

**CESUR – CENTRO DE ENSINO SUPERIOR DE RUBIATABA
FACER – FACULDADE DE CIÊNCIAS E EDUCAÇÃO DE RUBIATABA
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
HABILITAÇÃO RURAL**

**DESCENTRALIZAÇÃO E
MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE**

VALDEMIR CUNHA MORAIS

RUBIATABA – GOIÁS

2002



VALDEMIR CUNHA MORAIS

DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Monografia elaborada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Administração com Habilitação Rural, da Faculdade de Ciências e Educação de Rubiataba – FACER, tendo como orientador o professor Paulo Henrique Castanheira Vasconcelos.

FACER

26504
2003

Tombo nº	7.264
Classif.	A-351
Ex.	1
Origem	VADEMIR MORAIS
Data	18.03.03

Adm. pública
Municipalização da saúde

VALDEMIR CUNHA MORAIS

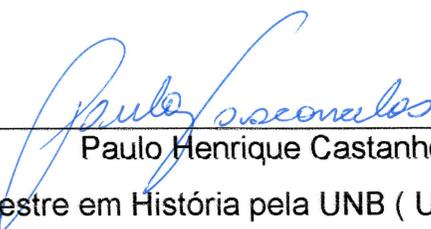
DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

Projeto de Pesquisa defendido e aprovado, em 10 de 12 de 2002,
pela Banca Examinadora constituída pelos professores:



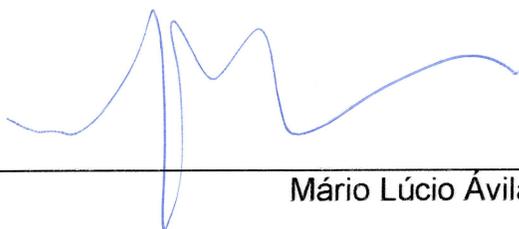
Enoc Barros da Silva

Especialista em Recursos Humanos



Paulo Henrique Castanheira Vasconcelos

Mestre em História pela UNB (Universidade de Brasília)



Mário Lúcio Ávila

Mestre em Administração Rural

MENSAGEM HOSPITAL DO SENHOR

Fui ao hospital do Senhor para fazer um check-up de rotina, e constatei que estava doente. Quando Jesus mediu minha pressão, verificou que estava baixa de ternura. Ao tirar a temperatura, o termômetro registrou 40 graus de egoísmo. Fiz um eletrocardiograma e o Senhor me recomendou uma ponte de safena de amor, pois minhas veias estavam bloqueadas com excessos de pecados. Ortopedicamente tinha dificuldade de abraçar os irmãos por ter fraturado meu braço, ao tropeçar na minha vaidade. Estava com miopia, por não enxergar além das aparências, em decorrência das palavras vazias do dia a dia.

Obrigado Senhor, por ter me consultado por vossa imensa misericórdia.

Prometo usar somente os remédios naturais que estão no receituário do Evangelho de Jesus Cristo. Vou tomar ao levantar, chá de "obrigado Senhor", ao chegar no trabalho, uma colher de sopa de "bom dia, irmão", de hora em hora, um comprimido de paciência, com meio copo de humildade. Ao chegar em casa, vou tomar uma injeção de amor e ao deitar, duas cápsulas de consciência tranqüila.

Assim, tenho certeza, ficarei sempre em paz convosco e todos os meus dias serão felizes. Prometo, Senhor, prolongar este tratamento preventivo todos os dias da minha vida, para merecer a graça de que, quando me chamares, seja por morte natural. Peço esta graça para todos os doentes.

"A própria noção de "saúde" foi ampliada a ponto de englobar não só a cura do corpo , mas todos os seguimentos da vida, a própria qualidade da vida!"

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho monográfico primeiramente a **DEUS**, por ser o único responsável por minha existência e por minha permanência na faculdade até hoje, pois foi Ele que me deu a força maior, a humildade que muitas vezes precisei e principalmente a coragem de lutar por este objetivo tão almejado. Também a todos aqueles que estão ligados direto ou indiretamente à área da Saúde, àqueles que se dedicam e que tiram algum tempo de sua vida para cuidar de outras vidas, que trabalham dia-a-dia, incansavelmente nesta luta, como os médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde e principalmente aos governantes que de fato se preocupam em elaborar metas e colocá-las em ação em benefício da população.

Dedico ainda, a todos que me ajudaram e me incentivaram para que eu chegasse até aqui, à minha família e amigos de sala que me ajudaram nas horas que mais precisei, aos professores e funcionários administrativos da FACER que de certa forma me deram força nesta caminhada.

Valdemir

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por tudo, principalmente por ter me dado forças e por ter me conduzido para que eu chegasse onde cheguei , aos meus familiares e amigos de sala e todos que me ajudaram de uma forma ou de outra.

A minha esposa que me incentivou desde o início da inscrição do vestibular, com o apoio moral, caminhando junto comigo todos os dias deste curso, e aos meus filhos que sofreram com minha ausência, mas que souberam compreender que esta ausência foi necessária, pois só assim poderei deixar algo de bom para eles, "A RESPONSABILIDADE E A IMPORTÂNCIA DO ESTUDO EM NOSSAS VIDAS".

Também agradeço a todos que forneceram fontes de pesquisas para a conclusão deste trabalho

Ao professor Paulo Henrique, que teve por mim uma atenção especial, onde jamais mediu esforços em me orientar neste trabalho monográfico e também ao professor Marco Antonio de Carvalho por acompanhar-me nos períodos de estágio.

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Capítulo 1	
1. Descentralização e Municipalização da Saúde	02
1.1 O que é preciso fazer para elaborar uma política eficaz de saúde pública?.....	03
1.1.1 Divisão de responsabilidade entre Estado e Município.....	04
1.1.2 Processo de habilitação.....	05
1.1.3 Financiamento do Sistema.....	06
1.1.4 Planejamento e Organização do Sistema.....	06
1.1.5 Resolutividade e acesso aos serviços.....	07
1.1.6 Monitoramento e avaliação contínua de desempenho.....	08
1.1.7 Processo de habilitação das Secretaria Municipal de Saúde e transferências fundo a fundo	08
1.1.8 Habilitação de Município.....	09
1.1.9 Habilitação de Estado.....	09
capítulo 2	
2 Planejamento e responsabilidade.....	11
2.1 Recursos.....	13
2.2 Programas Incentivados.....	14
2.3 Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde.....	15
2.3.1 Equipe de Saúde da Família.....	16
2.3.2 A unidade de Saúde da Família.....	19
2.4 Assistência Farmacêutica Básica.....	20

2.5 Combate as Carências Nutricionais.....	22
2.6 Inclusão da Saúde Bucal no PSF.....	23
2.7 Vigilância Sanitária.....	25
2.8 Ações Básicas em Vigilância Epidemiológica.....	27

Capítulo 3

3 Ações Nacionais.....	29
3.1 DST/AIDS.....	30
3.1.2 Saúde Mental.....	32
3.1.3 Saúde do Adolescente.....	33
3.1.4 Saúde do Trabalhador.....	34
3.1.5 Saúde do Idoso.....	35
3.2 Projeto de Promoção da Saúde.....	36
3.3 Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte.....	37
3.4 Atendimento Integral à Saúde dos Povos Indígenas.....	38
3.4.1 Saneamento nas Comunidades e nas Aldeias.....	40
3.5 Qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde.....	40
3.6 Organização da média complexidade ambulatoria e hospitalar.....	41
3.6.1 Assistência de alta complexidade.....	42
Conclusão.....	44
Referências bibliográficas.....	45

Anexos

Anexo 1 – Histórico SMS em Nova Glória.....	48
Anexo 2 – Organograma SMS Nova Glória.....	51
Anexo 3 - Relatório Síntese Mensal.....	52
Anexo 4 – Diagnóstico.....	59

RESUMO

Este trabalho trata da descentralização e municipalização da saúde. A organização Mundial de Saúde acredita que o primeiro passo para se planejar uma política eficaz de saúde pública é obter informações sobre a saúde da população. O artigo 64 da Constituição da Organização consta que "cada país transmitirá informes estatísticos e epidemiológicos, segundo normas e classificações pela Assembléia Mundial de Saúde".

O Brasil é o único país do mundo que tem o objetivo, determinado pela Constituição, de oferecer acesso universal ao sistema público de saúde. É um grande desafio, que exige a montagem de um sistema complexo, coordenando os esforços de todas as esferas de governo mais a sociedade, através do SUS – Sistema Único de Saúde. Para que cada cidadão brasileiro possa ter todo o atendimento que necessitar, é preciso estruturar o SUS em todo o país. A estratégia para isso é a descentralização/municipalização.

INTRODUÇÃO

Este tema trata exclusivamente da área da Saúde Pública, onde abrange o processo de descentralização em saúde, baseadas na macroestratégia de regionalização, visando garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção.

O Ministério da Saúde apresentou a primeira versão de uma proposta para o processo de regionalização em saúde, visando fomentar a discussão com outros atores setoriais, a partir de então, a proposta preliminar apresentada passou por uma série de modificações, em função das contribuições de diversos setores do Ministério da Saúde, do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde que, entre abril e dezembro de 2000, promoveram e participaram de diversas reuniões sobre o tema, bem como enviaram ao Ministério diversos documentos com críticas, sugestões e propostas de encaminhamento.

Vale destacar que o aprofundamento do processo de regionalização só é possível em face dos avanços decorrentes do intenso processo prévio de descentralização, com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS, que possibilitou a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos e afirmou a sua responsabilidade sanitária. Além disso, a experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor Estadual e Municipal no Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO 1

1 DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE

O aprofundamento do processo de descentralização deve enfatizar a regionalização e o aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais que envolvam todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES.(Secretaria Estadual de Saúde).

Além da lógica político-administrativa e delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estaduais no planejamento da rede e autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para definição do papel da SES (Secretaria Estadual de Saúde) e de cada SNS (Secretaria Nacional de Saúde) no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, bem como as capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais

ainda entre municípios, torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que são pólos de atração regional.

Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas não pode passar por restrições burocráticas de acesso, para garantir a universalidade e a integralidade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o conseqüente risco de atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

1.1 O que é Preciso Fazer para se Elaborar uma Política Eficaz de Saúde Pública?

A organização Mundial de Saúde acredita que o primeiro passo é obter informações sobre a saúde da população. Por causa disso, já no artigo 64 da Constituição da Organização consta que "cada país transmitirá informes estatísticos e epidemiológicos, segundo normas e classificações pela Assembléia Mundial de Saúde".

No mundo globalizado, onde o tráfego de pessoas e mercadorias é cada vez mais intenso, os cuidados com as doenças infecto-contagiosas devem ser redobrados. O risco de epidemias é crescente devido à maior facilidade de

transmissão, mas também por causa da evolução dos próprios agentes causadores das doenças e da resistência criada aos antibióticos. Além disso, não se pode destacar a possibilidade de guerras bacteriológicas ou de fuga acidental de agentes biológicos dos laboratórios.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a ampliação e o aperfeiçoamento dos mecanismos de detecção das epidemias e de organização das ações necessárias para combatê-las com rapidez e eficácia é fundamental nos dias de hoje.

Por iniciativa do Brasil, o conceito de que o **“acesso a medicamentos e a assistência à saúde é um direito de todos”**, já temos uma portaria do Ministério da Saúde com a política nacional dos medicamentos, uma revisão da relação nacional dos medicamentos essenciais, e no caso da Aids, o acesso universal aos medicamentos garantido tanto pela lei específica quanto pela políticas de compras. O que está sendo feito aqui pode ser um bom exemplo para outros países em desenvolvimento. O Brasil talvez seja o único país do mundo a ter acesso universal aos antiretrovirais.

2.3.1 Divisão de responsabilidade entre estado e município:

Uma parcela significativa dos pactos de gestão entre estados e municípios vem sendo estabelecida segundo critérios pouco adequados à organização funcional do sistema, tais como partilhas de gestão por natureza jurídica dos prestadores de serviços.

Alguns desses pactos prejudicam a organização do sistema e fragilizam o comando efetivamente público do gestor sobre o sistema e a subordinação dos prestadores às necessidades de saúde identificadas pelos gestores. Em alguns estados, ainda existem unidades básicas de saúde sob gestão estadual e também são freqüentes as situações de conflito relacionadas à divisão de

responsabilidades de gestão e gerencia de hospitais estaduais que não foram repassados aos municípios.

2.3.2 Processo de habilitação:

Em muitos casos de caráter cartorial, compreendendo apenas o cumprimento de requisitos formais, que pouco informam sobre o funcionamento real e as responsabilidades assistenciais dos sistemas municipais e estaduais e sobre suas prioridades de intervenção para melhoria das condições de saúde da população, o processo de habilitação dos estados tem sido mais lento do que o dos municípios, e em um primeiro momento, não apresentou uma relação direta com a capacidade efetiva da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de exercer todas as funções gestoras do sistema estadual de saúde.

A maciça habilitação dos municípios na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) representou um avanço do ponto de vista da responsabilização de milhares de gestores municipais e aumento da equidade na alocação de recursos por meio da implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), mas não assegurou a qualidade e efetividade da atenção básica em todos esses municípios – muitos dos quais apresentam indicadores de resultados inaceitáveis – nem tampouco é suficiente para garantir o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção.

A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), por sua vez, representou um importante avanço para centenas de municípios que passaram a dispor de maior autonomia de gestão. Por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua inserção e papel de referencia nas redes regionais/estaduais de serviços, o que pode ser demonstrado pelas situações de conflito relacionadas à imposição de barreiras de acesso à população residente em outros municípios.

2.3.3 Financiamento do sistema:

A alocação dos recursos financeiros permanece fortemente vinculada à lógica da oferta de serviços, atrelada à série histórica de gastos e de produção, à capacidade instalada e às necessidades de receita dos prestadores de serviços de saúde, o que mantém a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população.

No âmbito dos estados, os critérios adotados para a distribuição de recursos entre os municípios em geral são pouco explícitos, sendo que muitos sequer estabeleceram os tetos financeiros para todos os seus municípios, deixando essa definição para o momento de habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), quando se torna potencialmente geradora de conflitos.

Se os mecanismos de transferência fundo a fundo, implantados pela NOB 01/93 e pelo Decreto 1.232/94 e implantados aceleradamente a partir da NOB 01/96, alteram profundamente o fluxo de recursos, isso não significa que transformaram a lógica de sua alocação, por terem se baseado em séries históricas contaminadas pelo perfil vigente de oferta. O comando de utilização dos recursos determinado pelo mercado existente de serviços dificulta a seleção de prioridades de intervenção e a organização da rede de unidades, produzindo a manutenção das iniquidades distributivas e da ineficiência alocativa.

1.1.4 Planejamento e organização do sistema:

Embora muitos estados tenham formalmente conduzido processos de "Programação Pactuada e Integrada (PPI)", sua implementação tem sido efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal. As limitações da

capacidade de planejamento e coordenação das SES aumentam o risco de atomização dos sistemas municipais e de conseqüências indesejáveis, como a incorporação tecnológica irracional e implantação de barreiras de acesso a residentes em outros municípios.

A prática corrente de contratação de serviços privados e de construção de unidades públicas sem a prévia análise do perfil da oferta existente cotejado com a projeção da demanda e com estimativa de necessidades da população, impede a estruturação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades assistenciais.

A expansão de estabelecimentos das décadas de 70, 80 e 90 produziu um vasto conjunto de unidades assistenciais com oferta desordenada e superposta e relações assistemáticas, frágeis e eventuais entre os serviços, impedindo que qualquer reorientação do modelo de atenção atinja os principais centros econômicos do País e dificultando a conformação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades.

1.1.5 Resolutividade e acesso aos serviços:

A atual configuração do elenco de procedimentos incluídos na atenção básica (Piso de Atenção Básica fixo - PAB fixo) é restrita, apresentando baixa capacidade de resolução dos problemas mais freqüentes dos usuários. Simultaneamente, ocorrem dificuldades de acesso à assistência de média e de alta complexidade, em especial em face da enorme concentração desses serviços em poucos municípios e mesmo a completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados.

O instrumental operacional utilizado para referências intermunicipais e interestaduais tem sido insuficiente para garantir o acesso, carecendo da utilização

intensiva de mecanismos de comunicação/intercâmbio entre as distintas unidades de saúde e órgãos gestores.

1.1.6 Monitoramento e avaliação contínua de desempenho:

Em geral não existe avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nas Programações Pactuadas (PPI) e Planos de Saúde. O próprio controle e a auditoria nas Programações de serviços por terceiros e dos conseqüentes faturamentos apresentam fragilidades e descontinuidades.

Em síntese, tanto o Ministério da Saúde, quanto a maior parte dos estados, não dispõem de diagnósticos suficientemente precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento mais adequado de estratégias e iniciativas de cooperação técnica e decisão de investimento.

1.1.7 Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) - e transferências fundo a fundo:

O atual processo de habilitação dos municípios já atingiu seu ápice residual o número de municípios que ainda não se encontra em uma das condições de gestão prevista na NOB 96. a taxa de crescimento do volume de recursos transferidos fundo a fundo, bastante significativa no primeiro ano de vigência da referida Norma, apresentou uma desaceleração no período de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a importância de se desenvolver novos mecanismos para ampliar a descentralização dos recursos financeiros e buscar a superação progressiva dos mecanismos de repasse entre gestores por produção de serviços.

1.1.8 Habilitação de Municípios:

As alterações das condições para a Gestão Plena do Sistema Municipal foram mais significativas, procurando responder aos problemas assimilados, como o risco de atomização dos sistemas municipais, as dificuldades em garantir o atendimento às referências intermunicipais, as perdas de qualidade e de economia de escala incorridas com a incorporação tecnológica irracional, dentre outras. Para assumirem a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios deverão dispor de uma rede assistencial capaz de ofertar, além do elenco de procedimentos proposto a Atenção Básica Ampliada, um conjunto mínimo de serviços de média complexidade.

Outro requisito relevante incorporado à habilitação em GPSM é o compromisso formal do município em desempenhar o papel de pólo de referência para outros municípios, de acordo com as necessidades identificadas no planejamento e expressas no Plano Direto de Regionalização.

Parte-se do pressuposto que, como o SUS é um sistema integrado e solidário, os municípios em GPSM, dada a complexidade de sua rede assistencial, não podem assumir uma posição segregacionista de optar por atender apenas a própria população, sua rede deve estar disponível para assegurar a referência daqueles municípios capazes apenas de ofertar a Atenção Básica à sua população. Por outro lado, esses municípios em GPSM devem dispor de recursos financeiros que permitam o custeio da referência intermunicipal definida na PPI, explicitados em seu teto financeiro.

1.1.9 Habilitação de Estados:

Com relação aos estados, procurou-se ressaltar suas atribuições de coordenador do sistema de saúde estadual, abrangendo o planejamento e a

organização das redes assistenciais do estado, a integração dos sistemas municipais, a programação e a garantia da referência intermunicipal.

Para pleitear a habilitação em qualquer condição de gestão, o estado deverá apresentar seu Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde, (CES). Ele deverá conter o Plano Diretor de Regionalização, a Agenda de Compromissos estadual, harmonizada com a agenda nacional e o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

O gestor estadual deverá coordenar o processo de elaboração e de implementação da PPI, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, bem como celebrar os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso com os municípios-pólo correspondentes. A coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a compensação para internações, procedimentos especializados e de alta complexidade/custo, é uma atividade estratégica da gestão estadual.

CAPÍTULO 2

2 PLANEJAMENTO E RESPONSABILIDADE

A aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal contribui para o aprimoramento do processo orçamentário, uma vez que coloca o planejamento como instrumento essencial para determinar as prioridades de recursos, seja no âmbito das receitas, seja no das despesas. O essencial é que se comece com um bom planejamento, que reforça as atribuições e conexões entre os instrumentos já criados na Constituição de 1988. O processo de elaboração deverá contar com a participação da comunidade, garantida inclusive por meio de audiências públicas, contribuindo para a visibilidade da gestão governamental.

Com essa concepção de planejamento e orçamento, dois aspectos devem estar interligados:

- a questão da realidade vista a partir de problemas;
- cobrança por resultados.

De forma prática, os planos devem ser estruturados de maneira a identificar: o problema, o programa, o objetivo do programa, a meta ou metas do programa, os indicadores de avaliação do programa.

A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil avança na consagração de novos direitos sociais e princípios de organização da política social, os quais, pelo menos em nível de definições, modificaram alguns pilares básicos do sistema anterior de proteção social. Influenciada pelo ambiente político-social da Abertura e com um discurso de que era preciso resgatar a enorme dívida social brasileira herdada do regime militar, a Constituição procurou garantir direitos básicos e universais de cidadania, estabelecendo o direito à saúde, assistência social e previdência em um capítulo específico – da Seguridade Social.

A saúde deveria ser uma das maiores preocupações de todos nós, pois é algo que atinge milhões e milhões de pessoas no mundo todo. Sem saúde nada anda, se não temos saúde, não temos disposição, não trabalhamos e nem tão pouco comemos.

O Brasil é o único país do mundo que tem o objetivo, determinado pela Constituição, de oferecer acesso universal ao sistema público de saúde. É um grande desafio, que exige a montagem de um sistema complexo, coordenando os esforços de todas as esferas de governo mais a sociedade. Estamos falando do SUS – Sistema Único de Saúde. Para que cada cidadão brasileiro possa ter todo o atendimento que necessitar, é preciso estruturar o SUS em todo o país. A estratégia para isso é a descentralização/municipalização.

Hoje, na área social em geral e especificamente na área de saúde, qualquer iniciativa precisa estar montada em estruturas locais, com a participação do governo municipal e da sociedade. É no nível local, mais próximo da população que podem ser identificadas às necessidades e características próprias das comunidades. Além disso, ao funcionar localmente, o sistema se torna mais transparente, mais controlado, mais imune a desvios e desperdícios.

Cada município tem um papel essencial a desempenhar no SUS, mas isso de acordo com a sua capacidade gerencial e técnica para assumir as responsabilidades na área de saúde, de acordo com a rede e os recursos de saúde existentes, de acordo com o perfil epidemiológico, social etc. Essas características

são desiguais no Brasil. Por isso, o SUS estabelece diferentes formas de habilitação para os municípios que integram o sistema. As formas de habilitação indicam o grau de responsabilidade e autonomia na gestão municipal de saúde.

O primeiro nível de habilitação, o mínimo que deve ser alcançado para que o município passe a integrar o SUS, é a gestão plena da assistência básica. O segundo nível é a gestão plena do sistema de saúde, e equivale à municipalização total do gerenciamento de atenção em saúde.

A atenção básica passou a ser chamada de atenção ampliada, pois incluiu na responsabilidade municipal uma série de ações e procedimentos que antes não eram considerados básicos. Com isso, a atenção básica ampliada é hoje o conjunto mínimo de ações de saúde que o município precisa oferecer para integrar-se ao SUS. As responsabilidades para a habilitação em gestão plena do sistema também aumentaram.

As antigas habilitações, baseadas na Norma Operacional Básica 01/96, (NOB 96) serão reavaliadas. Os municípios habilitados em qualquer uma das formas precisam se adequar às novas exigências. Foram criados também mecanismos para avaliar permanentemente se os municípios habilitados estão conseguindo cumprir as exigências contidas em sua forma de gestão.

2.1 Recursos

A descentralização das ações e responsabilidades é garantida pela descentralização dos recursos. O mecanismo de financiamento do SUS fortalece a autonomia municipal por meio dos chamados repasses fundo a fundo. Ao integrar-se ao SUS, ser habilitado, o município passa a receber mensalmente um valor calculado de acordo com a população.

Atualmente, esse valor varia de R\$ 10 a R\$ 18 *per capita* ao ano, que são transferidos em 12 parcelas mensais do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. Este é o piso da Atenção Básica fixo (PAB fixo). Os municípios passam a ter mais responsabilidades de atendimento e, por isso vão precisar receber mais recursos – somados à aplicação de recursos próprios e estaduais, amplamente garantidos pela Emenda Constitucional.

O PAB fixo é repassado a todos os municípios habilitados. A partir disso, por meio da adesão a programas incentivados, o município pode receber repasses maiores. São os programas que compõem o PAB variável. Eles são financiados dentro da mesma lógica, por repasses mensais automáticos, fundo a fundo.

Vale ressaltar a importância desse repasse ser feito no dia certo, mês a mês para que os resultados sejam favoráveis, sendo assim, beneficiará a população e trará menos aborrecimento ao administrador. Com a saúde não podemos brincar. Hoje tudo está mais fácil, tem como ajudar aos mais necessitados, principalmente na área da saúde, criando e incentivando Programas que favoreçam e ofereçam melhor qualidade de vida as famílias.

2.2 Programas Incentivados

Os programas incentivados pelo Ministério da Saúde, na atenção básica, constituem o chamado Piso de Atenção Básica variável (PAB variável). Ele é composto de seis programas: Saúde da Família/ Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica Básica, Combate às Carências Nutricionais, Combate a Endemias e Vigilância Sanitária.

Ao aderir a qualquer um desses programas, o município passa a receber uma parcela mensal, transferida automaticamente fundo a fundo, como no caso do PAB fixo. Eles têm como pressuposto que o município esteja habilitado numa das formas de gestão do SUS. Além disso, a solicitação deve sempre seguir

basicamente o circuito do SUS: ser discutida como o Conselho Municipal de Saúde, apresentar à Secretaria Estadual de Saúde, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite e submetida à Comissão Intergestores Tripartite, para aprovação final junto ao Ministério da Saúde. Isso significa que estará sempre sujeita à avaliação e à negociação em termos de tetos financeiros.

Há variações nesse circuito para o Combate a Endemias e para a Vigilância Sanitária. No primeiro caso, os recursos e a pactuação de metas envolvem a Fundação Nacional de Saúde. (FUNASA). No segundo caso, envolvem a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.(ANVISA).

2.3- Saúde da Família (PSF) – e Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de organização da atenção básica. Uma equipe de Saúde da Família formada por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde é responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando de 600 e 1.000 famílias. Outros profissionais, como assistentes sociais ou psicólogos, poderão ser incorporados às equipes, ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Já o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é hoje considerado parte do PSF. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para o PSF. No PACS, as ações dos agentes de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro lotado em uma unidade de saúde. (MENDES & CATANZARO, 2001, p. 28)

É muito importante ressaltarmos a importância dos Agentes Comunitários em nossas cidades, são eles que acompanham de perto cada caso, cada família e cada necessidade, são eles que estão andando sol a sol para levar a estas famílias um pouco daquilo que lhe é de direito, é um trabalho que bem feito se obtém resultados satisfatórios.

O Programa Saúde da Família fortalece as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação começou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Sabe-se hoje, que as ações educativas e de prevenção, aliadas aos atendimentos mais frequentes, considerados baixa complexidade, resolvem 85% dos problemas de saúde da população. Isso significa que o investimento na atenção básica evita o adoecimento ou o agravamento das doenças. Assim, a qualidade de vida da população melhora e diminuem os gastos com procedimentos de média e alta complexidade. Isso proporciona redução dos índices de mortalidade infantil, diminuição do número de mortos por doenças de cura simples e conhecida e diminuição das filas nos hospitais das redes pública e conveniada com o SUS.

As ações educativas/preventivas e a rapidez no atendimento aos problemas mais simples, no entanto, exigem que o sistema de saúde esteja muito próximo das pessoas. O ideal é que consiga envolver as próprias comunidades. É isso exatamente que faz o PSF, por meio da Equipe de Saúde da Família e da Unidade de Saúde da Família.

2.3.1 Equipe de saúde da família

A Equipe de Saúde da Família é formada no mínimo por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de agentes comunitários varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.

Os agentes comunitários são moradores da própria região. Eles recebem treinamento e passam a atuar como a linha de frente da atenção básica. A visita domiciliar é seu principal instrumento de trabalho. Cada agente vai pelo menos uma vez por mês à cada casa localizada em sua área de atuação. Eles fazem a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, realizam o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade para praticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

Fazem parte da rotina do agente comunitário de saúde, juntamente com as visitas domiciliares, uma serie de ações fundamentais:

- **Cadastramento/diagnóstico**- é a primeira etapa do trabalho junto à comunidade. Consiste em registrar na ficha de cadastro do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) informações sobre cada membro da família a respeito de variáveis que influenciam a qualidade de saúde, como situação de moradia, condições de saúde etc. Essas informações, uma vê consolidadas e analisadas, serão divulgadas e discutidas junto à comunidade e posteriormente encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, que por sua vez enviará cópia para a Secretaria Estadual de Saúde. Uma vez reunidas e processadas no Estado, darão origem a um relatório a ser encaminhado ao Ministério da Saúde.
- **Mapeamento** –esta fase consiste no registro em um mapa da localização de residências das áreas de risco para a comunidade, assim como dos pontos de referência no dia-a-dia da comunidade, com o objetivo de facilitar o planejamento e o desenvolvimento do trabalho do agente.
- **Identificação de microáreas de risco** – uma vez realizado o mapeamento, o agente comunitário identifica setores no território da comunidade que representam áreas de risco. Ou seja, locais que apresentam algum tipo de perigo para a saúde das pessoas que

moram ali, como inexistência ou precariedade do sistema de tratamento de esgoto sanitário, de abastecimento de água, entre outros.

- **Ações coletivas** – com vistas a mobilizar a comunidade, o ACS promove reuniões e encontros com grupos diferenciados – gestantes, mães, pais, adolescentes, idosos, grupos em situações de risco ou de portadores de doenças comuns – e incentiva a participação das famílias na discussão do diagnóstico comunitário de saúde, no planejamento de ações e na definição de prioridades.

A partir do agente comunitário, todo o trabalho de equipe é voltado para a prevenção e a proximidade com a comunidade, procurando responder com maior agilidade possível às demandas de saúde de sua área. O médico atende a todos os integrantes a cada família, independente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

O enfermeiro supervisiona o trabalho do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem, realiza consultas na unidade de saúde, além de atender pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio. O auxiliar de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem na unidade de saúde e no domicílio e executa ações de orientação sanitária.

Cada Equipe de saúde da Família, atuando dessa forma, deve ser responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. Ela estará capacitada para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população está exposta;

- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para melhorar as condições que diminuem o processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial;
- desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

2.3.2 A Unidade de Saúde da Família

A estruturação física do PSF se dá a partir da Unidade de Saúde da Família – ou Unidade Básica de Saúde, quando se trata apenas do PACS. Trata-se de uma unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Uma Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes do PSF, dependendo da concentração de famílias no território de sua abrangência.

É muito importante notar que a Unidade de Saúde da Família possui algumas características fundamentais. Em primeiro lugar ela tem **caráter substitutivo**. Isso é, não constitui uma nova estrutura de serviços (exceto em áreas desprovidas), mas substitui práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade.

Em segundo lugar, ela faz parte orgânica do sistema de saúde, dentro do **princípio de integridade e hierarquização**. Por isso, deve estar vinculada à rede de serviços para garantir atenção integral aos indivíduos e famílias, garantindo os encaminhamentos para atendimentos de média e alta complexidade, sempre que necessário.

Em terceiro lugar, funciona com **territorialização e adscrição de clientela**. Ou seja, tem um território definido de abrangência e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população moradora nessa área.

2.4 Assistência Farmacêutica Básica

O Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica garante para o município a oferta dos medicamentos de uso mais comum. O Ministério repassa os recursos, calculados per capita, diretamente, para o Fundo Municipal e o próprio município adquire os medicamentos para serem usados nos ambulatórios, de acordo com as necessidades e prioridades da população. (MENDES & CATANZARO, 2001, p. 34)

Com a extinção da Central de Medicamentos (CEME), em 1997, o Ministério da Saúde criou o Programa Farmácia Básica, que consistia na aquisição e distribuição de Kits Farmácia Básica. Eles eram compostos por cerca de 40 medicamentos no valor equivalente a R\$ 0,45/habitante/ano. Isto apenas para os municípios com população até 20.999 habitantes.

O programa foi reformulado em 1998, com a ampliação da cobertura populacional e com uma importante mudança conceitual: foi adotada a descentralização das ações de Assistência Farmacêutica no país. Essa reformulação deu graças à aprovação da Política Nacional de Medicamentos, que passou a nortear todas as ações do Ministério no campo da política de medicamentos do setor público.

A Assistência Farmacêutica Básica é um dos elementos, o componente de atenção básica, dessa política mais ampla, que inclui também ações específicas para Medicamentos Estratégicos, Medicamentos Excepcionais e Medicamentos de Saúde Mental. A Assistência Farmacêutica Básica está voltada para o tratamento das doenças simples. Seu objetivo é garantir a disponibilidade de medicamentos de uso mais comum, definidos em cada Estado pela Comissão Intergestores Bipartite. Cada Estado deve também elaborar um Plano Estadual de

Assistência Farmacêutica Básica, para integrar-se ao programa, os municípios precisam assinar um Termo de Adesão a esse Plano.

Desde 1999, o Ministério da Saúde decidiu incluir na descentralização medicamentos de saúde mental e medicamentos excepcionais. Os medicamentos excepcionais são medicamentos de alto custo, voltados para o tratamento de doenças neurológicas, auto-imunes, osteoporose, hepatites e correlatas, que precisam ser usados por longos períodos. Também estão inclusos aqui medicamentos para transplantes, de alto custo e de uso prolongado. Os medicamentos de saúde mental são aqueles utilizados para o tratamento dos distúrbios mentais.

Os medicamentos estratégicos, por sua especificidade, continuam a ser adquiridos pelo Ministério. São aqueles utilizados para o tratamento de doenças de perfil endêmico, como a Tuberculose, Hanseníase, AIDS, Leishmaniose, Malária, Esquistossomose, Filariose, Tracoma e Peste, além dos Hipoglicemiantes para o tratamento do Diabetes e dos Hemoderivados para tratamento de Hemofilia.

A Assistência Farmacêutica Básica garante o repasse automático de R\$ 1,00 por habitante ao ano, em doze parcelas mensais, diretamente para o Fundo Municipal de Saúde. Esse valor deve ser usado com os medicamentos da atenção básica, que são adquiridos pelos municípios de acordo com as necessidades e prioridades da população e com o Plano Estadual. O município é obrigado a uma contrapartida equivalente ao repasse de recursos federais.

Os repasses para os medicamentos excepcionais e os de saúde mental têm uma sistemática diferente. O Ministério repassa os recursos para os Estados. No Estado, a Comissão Intergestores Bipartite decide pela compra centralizada no Estado ou pela transferência financeira para municípios, de forma pactuada. Ou seja, o cálculo não é feito per capita, mas de acordo com as peculiaridades da rede de saúde e necessidades de cada município. Também nesses casos, Estados e Municípios precisam entrar com contrapartida, em proporção menor, no entanto, do que no caso dos medicamentos da atenção básica.

2.5 Combate às Carências Nutricionais (PCCN)

O Programa de Combate às Carências Nutricionais fornece um litro de leite integral por dia e um litro de óleo de soja por mês para cada criança entre 6 e 23 meses que apresentar baixo peso, identificado como risco nutricional (abaixo do percentil 10 no Cartão da Criança). O programa também prevê o atendimento a gestantes, idosos e crianças entre 24 e 59 meses, sempre considerando a situação nutricional. A suplementação alimentar é fornecida no mínimo por 12 meses. As crianças devem ser pesadas mensalmente e os dados, registrados no SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). Crianças menores de 6 meses não são atendidas pelo Programa, tendo em vista a recomendação universal de que sejam recebendo exclusivamente leite materno.

Os repasses para o PCCN são calculados com base no mínimo de crianças em risco nutricional no município. Para calcular esse número, podem ser usados ou a estimativa estatística feita pelo Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde (NUPENS/USP) para o estado nutricional em todos os municípios do país, ou os dados registrados no SIAB. Para cada criança em risco nutricional, são repassados R\$ 180 por ano. Além disso, há um adicional – que pode chegar a 50%- para a implantação de outras ações de combate à desnutrição. (MENDES & CATANZARO, 2001, p. 36)

O Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), instituído em 23 de março de 1998 e integrante da parte variável do Piso de Atenção Básica (PAB), tem por objetivo reduzir e controlar a desnutrição infantil em geral e as carências nutricionais específicas.

A atenção integral à saúde da criança de 6 a 23 meses compreende, além do correto fornecimento de leite integral e óleo de soja, a promoção do alimento materno, a avaliação do estado nutricional da criança, a prevenção e tratamento da hipovitaminose A e da anemia ferropriva, a orientação alimentar e nutricional e o acompanhamento da evolução do estado nutricional. Como os fatores de risco para a desnutrição situam-se dentro do contexto familiar de criança, é recomendável a avaliação nutricional simultânea de outros membros do núcleo familiar, principalmente irmãos e mães gestantes ou em lactação e pessoas idosas.

Crianças menores de 6 meses não são atendidas pelo Programa, tendo em vista a recomendação universal de que estejam recebendo exclusivamente leite materno. Entretanto, se forem filhas de mães soropositivas para o HIV, serão atendidas pelo Programa, pois neste caso há contra-indicação do aleitamento materno, como medida preventiva da transmissão vertical do vírus.

São consideradas em risco nutricional as crianças cuja relação peso/idade está situada abaixo do percentil 10, segundo o Cartão da criança utilizado na rotina dos serviços de saúde.

As crianças a serem beneficiadas pelo Programa são encaminhadas à rede municipal de saúde pelos agentes comunitários. A inscrição é feita depois de uma avaliação do estado nutricional, e somente se a mãe apresentar o cartão da criança. O acompanhamento do estado nutricional é realizado regularmente, medindo-se o peso e avaliando-se a curva de crescimento. Mensalmente, esta avaliação é registrada no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

Toda criança, uma vez inscrita no Programa, recebe atendimento pelo menos por 12 meses, independentemente do resultado das avaliações posteriores. Durante esse período, ela recebe 1 litro de leite ou 120 g. de leite em pó integral, diariamente, e uma lata de óleo de soja por mês.

2.6 Inclusão da Saúde Bucal no PSF

A partir de dezembro de 2000, pode ser incorporada à Equipe de Saúde da Família a Equipe de Saúde Bucal (ESB). Ela é formada por um odontólogo, um técnico de higiene dental (THD) e um atendente de consultório (ACD), ou apenas por um odontólogo e 1 ACD. Cada equipe de Saúde Bucal está dimensionada para atender à população de duas Equipes de Saúde da Família.

O incentivo para as equipes de saúde bucal possui dois valores, dependendo da composição da equipe. Na modalidade I, a equipe é formada por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário (ACD) e o incentivo é de R\$ 13.000,00 por ano, em

parcelas de 1/12 mensais. Na modalidade II, a equipe é maior, formada por um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental (THD), e o incentivo é de R\$ 16.000,00 por ano, em parcelas de 1/12 mensais. Há um repasse adicional para a aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos no valor de R\$ 5.000,00 por equipe implantada, pagos em uma única parcela. (MENDES CATANZARO,2001, p. 38)

Parte das ações de saúde bucal já são desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família, por meio de ações educativas. Além disso, vários municípios, antes mesmo do lançamento deste programa, já haviam incluído a Saúde Bucal no PSF. O Ministério de Saúde, no entanto, resolveu expandir as ações de odontologia numa perspectiva que contemple a integralidade, articulando ações de promoção, prevenção e de cura/reabilitação.

Por isso, em 25 de outubro de 2000 foi lançado o plano de inclusão da saúde bucal no PSF. As metas são de 5.000 Equipes de Saúde Bucal (ESB) trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF) ao final de 2001. Visando a atualização dos dados referentes à saúde bucal, foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Saúde Bucal, que será permanentemente atualizado por meio de estudos realizados por municípios e faculdades de odontologia do país.

O plano prevê, para municípios de até 6.900 habitantes, uma Equipe de Saúde Bucal para uma ou duas Equipes de Saúde da Família. Para municípios acima de 6.900 habitantes, uma ESB para cada duas ESF. Cada ESB deve atender, em média, a 6.900 pessoas.

Existem duas modalidades de Equipe de Saúde Bucal, com diferentes incentivos financeiros. Na modalidade I, há um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário (ACD).

Aos municípios qualificados caberá a contratação dos profissionais da ESB, segundo seus critérios, como vem sendo feito em relação aos demais

integrantes das equipes do PSF. Cada município irá realizar sua própria seleção de profissionais.

A capacitação dos profissionais vem sendo realizada no Pólos de Capacitação do Programa de Saúde da Família. Estes estarão coordenando a capacitação das equipes de saúde bucal e a formação de pessoal auxiliar (THD e ACD), viabilizando parcerias, em nível estadual e municipal, com as Universidades, Escolas de Saúde Pública e/ou outras instituições habilitadas pelo Pólo de Capacitação.

É preciso lembrar que a NOAS 01/2001, ao ampliar a atenção básica, inclui procedimentos de Saúde Bucal. Isso significa, antes de mais nada, que a saúde bucal passa a ser uma questão obrigatória para os municípios integrantes do SUS. Significa também que o PAB fixo ampliado já contemplará em parte recursos para essas ações.

2.7 Vigilância Sanitária

Este Programa promove a descentralização da fiscalização e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como as atividades de educação em vigilância sanitária. Ao aderir ao programa, o município assume a responsabilidade e passa a receber financiamento pelas ações básicas: fiscalização e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como a atividades de educação. As ações de média e alta complexidade são responsabilidade dos Estados e União.

Os recursos de incentivo das Ações Básicas de Vigilância Sanitária são calculados per capita, no valor de R\$ 0,25 por habitante ao ano, pagos em parcelas mensais de 1/12. Estes valores são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde. (MENDES & CATANZARO, 2001, p. 40)

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária tem buscado a cooperação com Estados e Municípios através da descentralização de suas ações. Para os municípios, a descentralização significa assumir as ações consideradas

básicas. São elas fiscalização e controle sanitário de produtos, serviços e ambientes sujeitos à vigilância sanitária, bem como as atividades de educação em vigilância sanitária.

As ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária pertencem com Estado e União. Elas são constituídas por inspeções sanitárias em indústrias de medicamentos, alimentos, cosméticos, unidades hemoterápicas, clínicas de hemodiálise, distribuidoras de medicamentos e farmácias, além dos serviços de saúde em geral, como hospitais, clínicas odontológicas e laboratórios.

Para as ações consideradas básicas, o município recebe um piso definido per capita. Ele é calculado em R\$0,25 por habitante ao ano, considerando-se os dados do IBGE de 1997. Os valores são transferidos de forma regular e automática para os fundos municipais de saúde correspondentes, em 12 parcelas mensais, a partir do mês de competência da respectiva habilitação.

As ações consideradas de média e alta complexidade ficam na esfera do Estado e União. Segundo a Portaria 1.008, de 08 de setembro de 2000, esta verba será repassada aos Estados, mas as ações devem envolver também os municípios. O Estado deve elaborar um Termo de Ajustes e Metas a ser assinado com a ANVISA. Este termo deve retratar a programação das ações a serem executadas, estabelecendo compromisso quanto à organização da gestão em cada secretaria de saúde e quanto aos resultados das ações de vigilância, segundo parâmetros definidos em conjunto entre Estados e municípios. Essa programação é de responsabilidade tanto do estado quanto dos municípios e deve ser submetida à CIB e à CIT antes de ser encaminhada à ANVISA.

Os recursos para custear estas ações de média e alta complexidade saem do orçamento da ANVISA e o valor para cada Estado será definido pela soma de dois fatores: R\$0,15 (quinze centavos) por habitantes ao ano mais a arrecadação proveniente de taxas recolhidas, por fato gerador, proporcional ao número de estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária em cada Estado.

Para Estados com baixa densidade populacional, foi estabelecido um piso financeiro de R\$ 420.000,00 ao ano.

2.8 Ações Básicas em Vigilância Epidemiológica

O Controle de Endemias é a nova estratégia para reduzir e eliminar as doenças endêmicas do Brasil. As ações são descentralizadas, compreendendo incluso o controle de malária, leishmaniose, esquistossomose, tracoma, doenças de chagas, peste, filariose, bócio, febre amarela e dengue. O programa é financiado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNSA). Os municípios precisam se certificar, isto é, demonstrar junto à FUNASA que têm condições de desenvolver as ações necessárias e se comprometem com metas a serem atingidas. (MENDES & CATANZARO, 2001, p. 41)

A descentralização da Vigilância Epidemiológica tem dois aspectos centrais. Em primeiro lugar, os recursos necessários são repassados automaticamente, em parcelas mensais, para os fundos de saúde, sem depender de convênios. Passam a integrar a sistemática do PAB. Para assumir as ações e receber tais repasses, é necessário que Estados e municípios obtenham a certificação, demonstrando capacidade de gerir e implantar o programa.

Em segundo lugar, ao assumir a Vigilância Epidemiológica, Estados e municípios assumem o compromisso de desenvolver determinadas atividades e atingir metas pactuadas. A União, através da FUNASA, estabelece anualmente as metas a serem atingidas, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação. Todas as unidades da federação devem estabelecer a Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD) estadual, especificando para cada atividade proposta, o gestor responsável pela sua execução.

As atividades e metas propostas para PPI/ECD visam fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, aumentando a capacidade de detectar precocemente fatores de risco à população, surtos e epidemias, assim como desencadear a tempo as medidas adequadas para prevenir

e controlar doenças e outros agravos, reduzindo danos e aumentando o nível de saúde da população.

Se as atividades e metas previstas na PPI/ECD não forem cumpridas, pode ser feito o cancelamento da certificação. Esse cancelamento também será possível se faltar comprovação da contrapartida, se houver emprego irregular dos recursos financeiros transferidos, ou se houver falha na alimentação dos sistemas de informação epidemiológica (Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade –SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional Imunizações- SI-PNI, e outros que forem pactuados.

Os municípios que já estão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Plena de Sistema Municipal, poderão solicitar a certificação de Gestão das Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças mediante:

- a) formalização do pleito pelo gestor municipal;
- b) comprovação de estrutura e equipe compatíveis com as atribuições;
- c) programação das atividades estabelecidas pela PPI-ECD sob sua responsabilidade;
- d) comprovação de abertura de conta específica no Fundo Municipal de Saúde para o depósito dos recursos financeiros destinados ao Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças.

A solicitação de certificação dos municípios será analisada pela Secretaria Estadual de Saúde e encaminhada para aprovação na CIB, sendo então encaminhadas para análise da FUNASA e posterior deliberação final da CIT.

CAPÍTULO 3

3 AÇÕES NACIONAIS

O Ministério da Saúde desenvolveu uma série de ações e programas de âmbito nacional. Eles são de grande importância para o sistema de saúde e têm reflexos em todas as esferas. Um dos objetivos desses programas também é estimular os municípios a desenvolver determinadas iniciativas, ainda que sem incentivos financeiros. A própria dinâmica do SUS, progressivamente, faz o processo de descentralização atingir um maior número de ações. Outro objetivo é indicar direções, prioridades e metodologias para as ações desenvolvidas localmente.

Isso significa que muita das iniciativas descritas neste capítulo já tem grande interface com a administração municipal e podem chegar a um ponto em que se torne adequado descentralizá-las formalmente. Independentemente disso, o fato de estarem sendo postas em prática pelo Ministério indicam sua importância e a necessidade de que todos os gestores colaborem para sua efetivação.

Existem ainda algumas descrições dos convênios oferecidos pela FUNASA. São ações de grande importância e impacto na qualidade de vida, com concessão de recursos baseada em critérios de elegibilidade. Estão descritas também, de forma sumária, as ações de saúde do índio, a cargo da mesma Funasa.

3.1 DST / AIDS

Vinte anos depois de surgir o primeiro caso de AIDS, o vírus ainda constitui uma grande crise da saúde pública e do desenvolvimento social, assim como possível ameaça para os povos, em nível nacional e regional. Esta enfermidade se distingue de outras epidemias pela velocidade como propaga e pela amplitude dos estragos que provoca em todo o mundo. Ela afeta não somente a vidas dos homens, mulheres e crianças, como também o desenvolvimento social e econômico.

Segundo estimativa realizada pela Coordenação Nacional de DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS), no ano de 1998 havia no Brasil 536.9201 pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV. Destas, cerca de 90.000 estão sendo tratadas pelo SUS, recebendo medicamentos.

A Coordenação Nacional de DST e AIDS tem como objetivo prioritário reduzir a transmissão e a vulnerabilidade às DST e ao HIV por meio de ações de caráter preventivo. Para isso, promove políticas e estratégias de oferta de serviços à população em geral, assim como de projetos de intervenção específicos junto a alguns segmentos populacionais e sociais que se encontram em situação de maior vulnerabilidade.

Um grande conjunto de ações é a Promoção à saúde, prevenção da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis e do uso indevido de drogas e proteção de direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS. Elas se articulam em torno da difusão de informações, processos educativos, apoio a iniciativas que diminuam os danos e a mobilização da sociedade, com forte participação de organizações não governamentais (ONGs).

O objetivo é garantir a existência de uma rede capaz de oferecer os serviços de saúde necessários. Hoje, essa rede conta com 800 serviços de

referência para atendimento aos pacientes de DST, 357 hospitais credenciados, 145 serviços de ambulatório especializado, 66 hospitais-dia e 50 serviços de assistência domiciliar terapêutica para atendimento a indivíduos com HIV/AIDS.

Isso tudo que está acontecendo, esses debates sobre a epidemia do HIV/Aids, resulta na preocupação de milhões e milhões de pessoas que cobra dos Estados os seguintes compromissos:

- fazer do HIV uma das prioridades no programa de saúde e desenvolvimento e que se destinem recursos suficientes para o combate ao vírus;
- adotar medidas eficazes para assegurar que todas as pessoas, em particular os jovens, saibam como evitar a infecção e facilitar o acesso aos serviços e métodos de prevenção, que devem ser a base dos programas;
- criar alianças internacionais voltadas para o fortalecimento dos sistemas de atenção sanitária, dos programas de nutrição, dos programas educativos e informação e da concepção de medidas de prevenção, tratamento e atenção às pessoas que vivem com o vírus;
- reconhecer a necessidade de ações contra a discriminação aos portadores do HIV;
- ampliar o acesso a medicamentos, cooperando no fortalecimento das políticas e práticas farmacêuticas, sobretudo na produção de medicamentos genéricos. Aos Estados Membros cabe promover a inovação e o desenvolvimento de indústrias nacionais para este fim.
- apoiar o desenvolvimento das capacidades e estruturas dos sistemas de saúde e proporcionar orientação técnica para melhorar a prevenção, o tratamento clínico, atenção ambulatorial, a orientação e o apoio social e psicológico aos portadores do HIV.

3.1.2 Saúde mental

No campo da Saúde Mental, o Ministério da Saúde segue e estimula duas direções básicas. Em primeiro lugar, a reforma psiquiátrica e o incentivo à assistência à saúde mental, buscando garantir atendimento humanizado aos pacientes que necessitem dos equipamentos de tratamento de saúde mental do SUS. Em segundo lugar, ações de prevenção e assistência a usuários e dependentes de álcool e outras drogas.

No Brasil, os gastos relativos a internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, no triênio 1995-96-97, ultrapassou os R\$ 310 milhões. Ainda neste mesmo período, o alcoolismo ocupava o quarto lugar no grupo das doenças que mais incapacitam, considerando a prevalência global.

Os transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas - psicoses alcoólica e por drogas, síndrome de dependência do álcool e dependência de drogas – são a segunda causa de internações psiquiátricas no país.

A Saúde Mental é uma área em que a participação do município já é muito grande. A rede de atendimento específica, além do hospital psiquiátrico, pode contar com instituições de diversos tipos: ambulatório de saúde mental; unidades especializadas em saúde mental; os chamados NAPS (Núcleo de Assistência Psicossocial) e CAPS (Centro de Assistência Psicossocial); hospital-dia; e serviços residenciais terapêuticos.

Em 2000, por meio da Portaria nº 106, de 11/02/2000, foram criados os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental. Estes serviços são casas que devem estar preferencialmente inseridas na comunidade são destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas

de longa permanência, que não possuam suporte social ou laços familiares que permitam sua inserção social.

Cabe ao gestor municipal/estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Seguindo a direção da descentralização, a compra de medicamentos para a saúde mental já é feita pelo Estado ou município. O Ministério repassa os recursos para o Estado e a CIB pactua a destinação. Dependendo do perfil, o município pode receber repasses financeiro para realizar ele mesmo a aquisição desses medicamentos, sempre de acordo com as decisões pactuadas na CIB.

3.1.3 Saúde do adolescente

O Programa Saúde do Adolescente – PROSAD é dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos, ou seja, cerca de 32 milhões de brasileiros . ele é caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo. Seus objetivos são:

- promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- normalizar as ações consideradas nas áreas prioritárias;
- estimular e apoiar a implantação dos Programas Estaduais e Municipais, na perspectivas, respeitando as particularidades regionais e realidade local;
- promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;

- construir com as atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando a formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal.

Para isso, o PROSAD desenvolve diversas ações, com várias interfaces municipais, principalmente no que diz respeito à capacitação de profissionais do Programa de Saúde da Família em saúde na adolescência, através da educação à distancia. Também passaram por atualização cerca de 350 mil profissionais de saúde, por meio de convênios com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, a Sociedade Brasileira de Pediatra, Associação Brasileira de Enfermagem e o Conselho Federal de Psicologia.

O PROSAD pode fornecer apoio e assessoria técnica às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para diversas ações, como a preparação de adolescentes promotores de saúde e para a organização de serviços de atenção à adolescente grávida e ao seu parceiro.

3.1.4 Saúde do trabalhador

A área de Saúde do Trabalhador é responsável pela coordenação e articulação de ações destinadas à promoção, proteção e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos do trabalho. Suas principais metas são a erradicação do trabalho infantil, a implantação de 500 serviços/unidades de saúde do trabalhador por ano até 2003, a notificação de 100% de doenças e acidentes relacionados ao trabalho atendidos na rede SUS e a redução em 40% dos óbitos relacionados ao trabalho no período de 2000 a 2003.

A Saúde do Trabalhador inclui, como diretriz para suas ações, os princípios básicos de universalidade e equidade. Isso significa que todos os

trabalhadores, urbanos e rurais, do setor formal ou informal, e até mesmo os desempregados, devem ter acesso aos serviços de saúde do trabalhador. Isso significa uma mudança importante nos antigos enfoques, que se voltavam apenas para o setor formal e urbano.

Para isso, é fundamental a consolidação nacional da estrutura de Saúde do Trabalhador dentro do SUS. Por essa razão, a equipe técnica do programa trabalha com os objetivos de institucionalizar a área dentro do SUS, organizar informação e comunicação, formar e capacitar recursos humanos e buscar articulações com outras áreas para a definição de políticas integradas.

3.1.5 Saúde do idoso

A população brasileira está ficando mais velha. Com a diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, a pirâmide populacional do país está sofrendo mudanças significativas, com aumento progressivo da população adulta e idosa. O objetivo fundamental na atenção à saúde do idoso é conseguir a manutenção de um estado de saúde com a finalidade de atingir um máximo de vida ativa, na comunidade, junto à família com o maior grau possível de independência funcional e autonomia.

As alterações no perfil da população provocam impactos também nas ações de saúde. E nem sempre o sistema está pronto para dar as respostas necessárias. Devido à não identificação ou não preocupação específica com a terceira idade, os assim chamados "Gigantes da Geriatria" (insuficiência cerebral, instabilidade postural e quedas, imobilidade e incontinência) têm apresentado alta taxa de prevalência.

O Programa de Saúde do Idoso busca alterar esse quadro com ações de promoção da saúde (difusão de informações sobre o idoso, para ele mesmo e para a sociedade), prevenção de agravos (discussão de um protocolo de

prevenção de agravos na terceira idade, vacinação para idosos-antitetânica, antipneumocócica e antigripal), assistência à saúde (ambulatorial, domiciliar, hospitalar e medicamentos) e formação de recursos humanos.

As equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde são instrumentos importantes na implementação das políticas de Saúde do idoso. Eles devem estar preparados para atender às questões da terceira idade. Isso requer treinamento específico, como o fornecido pelo vídeo Agentes em ação, do Ministério da Saúde.

3.2 Projeto de Promoção da Saúde

Iniciado em 1999, o Projeto de Promoção da Saúde procura difundir o conceito de saúde como qualidade de vida. Por isso, ele busca articulações das ações programáticas do Ministério da Saúde com ações e políticas de outras áreas, para gerar impactos positivos sobre a qualidade de vida de indivíduos e populações e sobre o equilíbrio de ecossistemas.

O Projeto de Promoção da saúde está estruturado em quatro áreas de atuação:

- estilo de vida saudável/relações pessoais;
- reorganização das ações de saúde;
- municípios saudáveis;
- marketing social e apoio a projetos sociais.

As estratégias desenvolvidas requerem ampla participação local. Inicialmente, busca-se o estabelecimento de parcerias com diversos setores sociais. Isso permite identificar e estimular as potencialidades locais na construção de novos conhecimentos e práticas de promoção da saúde, reconhecendo a diversidade cultural do país. Um dos princípios adotados é o estímulo à participação comunitária na elaboração, execução e avaliação de políticas e projetos.

Um dos elementos de maior repercussão dessa estratégia é o projeto "Municípios Saudáveis". O município saudável é aquele onde todos os cidadãos encontram as condições para viver bem e se sentem integrados e participantes das decisões.

Viver bem implica dispor de moradia em condições adequadas, acesso a água potável, sistema de esgotamento sanitário completo (inclusive o tratamento); transporte coletivo de boa qualidade e seguro; oportunidades de trabalho e renda suficiente para garantir acesso às condições básicas de sobrevivência, especialmente as referentes à alimentação e nutrição; educação de boa qualidade e acesso a bens culturais; espaços e oportunidades de lazer; ambientes protegidos e seguros.

Essa condição se alcança com um trabalho orientado para esse objetivo, que envolva os gestores públicos das três esferas de governo, os agentes econômicos e os cidadãos, atuando para construir processos sustentados de desenvolvimento local direcionados para a garantia do exercício dos direitos e a eliminação das iniquidades.

3.3 Educação e Saúde Através do Exercício Físico e do Esporte

O objetivo deste programa é aumentar a prática da atividade física na população, visando a melhoria da qualidade de vida, conscientizando-a sobre sua importância como fator de prevenção e manutenção da saúde e no tratamento de determinadas patologias.

O estilo de vida sedentário é responsável por 54% do risco de morte por cardiopatia, por 50% do risco de morte por acidente vascular cerebral, por 37% do risco de morte por câncer e no total por 51% do risco de morte de um indivíduo.

Ele é um fator de risco independente para enfermidade coronariana e acidente vascular, principais causas de morte em todo mundo. O risco de doença cardíaca para as pessoas menos ativas e menos condicionadas pode ser o dobro comparado às pessoas mais ativas e condicionadas.

A atividade física pode ajudar a atingir e manter o peso corporal apropriado e contribui positivamente na mudança de outros fatores de risco de doença coronariana como perfil de lipídeos, a resistência a insulina e a hipertensão. Desta forma contribui no controle dos diabetes, colesterol alto e hipertensão arterial.

Nos dias atuais, a consciência do binômio atividade física e saúde leva à necessidade de melhor informar e educar a população acerca da prática regular da atividade física, como fator de promoção a saúde e prevenção de doenças – especificamente aquelas relacionadas à área crônico-degenerativas (hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças do aparelho locomotor e doenças pulmonares). Sob este enfoque, algumas ações são fundamentais.

É preciso otimizar a qualidade de vida, através da atividade física e esporte: educar e motivar as pessoas para o binômio atividade física e saúde; implementar a educação física e o esporte nas escolas, com enfoque para os aspectos de saúde; e socialização; incentivar a prática da atividade física nas empresas; e avaliar e divulgar a importância da atividade física e do esporte na saúde.

3.4 Atendimento Integral à Saúde Dos Povos Indígenas

Desde agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, FUNASA, assumiu a responsabilidade de estruturar o

Subsistema de Atendimento à Saúde Indígena, buscando o atendimento integral articulado com o Sistema Único de Saúde.

O subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como um subsistema articulado ao Sistema Único de Saúde.

O DSEI é uma unidade organizacional da FUNASA. É uma base territorial e populacional sob responsabilidade sanitária identificada, aonde são realizados um conjunto de ações de atenção básica à saúde, SUS, para referência e contra-referência. Ele é estruturalmente análogo ao Programa de Saúde da Família, mas não é municipal.

Cada distrito deve organizar uma rede de serviços de saúde dentro de seu território, integrada e hierarquizada, com complexidade crescente e articulada à rede do SUS. A constituição da rede deve levar em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes nas terras indígenas, a qual vem sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada local.

A rede de serviços tem, como base de organização, serviços de saúde nas aldeias. Cada aldeia/comunidade contará com a atuação de um Agente Indígena de Saúde, cujas atividades estarão vinculadas a um posto de saúde. Esses postos de saúde terão uma estrutura física simplificada de cerca de 30 m².

Embora denominadas Casas de Saúde Indígenas, essas estruturas não executam ações médicas –assistências. São locais de recepção e apoio ao índio que vem referenciado da aldeia/Pólo-Base. Elas têm como função agendar os serviços especializados requeridos, dar continuidade ao tratamento após alta hospitalar até que o índio possa retornar à aldeia, dar suporte para a realização de exames e tratamentos especializados, além de tradução/intérprete para os que não falam português, e viabilização do retorno do índio à aldeia, em contínua articulação com o DSEI.

3.4.1 Saneamento nas comunidades e nas aldeias

Historicamente, a mortalidade e a mobilidade caíram quando melhoraram a qualidade da água, o tratamento de esgotos, a disponibilidade permanente de alimentos, o controle das endemias e higiene geral.

Entre as atividades de saúde pública, o saneamento é um importante instrumento de promoção da saúde e prevenção de doenças. As ações de saneamento que serão desenvolvidas no DSEI têm como base critérios epidemiológicos, visando levar às áreas indígenas os serviços de água, esgotamento sanitário, coleta, remoção e destino final de lixo.

Uma grande fonte de perplexidade para leigos é a ausência de correlação entre a medicina curativa mais sofisticada e as variações nas estatísticas de saúde e doença. Em outras palavras, os fatores que decidem entre a vida e a morte acontecem predominantemente fora dos hospitais e clínicas.

O Brasil, por exemplo, com sua experiência na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta um potencial enorme para a promoção da saúde.

3.5 Qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde

O processo de qualificação na assistência se dará por região ou microrregião de saúde, após avaliação de sua situação, conforme critérios descritos na NOAS-SUS 01/01. A qualificação de uma região/microrregião resultará na transferência fundo a fundo para o município-sede de cada módulo de um **valor per capita nacional** correspondente à oferta do conjunto mínimo de serviços

ambulatoriais de média complexidade que compõem o primeiro nível de referência para o atendimento da população adscrita àquele município, e dos recursos financeiros para as ações hospitalares, de acordo com a PPI.

Conforme detalhado na NOAS-SUS 01/01, no limite financeiro do município-sede deverá estar separado o montante de recursos destinado ao atendimento de sua população e o montante correspondente ao atendimento da população referenciada.

Verifica-se no âmbito dessa estratégia, portanto, as seguintes inovações :

- do ponto de vista do acesso, o estabelecimento de diretrizes para a organização do primeiro nível de referência, voltado para a resolução dos problemas de saúde mais freqüentes da população brasileira;
- do ponto de vista da gestão, o estímulo ao planejamento integrado entre gestores municipais, a introdução de novos mecanismos para a garantia da referência e a responsabilização dos estados no apoio aos municípios para a organização dessas redes e coordenação do sistema de referência;
- do ponto de vista financeiro, o aumento do aporte de recursos diretamente aos municípios em uma base per capita nacional, propiciando mais um avanço em termos de equidade na alocação de recursos.

3.6 Organização da Média Complexidade Ambulatória e Hospitalar

Além das ações de média complexidade do primeiro nível de referência, é fundamental a implementação de mecanismos de garantia das demais ações de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, que podem ser asseguradas para todos os cidadãos no âmbito microrregional ou regional,

conforme as características do estado e a definição no plano de regionalização de cada estado.

O processo de Programação Pactuada e Integrada entre gestores e os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso são os principais instrumentos para assegurar o acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência.

No que diz respeito à divisão de responsabilidades entre gestores, a NOAS-SUS01/01 enfatiza o papel apoio aos municípios na organização do sistema de referencias. Por sua vez, cabe aos municípios o planejamento no âmbito municipal e a relação direta com os prestadores em seu território, visando o comando único sobre o sistema de saúde em cada esfera. Além disso, os gestores municipais têm a responsabilidade de participar da PPI e organizar os fluxos de referencia de sua população para serviços a serem prestados por outros municípios, com o apoio do gestor estadual, que deve implementar mecanismos de garantia e acompanhamento dos fluxos de referencia intermunicipal.

3.6.1 Assistência de alta complexidade.

A garantia de acesso de toda a população brasileira aos serviços de alta complexidade dada a atual concentração da oferta desses serviços e os custos envolvidos, requer ações coordenadas dos três níveis de governo, assim como mecanismos específicos de financiamento para a promoção da equidade.

A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz principalmente na definição de algumas diretrizes e normas técnicas nacionais voltadas para a garantia de acesso e da qualidade dos serviços, no financiamento das ações, no controle do cadastro nacional de prestadores, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais

equânime diminuindo as diferenças regionais na oferta dos serviços , e na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referencias interestaduais.

O gestor estadual é responsável pela macrogestão da política de alta complexidade/custo no estado, condicionada à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite, mantendo vinculação com a política nacional.

As principais funções do gestor estadual se relacionam à definição de propriedades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo: a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviço de boa qualidade, definição da alocação de recursos entre áreas da Alta Complexidade e entre municípios, com explicitação nos limites financeiros municipais da parcela correspondente ao atendimento da referencias; a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade, a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referencia entre municípios, incluindo a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade e apoio à implementação de instrumentos de regulação da atenção de alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros) e o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade.

A assistência de alta complexidade poderá ser programada no âmbito regional/estadual, tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios. A programação deve prever, quando necessário, a referencia de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados.

CONCLUSÃO

Ao concluir este trabalho monográfico, pude observar as necessidades de melhoras em diversos campos da saúde, pois o setor de saúde em alguns municípios ainda caminha lentamente no sentido de implantação de programas de saúde, visando uma melhor utilização dos recursos públicos e buscando maneiras de inibir desvios dos mesmos.

Realizei o estágio, na Secretaria Municipal de Saúde de Nova Glória nos seguintes meses: Janeiro, fevereiro e março de 2002.

É muito difícil e delicado quando se trata de saúde, são regras e mais regras a serem cumpridas e que poucos cumprem. É onde nos perguntamos: de quem é a falha? A verba existe, nós sabemos disso, mas será que é suficiente para atender a população? Será que o administrador gasta realmente a verba da saúde na própria saúde ou será falta de interesse ou incompetência mesmo?

A nossa realidade hoje, com a municipalização já existente no município de Nova Glória, com a gestão básica, tendo implantado quase todos os programas em convenio com o Governo Federal e Estadual, a Secretaria Municipal de Saúde teve a viabilidade de implantar os programas de saúde que não foram implantados em outros lugares por falta de verba, com isso o município passará a sobreviver independente através dos recursos adquiridos. Sabemos que esta é a fonte mais favorável através da municipalização baseado em municípios que tem Gestão Plena em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Maria Margarida. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS –SUS)**. Nº 01/2001 PT/MS Nº 95/2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Nacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2001. Impresso 82.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Escola Nacional de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2001. Impresso 22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde . **Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência** - Série Normas e Manuais Técnicos, n. 116 – Brasília: 2001.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Nova Glória. Secretaria Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**. Nova Glória: 1999.

BRASIL. Prefeitura Municipal de Nova Glória. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório final da Conferência Municipal de Saúde**. Nova Glória: 1999.

BRASIL . Prefeitura Municipal de Nova Glória. Secretaria Municipal de Saúde. SUS. **Saúde de todos para todos**. Nova Glória: relatório de 1º de setembro a 23 de outubro de 1999.

DAVID K. Carr e Lan D. Littman – **Excelência os Serviços Públicos** – GQT na década de 90.

FILHO, Domingos Parra/ SANTOS, João Almeida. **Apresentação de Trabalhos Científicos**: monografias, teses, dissertações. 5. ed. São Paulo: Futura, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2001.

MENDES, Áquilas & CATANZARO, Waldir. **Saúde Mais Perto**. Projeto mais Saúde. Brasília: Gráfica IPSIS, fevereiro/2001.

MONTEIRO, José Airton. **Qualidade Total no Serviço Público**. Brasília: 1995. p. XIX-XXV.

NOTÍCIAS HOSPITALARES – **Gestão de Saúde em debate** nº 37. Ano 4 - Junho/ julho de 2002.

PROJETO MAIS SAÚDE – **Orçamento Saudável** - Edição: Elvis César Bonassa – Projeto Gráfico: ZAP Design - Impressão: Ipsis fevereiro/2001.

REVISTA BRASILEIRA DE ADMINISTRAÇÃO. Ano V - nº 16 – 1995

ANEXOS

ANEXO 1

HISTÓRICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA GLÓRIA – GOIÁS

A Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Nova Glória – Goiás, foi criada em 21 de março de 1989, sendo restaurada em 17 de dezembro de 1999. Nessa época foram atribuídas à cada Departamento de Saúde suas atribuições básicas:

Departamento de Saúde Comunitária:

- coordenar o Programa Municipal de Saúde à Família;
- propor a realização de cursos, treinamentos e capacitação para membros dos organismos de controle social e para lideranças de comunidades;
- realizar campanhas de esclarecimentos a população sobre o seu papel na gestão do Sistema Local de Saúde;
- prestar apoio aos organismos de Controle Social, especialmente as conferências de Saúde, o Conselho e as Comissões locais de Saúde.

Departamento de Atenção à Saúde:

- desenvolver ações de vigilância epidemiológica e nutricional;
- estruturar ações de saúde coletiva, tais como: campanhas de multivacinação, orientações de higiene individual e coletiva;
- ações de saúde curativa, incluindo as urgências e emergências;
- gestão das ações de assistência farmacêutica.

Departamento de Vigilância Sanitária:

- exercer o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde;
- executar as ações de vigilância sanitária nas áreas de saneamento básico e comércio de alimentos, exercendo a

inspeção e a fiscalização, bem como as ações relativas à saúde do trabalhador;

- participar na formulação da política e da execução das ações de vigilância sanitária;
- promover, orientar e coordenar os processos de formação e capacitação de recursos humanos em vigilância sanitária.

Departamento de Saúde Bucal:

- estimar a prevalência de cárie dentária nos diversos grupos populacionais estudados;
- realizar campanhas de conscientização que estimulem a população a participar das ações preventivas e curativas de saúde bucal;
- prestar assistência odontológica à população;
- promover ações educativas e sócio-educativas em saúde bucal.

Cada tarefa acima, de uma certa forma foram feitas conforme as necessidades vistas pelo administrador para melhor atender a população Novaglorina.

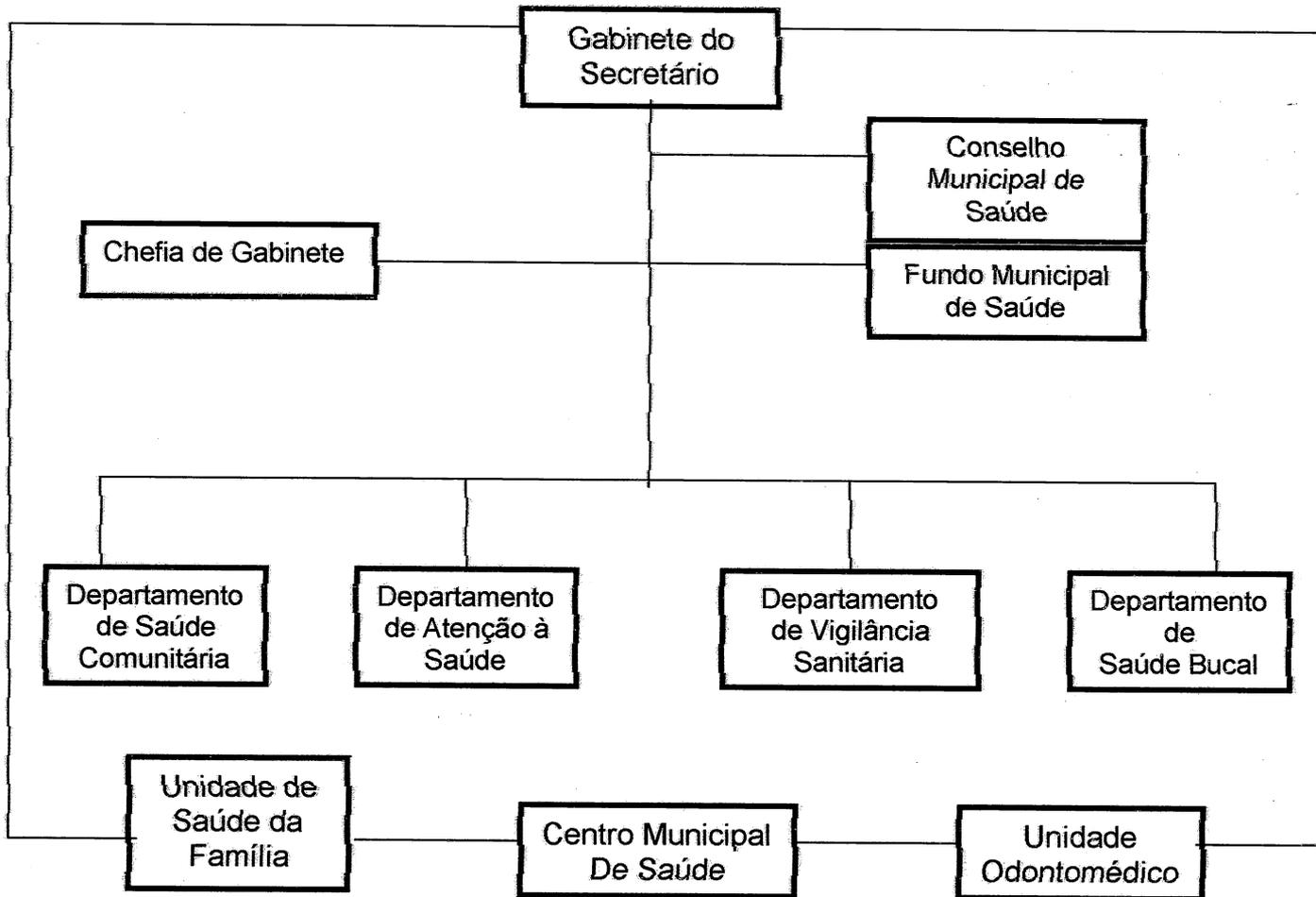
Desde 1999 até os dias de hoje a situação em relação à saúde da população de Nova Glória é outra, melhorou muito, hoje temos três médicos atendendo todos os dias no Posto de Saúde, três odontólogos, duas enfermeira Padrão, auxiliares de enfermagem, os agentes de saúde, duas ambulância e uma farmácia básica onde as pessoas pegam seus medicamentos.

Com a municipalização do setor de saúde e a evolução natural dos serviços em saúde pública, o município de Nova Glória teve como preocupação adquirir meios no financiamento do sistema de saúde para priorizar recursos junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde para aprimorar a saúde de nossa cidade.

Por haver um grande incentivo do Governo Federal e Estadual no Programa de Saúde Preventiva e por ser um município bem localizado (a trezentos e poucos quilômetros da capital do país e duzentos da capital do estado) tem todas as possibilidades de conduzir os convênios com certa brevidade com o apoio do município junto a Secretaria Municipal de Saúde.

ANEXO 2

ORGANOGRAMA OFICIAL DA SECRETARIA MUNICIPAL E SAÚDE



ANEXO 3

02- RELATÓRIO SÍNTESE MENSAL

MÊS DE: JANEIRO

Nome do Estagiário Valdemir Cunha Morais	Registro Acadêmico : 53
Local do Estágio: Secretaria Municipal de Saúde	Área Saúde
Atividade Programadas	Tarefas Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> - Credenciamento dos cartões SUS; - Reuniões para recomposição do Conselho Municipal de Saúde (C.M.S). - Cadastramento das famílias nas microareas - Farmácia Básica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Designado um funcionário para fazer treinamento na cidade de Ceres, junto a Regional de Saúde, para adequar a Secretaria ao Programa do Cartão SUS; - Convocados todos os agentes de Saúde para convidar a todos os representantes de Associações, clubes de Serviços, Igrejas, Comerciantes, Prestadores de Serviços em Saúde, Profissionais de Saúde, representantes dos Poderes Públicos Federal, Estadual e Municipal, mediante ofício da Secretaria Municipal de Saúde. Depois de várias reuniões foram enviados à Secretaria os nomes para a composição do Conselho; através de ofícios assinados pelos respectivos representantes. - Feito o cadastramento de todas as famílias, pelos agentes de saúde e constatada a necessidade de contratar mais 04 (quatro) agentes comunitários de saúde para melhor atender as famílias na sede e na zona rural do município; - Constatado através de vários questionamento do setor saúde, junto a população, que seria necessário a contratação de um profissional especializado na área de farmácia e epidemiologia para melhor atender a população, com isso foi providenciada a contratação deste profissional, o qual vem realizando um excelente trabalho, procurando minimizar o

<p>- Núcleo epidemiológico</p>	<p>grande acúmulo de medicamentos nas residências dos usuários, que na maioria das vezes tomam dois ou até mesmo três fórmulas para o mesmo problema e controlando a entrega de remédios na farmácia básica para não deixar vencer remédios que é de extrema necessidade para a população.</p> <p>- A responsável pela Farmácia Básica também é responsável pelo núcleo epidemiológico a qual está fazendo o diagnóstico dos vetores.</p>
<p>Apreciação Crítica das Atividades Um dos problemas constantes é a burocracia , requerimento, ofícios desencontros de informações.</p>	
<p>Dificuldades e Ocorrências É a contratação de profissionais com experiência na área municipal e que tenha conhecimento do serviço a ser desenvolvido</p>	
<p>Bibliografia David K.Carr e Ian D, Littman – Excelência nos Serviços Públicos GQT na Década de 90.</p>	
<p>Data</p>	<p>Assinatura do Estagiário</p>

Avaliação do Responsável/ Entidade

Declaro que o estagiário _____ cumpriu todas as atividades constantes do presente relatório, cumprindo uma carga horária de 88 horas.

Assinatura

ENTIDADE _____

Avaliação do Professor Supervisor

Data

Assinatura do Professor Supervisor

MÊS DE:FEVEREIRO

Nome do Estagiário Valdemir Cunha Morais	Registro Acadêmico: 53
Local do Estágio: Secretaria Municipal de Saúde	Área Saúde
Atividade Programadas	Tarefas Realizadas
<ul style="list-style-type: none">- Médicos do PSF (Programa de Saúde da Família);- Coordenadores do PSF;- Reunião com Secretário Municipal de Saúde;- Conferência Municipal de Saúde;- Treinamento dos profissionais.	<ul style="list-style-type: none">- Um dos médicos do PSF , por não haver possibilidade de cumprimento da carga horária estabelecida pelo Programa (PSF), pediu que não fosse feito a renovação de seu credenciamento. sabendo do problema o Secretário tomou a liberdade de anunciar a contratação de outro profissional para atender os usuários., o qual vem fazendo um bom atendimento;- A Coordenação do PSF, que são duas enfermeiras padrão sempre tem acompanhado as decisões e cumprindo metas da Secretaria Municipal de Saúde;- Reunimos com o Secretário por várias vezes para passar a ele as indagações, propostas e críticas de como estava o atendimento aos usuários;- A Conferência Municipal de Saúde, depois de várias reuniões constatamos que não era necessário a sua realização por não haver grandes problemas junto ao Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;- Em reunião com profissionais do Setor de Saúde diagnosticamos que

	em sua maioria estão fazendo treinamentos e estudando para aprimorar os seus conhecimentos.
Apreciação Crítica das Atividades Os profissionais (médicos) tem dificuldades de cumprir a carga contratual exigida pelo programa.	
Dificuldades e Ocorrências Os profissionais que tem dificuldade de cumprir horário, nem sempre conseguem participar dos treinamentos oferecidos pela Secretaria.	
Bibliografia Brasília (Distrito Federal), Ministério da Saúde norma operacional da Assistência à Saúde (NOAS.SUS) 01/2001 PT/IVIS nº 95/2000.	
Data	Assinatura do Estagiário
Avaliação do Responsável/ Entidade	
Declaro que o estagiário _____ cumpriu todas as atividades constantes do presente relatório, cumprindo uma carga horária de <u>64</u> horas.	
Assinatura ENTIDADE _____	
Avaliação do Professor Supervisor	
Data	Assinatura do Professor Supervisor

MÊS DE: MARÇO

Nome do Estagiário Valdemir Cunha Morais	Registro Acadêmico: 53
Local do Estágio: Secretaria Municipal de Saúde	Área Saúde
Atividade Programadas	Tarefas Realizadas
- Requerer repasse conforme estabelece a Legislação vigente.	- - Providenciamos requerimento junto ao Legislativo Municipal, a ser encaminhado ao Chefe do Poder Executivo para que seja cumprido a Legislação vigente.
Apreciação Crítica das Atividades Não há um calendário definido para repasse de verbas da Secretaria de Finanças para a Secretaria Municipal de Saúde e com isso a Secretaria tem tido dificuldades em cumprir obrigações contraídas.	
Dificuldades e Ocorrências Recursos Financeiros insuficientes para melhor atender os usuários do sistema.	
Bibliografia Monteiro , José Airton. Qualidade Total no Serviço Público. Brasília D.F. Revista Ampliada – 1995 pág. XIX, XXV	
Data	Assinatura do Estagiário
Avaliação do Responsável/ Entidade	

Valdemir Cunha Moraes
Descentralização da Saúde

Declaro que o estagiário _____ cumpriu todas as atividades constantes do presente relatório, cumprindo uma carga horária de <u>12</u> horas.	
Assinatura	
ENTIDADE _____	
Avaliação do Professor Supervisor	
Data	Assinatura do Professor Supervisor

Obs: Foi proposto no Relatório Final/2001 que seria feito o estágio com duração de (02) duas horas por dia, assim sendo, iniciaria em janeiro com término em maio de 2002.,mas por estar de férias dos meus compromissos profissionais resolvi fazer (04) quatro horas diárias junto a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Glória, sendo que a conclusão do estágio se encerra em março de 2002.

ANEXO 4 – DIAGNÓSTICO DA ÁREA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NOVA GLÓRIA – GO.

INTRODUÇÃO

O método diagnóstico utilizado foi o da Estimativa Rápida, simples e que permite obter informações sobre um contexto em um exíguo período de tempo e a baixo custo. Utilizaram-se informações extraídas de várias fontes, como as fichas de cadastramento familiar do PACS, dados do IBGE, de cartórios, das secretarias de saúde e educação, entrevistas com pessoas-chave da comunidade e pela observação direta feita pelos membros da equipe.

AS EQUIPES

FUNÇÃO	NOMES
Médico generalista Instrutor/ Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agente Comunitário	Dr. Benedito César Caldas Catarina Alves Pereira Rosângela Oliveira Silva Keila Alves Guimarães Maria de Fátima F. dos Santos Márcio Teófilo Patrício Rosinete Pereira Cambuim Dinalva de Jesus Santos Maria do Carmo F. de A Lima Antonio Ribeiro de Souza Celina Maria Graia Ribeiro
Odontólogo	Dra. Maires Oliveira

EQUIPE DA ZONA RURAL

FUNÇÃO	NOME
Médico generalista Instrutor/ Enfermeiro Auxiliar de Enfermagem Agente Comunitário	Dr. Antono Miguel Luzanira Anacléto Maricélia Nunes Menezes Janes Gonçalves Neves Fábio Monteiro Macedo Reginaldo Santanna Osvaldo Alves de M. Filho Cleidimar Maria Martins José Valtenir Meira Chaves Cristiano José da Silva José Júnior Luciano
Odontólogo	M ^a Francina Terra

PREFEITO MUNICIPAL:

Dr. Saulo Borges da Silva

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE:

Elias Moreira do Vale

APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO

Nome: Nova Glória – Estado de Goiás

Data da Criação do Município – 10 de junho de 1980

Área do Município – 414,5 km²

Micro Região do Estado em que está inserido: Vale do São patrício

Subsecretaria de saúde a que pertence –Ceres

Municípios limítrofes: Ao norte: Itapaci; ao sul: Santa Isabel; ao leste: São Luiz do Norte; a oeste: Rialma e Ceres.

A ZONA RURAL É CONSTITUÍDA PELOS SEGUINTE POVOADOS.

- 1- Jardim Paulista
- 2- Plaina
- 3- Cereçu
- 4- Bolsão
- 5- Ceresópolis
- 6- Novo Oriente
- 7- Santo Antônio da Barra
- 8- Vila Colonial
- 9- Espírito Santo

HISTÓRIA DO MUNICÍPIO:

Em 19 de fevereiro de 1941, o Presidente da república Getúlio Vargas, pelo Decreto Lei n.º 6.882, criava a Colônia Agrícola Nacional de Goiás (CANG) situada às margens do Rio das Almas e destinada a fixar o homem a terra e substituir a rotação da terra pela rotação de culturas. Para ser o seu primeiro administrador foi designado o Engenheiro Bernardo Sayão Carvalho de Araújo.

O Primeiro loteamento aberto onde hoje se localiza a sede do município, foi junto ao Km 167 da BR – 014 em terras do senhor João Schettini, aprovado em 23 de novembro de 1955, pelo então prefeito de Ceres Domingos Mendes da Silva.

A emancipação política foi promovida pelos pioneiros Leontino Nunes da Rocha, Antônio Moraes, Francisco ferreira de Moraes e outros que estabeleceram inúmeros contatos políticos na Capital do Estado, logrando êxito com a iniciativa

legislativa do então Deputado Estadual Frederico Jayme Filho, sancionada pelo Governador Ary Valadão em 10/06/1980, desmembrando-se do Município de Ceres.

COMPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO

De acordo com dados do IBGE a população do município em 2000 atingia 8948 habitantes, sendo que 5691 indivíduos (63,6 %) situados na zona urbana e 3.257 (36,4 %) do sexo masculino (Tabela 01).

Pelo cadastramento realizado pelo PACS, o programa abrange 8.330 pessoas, sendo que 4.522 indivíduos (50,54%) situados na zona urbana e 4.426 (49,46%) do sexo masculino.

Ao todo, temos 2.484 famílias cadastradas divididas entre 16 micro-áreas na zona urbana e rural. A zona rural abrange os 9 povoados citados anteriormente.

POPULAÇÃO GERAL:

SETOR	PACS - 2002	I.B.G.E. - 2000
Urbano	4.833	5.691
Rural	4.763	3.257
Total	9.596	8.948

Fonte: I.B.G.E. Ano Base - 2000

PACS - 2002

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA - PSF:

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano de Idade	98	78	176
1 a 4 anos de Idade	352	279	631
5 a 19 anos	1.259	1.203	2.462
20 a 49 anos	1.997	1.873	3.870
50 anos a mais	1.231	1.226	2.457
Total	4.937	4.659	9.596

Fonte: PACS 2002

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR FAIXA ETÁRIA - IBGE

Faixa Etária	Masculino	Feminino	total
Menores de 1 ano de Idade	92	67	159
1 a 4 anos de idade	305	308	613
5 a 19 anos	1207	1.233	2.440
20 a 49 anos	1.955	1.794	3.749
50 anos a mais	963	1.024	1.987
Total	4.522	4.426	8.948

Fonte: I.B.G.E. – Ministério da Saúde Ano Base – 2000

Nº DE FAMÍLIAS POR MICROÁREA

MICROÁREA	Nº DE FAMÍLIAS
01	116
02	113
03	95
04	117
05	151
06	85
07	94
08	120

Fonte: PACS – 2002

MICROÁREA	Nº DE FAMÍLIAS
09	118
10	201
11	231
12	206
12	214
14	208
15	205
16	210
TOTAL	2.484

AMBIENTE FÍSICO:

Temos um total de 2.484 residências cadastradas no programa, sendo a habitação mais freqüente é a de alvenaria, coberta com telha francesa e com piso em cimento. Buscando um dado que nos desse uma referência quanto à ocupação desta residência, calculamos o índice pessoas/cômodo. Pelos dados levantados durante o PACS, a ocupação é de 1,93 pessoas/cômodo.

Devido a ausência de rede esgoto, a fossa é o destino dos dejetos na maioria dos casos, havendo 98 casos de esgoto a céu aberto no município.

A água servida pela Saneago é tratada, mas não é fluoretada, sendo que já se requereu esta providência à empresa. A água distribuída pelo município não é fluoretada. A rede pública atinge 2.229 residências, sendo as restantes servidas por poço ou nascente. O tratamento domiciliar da água na maioria dos casos se restringe à filtragem (58,7%) e parcela expressiva não dispensa tratamento algum (23,5%).

Não existe rede de esgoto público. Usa-se muito fossas negras, com uso pouco difundido de fossas sépticas. Foi constatado 98 casos a céu aberto no município.

A coleta do lixo é realizada pela prefeitura no distrito sede, sendo a coleta feita diariamente e teve início há poucos meses a operação do aterro sanitário. Nos distritos existe coleta de lixo.

A rede elétrica atinge 98% da zona urbana e 95% da zona rural, proporcionando cobertura ampla. A iluminação pública é adequada e atende as necessidades da cidade.

Verifica-se o uso de agrotóxicos principalmente nas plantações de cana e tomate, as pessoas lidam com os produtos sem o menor cuidado. Até hoje nunca se verificou um acidente ecológico mais grave, nem a contaminação de pessoas.

Outro dado importante relaciona-se aos animais vadios. Cães e gatos em grande número são encontrados pela cidade, representando sério problema à saúde pública.

HABITAÇÃO

TIPO	
Casas de alvenaria	975
Casas de madeira	25
Casas de outros materiais	1%
Nº de residências	2.484 residências
Nº de cômodos	16.079 cômodos
Nº de pessoas/cômodos	1,93 pessoas/cômodo

Rede de Energia Elét. (por domicílio)	
Urbana	98%
Rural	95%

Abastecimento de Água	
Rede pública	2.229
Poço ou nascente	1.159
Rede de distribuição	
Urbana	19.312m
Rural	27.855,5m
TOTAL	47.197,5m
Tratamento domiciliar da água	
Filtrada	1.417
Fervida	17
Clorada	567
Sem tratamento	413

Dejetos e água servida	
Fossa	2.314
Rede pública	0
Céu aberto	98

Fonte: PACS – 2000

ASPÉCTOS SÓCIO-ECONÔMICOS:

Segundo o Censo de 1996, o número médio de pessoas por família na região Centro-oeste é 3,5 e o número de pessoas por cômodo é de 2,0. No

município encontramos, respectivamente, 3,35 pessoa/família e 1,93 pessoas/cômodo.

A economia baseia-se essencialmente na agricultura, sendo o setor primário responsável por cerca de 50% da produção municipal, havendo uma taxa de desemprego de aproximadamente 18%. É clara a má distribuição de renda, com 60% da população com renda inferior ao salário mínimo.

O grau de escolaridade encontrado é baixo. Apenas 30% da população tem segundo grau completo e 0,2% grau completo. Contudo, os dados mostram que diminuta parcela (0,03%) das crianças de 07 a 14 anos estão fora da sala de aula.

Nº PESSOAS/FAMÍLIA	3,35 pessoas/ família
---------------------------	-----------------------

Nº DE PESSOAS/CÔMODO	1,93 pessoas/cômodo
-----------------------------	---------------------

ATIVIDADES ECONÔMICAS

Atividades	Numero de Estabelecimentos
Agrícola	608
Comércio	110
Indústria	03
Serviços	10
total	731

SETOR AGRÍCOLA

ÁREA	Nº DE PROPRIEDADES
De 2.575,4 há a 6.346,4 ha	523
De 3.469,5 há a 5.946,9 ha	64
De 3.956,8 há a 8.930,6 ha	21

PARTICIPAÇÃO DOS SETORES PRODUTIVOS

SETOR	PERCENTUAL	ATIVIDADES
Primário	50%	Agrícola, Pecuária, Silvicultura
Secundária	20%	Indústria, madeira etc.
Terciário	30%	Comércio e Serviços

Taxa de desemprego	18%
--------------------	-----

PERCENTUAL DE DISTRIBUIÇÃO DA RENDA FAMILIAR

Faixa de Rendimento	Renda Média Familiar
Até um salário mínimo	60%
De 01 a 02 salários mínimos	15%
De 02 a 05 salários mínimos	16%
De 05 a 10 salários mínimos	10%
Mais de 10 salários mínimos	04%

ESCOLARIDADE

Grau de Escolaridade		
1º grau completo	30% da população	Informações complementares 0,03% de crianças na faixa etária de 07 a 14 anos estão fora da sala de aula
2º grau completo	15% da população	
3º grau completo	0,2% da população	
Taxa de analfabetismo	0,8% da população	

Fonte: IBGE – Delegacia de Ensino/SEMEC ano base- 1999

Estabelecimento de Ensino	Número de Escolas			Números de Alunos		
	1º grau	2º grau	3º grau	1º grau	2º grau	3º grau
Municipal	12	-	-	357	-	-
Estadual	07	04	-	2019	473	-
Federal	-	-	-	-	-	-
Particular	-	-	-	-	-	-
Outros	-	-	-	09	-	-
Total	19	04	-	2385	473	-

Fonte: IBGE – Delegacia de Ensino /SEMEC ano Base – 1999

PERFIL DAS DOENÇAS

As doenças de maior freqüência são as cardíacas, crônico-degenerativas, respiratórias, e infecto-parasitárias. Nota-se grande número de casos de distúrbios somatiformes entre a população, em especial feminina e na faixa dos 40 anos.

Hipertensão e diabetes mellitus tem presença expressiva na população idosa, havendo grande dificuldade em se acompanhar adequadamente esta população, quer pela baixa adesão à terapia, quer pelos custos de medicação, uma vez que o fornecimento pela Secretaria Municipal de Saúde vez ou outra é interrompido.

A parasitose intestinal é de grande prevalência, em especial entre as crianças, com presença marcante de *A. lumbricoides*, *E. nana*, *Enterobius vermicularis* e amebas.

Houve queda da taxa de Mortalidade Infantil na última década, sendo que em 1998 obteve-se índice de 16,1 de cada 1000 nascidos vivos, bem como expressivos aum

entos sobre a cobertura vacinal no mesmo período.

CAUSAS MAIS FREQUENTES DE INTERNAÇÕES

Causas mais frequentes de Internações	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Doenças respiratórias	330	340	345	360	348	356	335	323
Gastroenterites	45	45	55	60	27	49	30	39
Doenças cardíacas	190	148	129	120	105	99	125	121
Ortopedia e reumatologia	120	125	130	120	107	115	97	128
Traumatologia	90	95	98	96	93	98	78	67
Doenças Infecciosas e parasitárias	169	172	165	168	117	138	119	129
Doenças metabólicas	182	184	170	180	153	163	170	135
Queimado	15	12	20	24	05	07	04	13

SES- Departamento de Vigilância Epidemiológica – 4ª Regional de Saúde

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA:

Doenças	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Poliomielite				-	-	-	-	-
Difteria				-	-	-		-
Coqueluche	2	2	1	1	1		-	-
Tétano	-	-	-	-	-	1	-	-
Sarampo	1	1					-	-
Tuberculose	1	1	-	-	-	-	2	1
Meningite	3	2	2	2	1	1	-	-
DST / AIDS	-	-	-	-	-	-	-	-

SES – Departamento de Vigilância Epidemiológica – 4ª Regional de Saúde.

INDICADORES DE MORTALIDADE:

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Coefficiente de mortalidade infantil	32,57	25,69	23,09	20,02	18,15	16,1	17,8	19
Mortalidade proporcional <5 anos	10,82	8,75	5,81	3,80	2,75	2,1	7	5
Mortalidade proporcional >5 anos	94,10	95,10	95,10	98,18	72,12	65,8	75,3	68,5
Mortalidade proporcional por doença infecciosas e parasitárias	10,70	14,08	11,38	10,20	9,10	8,2	7,48	5,96

INDICADORES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
% de óbitos por causas mal definidas	3,75	5,06	15,49	11,50	10,12	8,210%	7,63	8,77
% de partos hospitalares	85	90	90	90	90	95	90	87

SES- Departamento de Vigilância Epidemiológica – 4ª Regional de Saúde

COBERTURA VACINAL

% de menores de um ano vacinados	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Pólio (3º dose de sabim)	70%	75%	85%	90%	90%	90%	95%	91%
Difteria, tétano, coqueluche (DPT 3º dose)	85%	95%	95%	95%	95%	95%	93%	90%
Sarampo	70%	75%	80%	90%	90%	90%	96%	95%
Tuberculose (BCG)	70%	75%	85%	90%	90%	90%	93%	97%

SES – Departamento de Vigilância Epidemiológica – 4º Regional de Saúde.

SERVIÇOS AMBIENTAIS

Cerca de 80% da cidade recebeu pavimentação asfáltica, sendo observados pontos em que as águas das chuvas se acumulam, trazendo transtorno à circulação e importante foco de água estagnada. Em alguns trechos sem asfalto, encontra-se ruas em péssimo estado de conservação, sendo difícil o trânsito.

O lixo coletado pela prefeitura é levado até o aterro sanitário da cidade, que foi criado há poucos meses. A coleta é feita com tratores equipados com carretas e os garis utilizam EPI. Em algumas ruas a coleta é feita de forma irregular e em outras não é feita, sendo alegado a impossibilidade de se transitar na via, como citado anteriormente.

A vigilância Epidemiológica chamou atenção para uma prática da população que se iniciou após a instalação da rede de distribuição de água. Com a destivação parcial das cisternas (poços) muitos a transformaram em fossa, contaminando assim o lençol freático com seus dejetos.

Áreas de terreno baldio, com verdadeiros matagais, ainda são utilizados como depósito para o lixo que não é colhido pela prefeitura.

Verifica-se o uso de agrotóxicos principalmente nas plantações de cana e tomate, as pessoas lidam com os produtos sem o menor cuidado. Até hoje nunca se verificou um acidente ecológico mais grave, nem a contaminação de pessoas.

Refere-se como fonte de poluição um laticínio da cidade, acusado pela população de não processar adequadamente os restos de sua produção e lançá-los em riacho que cruza a zona urbana.

Constitui-se também problema de saúde pública a grande quantidade de animais vadios que perambulam pela cidade. Sem controle de qualquer natureza, não recebem cobertura vacinal adequada. Por esta razão tornam-se um fator de risco a ser estudado com atenção.

Ainda em relação aos animais, nota-se a presença de pocilgas na zona urbana. Pelo uso de instalações rústicas e inadequadas, há a contaminação do meio pelos dejetos dos animais, além do odor peculiar deste tipo de criação, que causa protestos em toda vizinhança. Não esquecendo o papel desta atividade na disseminação das parasitoses intestinais.

ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Conta-se no município as seguintes entidades representantes de classe:

- Lions Clube;
- Sociedade São Vicente de Paulo;

- Comunidade de Jovens;
- Associação dos Amigos dos Idosos;
- E as seguintes denominações Religiosas:
 - Igreja Católica Apostólica Romana;
 - Igreja Presbiteriana;
 - Igreja Presbiteriana Renovada;
 - Igreja Assembléia de Deus;
 - Igreja Cristã Evangélica;
 - Igreja Comunidade Evangélica;
 - Igreja de Cristo;
 - Igreja Batista;
 - Igreja Deus é Amor;
 - Igreja Congregação Cristã do Brasil;
 - Igreja Adventista do 7º Dia.

SERVIÇOS DE SAÚDE

POSTO DE SAÚDE:

Responsável por toda absorção da demanda da rede pública de saúde, com estrutura física adequada. Falta local para limpeza e esterilização do material usado nos procedimentos realizados. Necessita de sala de esterilização equipada com autoclave, sala isolada para realização de pequenas cirurgias, além de um balão de oxigênio.

ESTRUTURA FÍSICA

Nome da Unidade	Área construída	CONSULTÓRIOS			NÚMEROS DE SALAS			
		Médico	Odontólogo	Outros	Laboratório	Esterilização	Curativos	Outros
Centro de Saúde de Nova Glória	144 m2	04	01	08		01	01	12

POLÍTICA DE SAÚDE

Tipo de gestão de municipalização

PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA

RECURSOS HUMANOS DO PSF

- 02 médicos;
- 02 enfermeiros;
- 02 auxiliares de enfermagem;
- 16 agentes comunitários de saúde;
- 02 odontólogos.

CONTROLE SOCIAL:

Criado pela Lei Municipal nº 068/94 de 06 de janeiro de 1994, estruturado pela Lei Municipal nº 205/99 de 17 de dezembro de 1999.

É constituído por 18 titulares e seus suplentes, representantes do Poder Público, dos Trabalhadores do Setor de Saúde, dos Prestadores de Serviços, e dos Usuários do Sistema(associações de moradores; associações de produtores rurais; entidades religiosas; clubes de serviços; entidades representativas dos estudantes, comerciantes locais, entidades assistenciais e o Conselho tutelar do Município).

O Conselho se reúne toda última quarta-feira do mês, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde.

ÔNIBUS ODONTO-MÉDICO

O ônibus Odonto-médico é uma unidade de saúde móvel, composto de três compartimentos, sendo:

- Consultório médico;
- Sala de prevenção;
- Consultório odontólogo.

Seu principal objetivo é atender à população da zona rural e os nove povoados do município.

SERVIÇO DE SAÚDE BUCAL

Contando com dois odontólogos vinculados ao PSF, o serviço realiza promoção de saúde bucal (escovação supervisionada pelos agentes de saúde, palestras) e tratamento curativo básico (restauração, exodontias e pulpotomias em dentes decíduos). De setembro de 1999 à março de 2000 foram realizadas aproximadamente 660 restaurações, 150 pulpotomias e 50 exodontias.

Entre os meses de dezembro de 1999 e março de 2000 firmou-se contrato com odontólogo para realização de serviços especializados (110 endodontias, 110 coroas).

RECURSOS VINCULADOS AO S.U.S

Serviços	Tipo de serviços	Nº aproximado de serviços	Atividades profissional	Médico responsável
Hospital Santa Maria fratura e traumatologia	Traumato-ortopedia	20	Ortopedia	Dr. Humberto
	Otorrino	10	Clínica	Aloísio de Pádua
	Ginecologia	30	Médica	Arantes
	Queimado	10	Cirurgia	CRM: 2408
	Cirurgia geral	40	Geral	CPF: 202.342.606-
	Clínica Médica	200	Queimadura	53
			Ginecologia	
			Obstetrícia	