemas?

Resposta: Não. Há enorme demanda reprimida.

Investir na promoção e prevenção à saúde, através dos PSF, divulgação dos serviços dos pólos existentes. Prevenção através da educação nas escolas.

6 – Quais os fatores do meio ambiente que podem influenciar na saúde?

Resposta: Todos.

- Saneamento Básico.
- Físicos, químicos e biológicos.
- Lixo doméstico e hospitalar.
- Desmatamento, queimadas, assoreamento, uso de agrotóxicos, controle de vetores.

7 – O lixo hospitalar é responsabilidade de qual órgão?

Como resolver este problema?

Resposta: É responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

- Colocando no incinerador, nos grandes lixões de instituições municipais.
- Discutir e implementar o aterro sanitário e coleta seletiva de lixo e investir na educação.

8 – Quais as doenças que em nosso estado/cidade são relacionadas ao meio ambiente?

Resposta: Leishmaniose, zoonoses, doenças pulmonares, respiratórias, cânceres e dermatológicas.

9 – Você considera o saneamento básico em nosso estado/município de boa qualidade?

Resposta: Não. Não existe saneamento básico.

10 – Qual sua opinião sobre os programas e serviços de prevenção desenvolvidos?

Resposta: Falta divulgação e cartilha informativa e grande parte da população não tem acesso aos serviços de prevenção (informações e insumos preventivos).

GRUPO IV

Número de participantes: 31

4 - OS DESAFIOS DA GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE

1 – As deliberações do Conselho de Saúde tem influenciado na melhoria da gestão do Sistema de Saúde?

Resposta: É satisfatória. Ajuda na fiscalização e no acompanhamento como um todo.

2 – O Conselho tem feito acompanhamento do processo orçamentário da Secretaria de Saúde?

Resposta: A apresentação orçamentária é muito técnica, os Conselheiros tem dificuldades de acompanhar os balancetes, isto é, são códigos que os Conselheiros desconhecem. Que se faça com maior clareza e dando o significado de cada código, colocando com mais detalhes todas as siglas em relação à prestação de contas.

3 – Os Conselhos de Saúde têm avançado no processo e controle da política pública de Saúde?

Resposta: Os participantes sugerem, com maior urgência, um jornalista para que haja mais divulgação, para que a população acompanhe mais de perto.

4 – Como se estabelece a relação dos Conselheiros com seus representados?

Resposta: Os usuários discutem a pauta e que esta venha satisfazer a comunidade. Todo Conselheiro representa um sindicato ou categoria também, o Conselho tem autonomia para fiscalizar e apresentar diretrizes.

5 – Os Conselhos de Saúde tem sua representação legitimada perante a sociedade?

Resposta: Têm. O Conselho não funciona, por quê? São parentes de prefeitos e outras autoridades. Alguns Conselhos tem legitimidade, enquanto que em municípios pequenos a ata da reunião já esta pronta, os Conselheiros apenas assinam.

6 – Os Conselheiros têm mecanismos de “escuta” do usuário e da população em geral?

Resposta: Seria a necessidade de fórum mensalmente, debates com a comunidade, divulgação com antecedência das datas das reuniões do Conselho e do fórum, principalmente a pauta a ser tratada. Ampliação e reuniões descentralizadas para que a população possa reivindicar.

GRUPO V

Número de Participantes: 42

5 - ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA ÁREA DA SAÚDE JUNTO AOS MUNICÍPIOS E SUA ARTICULAÇÃO COM O CONTROLE SOCIAL

1 – O Conselho tem feito representação ou se orientado junto ao Ministério Público?

Resposta: Que a Escola de Saúde Pública crie cursos de Especialização para o Ministério Público.

2 – Qual é a expectativa da sociedade quanto às ações do Ministério Público e dos Conselhos de Saúde?

Resposta: Fazer parceria com o Ministério Público e Conselho de Saúde para realizar seminário e palestras aos Conselheiros de Saúde.

3 – Qual deve ser a atuação do Ministério Público na área de Saúde junto aos municípios e estado?

Resposta: Que os Conselhos de Saúde realizem reuniões descentralizadas, com a presença do Ministério Público.

4 – Quais os problemas legais dos municípios e do estado na efetivação do SUS e quais as estratégias de solução?

Resposta: Que o Ministério Público não permita cargos contratados e comissionados na saúde, que o concurso público seja a única forma de contratação de trabalhadores.

5 – O Ministério Público tem se envolvido na implantação efetiva do controle social e no cumprimento da legislação da saúde no município/estado?

Resposta: Que os Conselhos de Saúde encaminhem convocação para a reunião e pauta ao Ministério Público. Atuação efetiva do Ministério Público junto aos Conselhos de Saúde.

6 – Como resolver as questões de atendimentos dos paraguaios que utilizam os serviços de saúde no Brasil e que comprometem a gestão dos serviços de saúde que não têm recursos financeiros e estrutura destinados a esse fim?

Resposta: Que o Ministério Público provoque reunião com a Embaixada do Brasil, Bolívia e Paraguai, para resolver as questões de atendimentos dos estrangeiros no SUS.

7 SÍNTESE DAS DISCUSSÕES DOS GRUPOS NO SEMINÁRIO

Dílson Paulo Alves⁸

Uma das maiores conquistas do cidadão foi a sua participação na gestão pública garantida pela Constituição da República e legislação da Saúde. Em Mato Grosso do Sul, a prática do controle social está em pleno processo de efetivação.

Para consolidar o SUS Estadual e efetivar de fato e de direito o controle social na saúde, o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde promoveram o seminário: A Sociedade e a Construção do SUS, no dia 11 de agosto de 2004.

Depois de dois meses de preparação e discussões prévias, que envolveram toda a sociedade organizada do Estado de Mato Grosso do Sul, realizaram-se reuniões setoriais, as quais mobilizaram cerca de 500 participantes.

Para a escolha dos participantes do seminário, foram realizadas várias reuniões e recebemos inscrições de 61 entidades organizadas, movimentos populares e órgãos de classe, hospitais e clínicas e universidades, totalizando 469 inscritos, sendo que havíamos previsto a participação de 220 pessoas, uma vez que o local tinha capacidade para no máximo 250 pessoas.

Participaram, na abertura do Seminário, 440 pessoas, sendo 260 oriundas de Campo Grande e 180 de outras cidades de nosso estado, surpreendendo a organização do evento.

Ao final dos trabalhos, foram apresentadas inúmeras propostas, que foram aprovadas na Plenária Final.

Pelo número e qualidade das propostas apresentadas neste seminário foi possível fazer um diagnóstico das reais necessidades da população quanto aos serviços de saúde, bem como perceber o nível de organização das entidades sociais que atuam na área da Saúde.

Fazendo uma análise das propostas aprovadas percebe-se que houve um predomínio daquelas que representam os interesses dos setores de prestação de serviços, gerenciamento de saúde e trabalhadores de saúde. Conclui-se que o gerenciamento dos serviços de saúde precisa ser amplamente organizado e compartilhado com os trabalhadores de saúde.

Ficou evidenciado também que a sociedade local continua dando ênfase à necessidade de se investir em programas preventivos, educação em saúde, na formação de equipes multiprofissionais para a execução do novo modelo assistencial, fortalecimento dos princípios do SUS e dos espaços de pactuação e negociação dos serviços com os municípios.

A consolidação do controle social do Sistema Único de Saúde deverá ser tarefa primordial do Conselho Estadual de Saúde. Isso se dará por meio do envolvimento dos cidadãos usuários e trabalhadores de saúde em torno dos Conselhos Gestores de Saúde

⁸ Assessor técnico da SES/MS e Coordenador Geral do Seminário.

nas Unidades de Saúde e Hospitais Próprios e Conveniados que serão implantados como espaços de debates e discussões descentralizadas, os quais criarão uma nova vertente de mobilização da comunidade.

O Conselho Estadual de Saúde deverá funcionar em busca de um reconhecimento da sociedade organizada a respeito da importância do SUS como instrumento de garantia do preceito constitucional de que saúde é um direito de cidadania e um dever do Estado.

Observou-se, ainda, que as principais discussões neste seminário foram na área de Gerenciamento da Saúde, Gestão Integrada dos Serviços de Saúde, Os Desafios da Gestão Participativa em Saúde, o Trabalhador da Saúde na Construção do SUS, Atuação do Ministério Público na Área da Saúde e do Meio Ambiente e seus Impactos na Saúde.

Os subtemas propostos atingiram as expectativas da organização do Seminário, com palestras objetivas e de alto nível, passando aos presentes uma idéia de como deve ser a saúde estadual e trazendo subsídios para as discussões nos trabalhos de grupo.

O Tema Central do Seminário: A Sociedade e a Construção do SUS tratou dos direitos, da participação da sociedade na gestão da saúde, responsabilidades sobre a saúde que queremos e preconizou que na saúde o cidadão decide.

Em um primeiro momento os participantes receberam informações técnicas por meio de palestras sobre os seguintes pontos: O Papel da Sociedade e dos Movimentos Populares na Efetivação do SUS – Francisco Batista Junior, O Papel dos Trabalhadores na Construção do SUS – Dr. Gilson Carvalho, Gestão Integrada de Saúde – Dr. Nelson Rodrigues dos Santos, Os desafios da Gestão Participativa em Saúde – Dra. Lúcia Souto e a Atuação do Ministério Público na Área de Saúde junto aos Municípios e sua Articulação com o Controle Social - Dra. Josely Ramos Pontes. Em seguida, foram divididos em grupos de trabalhos onde diagnosticaram a situação da saúde no estado, a partir do que propuseram medidas para corrigir as falhas e consolidar os pontos fortes. Reunidas todas as propostas foram debatidas em plenária final.

8 PANORAMA SANITÁRIO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MATO GROSSO DO SUL⁹

8.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO E REGIÕES DE SAÚDE

O Estado do Mato Grosso do Sul nasceu com a divisão de Mato Grosso, definida por lei em outubro de 1977, mas seu primeiro governo foi instalado em 1.º de janeiro de 1979. Desde que foi criado, Mato Grosso do Sul está em fase de crescimento. Enquanto nas demais áreas do País a taxa média de crescimento econômico fica em torno de 2,6% ao ano, em Mato Grosso do Sul tem sido bem superior: na última década, a taxa de crescimento foi de 4,5%.

Apesar do quadro positivo demonstrado acima, o estado ainda sofre com a má distribuição de renda, já que 31,71% das pessoas ocupadas recebem até dois salários mínimos, e 23,36% recebem de dois a dez salários mínimos. Em 1998, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 40% da população não tinha rendimentos e atuavam na economia informal e menos de 5% recebiam mais de dez salários mínimos.

O Estado do Mato Grosso do Sul possui 2.198.640 habitantes distribuídos em 77 municípios, com heterogeneidade em suas características sociais, econômicas, geográficas, demográficas, de adoecimento e de morte (epidemiológicas), ambientais e culturais. Aproximadamente, 73% dos municípios apresentam população menor que 20.000 habitantes e somente cinco municípios possuem mais que 50.000 habitantes. Ressalta-se o predomínio de áreas rurais e as grandes distâncias entre as cidades. O estado mostra um grande vazio populacional na área correspondente ao Pantanal cuja maior cidade é Corumbá, no extremo oeste.

A capital, Campo Grande, possui 719.362 habitantes, o que representa 32% da população do estado; somada à população do segundo maior município, Dourados (176.693 habitantes), constata-se que 41% da população do estado está concentrada nesses dois municípios. Acrescentando-se a população de Corumbá (98.655 hab.), Três Lagoas (83.481 hab.), Ponta Porã (64.972 hab.) e Aquidauana (45.098 hab.) constata-se que 54% do total dos sul-mato-grossenses residem nesses seis municípios.

Como particularidade, o estado possui uma grande extensão de fronteira internacional com a Bolívia e com o Paraguai, o que ocasiona um fluxo de estrangeiros para os serviços de saúde do estado, assim como grande número de brasileiros residentes no Paraguai, nem todos oriundos deste estado. A população indígena e a flutuante de assentamentos rurais, também são aspectos singulares em alguns municípios.

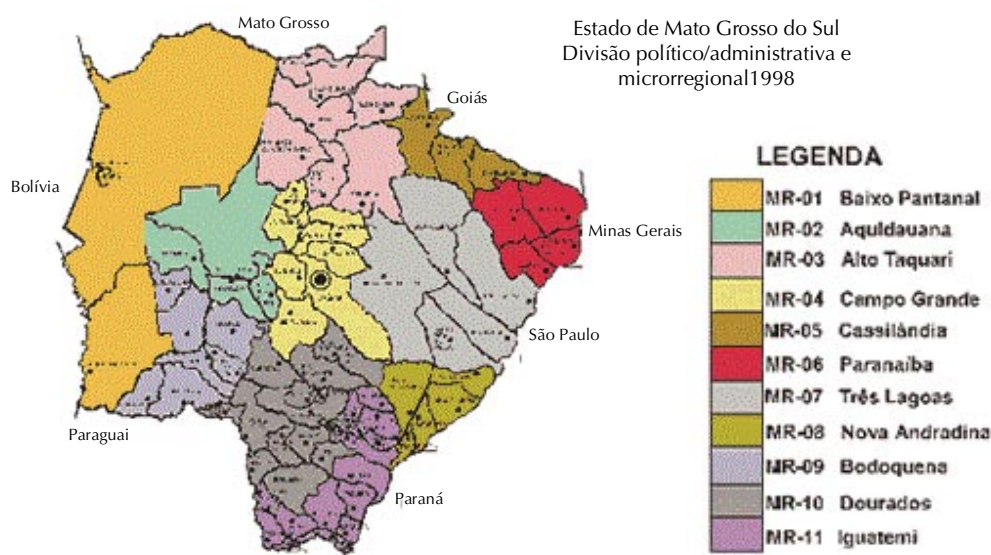
⁹ Este texto foi extraído do Plano Estadual de Saúde, MS, 2004; e do Pacto Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil. As informações populacionais foram complementadas com dados capturados na internet no site: www.datasus.gov.br. Acesso em 15 de outubro de 2004.

¹⁰ Fonte: www.datasus.gov.br

As características geográficas do estado se refletem na organização dos serviços de assistência à saúde da população sul-mato-grossense.

As regiões administrativas, evidenciadas na **Figura 1**, têm sido, tradicionalmente, utilizadas como base territorial de planejamento, podendo propiciar integração de políticas setoriais, implementação de mecanismos de avaliação e otimização no emprego dos recursos disponíveis.

Figura 1: Divisão político/administrativa e microrregional do Mato Grosso do Sul.



Fonte: IBGE/1998.

No setor Saúde, o conhecimento e apropriação do espaço territorial são condições indispensáveis para construção de um sistema de saúde equânime e eficiente.

As diferentes realidades vivenciadas pela população em seus espaços demandam permanentemente ações do poder público, que, por sua vez, tem o papel de cumpri-las de forma plena e efetiva.

Para que os preceitos do Sistema Único de Saúde contemplados na Constituição de 1988 ganhem concretude é preciso considerar a situação de saúde da população em função das múltiplas realidades que a caracterizam: o perfil demográfico; as diferenças geográfico/topográficas; as condições ambientais; o perfil epidemiológico; os recursos tecnológicos e a capacidade instalada disponíveis. Além disso, é importante considerar também as diferentes capacidades administrativa e gerencial das diferentes regiões.

Para construir as condições que viabilizem a transformação da situação de saúde é necessário definir claramente a base territorial para o planejamento das ações, possibilitando identificar, com precisão, a população abrangida e seus problemas sanitários, bem como o dimensionamento e a organização dos serviços de saúde.

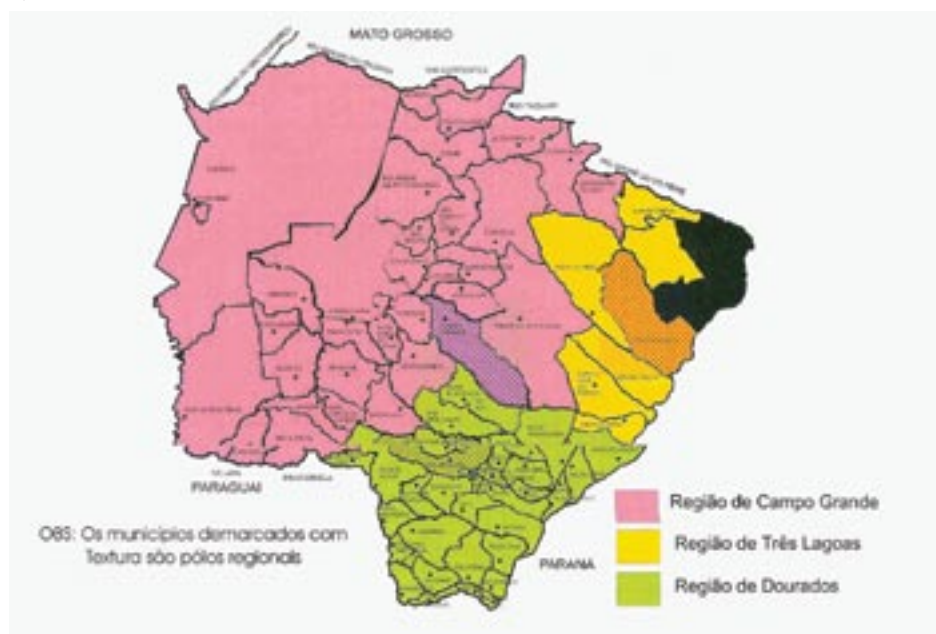
Com esse objetivo, visando a criar sistemas funcionais de saúde onde todos os cidadãos tenham acesso garantido a todas as ações e serviços para o atendimento de suas

necessidades, o mais próximo possível do seu local de moradia, foram definidos espaços territoriais, utilizando-se dos seguintes critérios:

- fluxo histórico de pacientes;
- distância entre os municípios com o município-sede de módulo assistencial e o município-pólo mais próximo;
- os recursos de acessibilidade como estradas, disponibilidade de meios de transporte;
- identidade cultural;
- organização e oferta espacial de serviços;
- capacidade de gestão dos municípios;
- os fluxos já existentes, decorrentes da reorganização administrativa tradicional do estado;
- aspectos políticos conjunturais que influenciam positiva ou negativamente a conformação de espaços permanentes de negociação e pactuação;
- densidade demográfica;
- potencialidade de municípios para habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal.

O resultado configura a regionalização do Sistema de Saúde em Mato Grosso do Sul, com três mesorregiões (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas) e 11 microrregiões geográficas, conforme exposto na **Figura 2**.

Figura 2: Divisão Territorial do Estado segundo Regiões de Saúde. Mato Grosso do Sul, 2001.



Fonte: Plano Estadual de Saúde/MS, 2004.

O Anexo III contém três tabelas que mostram a distribuição da população do estado segundo regiões, microrregiões, módulos assistenciais e municípios. Considerando os dados apresentados na Figura 2 e nas tabelas do Anexo III, seguem algumas considerações sobre cada uma das regiões de saúde.

Região de Três Lagoas – Localizada no extremo oriental é composta por duas microrregiões, cinco módulos assistenciais e dez municípios que somam uma população (conforme estimativa do IBGE) de 222.246 habitantes, o que corresponde a 10,39% da população total do estado. A região faz fronteira com os estados de São Paulo, Minas Gerais e Goiás. O município-pólo dessa região, Três Lagoas, é a 3.^a maior cidade do estado. A região ocupa 15,8% da área total de Mato Grosso do Sul e tem uma densidade demográfica de 15,8 habitantes/km², de acordo com os resultados do Censo 2000.

Região de Dourados – Localizada na porção meridional do estado é composta por quatro microrregiões, nove módulos assistenciais e municípios que correspondem a uma população, conforme estimativa do IBGE, de 652.751 habitantes, ou 30,5% da população total de Mato Grosso do Sul. A região faz fronteira com o Estado do Paraná e com o Paraguai e é a que possui o maior número de municípios adscritos. Sua área corresponde a 18,35% do território estadual, tendo a maior densidade demográfica – 9,82 habitantes/km² – se comparado com as outras duas regiões.

Região de Campo Grande – Em área e população é a maior região do estado, ocupando 65,8% da sua área total, estando localizada nas porções central, setentrional e ocidental. É composta por cinco microrregiões, nove módulos assistenciais e 33 municípios, que perfazem, segundo o IBGE, uma população de 1.265.469 habitantes, ou 59,11% da população do estado, com uma densidade demográfica de 5,09 habitantes por km². A região apresenta um grande vazio populacional na área correspondente ao Pantanal, cuja maior cidade é Corumbá, no extremo oeste. Outra característica marcante da região é a grande área de fronteiras internacionais com o Paraguai e a Bolívia, fazendo divisa também com os estados de Mato Grosso e Goiás.

8.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

A população de Mato Grosso do Sul cresceu de 1.881.840, em 1994, para 2.198.640 habitantes em 2004.

Uma forma de conhecer a situação de saúde de uma população é saber quais são as doenças mais comuns e quais são as causas de morte das pessoas. Em primeiro lugar, é importante conhecer a natalidade, isto é, quantos bebês nascem a cada ano. Essa informação é dada mostrando-se o número de crianças nascidas vivas para cada 1.000 habitantes.

Seguindo a tendência do que ocorre no País, a taxa bruta de natalidade do estado vem decrescendo de 20,77 nascidos vivos/1.000 habitantes em 1996, para 19,10/1.000 habitantes em 2000. A taxa de fecundidade caiu de 2,44 para 2,11 filhos por mulher no mesmo período. Isso nos mostra que a população está crescendo em ritmo mais lento.

A esperança de vida ao nascer, em Mato Grosso do Sul, conforme mostra a **Tabela 1**, vem aumentando progressivamente, tendo atingido, no ano de 2000, patamares mais elevados do que os outros estados da Região Centro-Oeste, e do que a média do Brasil.

Tabela 1: Esperança de vida ao nascer (em anos), por sexo, em Mato Grosso do Sul, na Região Centro-Oeste e no Brasil, 1997 a 2000.

Região e UF	1997			1998		
	Masc.	Fem.	Geral	Masc.	Fem.	Geral
Mato Grosso do Sul	66,46	72,73	69,53	66,73	73,01	69,81
Região Centro-Oeste	65,56	72,18	68,67	65,78	72,44	68,92
Brasil	64,09	71,70	67,78	64,32	71,98	68,04

Região e UF	1999			2000		
	Masc.	Fem.	Geral	Masc.	Fem.	Geral
Mato Grosso do Sul	67,00	73,30	70,09	67,27	73,59	70,37
Região Centro-Oeste	66,01	72,71	69,17	66,24	72,97	69,42
Brasil	64,33	72,30	68,40	64,77	72,55	68,55

Fonte: Indicadores e Dados Básicos – Brasil – IDB/2002.

8.3 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O PIB (Produto Interno Bruto) *per capita* do estado, embora tenha crescido no período de 1996 a 2000, ainda se mantém em níveis inferiores ao do País como um todo, conforme pode ser verificado na **Tabela 2**.

43

Tabela 2: PIB Per Capita de Mato Grosso do Sul e Brasil, de 1996 a 2000 (em R\$).

UF	1996	1997	1998	1999	2000
Mato Grosso do Sul	4.314,17	4.729,71	5.033,13	5.378,97	5.707,89
Brasil	4.958,85	5.454,54	5.647,66	5.939,98	6.485,64

Fonte: IDB/2002.

No que se refere à Educação, importante indicador socioeconômico, ainda que a taxa de analfabetismo entre pessoas maiores de 15 anos tenha diminuído de cerca de 12% em 1997, para 10% em 2001; os níveis de escolaridade de 15 anos e mais, têm-se mantido inferiores aos do País.

8.4 INDICADORES DE MORBIDADE

Os indicadores de morbidade mostram do que as pessoas adoecem. O Ministério da Saúde mantém uma publicação com essas informações chamada Indicadores e Dados Básicos – Brasil (IDB). No que diz respeito às doenças e aos agravos no Mato Grosso do Sul, o IDB/2002 revela que:

- O número de casos novos de hanseníase diminuiu de 669 em 1997, para 562 em 1999 e 510 em 2001, seguindo a mesma tendência do que ocorre no restante do País. A prevalência (mede o número de casos num período em determinado grupo populacional) da hanseníase em Mato Grosso do Sul, em 2001 foi de 5,86/10.000 habitantes, sendo a menor taxa encontrada no período estudado.

- Redução mais sensível pode ser verificada com relação à tuberculose, que diminuiu o número de casos novos de 1.001, em 1997, para 237 em 2001. No entanto, deve-se suspeitar de ausência de notificações, uma vez que nos anos anteriores, o estado vinha mantendo uma média de 800 casos novos ao ano.

A **Tabela 3** exibe o número de casos novos de algumas doenças no estado.

Tabela 3: Número de casos novos por ano de aids, dengue, malária e sífilis congênita. Mato Grosso do Sul, 1997 a 2001.

<i>Doença</i>	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>
<i>Aids</i>	276	276	228	215	190
<i>Dengue</i>	4.985	2.578	8.207	6.833	10.927
<i>Malária</i>	86	94	63	136	0
<i>Sífilis Congênita</i>	-	0	116	52	27

Fonte: IDB/2002.

44

- Verifica-se que a taxa de incidência (número de casos novos num certo período) da dengue tem aumentado em Mato Grosso do Sul, tendo evoluído de 253,74 casos novos confirmados/100 mil habitantes em 1997 para 404,96/100 mil em 1999 e 517,61/100 mil habitantes em 2001, revelando que se trata de um problema de saúde pública para o estado, com a taxa bem acima da do Brasil (248,35/100 mil habitantes em 2001).
- Com a aids, o movimento tem sido inverso, e a taxa de incidência diminuiu de 14,05/100 mil habitantes, em 1997, para 9,00/100 mil habitantes em 2001, estando abaixo da do País, em todo o período analisado.

Excluídas as causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, as doenças do aparelho respiratório representam, no período estudado, a principal causa de internação em Mato Grosso do Sul.

Verifica-se que entre menores de 1 ano as principais causas de internações foram as doenças do aparelho respiratório, seguida das doenças infecciosas e parasitárias. Essa situação se mantém até a faixa de 19 anos. No grupo etário de 20 a 39 anos as principais causas de internações foram as doenças do aparelho geniturinário. Entre os maiores de 40 anos, as doenças do aparelho circulatório representam as principais causas.

No que diz respeito à proporção de gestantes com acompanhamento pré-natal, no estado, cerca de 66% das gestantes foram acompanhadas no período (1997 a 2000), índice superior ao da Região Centro-Oeste que atingiu cerca de 53%. Já com relação aos partos cesáreos, a proporção de Mato Grosso do Sul (47,5%) foi superior à da Região Centro-Oeste (45,6%) e à do Brasil (39,2%).

Quanto à cobertura de serviços de água, não houve crescimento no estado, mantendo-se em torno de 77,5% de 1997 até 2001. Houve crescimento com relação à população servida por coleta de lixo, cuja proporção cresceu de 79,2% em 1997 para 86,4% em

2001. No que diz respeito ao esgotamento sanitário ocorreu um decréscimo de 16,3% de população atendida em 1997, para 10,8% em 2001.

8.5 INDICADORES DE MORTALIDADE

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

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

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

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

45

A **Tabela 4** mostra a proporção de óbitos em menores de 1 ano.

Tabela 4: Proporção de óbitos em menores de 1 ano em Mato Grosso do Sul e no Brasil, no período de 1994 a 2000.

UF	Dias			Total
	0 a 6	7 a 27	28 e mais	
<i>Mato Grosso do Sul</i>	48,03	13,68	38,29	100
<i>Brasil</i>	46,83	12,47	40,70	100

Fonte: IDB/2002.

A análise da mortalidade infantil, no período de 1994 a 2000, revela que a proporção de óbitos em menores de 1 ano em Mato Grosso do Sul – 10,6% – foi superior à média do País (que foi de 8,25%). Em 2000, a taxa de mortalidade infantil foi de 23,80, superior à da Região Centro-Oeste que foi de 21,90, por 1.000 nascidos vivos.

As taxas de mortalidade neonatal precoce (12/1.000 nascidos vivos) e tardia (3,70/1.000 nascidos vivos), no ano 2000, também foram superiores a da Região Centro-Oeste, que registrou no período 11,10 e 3,90 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente. O mesmo

aconteceu com a taxa de mortalidade infantil pós-neonatal, que em Mato Grosso do Sul foi de 8,10 e na Região Centro-Oeste 7,10/1000. Essas informações apontam a importância em se investir no cuidado ao pré-natal, ao parto e ao período neonatal.

No período 1994 a 2000, a proporção de óbitos em menores de 5 anos por infecção respiratória aguda (IRA) em Mato Grosso do Sul (8,6%) também foi superior à do Brasil (7,7%). O mesmo ocorreu com a proporção de óbitos por doença diarreica aguda, 7,73% em Mato Grosso do Sul e 6,83% no Brasil.

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

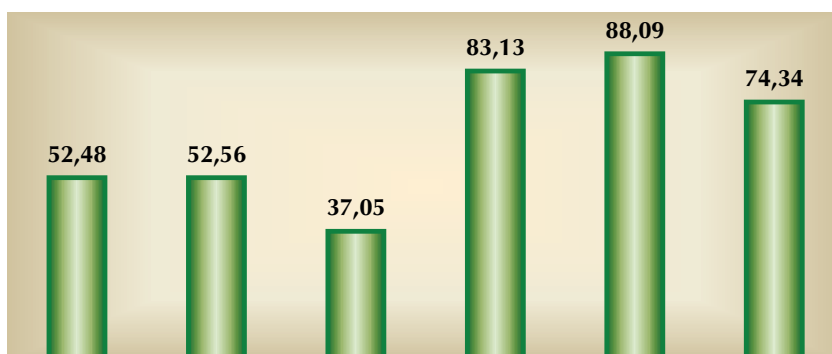
Chama-se morte materna quando uma mulher morre por algum problema relacionado à gestação, ao momento do parto e do puerpério ou à assistência realizada nesses períodos. Se uma mulher contrai uma infecção na maternidade em que se internou, para dar à luz, e meses depois morre pela infecção, esse óbito se caracteriza como uma morte materna. A maioria dessas mortes é evitável e reflete deficiências na qualidade da atenção à saúde, não apenas da gestante ou da mulher, mas de todo o sistema de saúde.

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

O **Gráfico 1** apresenta a evolução da mortalidade materna no estado desde 1998 até 2003. Percebe-se um aumento significativo nos últimos três anos, o que provavelmente expressa a melhora no registro desses eventos. Em 2001, foi criado o Comitê Estadual de Prevenção de Óbitos Maternos, responsável pela investigação das causas de morte em mulheres em idade fértil suspeitas de estarem relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Entre as medidas adotadas no estado para enfrentar esse grave problema de saúde pública está o Pacto Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil.

Gráfico 1

**Coefficiente de Mortalidade Materna*
no Estado do Mato Grosso do Sul - 1998 – 2003**

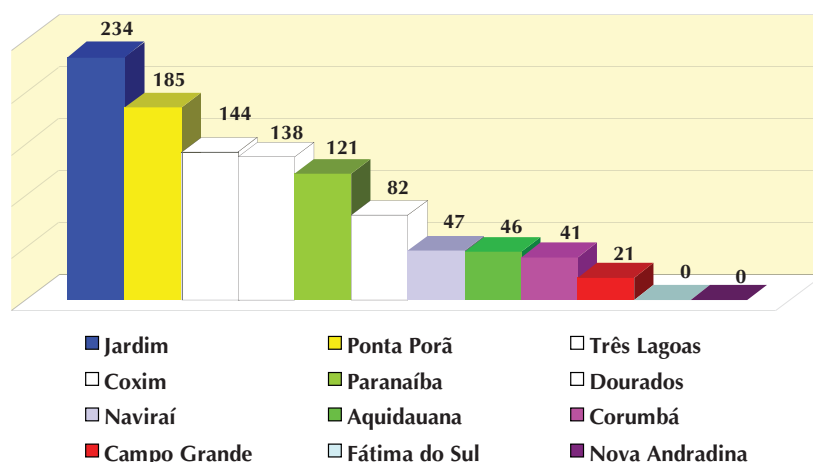


* Óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.
Fonte: www.saude.ms.gov.br (acessado em 16/10/2004).

O **Gráfico 2** apresenta os coeficientes de mortalidade materna nas Regionais de Saúde do estado em ordem decrescente. Jardim, Ponta Porã, Três Lagoas, Coxim, Paranaíba e Dourados apresentam o maior risco de ocorrência de morte materna. Essas regiões merecem uma atenção especial em relação à saúde materno infantil. Ponta Porã por ser uma cidade de fronteira atende uma parcela significativa de usuários do sistema de saúde oriundos do Paraguai. Este fato pode explicar em parte a alta mortalidade materna (sete óbitos em 2003).

Gráfico 2

**Coefficiente de Mortalidade Materna*
nas Regionais de Saúde - MS – 2003**



* Óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.
Fonte: www.saude.ms.gov.br (acessado em 16/10/2004).

A **Tabela 5** mostra as principais causas de mortalidade no estado e no Brasil. A principal causa de morte (no estado e no Brasil) são as doenças do aparelho circulatório e cardíaco, isto é, as chamadas doenças do coração, tais como a hipertensão (pressão alta), angina, infarto, insuficiência cardíaca, derrames e outras.

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

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

A observação das informações do estado na **Tabela 5** e no **Gráfico 3** evidencia um quadro ainda mais alarmante que o nacional. Destaca-se a taxa de mortalidade por acidente de trabalho, muito superior a do País. Também são ligeiramente superiores as taxas de mortalidade por acidentes de transporte e homicídios. Portanto, no que diz respeito aos danos à saúde por causas externas (por violências, em especial homicídios, acidentes de transporte e trabalho), o estado enfrenta um grande desafio.

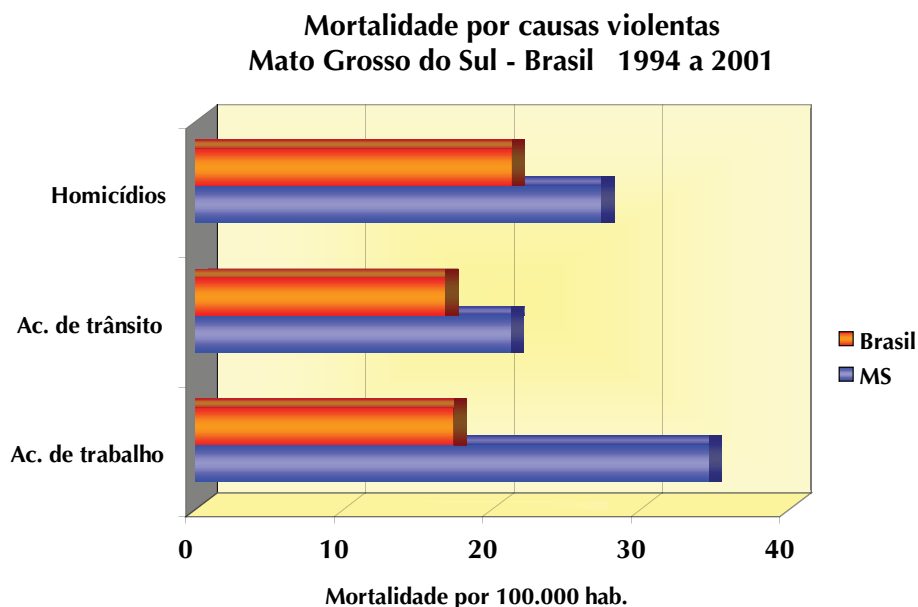
48

Tabela 5: Taxa de mortalidade específica, por 100 mil habitantes, de algumas doenças. Mato Grosso do Sul e Brasil, 1994 a 2000.

N.º	Causa/morte	MS	Brasil
01	Acidente de trabalho	34,60	17,39
02	Aids	5,85	7,81
03	Diabetes <i>mellitus</i>	13,60	17,43
04	Doenças do aparelho circulatório	50,61	51,65
05	Neoplasia do colo uterino	2,63	2,18
06	Neoplasia de próstata	4,54	4,04
07	Neoplasia de mama	3,49	4,71
08	Acidentes de trânsito	21,27	16,85
09	Homicídios	27,36	21,31

Fonte: IDB/2002.

Gráfico 3



Fonte: IDB/2002.

49

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

A situação de violência é muito complexa, possui várias causas e, para enfrentá-la, é necessária a atuação de diferentes setores da sociedade e do poder público, dentre eles a área da Saúde. Além de atenderem 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 sejam superadas as disputas e os conflitos político-partidários.

Dessa forma, o enfrentamento do problema da violência passa a ser um eixo estratégico para o avanço das ações intersetoriais, que devem ser pensadas e abordadas na perspectiva da melhoria das condições de qualidade de vida da população. É, portanto, um assunto que deve fazer parte da agenda comum dos municípios da região, que não vão encontrar apenas em si mesmos, ou isoladamente, a solução que minimize os efeitos desse grave problema social.

A **Tabela 6** e o **Gráfico 4** referem-se à mortalidade proporcional por causa, e suas informações reforçam as observações anteriores. Pode-se verificar que, seguindo a tendência do que ocorre no restante do País, as doenças do aparelho circulatório representaram a principal causa de morte no estado, seguida das causas externas. Mostram também a importância das mortes ocorridas no período neonatal.

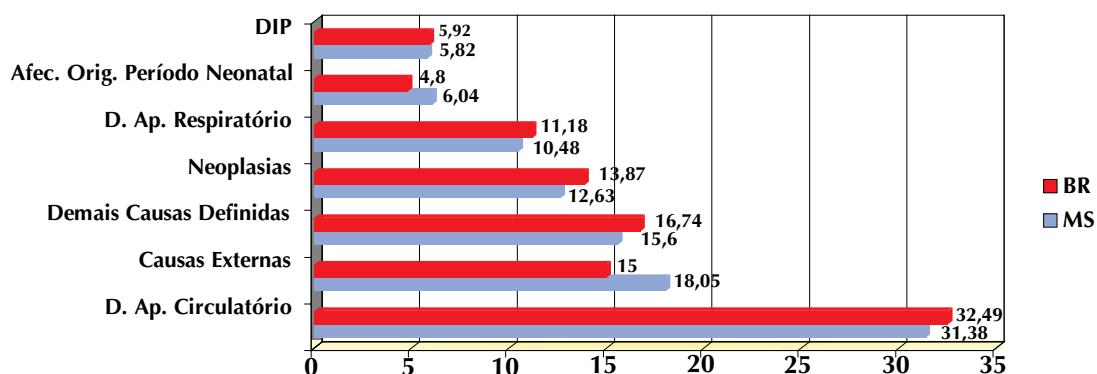
Tabela 6: Mortalidade proporcional por causas. Mato Grosso do Sul e Brasil, 2001.

UF	Doenças infecciosas parasitárias	Neoplasias	Doença do aparelho		Afecções originadas no período perinatal	Causas externas	Demais causas definidas	Total
			circulatório	respiratório				
MS	5,82	12,63	31,38	10,48	6,04	18,05	15,60	100
Brasil	5,92	13,87	32,49	11,18	4,80	15,00	16,74	100

Fonte: IDB/2002

Gráfico 4

**Mortalidade proporcional por causas
Mato Grosso do Sul e Brasil – 2001**



Fonte: IDB/2002.

50

8.6 INDICADORES DE RECURSOS

Quanto ao número de leitos disponíveis no estado, em 2001 estiveram disponíveis 3,04 leitos/1000 habitantes, parâmetro superior ao do país que registrou, no mesmo ano, 2,82 leitos/1000 habitantes. Naquele ano, Mato Grosso do Sul contava com 6.407 leitos, sendo 937 públicos, 971 universitários e 4.499 privados.

No que diz respeito ao número de profissionais de algumas categorias, de interesse da saúde pública, a **Tabela 7**, demonstra a situação de Mato Grosso do Sul e permite a comparação do estado com o País como um todo.

Tabela 7: Número de profissionais de algumas categorias por 1.000 habitantes. Mato Grosso do Sul e Brasil, 2001.

Categoria profissional	MS	Brasil
Médicos	1,84	2,08
Enfermeiros	0,23	0,52
Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	1,77	2,89
Farmacêuticos	0,49	0,39
Veterinários	1,06	0,37
Odontólogos	0,98	0,96

Fonte: IDB/2002.

Verifica-se que o número de médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem por 1.000 habitantes disponíveis em Mato Grosso do Sul, era inferior ao do País em 2001. Para farmacêuticos e odontólogos é próximo do total País e a de veterinários, superior.

9 MECANISMOS DE FINANCIAMENTO DA SAÚDE

A suficiência e a forma de aplicação de recursos financeiros são fatores essenciais para o atendimento das necessidades de vida e de saúde da população. O monitoramento das peças que compõem o orçamento da saúde é um passo decisivo no controle social sobre a gestão pública. O destaque dado neste informativo visa a estimular o controle social sobre a política de saúde no Mato Grosso do Sul.

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.**

Apostamos que é a capacidade de organização das forças sociais comprometidas com o ideário da democracia e da justiça social, apropriando-se de instrumentos políticos e jurídicos e disputando políticas públicas, que pode conformar um outro quadro garantindo os Conselhos como espaços de democratização da gestão pública.

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). “Destrinchar” os dados disponíveis a fim de facilitar sua análise é de fundamental importância para o efetivo conhecimento da situação e, portanto, permitir a geração de atitudes propositivas. Além de conhecer o quanto se gasta com 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 pesquisa permitirá, 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 a 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 a implantação e a 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, 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.

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

Foram reunidas algumas informações 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 no ano de 2003 para os municípios do Estado do Mato Grosso do Sul.

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

A partir da Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96), os recursos federais destinados ao financiamento das ações e dos serviços de saúde têm sido alocados e transferidos aos estados e municípios por meio de vários mecanismos. Há um teto global de recursos que inclui o conjunto de ações de assistência à saúde. Esse teto se compõe:

9.1.1 PISO DE ATENÇÃO BÁSICA (PAB)

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

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

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

Ações financiadas com o PAB fixo:

- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- vacinação;
- atividades educativas a grupos da comunidade;

- assistência ao pré-natal e ao parto domiciliar;
- atividades de planejamento familiar;
- pequenas cirurgias;
- pronto atendimento em unidades básicas de saúde.

Ações financiadas com o PAB variável:

- **Programa Saúde da Família (PSF)**

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

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

54

- **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**

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

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

- **Assistência Farmacêutica Básica**

Consiste em recursos financeiros e ações 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 fortalecimento de medicamentos básicos à população do País, conforme as diversas propostas da Política Nacional de Medicamentos.

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

- **Ações Básicas de Vigilância Sanitária**

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

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

- **Saúde Bucal**

O objetivo do programa é a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. O incentivo financeiro destina-se a ações como:

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

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

- **Ações Básicas de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária**

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

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

- **Outros programas**

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

9.1.2 TETO FINANCEIRO PARA AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

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

As ações financiadas pelo teto são para:

- Urgência e Emergência;
- Gestantes de Alto Risco;
- Neurocirurgia;

- Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- Programa de Combate ao Câncer de Colo Uterino;
- Transplantes;
- Cirurgia de Catarata;
- Cirurgia de Hérnia;
- Medicamentos para Transplantes;
- Programa de Tuberculose;
- Cirurgia de Mama;
- Cirurgia de Próstata;
- Cirurgia de Varizes.

9.2 TRANSFERÊNCIA FUNDO A FUNDO

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

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

Para o repasse de recursos fundo a fundo, os municípios deverão estar habilitados em uma das condições de gestão, segundo estabelece a NOB-SUS 01/96: Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) ou Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB).

9.3 RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE MATO GROSSO DO SUL: O ESTADO DA ARTE

A partir da aprovação da Emenda Constitucional n.º 29 (EC29), 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 do 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 (**Quadro 1**).

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

Fonte: Conselho Nacional de Saúde, 2003.

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 a receitas totais e despesas com ações e serviços de saúde das três esferas de governo” (MS, 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 estado e dos municípios. Cabe aos municípios informar suas receitas próprias (de todas as fontes de recursos) e gastos com saúde.

Os Quadros 2, 3 e 4 exibem informações referentes à população, à condição de gestão, ao percentual da receita municipal gasto com saúde e o gasto municipal total e *per capita* com saúde para os municípios do Mato Grosso do Sul, nas três regiões sanitárias do estado (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas), relativas ao exercício de 2003, organizadas pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops).

Quadro 2: População, Condição de Gestão, Percentual da Receita Municipal Aplicada em Saúde, Gastos Municipais Totais e *Per Capita* com Saúde da Região de Três Lagoas, 2003.

Município	Pop. (2000)	Condição de Gestão	% Receita própria aplicada em saúde 2003*	Gasto próprio municipal com saúde (R\$)	Gasto municipal <i>per capita</i> com saúde (R\$)**	Gasto total com saúde (R\$)	Gasto total com saúde <i>per capita</i> (R\$)
Água Clara	11.574	GPAB	22,01	2.327.440,65	201,09	2.803.437,84	242,21
Aparecida do Taboado	18.824	GPAB-A	28,54	2.566.054,00	136,32	3.448.365,00	183,19
Bataguassu	16.779	GPAB	19,01	1.640.909,80	97,80	2.266.794,12	135,10
Brasilândia	11.885	GPAB-A	13,24	1.286.937,26	108,28	1.977.823,50	166,41
Cassilândia	20.290	GPAB-A	11,31	1.096.991,63	54,07	2.291.556,33	112,94
Inocência	8.150	GPAB-A	19,57	1.343.196,27	164,81	1.694.147,33	207,87
Paranaíba	38.471	GPAB-A	16,26	2.849.434,88	74,07	4.251.470,80	110,51
Santa Rita do Pardo	6.758	GPAB	O município não transmitiu os dados para cálculo do percentual				
Selvíria	6.097	GPAB	22,12	1.004.041,26	164,68	1.256.504,43	206,08
Três Lagoas	80.267	GPSM	17,21	5.896.166,43	73,46	13.445.544,72	167,51

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 15 de outubro de 2004 e Plano Estadual de Saúde/MS, 2004-2007.

(*) Receita de impostos (IPTU, ISS, ITBI), mais Transferências Constitucionais conforme a EC29.

(**) Despesa própria liquidada com Saúde / Receita própria conforme a EC29.

Quadro 3: População, Condição de Gestão, Percentual da Receita Municipal Aplicada em Saúde, Gastos Municipais Totais e Per Capita com Saúde da Região de Dourados, 2003.

Município	Pop. (2000)	Condição de Gestão	% Receita própria aplicada em saúde 2003*	Gasto próprio municipal com saúde (R\$)	Gasto municipal per capita com saúde (R\$)**	Gasto total com saúde (R\$)	Gasto total com saúde per capita (R\$)
Amambai	29.898	GPSM	13,18	1.717.721,05	57,45	3.584.919,15	119,90
Anaurilândia	8.033	GPAB	22,77	1.417.716,31	176,49	1.732.438,79	215,67
Angélica	7.198	GPAB	20,66	889.705,08	123,60	1.163.829,68	161,69
Antônio João	7.498	GPAB	20,70	846.095,34	112,84	1.354.756,96	180,68
Aral Moreira	8.071	GPAB	14,48	965.212,57	119,59	1.261.948,69	156,36
Batayporã	10.934	GPAB	13,47	995.913,00	91,08	1.362.404,00	124,60
Caarapó	20.470	GPAB-A	15,52	1.745.010,23	85,25	2.387.738,55	116,65
Coronel Sapucaia	12.941	GPAB-A	15,68	782.379,83	60,46	1.289.962,00	99,68
Deodápolis	11.045	GPAB	19,11	1.057.137,60	95,71	1.369.867,79	124,03
Douradina	4.730	GPAB	17,74	710.770,46	150,27	967.643,49	204,58
Dourados	168.197	GPSM	16,11	12.555.451,14	74,65	34.994.398,95	208,06
Eldorado	11.047	GPAB	13,63	889.856,22	80,55	1.548.584,03	140,18
Fátima do Sul	18.737	GPAB	11,46	813.492,52	43,42	1.702.635,56	90,87
Glória de Dourados	9.808	GPAB	11,82	531.907,46	54,23	731.042,97	74,53
Iguatemi	13.914	GPAB	12,79	943.874,65	67,84	1.827.168,19	131,32
Itaporã	17.170	GPAB	12,69	1.270.852,95	74,01	2.391.864,08	139,30
Itaquiraí	16.091	GPAB	13,14	985.395,45	63,24	1.779.756,30	110,60
Ivinhema	21.347	GPSM	13,95	1.290.241,38	60,44	3.074.062,28	144,00
Japorã	6.331	GPAB	17,39	623.059,90	98,41	825.530,39	130,39
Jateí	3.940	GPAB	13,63	952.201,11	241,68	1.109.453,58	281,59
Juti	4.953	GPAB	13,15	535.671,02	108,15	1.008.328,37	203,58
Laguna Carapã	5.635	GPAB	15,45	888.308,58	157,64	1.445.531,86	256,53
Mundo Novo	15.442	GPAB	27,79	2.185.041,56	141,50	2.730.314,77	176,81
Naviraí	37.346	GPAB-A	15,03	2.853.159,28	76,40	4.621.930,96	123,76
Nova Alvorada do Sul	10.279	GPAB	13,62	1.088.420,27	105,89	1.716.766,24	167,02
Nova Andradina	36.052	GPSM	19,39	3.132.513,08	86,89	6.436.931,87	178,55
Novo Horizonte do Sul	6.146	GPAB	O município não transmitiu os dados para cálculo do percentual				
Paranhos	10.288	GPAB-A	26,29	1.242.379,91	120,76	1.780.351,86	173,05
Ponta Porã	62.202	GPAB	13,89	3.219.245,57	51,75	7.264.886,71	116,80
Rio Brilhante	23.333	GPSM	19,19	3.116.080,17	133,55	4.792.561,39	205,40
Sete Quedas	10.346	GPAB	O município não transmitiu os dados para cálculo do percentual				
Tacuru	8.912	GPAB	15,94	756.969,19	84,94	1.310.783,35	147,08
Taquarussu	3.369	GPAB-A	18,87	991.245,25	294,22	1.247.982,32	370,43
Vicentina	5.606	GPAB	21,37	755.411,83	134,75	931.028,22	166,08

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 15 de outubro de 2004 e Plano Estadual de Saúde/MS, 2004-2007.

(*) Receita de impostos (IPTU, ISS, ITBI), mais Transferências Constitucionais conforme a EC29.

(**) Despesa própria liquidada com Saúde / Receita própria conforme a EC29.

Quadro 4: População, Condição de Gestão, Percentual da Receita Municipal Aplicada em Saúde, Gastos Municipais Totais e Per Capita com Saúde da Região de Campo Grande, 2003.

Município	Pop. (2000)	Condição de Gestão	% Receita própria aplicada em saúde 2003*	Gasto próprio municipal com saúde (R\$)	Gasto municipal per capita com saúde (R\$)**	Gasto total com saúde (R\$)	Gasto total com saúde per capita (R\$)	
Alcinópolis	3.377	GPAB	16,28	1.209.931,75	358,28	1.404.206,66	415,81	
Anastácio	22.769	GPAB	10,77	789.327,16	34,67	1.451.610,54	63,75	
Aquidauana	43.874	GPSM	14,56	2.257.422,82	51,42	6.398.166,87	145,83	
Bandeirantes	6.445	GPAB	19,71	956.457,92	148,40	1.320.914,60	204,95	
Bela Vista	22080	GPAB-A	O município não transmitiu os dados para cálculo do percentual					
Bodoquena	8380	GPAB	12,29	908.159,18	108,37	1.416.185,59	169,00	
Bonito	16985	GPAB	19,66	2.218.993,95	130,64	2.721.296,73	160,22	
Camapuã	16.725	GPAB	13,49	1.455.672,33	87,04	2.335.656,19	139,65	
Campo Grande	679.281	GPSM	19,05	58.371.035,00	85,93	169.503.951,60	249,53	
Caracol	4.672	GPAB	21,66	1.002.319,00	214,54	1.436.491,00	307,47	
Chapadão do Sul	12.402	GPAB-A	22,66	3.345.498,64	269,75	3.889.280,59	313,60	
Corguinho	3.552	GPAB	8,65	365.747,91	102,97	810.858,26	228,28	
Corumbá	96.599	GPAB	14,23	6.738.588,53	69,76	10.871.175,19	112,54	
Costa Rica	15.659	GPSM	16,17	2.095.302,62	133,81	3.240.633,48	206,95	
Coxim	31.255	GPSM	17,38	2.366.563,09	75,72	4.729.760,33	151,33	
Dois Irmãos do Buriti	9.393	GPAB-A	18,09	908.087,22	96,68	1.724.147,21	183,56	
Guia Lopes de Laguna	10.787	GPAB	21,46	1.041.340,43	96,54	1.349.994,09	125,15	
Jaraguari	5.432	GPAB	13,97	690.023,34	127,03	929.593,91	171,13	
Jardim	21.558	GPAB-A	O município informou somente os dados referentes ao 1º semestre					
Ladário	15.710	GPAB	17,63	1.008.583,19	64,20	1.327.889,18	84,52	
Maracaju	26.593	GPSM	12,71	2.616.227,31	98,38	3.862.862,66	145,26	
Miranda	23.339	GPAB	12,64	1.103.188,37	47,27	1.638.196,22	70,19	
Nioaque	15.450	GPAB	12,58	947.756,41	61,34	1.404.030,08	90,88	
Pedro Gomes	8562	GPAB	O município não transmitiu os dados para cálculo do percentual					
Porto Murtinho	13.282	GPAB	O município não transmitiu os dados para cálculo do percentual					
Ribas do Rio Pardo	17.017	GPAB	14,19	2.097.814,00	123,28	2.817.897,48	165,59	
Rio Negro	5.374	GPAB	12,98	484.652,19	90,18	736.162,34	136,99	
Rio Verde de Mato Grosso	18.494	GPAB	12,11	1.144.005,12	61,86	2.495.482,17	134,93	
Rochedo	4.446	GPAB	O município não transmitiu os dados para cálculo do percentual					
São Gabriel do Oeste	17.408	GPAB	19,52	2.995.576,08	172,08	4.633.113,44	266,15	
Sidrolândia	24.111	GPAB-A	14,41	2.287.274,19	94,86	3.306.865,83	137,15	
Sonora	10.224	GPAB	15,39	1.578.462,29	154,39	2.076.383,61	203,09	
Terenos	11.781	GPAB	13,96	1.032.456,90	87,64	1.466.272,46	124,46	

Fonte: <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em 15 de outubro de 2004 e Plano Estadual de Saúde/MS, 2004-2007.

(*) Receita de impostos (IPTU, ISS, ITBI), mais Transferências Constitucionais conforme a EC29.

(**) Despesa própria liquidada com Saúde / Receita própria conforme a EC29.

Observa-se que 10,4% dos municípios não transmitiram os dados ao SIOPS (Santa Rita do Pardo, Novo Horizonte do Sul, Sete Quedas, Bela Vista, Jardim, Pedro Gomes, Porto Murtinho e Rochedo). Dos 69 municípios que informaram os dados, 5,8% não cumpriram a determinação da Emenda Constitucional 29/2000, sendo que destes, o município de Corguinho foi o que apresentou menor proporção de recursos próprios aplicados em saúde (8,65% da receita municipal), quando o previsto na EC 29/2000 seria 11,8%.

Para interpretar as informações relativas aos gastos municipais *per capita* é necessário realizar comparações com outros lugares e territórios. O SIOPS disponibiliza informações sobre as despesas com ações e serviços públicos de saúde nas esferas federal, estadual e municipal. A despesa média com saúde por habitante para o conjunto de todos municípios brasileiros, em 2002 na esfera municipal foi de U\$ 23,00 (dólares) *per capita*, ou aproximadamente R\$ 70,00 (reais).

Dentre os municípios de Mato Grosso do Sul, em 2003, Anastácio obteve o menor gasto municipal em saúde, R\$ 34,67 por habitante/ano, e um gasto total com saúde de R\$ 63,75 por habitante/por ano. A difusão destas informações é extremamente relevante. Cabe aos conselheiros municipais de saúde, juntamente com a população e com os profissionais de saúde, cobrar dos gestores dos municípios a divulgação das prestações de contas municipais junto ao Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e, especialmente os gestores dos municípios que não atingiram a EC 29/2000, a empenharem maior volume de recursos próprios em saúde.

Ainda mais importante do que identificar as cifras e as proporções investidas em saúde é conhecer o impacto de tais despesas sobre a saúde da população. Cabe indagar quais são as ações e serviços de saúde realizadas nesses municípios às custas dos recursos públicos? Que tipo de investimentos vem sendo feitos na área da saúde?

10 COMO INVESTIR MELHOR NA SAÚDE?

Gilson Carvalho/Dílson Paulo Alves

Muita coisa deve ser discutida com a comunidade para definir um modelo assistencial de saúde para a nossa cidade. O SUS precisa ser defendido por todos. É a única saída para os 80% da população que depende dos serviços públicos de saúde.

No Brasil inteiro coloca-se hoje esta grande questão aos municípios: conseguiremos garantir o direito à saúde a toda a população dentro do atual modelo de assistência? Esse modelo centrado no consumo, na demanda? Esse modelo da necessidade despertada pela mídia? Por aqueles que querem vender produtos de saúde?

Existe, por exemplo, a questão da medicina baseada nos aparelhos de última geração, nos especialistas, nas últimas novidades terapêuticas, mas que, num primeiro momento, são impraticáveis em alguns casos. Medicamentos e exames de última geração virando necessidade básica. É uma questão que precisa ser analisada em nossa cidade, nos Conselhos de Saúde. A cultura do consumo exagerado dos serviços de saúde precisa ser discutida por todos os segmentos da sociedade.

Vamos garantir o necessário para todos? O que acontece hoje? São os mais informados que têm acesso à alta complexidade. A população que mais precisa fica de fora?

Vamos conseguir assistência com qualidade e adequada às necessidades da população, para atender à demanda reprimida em todas as regiões, ou vamos criar serviços especializados de alta complexidade para atender alguns? E a equidade que tanto defendemos?

Vamos garantir os medicamentos básicos para todos ou nos sujeitar aos interesses da indústria farmacêutica internacional para atender alguns casos? Somos hoje o maior consumidor de medicamentos do mundo. Temos 12 mil tipos de medicamentos, quando na Europa e América são em média 5 mil. Somos nós os mais inteligentes e eles os burros? Ou somos consumidores de tudo o que nos empurram?

Vamos equipar nossos serviços de saúde pública com aparelhos de última geração (tomografia computadorizada, ressonância, outros) ou com raios-X, ultra-sonografia, endoscopia, tudo municipalizado, priorizando a maioria dos necessitados? Quem tem acesso a esses serviços hoje?

Vamos fazer consulta médica com resolutividade e acompanhamento ou fazer consultas “vazias” dentro de um modelo curativo? As consultas vazias geram outras três consultas, sem acompanhamento, sem resolver nada.

E como conciliar o mínimo necessário na assistência à saúde com a evolução tecnológica da modernidade?

Esse assunto foi amplamente discutido em 1991. Voltamos a falar todos os dias, meses e anos. Queremos trocar o modelo atual por um modelo que privilegie todas as pessoas. Não podemos perder para as “forças desestabilizadoras” que tentam inviabilizar o SUS. Tudo isso precisa ser discutido nos conselhos, conferências, congressos, seminários e na comunidade.

11 ANEXOS

ANEXO I

Seminário: A Sociedade e a Construção do SUS

Programação:

8h15 - Mesa de Abertura:

Secretaria de Gestão Participativa - Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde
Fórum de Usuários
Fórum dos Trabalhadores
Coordenador do Seminário

8h40 - O Papel da Sociedade e dos Movimentos Populares na Efetivação do Controle Social

Palestrante: **Francisco Batista Junior** – Conselho Nacional de Saúde

9h10 - O Papel dos Trabalhadores de Saúde na Construção do SUS

Palestrante: **Dr. Gilson Carvalho** – Médico Pediatra e Sanitarista - São José dos Campos (SP)

9h50 - A Gestão Integrada dos Serviços de Saúde

Palestrante: Nelson Rodrigues dos Santos – Médico Sanitarista – Diretor da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde – Brasília (DF)

10h20 - Os desafios da Gestão Participativa em Saúde

Palestrante: **Lucia Souto** – Médica Sanitarista – Diretora da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde – Brasília (DF)

11h - Atuação do Ministério Público na Área da Saúde junto aos Municípios e sua Articulação com o Controle Social

Palestrante: **Dra. Josely Ramos Pontes** – Ministério Público – Belo Horizonte (MG)

Almoço: 12h

13h30 - Trabalhos de Grupo

15h - Apresentação e Aprovação dos Relatórios

16h - Encerramento

Coordenadores:

Dílson Paulo Alves (Gestor)
Eltes de Castro Paulino (Prestador)

Relatores:

Mário Jânio da Silva (Trabalhador)
Manfredo Lins (Usuário)

Comissão Organizadora:

Dilson Paulo Alves
Rosemberg de Araújo Pinheiro
Milton Miranda Soares
Gaspar Francisco Hichiman
Fabio Célio de Oliveira
João Francisco da Silva
Edilberto de Freitas Reverdito
Mario Jânio da Silva

Público-Alvo

Entidades organizadas, movimentos populares, ONG, sindicatos, clubes de serviços associações, órgãos de classe, federações, serviços de saúde, trabalhadores de saúde, conselhos de saúde, secretarias de Saúde, Ministério Público, universidades, conselho de diretores da SES (CONDIR) e outros conselhos municipais, fórum de usuários e fórum de trabalhadores de Saúde.

Objetivos

- Possibilitar a interação dos segmentos sociais envolvidos com o SUS e Controle Social.
- Ouvir e envolver as entidades organizadas na construção do SUS.
- Discutir com os trabalhadores de Saúde sobre a sua importância na implantação do SUS.
- Debater a efetivação do processo de implantação do SUS, a partir das suas diretrizes.
- Discutir questões, inclusive práticas, inerentes à assistência à saúde.
- Diagnosticar os principais problemas do SUS no MS.
- Discutir, localmente, o papel legal do Ministério Público, dos conselhos de Saúde e dos gestores de Saúde.
- Troca de Experiências entre os conselhos de Saúde, gestores, entidades, órgãos, instituições e promotores de Justiça.

ANEXO II



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Centro de Hematologia e Hemoterapia de Mato Grosso do Sul “José Scaff”

HEMOSUL

RELATÓRIO DE GESTÃO HEMORREDE – MS

*Dr. Osnei Okumoto
Diretor Hemorrede MS*

Atividades desenvolvidas no ano de 2002 neste Hemocentro, bem como nas Unidades Hemoterápicas, ou seja, nos nove Hemonúcleos do interior do estado sob nossa coordenação.

Com a missão de coordenar e suprir a política de sangue no estado o Hemosul, como órgão gestor de todo processo, treina e capacita profissionais para o desenvolvimento das ações e vem, a cada ano, elevando quantitativamente os níveis de produção, bem como qualitativamente os profissionais de todos os segmentos hemoterápicos.

Desenvolvemos, no ano de 2002, o “**Programa de Educação continuada**” a fim de qualificar os profissionais da área. Foram ministrados os seguintes cursos:

CURSOS:

- Introdução às Ferramentas de Qualidade – Recursos Federais (REFORSUS)
- Como elaborar Manual de Normas e Procedimentos
- Capacitação em Controle de Qualidade
- Treinamento em Hemoterapia em Banco de Sangue
- Capacitação em Controle de Qualidade e Fracionamento
- Treinamento Prático Transfusional e Prova Cruzada
- Treinamento Prático em Hemoterapia (Pré-Triagem, coleta, fracionamento e distribuição)
- Capacitação em Agência Transfusional e Captação de Doadores
- Treinamento prático em imunohematologia e fracionamento
- Reunião Técnica da Hemorrede
- Atualização em Biossegurança
- Capacitação em Agência Transfusional e Imunohematologia
- I Jornada em Hemoterapia
- Atualização em Hemoterapia
- Triagem Médica em Banco de Sangue
- Atualização de Funcionamento dos Setores do Hemosul
- Biologia Molecular
- Boas Práticas Laboratoriais (KMCO)
- Processamento de Dados (KMCO)
- Primeiros Socorros

- 1.ª Reunião do curso a distância “Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde” –TELELAB

Número total de participantes: 535 profissionais.

Foi instituído o Programa “Saúde do Trabalhador” a fim de dar atendimento ao trabalhador de toda Hemorrede com exames periódicos conforme abaixo descrito:

Ação Desenvolvida	Atendimentos
Consulta/exames periódicos	111
Encaminhamentos	02
Consulta médica	02
Exame médico de retorno ao trabalho	05
Ciclo de palestras	03
Acidente de trabalho	06
Visita hospitalar	04
Visita domiciliar	03
Atestado médico	04
Consultas individuais psicológica	20
Total de atendimentos	160

65

Por meio de Recursos Federais – Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde foram iniciadas as obras de:

Ampliação e Reforma do Hemosul – Convênio n.º 3.027/00

Valor de R\$370.000,00 e contrapartida do estado de R\$60.000,00

Aquisição da Unidade Móvel de Coleta de Sangue: R\$230.000,00

Valor total do Convênio: R\$660.000,00

Ampliação e Reforma do Hemonúcleo de Dourados – Convênio n.º 4.321/01

Valor de R\$360.000,00 e contrapartida do estado de R\$60.000,00

Aquisição de Equipamentos: R\$240.000,00

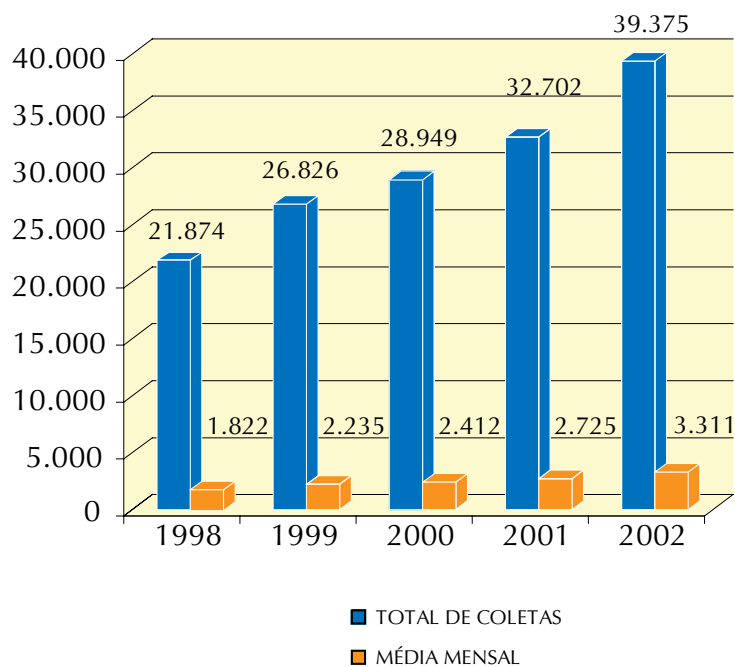
Total do Convênio: R\$660.000,00

A produção hemoterápica (COLETAS) no ano de 2002, do Hemosul e de toda Hemorrede, elevou-se num percentual de 21,5% comparativamente ao ano de 2001, conforme quadro demonstrativo em anexo, perfazendo nestes últimos quatro anos um percentual de 81,7% de aumento.

Relatório Anual de Produção Hemoterápica – Hemosul e Hemorrede de MS
Meses: Janeiro à Dezembro de 2002

ATIVIDADES	Hemosul	Dourados	H.Regional	H U	P.Porã	Corumbá	Coxim	Aquidauana	Nova Andradina	Naviraí	Total Geral
Candidatos à Doação	24.458	8.119	4.142	3.315	2.398	2.023	1.090	452	810	438	47.245
Coletas Int. e Externas	19.897	7.270	3.518	2.531	2.092	1.712	963	445	566	381	39.375
Média mensal	1.658	606	293	210	174	142	80	38	47	63	3.311
Média diária	64	30	15	10	9	7	4	2	2	3	146
Taxa / Inaptidão Clín.	18%	10%	15%	14%	12%	15%	11%	15%	30%	13%	16.6%
Exames Laboratoriais											
SOROLOGIA	194.395	74.250	35.180	23.111	21.359	17.020	9.523	4.563	4.036	3.756	387.193
Inaptidão Sorológica	1.398	333	175	204	87	98	90	32	30	26	2.473
Taxa/inaptidão	7%	4.6%	4.9%	8%	4%	5.7%	9.3%	7%	5%	6.8%	6.2%
IMUNEMATOLOGIA											
Exame do doador	37.554	15.190	3.851	5.113	2.092	2.318	1.080	589	895	482	69.164
Exame do Receptor	6.944	1.635	1.775	1.562	1.741	2.329	480	-	-	-	16.466
Total exames	44.498	16.825	5.626	6.675	3.833	4.647	1.560	589	895	482	85.630
FRACIONAMENTO											
Na Unidade	51.566	16.618	10.222	4.078	4.847	3.498	1.635	708	970	562	94.704
Rec. de Outra Unid.	249	45	8.424	8.558	152	-	-	387	-	-	17.815
Índice Fracionam.	2.5	2.2	2.3	3.3	2.3	2.0	1.6	1.5	1.7	1.4	2.4
DISTRIBUIÇÃO	43.549	13.178	14.231	14.050	1.567	1.905	566	315	288	214	89.863
PROVAS CRUZADAS	6.358	1.112	3.860	5.424	1.425	1.285	456	616	254	190	20.980
COMPARATIVO COLETAS	ANO DE 2002 – Total de Coletas: 39.375 Coletas										% DE AUMENTO DE PRODUÇÃO 1998 A 2002
	Média : 3.311 COLETAS AO MÊS										
HEMORREDE	ANO DE 2001 – Total de Coletas: 32.702 Coletas										81.7%
	Média : 2.725 COLETAS AO MÊS										
	ANO DE 2000 – Total de Coletas: 28.949 Coletas										
	Média : 2.412 COLETAS AO MÊS										
ANO DE 1999 – Total de Coletas: 26.826 Coletas											
Média : 2.235 COLETAS AO MÊS											
ANO DE 1998 – Total de Coletas: 21.874 Coletas											
Média : 1.822 COLETAS AO MÊS											

Comparativo Coletas Hemorrede



ANEXO III

Tabela 1: Região de Três Lagoas. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos

Região Município pólo	Microrregião Município sede	Módulo Assistencial Município sede	Municípios abrangidos	População Censo 2000	População Estimativa IBGE 2002
1. Três Lagoas	1. Três Lagoas	1. Três Lagoas	1. Três Lagoas	80.267	81.352
			2. Água Clara	11.574	11.957
			3. Brasilândia	11.885	12.294
			4. Selvíria	6.097	6.110
			Total do módulo	109.823	111.713
	2. Bataguassu		5. Bataguassu	16.779	17.196
			6. Santa Rita do Pardo	6.758	6.873
			Total do módulo	23.537	24.069
	2. Paranaíba	3. Paranaíba	7. Paranaíba	38.471	38.748
			8. Inocência	8.150	8.146
			Total do módulo	46.621	46.894
	4. Cassilândia		9. Cassilândia	20.290	20.488
			Total do módulo	20.290	20.488
	5. Aparecida do Taboado		10. Aparecida do Taboado	18.824	19.082
			Total do módulo	18.824	19.082
			Total da microrregião	85.735	86.464
Total da região				219.095	222.246
Total do Estado				2.111.036	2.140.624

Tabela 2: Região de Dourados.
Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos

Região Município pólo	Microrregião Município sede	Módulo Assistencial Município sede	Municípios abrangidos	População	População Estimativa IBGE 2002			
2. Dourados	3. Dourados	6. Dourados	11. Dourados	168.197	171.043			
			12. Douradina	4.730	4.730			
			13. Caarapó	20.470	20.330			
			14. Laguna Carapã	5.635	5.719			
			15. Itaporã	17.170	17.279			
			Total do módulo	216.202	219.101			
			7. Rio Brilhante			16. Rio Brilhante	23.333	24.043
						17. Nova Alvorada do Sul	10.279	10.523
						Total do módulo	33.612	34.566
						8. Fátima do Sul		
19. Deodápolis	11.045	10.853						
20. Jateí	3.940	3.858						
21. Vicentina	5.606	5.463						
22. Glória de Dourados	9.808	9.645						
Total do módulo	49.136	48.290						
Total da microrregião	298.950	301.957						
4. Ponta Porã	9. Ponta Porã		23. Ponta Porã	62.202	63.023			
			25. Antônio João	7.498	7.570			
			26. Aral Moreira	8.071	8.053			
			Total do módulo	77.771	78.646			
10. Amambai			27. Amambai	29.898	30.227			
			28. Sete Quedas	10.346	10.082			
			24. Coronel Sapucaia	12.941	13.063			
			29. Tacuru	8.912	9.029			
			30. Paranhos	10.288	10.369			
			Total do módulo	72.385	72.770			
			Total da microrregião	150.156	151.416			
5. Naviraí	11. Naviraí		31. Naviraí	37.346	37.923			
			32. Juti	4.953	4.920			
			33. Itaquiraí	16.091	16.334			
			Total do módulo	58.390	59.177			
12. Mundo Novo			34. Mundo Novo	15.442	15.200			
			35. Japorã	6.331	6.481			
			36. Eldorado	11.047	11.066			
			37. Iguatemi	13.914	14.147			
			Total do módulo	46.734	46.894			

Continua

Continuação

			Total da microrregião	105.124	106.071
6. Nova Andradina	13. Nova Andradina	38. Nova Andradina		36.052	36.545
		39. Batayporã		10.934	11.183
		40. Anaurilândia		8.033	8.099
		41. Taquarussu		3.369	3.274
		Total do módulo		58.388	59.101
	14. Ivinhema	42. Ivinhema		21.347	21.182
		43. Novo Horizonte do Sul		6.146	5.979
		44. Angélica		7.198	7.045
		Total do módulo		34.691	34.206
		Total da microrregião		93.079	93.307
		Total da região		647.309	652.751
		Total do Estado		2.111.036	2.140.624

69

Tabela 3:
Região de Campo Grande. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos.

Região Município-pólo	Microrregião Município sede	Módulo Assistencial Município sede	Municípios abrangidos	População Censo 2000	População Estimativa IBGE 2002
3. Campo Grande	7. Campo Grande	15. Campo Grande	45. Campo Grande	679.281	692.549
			46. Sidrolândia	24.111	25.138
			47. Corguinho	3.552	3.574
			48. Terenos	11.781	12.012
			49. Jaraguari	5.432	5.577
			50. Rochedo	4.446	4.534
			51. Bandeirantes	6.445	6.479
			52. Ribas do Rio Pardo	17.017	17.415
			Total do módulo	752.065	767.278
				16. Maracaju	53. Maracaju
		Total do módulo	26.593	26.897	
	17. São Gabriel do Oeste	54. São Gabriel do Oeste	17.408	17.828	
		55. Rio Negro	5.374	5.396	
		56. Camapuã	16.725	16.645	
		57. Costa Rica	15.659	15.807	
		58. Chapadão do Sul	12.402	12.923	
		Total do módulo	67.568	68.599	
		Total da microrregião	846.226	862.774	
8. Aquidauana	18. Aquidauana	59. Aquidauana	43.874	44.302	

Continua

Continuação

		60. Anastácio	22.769	23.011
		61. Miranda	23.339	23.603
		62. Dois Irmãos do Buriti	9.393	9.458
		63. Nioaque	15.450	15.934
		64. Bodoquena	8.380	8.419
		Total do módulo	123.205	124.727
		Total da microrregião	123.205	124.727
9. Corumbá	19. Corumbá	65. Corumbá	96.599	97.235
		66. Ladário	15.710	16.014
		Total do módulo	112.309	113.249
		Total da microrregião	112.309	113.249
10. Coxim	20. Coxim	67. Coxim	31.255	31.590
		68. Rio Verde de Mato Grosso	18.494	18.782
		69. Sonora	9.996	10.314
		70. Alcinópolis	3.377	3.165
		71. Pedro Gomes	8.562	8.580
		Total do módulo	71.684	72.431
		Total da microrregião	71.684	72.431
11. Guia Lopes da Laguna	21. Guia Lopes da Laguna	72. Guia Lopes da Laguna	11.299	11.525
		73. Bonito	16.985	17.253
		74. Porto Murtinho	13.282	13.423
		Total do módulo	41.566	42.201
	22. Jardim	75. Jardim	22.890	23.219
		Total do módulo		
	23. Bela Vista	76. Bela Vista	22.080	22.317
		77. Caracol	4.672	4.731
		Total do módulo	26.752	27.048
		Total da microrregião	91.208	92.468
		Total da região	1.244.632	222.246
		Total do Estado	2.111.036	2.140.624

12 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: um ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2002. Suplemento.
2. MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. *O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégias de financiamento das ações de saúde*. Disponível em: <www.opas.org.br/observatorio/index.cfm>. Acesso em: 4 ago. 2004.
3. TEIXEIRA, H. V.; BARROSO, V. G. *Gasto público com saúde no Brasil: possibilidades e desafios*. Documento apresentado na I Jornada da Economia da Saúde. Disponível em: <www.abres.cict.fiocruz.br/docs.htm>. Acesso em: 4 ago. 2004.
4. ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
5. CADERNOS METROPOLITANOS. Rio de Janeiro, v. 1, Brasília, 2004. Mimeografado.
6. ———. Rio de Janeiro, v. 2, Brasília, 2004. Mimeografado.
7. MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES/MS). *Plano Diretor de Regionalização*. atenção em alta complexidade. [19- -?].

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

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

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente 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) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

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

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

Brasília – DF, fevereiro de 2005

OS 0086/2005