

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão
Estratégica e Participativa

1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Médio-Paraíba, Centro Sul e Baía da Ilha Grande

do Rio de Janeiro

Região Médio-Paraíba

Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Regionais



Brasília – DF
2007

REGIONAIS

CADERNOS

© 2007 Ministério da Saúde.

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

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

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

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

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

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 600 exemplares

Série D. Reuniões e Conferências

Série Cadernos Regionais

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 410
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-3616 / 3315-3326
Faxes: (61) 3322-8377 / 3321-1935
E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Organização:

*Projeto Mobilização Social para a
Gestão Participativa SGP/MS*
Coordenadora: Lucia Regina Florentino Souto
Equipe: Rosemberg de Araújo Pinheiro
Valéria do Sul Martins

Projeto "Conselhos de Saúde e Reforma Sanitária"
Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Serviço Social

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Promoção:

UERJ / Proext – Projeto Políticas Públicas de Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e
Participativa / Ministério da Saúde
Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
Conselhos Municipais de Saúde das Regiões Médio-
Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro

Coordenação:

Maria Inês Souza Bravo

Equipe Responsável (UERJ):

Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS/ UERJ
Débora de Sales Pereira – Assistente Social
Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social
Mariana Maciel do N. Oliveira – Assistente Social
Michelle Rodrigues de Moraes – Assistente Social
Larissa Rodrigues Pinheiro – Graduanda FSS/ UERJ
Naiara Conceição da C. Pereira – Graduanda FSS/ UERJ
Rosimere Valentim de Souza – Graduanda FSS/ UERJ
Sílvia Cristina Guimarães Ladeira – Assistente Social

Colaboração:

Fernando Rodrigues Cunha – SGEP/MS

Ficha Catalográfica

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

1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro: Região Médio-Paraíba / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

86 p. : il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Regionais)

ISBN 978-85-334-1361-0

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

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0181

Títulos para indexação:

Em inglês: Em inglês: 1st Seminar on Participative Health Administration of the Regions of Medium-Paraíba, South-Center and Baía da Ilha Grande of Rio de Janeiro: Region of Medium-Paraíba

Em espanhol: : 1º Seminário de Gestión Participativa en Salud de las Regiones Medio-Paraíba, Centro-Sur y Baía da Ilha Grande de Rio de Janeiro: Región Medio-Paraíba

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

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

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

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Lilian Assunção e Augusto Corado

Editoração: Leomar Peixoto

Sumário

Lista de figuras, quadros e gráficos	5
Apresentação	7
1 Mesa-redonda: Participação e Controle Social no SUS.	11
2 Caracterização Geral do Estado e da Região Médio-Paraíba	25
3 Panorama Sanitário da Região Médio-Paraíba	29
3.1 Principais Problemas de Saúde	29
3.2 Indicadores de Natalidade e Mortalidade	30
4 Rede de Serviços da Região Médio-Paraíba	39
4.1 Microrregiões	39
4.2 Rede Hospitalar	43
4.3 Rede Ambulatorial	46
5 Consórcio Intermunicipal da Região Médio-Paraíba	49
6 Controle Social na Saúde	51
6.1 Considerações Iniciais	51
6.2 Panorama dos Conselhos de Saúde da Região	52
6.2.1 Ano de formação	52
6.2.2 Organização interna e dinâmica de funcionamento.	53
6.2.3 Composição	54
6.2.4 Conferências de saúde	54
6.2.5 Existência de outros conselhos de políticas e de direitos	55
6.3 Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região Médio-Paraíba	56
6.3.1 Dados Institucionais da Amostra	56
6.3.2 Dados Pessoais dos Conselheiros	57
6.3.3 Participação em Movimentos Sociais	59
7 O Controle Social nas Regiões Centro-Sul, Baía da Ilha Grande e Médio-Paraíba (2.ª Mesa-Redonda).	61
8 Financiamento da Saúde	65

9 Algumas Reflexões Relacionadas à Situação de Saúde e Controle Social da Região Médio-Paraíba	71
10 Carta-Compromisso das Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro	75
Referências	77
Anexos	79
Anexo A – Síntese das Reuniões de Organização do Seminário de Gestão Participativa nas Regiões Centro-Sul, Baía da Ilha Grande e Médio-Paraíba	79
Anexo B – Tabulação das Fichas de Inscrição das Regiões Centro-Sul, Baía da Ilha Grande e Médio-Paraíba	81
Anexo C – Principais Problemas e Propostas da Região Médio-Paraíba	83

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro Dividido por Regiões.	25
Figura 2 – Mapa da Região Médio-Paraíba do Rio de Janeiro.	26
Quadro 1 – Área Total e População Residente na Região Médio-Paraíba (2002)	27
Quadro 2 – Pessoas Ocupadas por Setores de Atividade Econômica, na Região Médio-Paraíba do Rio de Janeiro (2002)	28
Quadro 3 – Principais Problemas de Saúde da Região Médio-Paraíba (2001).	29
Gráfico 1 – Índice de Nascidos Vivos na Região Médio-Paraíba (1994-2002)	30
Quadro 4 – Nascidos Vivos na Região Médio-Paraíba (1994-2002)	31
Gráfico 2 – Percentual de Nascidos Vivos por Tipo de Parto na Região Médio-Paraíba (1994-2002).	32
Quadro 5 – Nascidos Vivos por Tipo de Parto na Região Médio-Paraíba (2002)	32
Gráfico 3 – Índice de Óbitos na Região Médio-Paraíba (1994-2002).	33
Quadro 6 – Óbitos na Região Médio-Paraíba (1994-2002).	33
Quadro 7 – Principais Causas de Óbitos na Região Médio-Paraíba	34
Gráfico 4 – Percentual de Óbitos por Grupo de Causa na Região Médio-Paraíba (1994-2002).	35
Quadro 8 – Principais Doenças Registradas na Região Médio-Paraíba (2002)	35
Gráfico 5 – Percentual de Registros das Principais Doenças na Região Médio-Paraíba (2002)	36
Gráfico 6 – Índice de Mortalidade Infantil na Região Médio-Paraíba (1991=100%).	36
Quadro 9 – Taxa de Mortalidade Infantil na Região Médio-Paraíba	37
Quadro 10 – Referência de Procedimentos na Região Médio-Paraíba	41
Quadro 11 – Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Médio-Paraíba	43
Gráfico 7 – Percentual de Hospitais Credenciados na Região Médio-Paraíba.	44
Quadro 12 – Leitos Contratados em Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Médio-Paraíba.	44
Gráfico 8 – Percentual de Leitos Contratados na Região Médio-Paraíba.	45

Quadro 13 – Leitos Contratados em Hospitais Credenciados por Especialidade na Região Médio-Paraíba	45
Gráfico 9 – Percentual de Leitos por Especialidade na Região Médio-Paraíba	46
Quadro 14 – Unidades Ambulatoriais por Tipo de Unidade na Região Médio-Paraíba.	46
Gráfico 10 – Percentual de Unidades Ambulatoriais na Região Médio-Paraíba.	47
Quadro 15 – Consórcio Intermunicipal da Região Médio-Paraíba (Cismepa)	50
Quadro 16 – Ano de Formação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Médio-Paraíba	52
Quadro 17 – <i>Quorum</i> para Deliberação e Periodicidade das Reuniões dos Conselhos Municipais da Região Médio-Paraíba	53
Quadro 18 – Composição dos Conselhos da Região Médio-Paraíba	54
Quadro 19 – Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Médio-Paraíba.	55
Quadro 20 – Existência de Outros Conselhos de Políticas e Direitos na Região Médio-Paraíba	55
Quadro 21 – Conselheiros Distribuídos por Segmento.	56
Gráfico 11 – Conselheiros Distribuídos por Condição	57
Gráfico 12 – Conselheiros Distribuídos por Idade	58
Gráfico 13 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade.	58
Gráfico 14 – Conselheiros Distribuídos por Sexo.	59
Quadro 22 – Experiência dos Conselheiros em Movimentos Sociais	59
Quadro 23 – Movimentos Sociais em que os Conselheiros Têm Experiência	60
Quadro 24 – Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde	60

APRESENTAÇÃO

Este caderno apresenta uma síntese do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Centro-Sul, Médio-Paraíba e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro, realizado no dia 21 de outubro de 2005, no Hotel Parque Santa Amália, em Vassouras.

O presente caderno faz parte de uma série que sistematiza os resultados dos seminários organizados pelos conselhos municipais de saúde das regiões do Estado do Rio de Janeiro, pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Tem por objetivo socializar as atividades desempenhadas na construção e realização do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Centro-Sul, Médio-Paraíba e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro.

O 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Centro-Sul, Médio-Paraíba e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro, realizado no dia 21 de outubro de 2005, pretendeu situar, discutir e avaliar os problemas prioritários e as demandas da população relativas à saúde, com vistas a propor soluções que sejam viáveis, por meio da mobilização dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde destas regiões.

Este seminário teve como objetivo potencializar a participação e gestão das políticas públicas de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais das regiões, na perspectiva de ampliar a democracia participativa e constituir fóruns de conselhos nas Regiões Centro-Sul, Médio-Paraíba e Baía da Ilha Grande.

Utilizamos a metodologia participativa, ou seja, os sujeitos sociais da região foram envolvidos no processo da construção, execução e avaliação do seminário. Para que assim, os Seminários de Gestão Participativa pudessem refletir a dinâmica e a realidade da localidade.

A programação e organização do seminário foram construídas coletivamente em cinco reuniões preparatórias¹: uma na Região Médio-Paraíba, no dia 9/9, no Auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda; uma na Região da Baía da Ilha Grande, no dia 16/9, no Auditório da Fundação de Saúde de Angra dos Reis; e três na Região Centro-Sul, nos dias 17/9, 23/9 e 6/10/2005 que ocorreram, respectivamente, no Auditório da SMS de Paraíba do Sul, em Vassouras e no Auditório da SMS de Paraíba do Sul.

O seminário teve a participação de 76 pessoas distribuídas da seguinte forma²: 42 conselheiros de saúde (22 da Região Centro-Sul, 14 do Médio-Paraíba e seis da Baía da Ilha Grande); e 15 não conselheiros de saúde (três da Região Centro-Sul, dez do Médio-

¹ Vide anexo A – Síntese das Reuniões de Organização do Seminário de Gestão Participativa nas Regiões Centro-Sul, Baía da Ilha Grande e Médio-Paraíba.

² Vide anexo B – Tabulação das fichas de inscrição no seminário.

Paraíba e dois da Baía da Ilha Grande), referentes aos coordenadores de DST/AIDS e organizações não-governamentais convidadas; e 20 convidados, entre palestrantes e representantes das três regiões no Cosems, Ministério da Saúde e membros da Comissão Organizadora (professor, alunos e profissionais da UERJ; representação da Coordenação da Assessoria de DST/AIDS, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e integrantes da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS). Então, foram 25 participantes da Região Centro-Sul, 23 do Médio-Paraíba e oito da Baía da Ilha Grande.

A proposta deste caderno é trazer uma síntese das discussões ocorridas no seminário, tendo como eixo as questões relativas à realidade de saúde e ao controle social nessas regiões do Estado do Rio de Janeiro, com a finalidade de apresentar propostas concretas para fazer o SUS acontecer nas regiões. Os dados apresentados com relação à situação de saúde e controle social será o referente à Região Médio-Paraíba. Está dividido em dez itens.

O primeiro retrata a mesa-redonda: “Participação e Controle Social no SUS” com a exposição de diversas instituições: UERJ, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (com os três articuladores de cada uma das regiões) e os representantes no Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems/RJ) das três regiões. No segundo, apresenta-se uma caracterização geral do Estado do Rio de Janeiro e uma caracterização geral da Região Médio-Paraíba.

O terceiro item caracteriza inicialmente o panorama sanitário da região. Posteriormente, explicita-se a situação de saúde por meio dos principais problemas e indicadores de natalidade, mortalidade, morbidade. O quarto tópico refere-se às características da Rede de Atendimento à Saúde (microrregiões e módulos assistenciais, e organização da rede de serviços de saúde).

As principais fontes de dados utilizados no segundo, terceiro e quarto itens foram: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), Centro de Informações e Dados do Estado do Rio de Janeiro (CIDE) e Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

No quinto item, aborda-se a política dos consórcios intermunicipais existentes nas três regiões, atendo-se a particularidade do direito público *versus* privado, da natureza desses consórcios/convênios.

O sexto item enfatiza o controle social na saúde com destaque para os conselhos municipais de saúde da Região Médio-Paraíba, por meio dos eixos: ano de formação, composição, caráter dos conselhos, organização interna e dinâmica de funcionamento, e conferências municipais de saúde e existência de outros conselhos.

Neste item, a metodologia utilizada pautou-se na coleta e análise de dados primários e secundários resultantes de pesquisa empírica e documental de diferentes registros e fontes oficiais de informação. As principais fontes de dados foram o Regimento Interno e

a Lei Municipal de Criação dos Conselhos Municipais da Região Médio-Paraíba do Estado do Rio de Janeiro.

Destaca também o perfil dos conselheiros de saúde da Médio-Paraíba pela amostragem de 46 conselheiros. São ressaltados os dados pessoais dos conselheiros, como idade, sexo e escolaridade, e sua participação em movimentos sociais.

O sétimo item retrata a mesa-redonda “Participação e Controle Social nas três regiões” que caracteriza a situação do controle social nos municípios das regiões a partir da perspectiva da universidade e dos próprios conselheiros de cada uma das regiões (segmento de trabalhadores e de usuários).

O oitavo item aborda a temática “financiamento”, apresentada pela Deputada Estadual Cida Diogo no seminário e que passa noções gerais. O nono tópico enfoca algumas reflexões com relação à situação de saúde e ao controle social na região. E por fim, apresenta-se a carta compromisso da Região Médio-Paraíba fruto dos grupos de trabalho e plenária final do evento.

Em anexo encontra-se a Síntese das Reuniões de Organização do Seminário de Gestão Participativa; a Tabulação das Fichas de Inscrição e; os Principais Problemas e Propostas do Seminário de Gestão Participativa da Região Médio-Paraíba.

Espera-se, com esse caderno, socializar as informações sobre a realidade de saúde e do controle social na Região Médio-Paraíba, a fim de potencializar a participação social na formulação e na gestão da política de saúde, com vistas à efetivação concreta do Sistema Único de Saúde.

1 MESA-REDONDA: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

A professora **Maria Inês Souza Bravo**, do Projeto Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ao fazer a discussão a respeito do controle social, discorre sobre o seu surgimento, fazendo um panorama da política de saúde no País. Relembra como era a política de saúde durante o regime militar (pós 64), que tinha como característica a centralização do poder, em que o direito à saúde era vinculado à concepção de seguro e que foi adotado o modelo de privilegiamento do setor privado.

Em meados dos anos 70, os movimentos organizados da sociedade civil, entre estes os de profissionais de saúde, questionam a política privatista, que não garante a saúde como um direito de todos os cidadãos, debatendo a concepção de seguro e defendendo a universalidade. Esses movimentos questionam a centralização das ações no Executivo Federal, em que o poder fica na mão de poucos, reivindicando a descentralização como forma de partilha do poder, pois favorece a participação popular, vinculado a uma democracia de base, que tem como princípio a intervenção dos sujeitos sociais nas políticas públicas.

As mudanças que ocorreram ao longo do tempo no Brasil, em que a política neoliberal ganha força, principalmente a partir da década de 90, faz com que os direitos reivindicados e garantidos na Carta Constitucional de 1988 sejam rediscutidos, ocasionando-se uma universalização excludente vinculada a um projeto privatista voltado para o mercado. Portanto, para se contrapor a esta situação, é preciso que se aprofunde a defesa e a garantia dos princípios da Reforma Sanitária, e uma das bandeiras dessa luta é o fortalecimento da participação popular que precisa ser aprofundado pelos Conselhos de Saúde.

A professora Maria Inês alerta que a expressão “controle social” possui diversas concepções, e ressalta que a Constituição Federal de 1988 preconiza o controle social por meio da presença da sociedade e dos diversos sujeitos sociais, interferindo na dinâmica do Estado, no sentido de democratizá-lo. Destacou o papel fundamental dos conselheiros neste processo, já que, em número, os conselheiros de saúde ultrapassam o número de vereadores que tem no País. Portanto, destaca que o potencial político da sua organização pode garantir a participação social na elaboração, implementação e fiscalização da política de saúde.

Ela ressalta que dentro dos conselhos de saúde existe a tensão entre aqueles que defendem concepções privatistas para o setor e aqueles que defendem a Reforma Sanitária. Lembrou aos presentes que o conselho não tem a função de executar políticas, mas sim

de elaborá-las, pois cabe às secretarias de saúde a execução e ao conselho a formulação e fiscalização das políticas.

No decorrer de sua apresentação, a plenária intervém para o esclarecimento de dúvidas. A primeira delas é se o conselho tem o poder de veto. É respondido que sim, pois, o conselho é deliberativo. A outra questão levantada foi a respeito da natureza dos poderes Executivo e Legislativo nos conselhos. Responde que a Resolução n.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde é clara quando faz a distinção entre os poderes. Um conselheiro solicita esclarecimentos se os secretários de saúde são presidentes natos do conselho. A professora diz que o presidente do conselho deve ser eleito pelos conselheiros, portanto os secretários de saúde não são presidentes natos do conselho e que este princípio deve ser garantido nos regimentos internos.

A professora Maria Inês ressalta que, em um determinado momento, se pensou que o conselho resolveria todos os problemas, mas é preciso que se esclareça que o conselho não substitui o movimento social organizado. Aponta ainda para a necessidade da intersetorialidade nas políticas públicas: saúde, assistência e previdência social que conformam a seguridade social. Alerta que embora se tenha colocado a concepção de seguridade social na Constituição de 1988, na prática a mesma não foi viabilizada. Por isso, a importância de se rearticular o Conselho de Seguridade Social, que articulava essas três políticas, e que foi extinto no Governo de Fernando Henrique Cardoso.

Outra concepção propalada por alguns sujeitos sociais sobre os conselhos é a desvalorização dos mesmos. A professora ressalta que não se deve supervalorizar nem subvalorizar os conselhos. O importante é considerar que esse espaço só tem força se tiver articulado com os movimentos sociais organizados.

A respeito da não observância dos governos às leis pertinentes ao conselho, a professora considera que isso acaba provocando a burocratização dos mesmos, pois não conseguem ter um envolvimento político maior. Existe também as chantagens que os governantes fazem aos conselheiros, um exemplo clássico disso são os programas, projetos ou orçamentos que chegam com prazo estreito para os conselheiros aprovarem sob o argumento de que “tem que ser hoje ou o município perde o dinheiro”, assim o conselheiro vota sob pressão sem ter instrumentos para analisá-lo.

Os problemas que devem ser superados são o desconhecimento por parte da sociedade sobre a existência dos conselhos e que as reuniões dos mesmos devem ser abertas, divulgadas, pois a gestão democrática será fortalecida com a presença de um maior número de entidades, defendendo a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A assistente social Michelle Rodrigues de Moraes, integrante da equipe técnica do Projeto Políticas Públicas da UERJ, apresentou alguns indicadores de saúde das três regiões presentes no seminário, reforçando que a socialização dessas informações é o retorno da pesquisa que a Universidade faz e que cumpre o seu papel social ao contribuir com o controle social.

Em seguida, apresentou dados populacionais das regiões (CIDE 2002). A Região Médio-Paraíba possui 804.323 habitantes (5,5% da população do estado), a Região Centro-Sul possui 254.103 habitantes (2% da população do estado) e a Região da Baía da Ilha Grande possui 173.691 habitantes (1,2% da população do estado). As três regiões representam cerca de 9% da população total do estado.

Com relação às atividades econômicas, a Região Médio-Paraíba tem sua principal atividade localizada no setor de serviços (34%), seguido de comércio (20%) e administração pública (16%). A Região Centro-Sul concentra 50% de suas atividades econômicas no setor de serviços e 22% na administração pública. Na Região da Baía da Ilha Grande 46% concentra-se no setor de serviços e 22% na administração pública. No total, as três regiões concentram cerca de 43% de suas atividades econômicas no setor de serviços.

Os principais problemas de saúde das regiões, segundo o Plano Estadual de Saúde/2001 são:

- **Região Médio-Paraíba**

- 1- Insuficiência gerencial do SUS;
- 2- Sistema de informação deficiente;
- 3- Baixa cobertura do PSF (12%);
- 4- Recursos humanos: precarização do trabalho;
- 5- Noas incompatível com o SUS;
- 6- Financiamento: recursos insuficientes, dificuldades no repasse e compra de serviços na atenção básica.

- **Região Centro-Sul**

- 1- Deficiência na atenção materno-infantil;
- 2- Insuficiência de atividades de promoção;
- 3- Deficiência no sistema de informação;
- 4- Baixa cobertura pelo PSF (49%);
- 5- Deficiência no controle da tuberculose;
- 6- Estrangulamento no acesso à média e alta complexidade.

- **Região da Baía da Ilha Grande**

- 1- Deficiência na atenção materno-infantil;

- 2- Insuficiência de atividades de promoção;
- 3- Deficiência no sistema de informação;
- 4- Deficiência no controle da tuberculose;
- 5- Estrangulamento no acesso à média e alta complexidade.

Quanto aos dados referentes à mortalidade (CIDE 2002) destacou que na Região Médio-Paraíba o aumento é de 2% em relação a 1998, sendo que 45% por óbitos por doenças do aparelho circulatório, 16% por neoplasias e 15% por causas externas. Na Região Centro-Sul 51% dos óbitos ocorreram por doenças do aparelho circulatório e 15% por causas externas. Na Região da Baía da Ilha Grande houve um aumento de 1% em relação a 1998, cerca de 35% dos óbitos ocorreram por doenças do aparelho circulatório e 28% por causas externas. No total das três regiões 44% das causas decorrem de doenças do aparelho circulatório e 19% por causas externas.

Com relação à Rede hospitalar, a Região Médio-Paraíba possui 29 unidades, assim distribuídas: 1 universitário (privado), 1 estadual, 6 municipais, 13 filantrópicos e 8 contratados, com 74% da oferta privada. A Região Centro-Sul possui 12 unidades, assim distribuídas: 1 universitário (privado), 0 estadual, 1 municipal, 6 filantrópicos e 4 contratados, com 92% da oferta privada. Na Região da Baía da Ilha Grande existem cinco unidades, assim distribuídas: 1 contratado, 3 municipais e 1 filantrópico, com 40% da oferta privada (a única das três regiões que possui índice superior de hospitais públicos, ainda que com uma rede privada considerável). O total das três regiões é de 46 unidades, sendo que 69% da oferta é privada.

Referente aos leitos, a perspectiva privada permanece, com determinado acento, na Região Médio-Paraíba. A oferta de leitos corresponde 0,3% da população, destes, 38% são filantrópicos, 26% contratados, 18% estaduais, 11% municipais e 7% universitários, com 71% dos leitos privados. Na Região Centro-Sul a oferta corresponde a 0,4% da população, destes, 43% são filantrópicos, 37% contratados, 17% universitários e 3% municipais, com índice de 97% de leitos privados. Na Região da Baía da Ilha Grande, a oferta de leitos corresponde a 0,2% da população, destes, 20% são contratados, 20% são filantrópicos e 60% municipais, com 40% dos leitos privados. Nas três regiões o índice de leitos privados é de 69% em média.

A assistente social finalizou que nas regiões Centro-Sul e Médio-Paraíba há um alto índice da rede privada hospitalar; que os leitos oferecidos também são, em sua maioria, da rede privada e que, portanto, é necessário encaminhar esta discussão para pensar em estratégias de enfrentamento do processo privatista e do fortalecimento do SUS.

A Dra. **Lúcia Souto**, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, saudou a todos dizendo da sua satisfação em estar num espaço como este em que se constrói uma república brasileira, pois as políticas públicas devem estar sendo decididas desta forma, ou seja, com a participação de todos. Ela retoma as considerações feitas pela professora Maria Inês ao afirmar que todo este ideário do sistema de saúde

vem sendo gerado desde a 8.^a Conferência Nacional de Saúde, provando que a união das pessoas dá certo, pois multiplica o potencial de luta. Ela aponta que o setor Saúde vem resistindo ao desmonte que vem ocorrendo nas políticas sociais devido à base pluralista e suprapartidária que sustenta esse setor.

Ao falar da Reforma Sanitária destaca sua riqueza para a construção de uma sociedade democrática, e que deveria ser econômica e social, já que a considera como uma política distributiva, pois deve ser baseada em direitos e não em favores. Ela ressalta que as experiências republicanas brasileiras são incipientes.

Quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS), afirma que é importante identificar os problemas existentes para que o direito à saúde da população seja garantido, e que a reorganização desse sistema deve ser feita com a participação da sociedade civil. Para tanto, o desafio é como reorganizar o SUS sob o conceito de responsabilidade sanitária. É preciso superar a histórica política engendrada no sistema de saúde que é a lógica de consultas e internações, que não diminuem em nada os problemas da qualidade de vida das pessoas, pois somente segue a lógica de manutenção e gestão da doença. Para tanto, é preciso que se transforme o sujeito passivo em sujeito ativo da saúde.

Outro ponto que se torna fundamental é o da compreensão da realidade, trabalhando o panorama sanitário, de assistência e o financeiro, para que se valorize e efetive a participação da sociedade, com todos trabalhando juntos, “sem separar e dividir”, promovendo uma agenda para a cidade e garantindo uma assistência de qualidade ao cidadão. Por isso, para saber da prioridade de uma região, é preciso que primeiro se esteja a par dos seus problemas.

Ressalta que a atenção básica é um elemento descentralizador da política, dando ênfase também na família. A idéia de articulação intersetorial, muito mais cooperativa e não competitiva, aprimora a idéia de cooperação entre municípios, citando como exemplos a cooperação que existe entre as regiões Centro-Sul e Médio-Paraíba, ressaltando, ainda, que a cooperação agrega a participação popular. Cita a Lei, já aprovada, que regulamenta os consórcios no SUS³, fazendo com que os municípios e seus cidadãos canalizem recursos para onde precisam, dando ênfase nas prioridades.

Lúcia Souto finaliza as suas considerações ressaltando que este momento é muito importante, pois podemos estar ingressando em uma “maioridade política”, onde se vê a participação como um direito fundamental, um desafio na construção republicana e pede que se reflita sobre isso.

O conselheiro estadual, **Elias José da Silva**, articulador da Região Médio-Paraíba e presidente do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda/RJ, em sua fala ressalta

³ A formação de consórcios intermunicipais de saúde tem embasamento jurídico, estando prevista pela Lei Orgânica da Saúde, Lei Federal n.º 8.080/90 (artigos 7.º, 10 e 18), pela Lei Federal n.º 8.142 (artigo 3.º) e pela Lei Federal n.º 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos.

que a atitude do conselho estadual por muito tempo era centrada somente no Município do Rio de Janeiro, ficando os demais municípios, e seus respectivos conselhos do Estado, sem uma atenção devida. Hoje, o conselho estadual vem mudando essa atitude, pois já tem a iniciativa de ir aos conselhos dos municípios. E a relação que se procura estabelecer com esses conselhos é de parceria e não de fiscalização ou de punição.

Ao acompanhar os conselhos, o conselho estadual procura sensibilizar os secretários de saúde para que tenham mais atenção aos conselhos e, nesse sentido, passar as informações necessárias aos conselheiros. Portanto, o papel do conselho estadual nos municípios, em princípio, é atuar junto aos secretários de saúde e aos conselheiros. Ele se redime com a região que atua como articulador, a Médio-Paraíba, prometendo superar as falhas que vem ocorrendo, acompanhando os conselhos dessa região e, para tanto, fará uma agenda para que isso ocorra.

O conselheiro estadual de saúde, **Sr. Paulo Figueiras Tavares**, articulador da Região da Baía da Ilha Grande e conselheiro municipal de saúde de Mangaratiba, esclareceu sobre o papel que deve ser desempenhado pelos articuladores regionais do conselho estadual, reafirmando o que disse o conselheiro Elias de que não é de fiscal ou sensor, mas de auxiliar os conselhos de saúde, ajudando os conselheiros para que aumentem a sua capacidade de observação. Para isso, os conselheiros devem estar capacitados para exercer a sua função, assim como devem ter interesse por se capacitar. Ressaltou ainda que o Ministério Público deve estar ao lado do conselho.

A conselheira estadual de saúde, **Angelita dos Santos Nascimento**, articuladora da Região Centro-Sul, fala sobre sua dificuldade de acompanhar os municípios dessa região, mas que está fazendo um esforço para tal. Falou também da capacidade que a gestão participativa tem de mobilizar a população.

A coordenadora da mesa, Mariana Maciel do Nascimento Oliveira (integrante da equipe técnica do Projeto Políticas Públicas da UERJ), registra que o Conselho Nacional de Saúde foi convidado, mas infelizmente não pôde estar presente.

O secretário de saúde de Miguel Pereira e representante da Região Centro-Sul no Co-sems, **Vanderlei de Souza Chaves**, destaca a importância do controle social, e que o conselho municipal de saúde tem que estabelecer uma parceria com a secretaria de saúde. Mas o que se observa constantemente nos conselhos é a questão política, pois o que ele tem visto nas conferências municipais de saúde é que pessoas se utilizam da política para se infiltrar nos conselhos e para ficar nos “calcanhares dos secretários”, e que essas mesmas pessoas desconhecem a política de saúde.

Em sua fala, ressalva que o Sistema Único de Saúde tem 17 anos de existência, mas que é uma política que está em construção. Diz ainda que saímos de uma ditadura militar e que a nossa experiência democrática é muito nova, e que com ela todos são chamados a participar, inclusive os diversos conselhos: de saúde, criança, adolescente, etc. Portanto estamos em um processo de educação do cidadão, e que tal processo deve ser contínuo.

Nesse processo de participação, a capacitação dos conselheiros se torna uma preocupação. Ele relata a experiência em seu município entre a secretaria de saúde e o conselho em que foram eleitas comissões interativas, onde três pessoas se revezam de três em três meses, e acompanham o dia-a-dia da secretaria para que vejam de perto os problemas pelo qual a secretaria passa, e ressalta que os problemas são muitos porque o SUS ainda está em processo de construção.

O secretário aponta ainda que, apesar do processo de descentralização que houve no SUS, não há ainda a integralidade das ações. Ao citar a apresentação de Michelle Moraes, confirma os dados sobre a hegemonia do setor privado nas regiões, pois em seu município não existe nenhum hospital estadual, somente privado, onde a secretaria deve comprar as ações. Outro problema no sistema de saúde é a questão do financiamento e a questão dos recursos humanos, principalmente por conta dos médicos não quererem trabalhar no SUS. Ele cita a experiência pela qual passa em sua gestão sobre a dificuldade de se conseguir obstetra devido a uma questão de financiamento, por isso, para ele, os conselheiros não podem só cobrar, devem primeiro estar ciente da situação.

Para o secretário Vanderlei, o Programa Saúde da Família (PSF) é um bom projeto, mas a Lei de Responsabilidade Fiscal limita o número de PSFs em seu município. Ainda existe a tensão entre os secretários de saúde com os secretários de fazenda e planejamento, pois estes argumentam que os secretários de saúde não sabem planejar e, além disso, o Ministério Público também controla as ações dos secretários.

O secretário municipal de saúde de Resende e representante da Região Médio-Paraíba no Cosems, **José Luiz Balieiro Anastácio**, diz que a sua experiência com o conselho de Resende vem desde 1991 quando participou de sua fundação. Ele relembra que, à época, teve problemas políticos no conselho por este representar uma oposição ao governo. Hoje isso não acontece mais, pois o conselho está amadurecendo, crescendo com essa experiência, o que se vê é que não existem mais pessoas com essa intenção.

Segundo o secretário, ao se falar sobre o SUS, deve-se falar em recursos, hoje se perdeu 30 bilhões de reais, que é um recurso parco, portanto deve se gerir bem o dinheiro. A melhor utilização dos recursos é o Programa Saúde da Família, mas faz a ressalva de que a transição para um modelo assistencial como este não é fácil. Um dos principais problemas para o município implementá-lo é a sua manutenção, e cita como exemplo disso a inviabilidade financeira de se manter um médico no programa durante oito horas diárias. Ele conta a experiência da sua secretaria que implantou um PSF na zona rural do seu município sem nenhuma verba vinda do Ministério da Saúde. Ele aponta ainda que a ampliação do PSF depende de um aumento dos recursos, e que a única forma em que encontra solução para isso é por meio das Organizações da Sociedade Civil de Interesse

Público⁴ (Oscip), pois somente dessa forma pode pagar um salário melhor para os profissionais, assim não entra na Lei de Responsabilidade Fiscal, porque a Oscip é considerada prestação de serviços.

Ainda em relação ao Programa Saúde da Família, o secretário reclama que não tem ferramentas para fazê-lo acontecer, pois como só pode ficar dois anos com o profissional, todo o seu trabalho e a capacitação investida nele são perdidos. Ele continua dizendo que houve a montagem do Programa por parte do governo, mas não na sua operacionalização, e, em relação a esse problema de recursos humanos no PSF, o Ministério da Saúde, o Ministério do Trabalho e o Ministério Público entram em discussão a respeito da seleção destes profissionais.

A Oscip resolve um pouco este problema, mas, para ele, infelizmente quase sempre tem que se dispensar o profissional. Outro problema encontrado é a falta de profissionais qualificados para atuar junto ao PSF, apesar da expansão do programa, não existem médicos preparados para atuar nele. Sabe-se que em Minas Gerais existe uma primeira turma formada em residência em PSF.

O secretário afirma ainda que quando o PSF for gerido por recursos específicos, ampliará inclusive a contratação de outros profissionais, como fisioterapeutas, nutricionistas, etc. Quando o Ministério da Saúde se conscientizar disso, ou seja, de que deve aplicar mais verbas no PSF, paulatinamente vai gastar menos com internações, como também nas consultas. Quando o PSF for uma política de fato, os problemas de saúde no País serão solucionados, pois saúde se faz de forma preventiva e não curativa.

Em relação aos dados do panorama de saúde das três regiões presentes mostrados anteriormente pela integrante do Projeto Políticas Públicas de Saúde, Michelle Moraes, o secretário comenta sobre os baixos índices de PSF mostrados sobre a questão dos recursos insuficientes do SUS para que se cubra as ações de média e alta complexidade. A questão das vagas hospitalares também é um problema, pois, apesar do SUS preconizar a universalização do acesso, o que ocorre na realidade é que o município acaba gastando com pessoas de outros municípios, onerando assim os seus recursos. O secretário de saúde coloca como uma solução para essa questão o maior estreitamento nas relações entre os municípios da região, assim como os seus respectivos conselhos municipais.

A secretária municipal de saúde de Mangaratiba e representante da região da Baía da Ilha Grande no Cosems, **Vera Lúcia Ferreira Vieira**, iniciou sua fala apontando os principais parâmetros que os conselhos devem seguir para a construção do SUS. Um deles é a importância em relação ao retorno efetivo por parte dos conselheiros à sua base de

⁴ Oscips são Organizações Não-Governamentais (ONGs), criadas pela iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo poder público federal, ao comprovar o cumprimento de certos requisitos. Trata-se, assim, de uma entidade privada com finalidade pública. Uma organização dessas não substitui o Estado – apenas complementa suas ações e o auxilia a resolver problemas sociais. A figura jurídica em que se enquadram as Oscips é relativamente nova: a lei que as regulamenta é a n.º 9.790, de 23 de março de 1999. Essa lei permite que pessoas jurídicas (grupos de pessoas ou profissionais), de direito privado sem fins lucrativos, sejam qualificadas, pelo poder público, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip).

todas as discussões que ocorrem nos conselhos. O que acontece, muitas vezes, é que ser conselheiro é somente se ter um título, pois não existe uma representação de fato. A secretária conclui ainda que só haverá mudança no SUS por meio do poder de deliberação das efetivas representações da sociedade civil.

Outros parâmetros que devem nortear as ações dos conselhos diz respeito à sua relação com o Poder Legislativo, devem procurar parceria com o Ministério Público, assim como estabelecer diálogo/integração entre os conselhos municipais. Ela ressalta ainda que o controle social é o controle sobre o Estado. A luta para que se comece a Reforma Sanitária, a luta é pela reorganização do sistema de saúde. Para tanto, deve haver a priorização sobre a atenção básica, uniformizando a malha sanitária, quando isso acontecer, os conselhos de saúde serão os grandes formuladores dessa nova política de saúde.

Debate em Plenária

Após as considerações da mesa, foi aberto o debate à plenária e os principais eixos debatidos foram a estruturação do sistema de saúde e o exercício do controle social.

Em relação aos problemas na estruturação do sistema de saúde foi colocado que existe uma falta de compromisso do governo do estado em relação à contrapartida aos municípios, já que alguns deles estão tendo que comprar vacinas. Ainda sobre esse tema, foi exposta a falta de profissionais, como assistentes sociais e fonoaudiólogos, dentro do PSF, e, portanto, na assistência básica.

O secretário de saúde de Miguel Pereira falou da impossibilidade de se calcular as epidemias. Mencionou também alguns problemas que enfrenta na sua gestão como compra de remédios e internações.

O secretário de saúde de Resende cita as dificuldade que tem de realocação do teto, em seu município. Tem, por exemplo, uma clínica de hemodiálise pronta, mas está aguardando a liberação do extrateto, por isso, tem que usar o recurso da “política” para que seja resolvida a questão junto ao Ministério da Saúde, quando considera que a liberação deveria ser automática.

Em relação à integração de outros profissionais no PSF, o secretário diz que custa caro constituir uma equipe maior, pois não há verba para isso. Quanto à contrapartida do Estado, esta precisa ter como parâmetro as prioridades de cada município, por isso a importância do diálogo entre as três esferas de governo.

Lúcia Souto, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, ao tratar dos principais problemas a serem enfrentados na saúde, cita o problema em que em muitos municípios, a administração da verba da saúde é feita pelas secretarias de fazenda, e explica que isso geralmente ocorre por conta dos secretários de saúde não saberem administrar os recursos devido à sua falta de informação sobre saúde pública, por isso não tem condições de elaborar planos de saúde para os seus municípios. Ela

citou que alguns gestores procuram superar essa dificuldade buscando uma formação em saúde pública e que cabe ao conselho exigir que os gestores sejam mais capacitados nesta área.

Também citou a precarização do trabalho como um dos grandes nós críticos do SUS, por isso que o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) está em discussão, entretanto outras determinações entram neste debate como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal. Uma das alternativas para superação deste problema é a experiência de um concurso regional de base local que se passou no Estado do Ceará . Esta experiência é interessante para os municípios se espelharem.

O secretário de Resende falou também dos problemas em relação à contrapartida de responsabilidade dos estados, que estas não são feitas segundo os critérios de prioridades dos municípios. Citou ainda que não se pode premiar o município que está trabalhando com metas sanitárias, deve-se fornecer uma assistência integral aos municípios. Por isso, a importância de que haja diálogo entre as três esferas de governo, pois o SUS é composto pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde.

O conselheiro estadual, Orany Francisco de Araújo Sobrinho, criticou a atitude dos representantes das secretarias de saúde municipais de não convocarem o controle social para partilhar da negociação com o governo do estado, e disse que isso acontece devido ao fato de estarem interessados somente em “arranjos políticos”, e acrescentou que as ações regionais não avançarão enquanto não houver o apoio do governo estadual.

A professora Maria Inês apontou para o esforço que tem que se fazer para a desprecarização do trabalho, citando a resolução do Conselho Nacional de Saúde que aponta para a contratação de recursos humanos para os SUS, via concurso público, até março de 2006. Ainda em relação à questão da precarização do trabalho, criticou as Oscips, enquanto alternativa para resolver esse problema, pois ao contrário da resolução do Conselho Nacional que fortalece o setor público, essas organizações são uma tentativa de privatização do setor.

Outro ponto destacado pela professora é a importância da construção de planos regionais de saúde, com a participação social, assim como o de consórcios com controle social. Um exemplo importante nesse sentido é a construção do Plano de Saúde da Região Metropolitana II, fruto da mobilização ocorrida após o Seminário de Gestão Participativa que constituiu o fórum de saúde nesta região. A exemplo desse fórum, o aprofundamento das questões que envolvem a temática da saúde nas regiões devem ser examinadas, discutidas e resolvidas em um processo que demanda os diversos sujeitos sociais envolvidos no setor Saúde, como os conselheiros, os trabalhadores de saúde, etc., incluindo também os secretários de saúde, para que haja um efetivo comprometimento, para, com isso, se criar uma agenda pública regional.

O secretário de saúde de Resende analisa que a forma de contratação de recursos humanos por meio de concurso público é algo muito difícil de se realizar, e a alternativa via consórcio é inviável, pois os contratos são referentes à serviços e não de pessoal. Acrescenta ainda que fazer o PSF de forma regional é algo incompreensível para ele, apesar de que ele gostaria que o Agente Comunitário de Saúde que faz um bom trabalho não saísse do programa, que permanecesse sempre o mesmo, entretanto, aquele que não foi recebido bem pela comunidade, e em caso de concurso, se tornaria um funcionário público, seria então colocado em outro serviço, isso tornaria as coisas mais difíceis.

Quanto às dúvidas sobre o exercício do controle social, uma conselheira dirigiu-se à professora Maria Inês solicitando esclarecimento sobre a fiscalização do orçamento, como a dificuldade dos conselheiros em entender esse tipo de documentação, além da falta de tempo para sua assimilação, já que as secretarias geralmente fazem a prestação de contas muito em cima da hora, e, muitas vezes, o conselheiro assina sem ter lido o documento. Ela questionou ainda se a solução para esse problema é que cada conselho tivesse uma comissão somente para analisar o orçamento.

Ainda sobre o controle social também foi discutida a dificuldade de participar de eventos/fóruns como esses, pois os municípios não disponibilizam verba para os conselheiros participarem. Comentou-se também a proposta feita pelo secretário de Miguel Pereira em que os conselheiros deveriam acompanhar o cotidiano das secretarias, e que existem conselhos que fazem isso em hospitais. Outra sugestão feita foi a da criação de uma ouvidoria nos conselhos.

A professora Maria Inês responde que a questão do financiamento é um nó crítico para o conselho, e que a criação de comissões nos conselhos é uma estratégia para se viabilizar esse tipo de análise por parte dos conselheiros, assim como a criação de comissões que analisem outros temas como, por exemplo, a saúde do trabalhador e, quando for necessário, requerer assessoria técnica aos assuntos em que tiver dificuldades.

Outra luta que ela apontou para os conselhos é em relação a uma dotação orçamentária para que se garanta uma infra-estrutura para o seu funcionamento, e assim o conselho não fique dependendo de verba dos secretários.

Quanto à capacitação dos conselheiros, ela fala que deve se dar de forma permanente e constante, e não de forma temporal, como vem ocorrendo. Um importante passo para que isso ocorra é que sejam feitos projetos regionais de capacitação. Ela ressalta também que é importante a renovação de quadros nos conselhos, para que se amplie a democracia participativa.

O conselheiro estadual de saúde, Elias Silva, considera que o curso de capacitação de conselheiros proporciona conhecimentos que devem ser divulgados aos demais companheiros, ou seja, é importante que os conselheiros sejam multiplicadores do que aprenderam.

Lúcia Souto do Ministério da Saúde reforçou o papel dos conselheiros enquanto um instrumento para fortalecer as bases da Reforma Sanitária, que se iniciou, mas na prática não foi concretizada.

O secretário de Resende reforça o papel do conselho na luta pela efetivação da Emenda Constitucional 29, para que o financiamento da saúde seja garantido, evitando os desvios que estão acontecendo. Quanto à comentada questão da “politicagem” que ocorre em nome dos conselhos, ele ressalva que política deve ser feita em nome do interesse público de uma região.

Abriu-se para mais uma rodada de perguntas à mesa: Silvio fala sobre o esgotamento sanitário, pergunta sobre o meio ambiente, a poluição de rios, riachos e o que se pode fazer para melhorar nesta área. Pergunta para o secretário de Resende se ele vai dar apoio para capacitação dos conselheiros de saúde de Resende.

Neusa Pacheco (Quatis) diz que quando se fala de orçamento e suas funções, se trabalha com o orçamento do governo anterior. O financiamento do SUS foi o tema de encontro de seu grupo. Resolveram que o um grande nó da saúde em Quatis é o financiamento. Precisa estar alerta enquanto os conselheiros que não participam da gestão. Cidadania e participação é treino, e o cidadão é mais novo que o SUS. Deve-se treinar muito para ser bom gestor e conselheiro. Diz que ninguém prevê epidemia em seu orçamento. Coloca que se trabalhar família, PSF, SUS, estará resolvido o problema do Brasil.

Diogo Ruiz (Angra dos Reis) diz que o SUS é o melhor plano de saúde no mundo, basta consolidá-lo. Critica as falas sobre politicagem dos conselheiros, diz que o espaço é político, mas que gestor também faz politicagem. O fato de o conselheiro entrar é porque ele é capaz. O diálogo é importante, assim como a independência e respeito mútuo. Isso é claro, a capacitação é importante e o usuário também deve estar informado das políticas públicas, sobre quanto vai se gastar, para que vai se fazer. Quer saber se existe controle social no consórcio. Critica a máxima de que tudo o que é público é ruim, diz que não, que o público pode e deve ser melhor que o privado. A obrigação do Estado é construir um sistema público de saúde melhor que o privado. É necessária a cobrança de vontade política, pois continua o problema de onde se encontra a verba. O Conselho Estadual de Saúde deve estar participando.

Luciana Kamel (ABIA) faz um comentário sobre a fala do secretário de Miguel Pereira. Quando afirma que não é possível prever a epidemia, lembra do exemplo do SUS. Dinheiro para controle de epidemia é do SUS, não mais do Banco Mundial. Pede para comentar como fica a questão de não prever uma epidemia.

Glória critica a fala do conselheiro Orany quando ele diz que as entidades jogam qualquer pessoa no conselho. Mostrou insatisfação em Resende. O cidadão não deve ser desprezado por não possuir capacitação. Diz que não vê o conselho estadual capacitando os conselheiros. Os conselheiros, principalmente os usuários, são considerados como ignorantes, em todo o Brasil.

Angelita Nascimento (CES/RJ) faz um aviso que alguns secretários de saúde estão proibindo os enfermeiros de atuar na gestão em certas regiões. Destaca que pode ser um dos desdobramentos com relação ao ato médico.

A mesa fez os comentários aos questionamentos e colocações da plenária. Lúcia (MS) diz que toda a equipe de PSF é dividida em estrutura geopolítica. Assim, criam-se os distritos sanitários, e o PSF é a malha central para as ações de política sanitária. Destaca o estabelecimento de parâmetros e índices para que a saúde básica seja criada. O ato médico talvez seja uma ação mais assistencial, já na saúde dentro da família a ação é multidisciplinar.

O secretário de Resende diz que em dez meses não conseguiu a “disponibilização” de vaga em cardiologia e ortopedia, e responde que eles são referência básica. Respondendo sobre a questão ambiental diz que não depende só dele, mas que podem contar com ele. Conta que, em outubro, se instituiu em vigilância ambiental. Instituiu uma equipe para fazer o controle de rios, solo. Diz que denúncia sem nome e sem município não tem como se tomar uma atitude. Deve ser oficial para o vice-regional, pois está embaçado, não precisa nem citar o nome.

A representante do Ministério da Saúde diz que a informação é truncada, que não é do gestor, é mais corporativismo. O secretário de Miguel Pereira acha que os enfermeiros devem fazer a denúncia e se forem demitidos devem continuar a luta. Cita desavenças com médicos quando liberou as enfermeiras para fazer o exame preventivo. Respondendo sobre o controle de epidemias, fala que para dengue e aids existem recursos. Quando falou de epidemias, falou em epidemias que não se prevêem, mas elas podem acontecer. Diz que Miguel Pereira é um local de veranistas e existem pessoas de outros municípios que estão sendo levadas para serem tratadas lá. A circulação de pessoas de fora aumenta o risco. Complementa dizendo que não se pode prever uma epidemia de tifo, de raiva, tem algo dentro do orçamento que pode lançar mão, mas não prevê.

A representante do Ministério da Saúde responde para Neuza dizendo que ela colocou uma questão importante sobre o orçamento, pois, se possui uma agenda pública, ela pode ultrapassar governos, porque os transcende. Ao afirmar a região de saúde, deve-se dialogar com outras esferas para saídas permanentes. Responde para Diogo sobre política, porque ela acha que se desqualifica uma importante palavra, que é a política. Lembrou que ele tem toda razão em dizer que o SUS é o maior plano de saúde do Brasil. Fala da dificuldade de referência e coloca que é importante a regionalização, e que ela seja de domínio público. Diz que é importante a meta de adequar os conselhos da região pela Resolução n.º 333/03, garantindo a paridade.

O conselheiro estadual e articulador da Região Médio-Paraíba, Elias Silva, fala que o conselho estadual deveria acompanhar os conselhos nas eleições. Há secretários que montam o conselho por eles mesmos. Cita o município de Nova Friburgo, onde o conselho estadual atuou para convocar uma plenária para montar um novo conselho, pois

recebeu uma denúncia de que o conselho havia sido desmontado. Afirmou que os conselhos que quiserem ajuda podem solicitar e no Médio-Paraíba não vê dificuldades.

O conselheiro estadual e articulador da Região Metropolitana II, Orany Sobrinho, esclarece que quando disse que as entidades jogam pessoas despreparadas no conselho, quis dizer que isso faz com que os conselheiros abandonem seus conselhos. Não pode admitir que o estado é o estado, ele é o cidadão, a sociedade, e tem que fiscalizar sim. Diz que é conselheiro municipal de Niterói, do conselho de moradores da região leste de Niterói, e que tem que passar por uma série de conselhos para aprovar os projetos. Tem garantia da relação entre município e entidades.

A professora Maria Inês ressalta três questões. A primeira é a conferência de gestão de trabalho estar discutindo educação permanente, verbas, plano de cargos, carreiras e salários, e desprecarização. Acha que este é o momento em que os municípios terão que convocar as conferências para aprofundar esta questão da precarização do trabalho. Segundo, é responsabilidade dos municípios a capacitação dos conselheiros. Não se pode ficar esperando a proposta federal ou estadual de capacitação. Com apoio de fóruns, os articuladores dos conselhos e das regiões têm que criar, e não esperar que aconteça. Terceiro, algo que não foi entendido, a questão do ato médico que rompe com a proposta de intersetorialidade e interdisciplinaridade, pois é contrária a proposta do SUS. Por isso, devemos ser contra o ato médico.

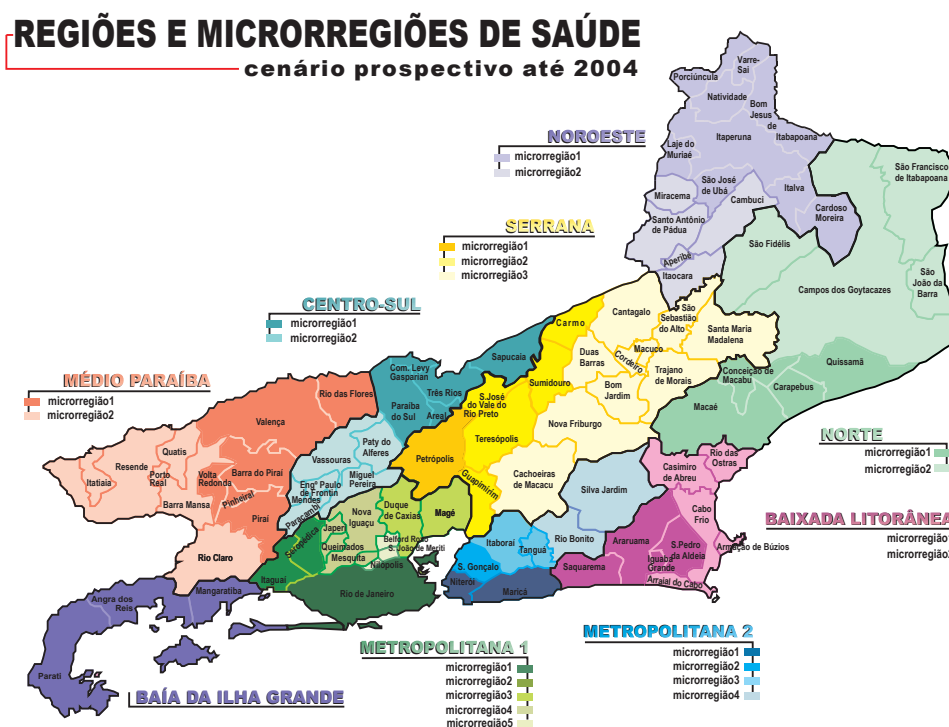
2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO ESTADO E DA REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA¹

Maria Inês Souza Bravo
Débora de Sales Pereira
Michelle Rodrigues de Moraes

O Estado do Rio de Janeiro, com uma área de 43.864,3 km², está dividido em 92 municípios, segundo o censo demográfico 2000 (IBGE) e apresenta uma população de 14.367.083 habitantes.

Estes municípios estão divididos em nove regiões geográficas, pelo Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE), órgão da Secretaria de Estado de Planejamento, quais sejam: Região Metropolitana (subdividida em Região Metropolitana I e Região Metropolitana II); Baía de Ilha Grande; Baixada Litorânea; Centro-Sul; Médio-Paraíba; Norte; Noroeste e Serrana, segundo o Projeto de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

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



Fonte: SES/RJ.

¹ Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Larissa Rodrigues Pinheiro, Naiara Conceição da C. Pereira, Aydee Valério de Souza Albino e Rodrigo de Oliveira.

A Região Médio-Paraíba, com uma área de 6.203,4 km², é composta por 12 municípios, quais sejam: Barra do Pirai, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

Figura 2 – Mapa da Região Médio-Paraíba do Rio de Janeiro



Fonte: <http://www.saude.rj.gov.br/gestor/regmedpa.shtml>.

De acordo com os dados do DATASUS, vivem na Região Médio-Paraíba 804.323 pessoas, ou seja, cerca de 5,5% da população residente no estado.

Os municípios mais populosos da Região, com mais de 100 mil habitantes, são: Volta Redonda (246.642 hab. – 30,7%), Barra Mansa (172.293 hab. – 21,4%) e Resende (108.870 hab. – 13,5%), representando mais de 65% do contingente populacional.

Quadro 1 – Área Total e População Residente na Região Médio-Paraíba (2002)

Nível de governo	Área (Km ²)	População residente
Estado	43 864,3	14.724.479
Municípios		
Barra do Pirai	582,1	90 460
Barra Mansa	548,0	172 293
Itatiaia	241,9	26 561
Pinheiral	77,8	20 488
Pirai	504,6	22 757
Porto Real	50,9	13 011
Quatis	287,2	11 142
Resende	1 100,2	108 870
Rio Claro	843,4	16 763
Rio das Flores	479,5	7 872
Valença	1 305,8	67 464
Volta Redonda	182,0	246 642
Total Médio-Paraíba	6 203 4	1 711 799

Fonte: CIDE, 2002.

Em relação à economia da região, o parque industrial localizado na região a coloca em segundo lugar em termos de desenvolvimento econômico no Estado do Rio de Janeiro. Observa-se que os setores de atividade que mais empregam são: serviços (34%), indústria de transformação (20,4%), comércio (20%) e administração pública (16%), com aproximadamente 90% das pessoas ocupadas no mercado de trabalho (Quadro 2).

Quadro 2 – Pessoas Ocupadas por Setores de Atividade Econômica, na Região Médio-Paraíba do Rio de Janeiro (2002)

Nível de governo	Setores de atividade econômica										Total
	Extra- tiva Mineral	Indústria transfor- mação	Constru- ção civil	Comer-cio	Serviços	Adminis- tração pública	Agrope- cuária	SIUP (1)			
Estado	11.763	300.796	102.092	482.415	1.213.975	543.073	23.508	40.290			2.717.912
Municípios											
Barra do Pirai	40	2.784	570	3.142	3.443	2.074	395	138			12.586
Barra Mansa	87	4.244	652	6.678	8.699	4.265	262	63			24.950
Itatiaia	0	1.599	58	481	1.509	1.444	38	29			5.158
Pinheiral	62	228	42	248	352	512	33	0			1.477
Pirai	0	896	182	398	587	1.232	205	153			3.653
Porto Real	0	1.631	102	241	434	633	15	0			3.056
Quatis	40	75	9	293	213	10	112	12			764
Resende	33	4.045	893	3.654	10.315	2.612	361	530			22.443
Rio Claro	0	25	20	175	330	656	428	2			1.636
Rio das Flores	1	41	6	79	114	560	183	0			984
Valença	37	1.556	481	1.968	2.583	3.017	659	25			10.326
Volta Redonda	67	11.043	4.148	19.123	19.123	5.857	79	878			51.251
Total Médio-Paraíba	367	28.167	7.163	27.413	47.702	22.872	2.770	1.830			138.284

(1) Serviços Industriais de Utilidade Pública. Fonte: CIDE, 2002.

3 PANORAMA SANITÁRIO DA REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA¹

Maria Inês Souza Bravo
Débora de Sales Pereira
Michelle Rodrigues de Moraes

3.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Os principais problemas de saúde da Região Médio-Paraíba são descritos no Plano Estadual de Saúde por meio de seis macroproblemas apresentados no quadro a seguir.

Quadro 3 – Principais Problemas de Saúde da Região Médio-Paraíba (2001)

Macroproblema	Descritores
1. Insuficiência gerencial no Sistema Único de Saúde (SUS).	<ul style="list-style-type: none"> • Execução parcial dos recursos orçamentários previstos para capacitação de RH no SUS; • Pouca capacitação dos gerentes; • inexistência de controle e avaliação das ações programáticas; • O Fundo Municipal da Saúde, em muitos municípios, não está sob gerência do secretário, mas sim da Secretaria da Fazenda.
2. Sistema de informação em saúde deficiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Hiato entre as informações necessárias à tomada de decisões e sistemas de informática existentes como ferramenta do processo de trabalho; • Supervisão inadequada dos sistemas existentes; • Retroalimentação deficiente das informações.
3. Baixa cobertura pelo Programa Saúde da Família.	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de 12,39% da população da região.
4. Inadequação entre a formação de recursos humanos e as políticas de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades apresentadas pelos profissionais no desenvolvimento de ações preventivas; • Baixo vínculo entre os profissionais e a população; • Pouca responsabilização dos profissionais com relação à resolução dos problemas da população.
5. A região acredita que a proposta de regionalização da Noas não é compatível com o modelo de descentralização do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da autonomia municipal; • O modelo proposto de regionalização agride a capacidade de regionalização e desconsidera a capacidade instalada de alguns municípios.

¹ Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Larissa Rodrigues Pinheiro, Naiara Conceição da C. Pereira, Aydee Valério de Souza Albino e Rodrigo de Oliveira.

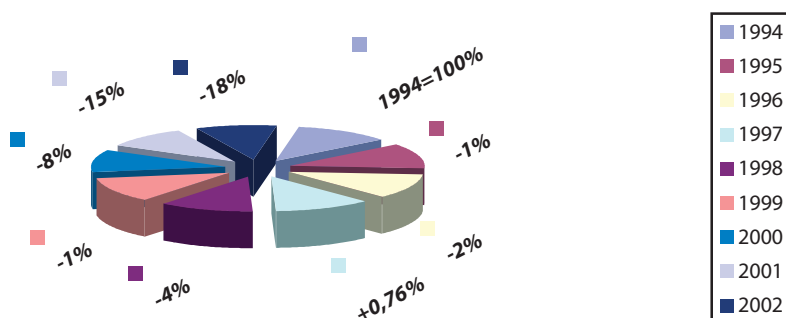
Macroproblema	Descritores
6. Modelo de financiamento dificultando compra de serviços	<ul style="list-style-type: none"> • Valor do <i>per capita</i> (R\$6,00) insuficiente para garantir cobertura; • Baixo valor do SIA na remuneração de procedimentos de média complexidade; • grande volume de compra de serviços fora da tabela (média complexidade); • Ainda existe compra de serviços para atenção básica; • A análise dos procedimentos do elenco mínimo não considerou os procedimentos comprados pelo gestor; • Não há instrumento legal de repasse de recursos do município sede para os municípios “satélites”; • Insuficiência de recursos estaduais para financiamento da atenção a saúde.

Fonte: Plano Estadual de Saúde (SES), 2001.

3.2 INDICADORES DE NATALIDADE E MORTALIDADE

Verifica-se que na Região Médio-Paraíba, no período (1994-2002), há uma queda na taxa de natalidade (Quadro 4). Tomando por base o ano de 1994 (= 100%), observa-se, entre os anos de 1994 a 1999, um percentual constante de decréscimo no número de nascimentos, por volta de 2% ao ano. Nesse intervalo, apenas no ano de 1997 há crescimento (0,76%), e no intervalo de 2000 a 2002 percebe-se uma queda significativa na taxa de natalidade, com redução de 8,4% em 2000, 5% em 2001 e 8% em 2002.

Gráfico 1 – Índice de Nascidos Vivos na Região Médio-Paraíba (1994-2002)



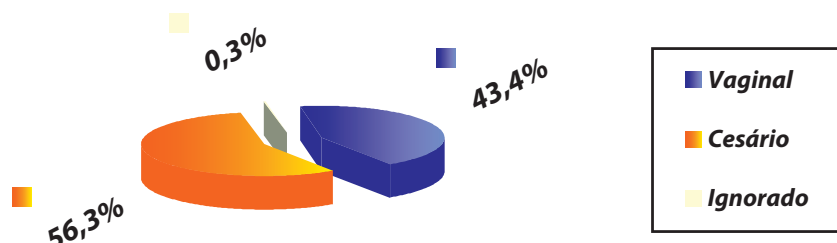
Quadro 4 – Nascidos Vivos na Região Médio-Paraíba (1994-2002)

Nível de governo	Nascimentos									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Estado	268.173	266.463	268.549	268.968	258.284	268.213	259.118	242.360	232.232	
Municípios										
Barra do Pirai	1.627	1.747	1.932	1.770	1.666	1.526	1.472	1.363	1.360	
Barra Mansa	3.213	3.196	3.230	3.266	3.049	3.126	2.907	2.595	2.513	
Itatiaia	384	407	421	481	458	468	485	468	455	
Pinheiral	-	-	-	305	215	270	285	284	288	
Pirai	772	774	758	527	578	481	476	429	371	
Porto Real	-	-	-	243	234	237	228	228	257	
Quatis	168	162	182	206	210	210	195	190	165	
Resende	2.294	2.227	2.132	2.065	1.891	2.159	1.914	1.884	1.821	
Rio Claro	323	347	297	338	284	325	291	297	266	
Rio das Flores	124	51	117	145	118	120	130	105	101	
Valença	1.341	1.316	1.226	1.326	1.324	1.324	1.174	1.053	1.119	
Volta Redonda	4.585	4.478	4.339	4.272	4.161	4.501	4.036	3.729	3.452	
Total Médio-Paraíba	14.831	14.705	14.634	14.944	14.188	14.747	13.593	12.625	12.168	

Fonte: DATASUS, 2002.

No Quadro 5 verifica-se um elevado índice de partos cesários, cerca de 13% maior que o número de partos naturais realizados na região. No período auferido cerca de 56% de partos realizados foram operatórios; 43% foram partos naturais e cerca de 0,3% ignorados.

Gráfico 2 – Percentual de Nascidos Vivos por Tipo de Parto na Região Médio-Paraíba (1994-2002)



Quadro 5 – Nascidos Vivos por Tipo de Parto na Região Médio-Paraíba (2002)

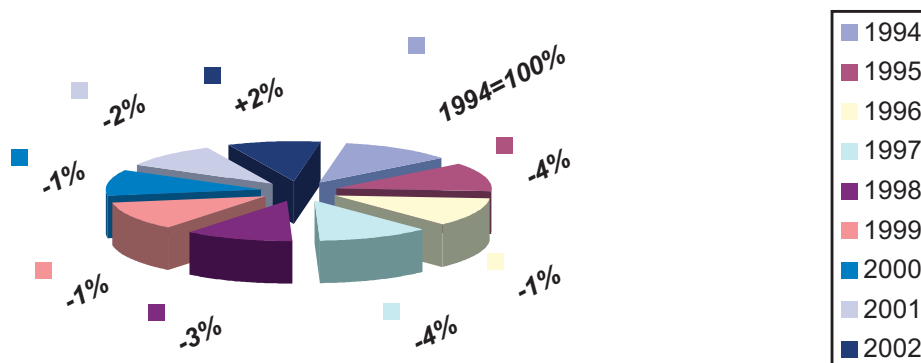
Nível de governo	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total
Estado	131.196	127.292	692	259.180
Municípios				
Barra do Piraí	599	758	3	1.360
Barra Mansa	1.046	1.457	10	2.513
Itatiaia	177	277	1	455
Pinheiral	155	131	2	288
Piraí	189	181	1	371
Porto Real	111	146	-	257
Quatis	73	91	1	165
Resende	733	1.086	2	1.821
Rio Claro	146	120	-	266
Rio das Flores	66	35	-	101
Valença	483	634	2	1.119
Volta Redonda	1.507	1.939	6	3.452
Total Médio-Paraíba	5.285	6.855	28	12.168

Fonte: DATASUS, 2002.

Tomando por base o ano de 1994 (1994 = 100), verifica-se que o número de óbitos na Região Médio-Paraíba tem uma redução de cerca de 2% ao ano, no intervalo de 1994-2002.

Considerando o intervalo 2000-2002, observa-se uma redução no número de óbitos em 2001 de 1%, no entanto ocorre um aumento no ano de 2002 de 2%, que supera, inclusive, o índice de óbitos em todo o intervalo verificado, conforme demonstrado no gráfico e quadro a seguir.

Gráfico 3 – Índice de Óbitos na Região Médio-Paraíba (1994-2002)



Quadro 6 – Óbitos na Região Médio-Paraíba (1994-2002)

Nível de governo	Óbitos								
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Estado									
Municípios	116.778	116.470	117.812	113.258	115.336	113.638	111.521	113.950	117.181
Barra do Piraí	750	710	756	726	606	662	680	632	661
Barra Mansa	1.093	1.079	956	986	1.021	1.054	967	967	1.068
Itatiaia	65	76	78	83	122	116	118	92	108
Pinheiral	-	-	-	35	33	46	35	45	48
Piraí	195	202	214	99	157	122	171	152	123
Porto Real	-	-	-	24	27	22	33	26	20
Quatis	91	64	71	81	71	62	43	50	62
Resende	686	671	734	716	714	726	737	752	775
Rio Claro	115	111	96	86	97	111	95	100	81
Rio das Flores	23	32	19	28	32	38	40	30	25
Valença	537	502	526	504	517	526	518	510	622
Volta Redonda	1.876	1.757	1.929	1.857	1.878	1.869	1.964	1.992	1.947
Total Médio-Paraíba	5.431	5.204	5.379	5.225	5.275	5.354	5.401	5.348	5.540

Fonte: DATASUS, 2002.

O Quadro 7 mostra as principais causas de óbito no estado e na Região Médio-Paraíba. O Estado tem como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório (cerca de 28%), que têm relação direta com os problemas de hipertensão e suas consequências, como infarto, isquemias e doenças cerebrovasculares.

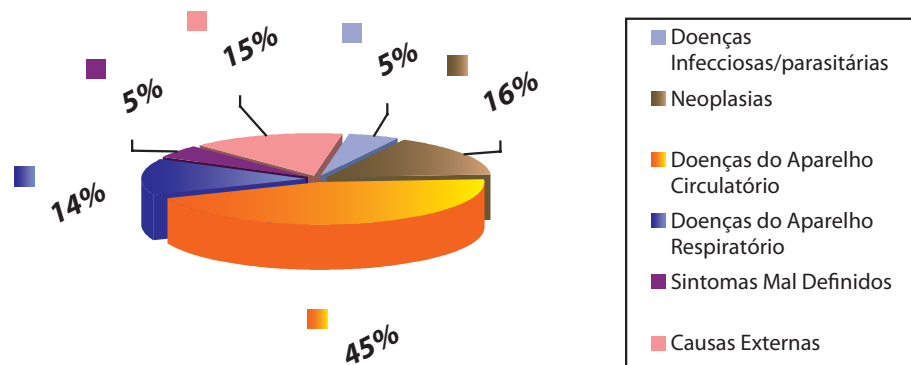
A Região Médio-Paraíba também apresenta alto índice de doenças do aparelho circulatório, que representa a primeira causa de morte, ou seja, cerca de 45% do total. A segunda principal causa de morte na Região são as *neoplasias*, ou tumores (cerca de 16%) e em terceiro lugar, as chamadas *causas externas* (cerca de 15%), que estão relacionadas ao crescimento da violência social (acidentes de trânsito, de trabalho e homicídios).

Quadro 7 – Principais Causas de Óbitos na Região Médio-Paraíba

Nível de governo	Óbitos por grupos de causa						
	Total	Doenças infecciosas/ parasitárias	Neoplasias (tumores)	Doenças aparelho circulatório	Doenças aparelho respiratório	Sintomas mal definidos	Causas externas
Estado	95 009	5.705	14.218	34.133	12.655	12.614	15.684
Municípios							
Barra do Piraí	527	25	95	247	75	29	56
Barra Mansa	947	36	148	441	124	48	150
Itatiaia	118	6	13	42	17	8	32
Pinheiral	74	4	7	35	13	3	12
Piraí	147	6	26	61	20	5	29
Porto Real	52	2	7	28	5	3	7
Quatis	49	3	10	21	9	4	2
Resende	496	21	80	246	69	12	68
Rio Claro	86	3	9	35	16	6	17
Rio das Flores	41	2	5	20	10	3	1
Valença	414	18	67	216	64	14	35
Volta Redonda	1238	67	221	470	176	87	217
Total Médio-Paraíba	4.189	193	688	1.862	598	222	626

Fonte: CIDE, 2002.

Gráfico 4 – Percentual de Óbitos por Grupo de Causa na Região Médio-Paraíba (1994-2002)



O quadro anterior revela um significativo quantitativo de mortalidade associada a problemas econômico-sociais, poluição ambiental, à precariedade dos serviços de saúde e à violência urbana (doenças infecciosas, doenças do aparelho respiratório, sintomas mal definidos e causas externas).

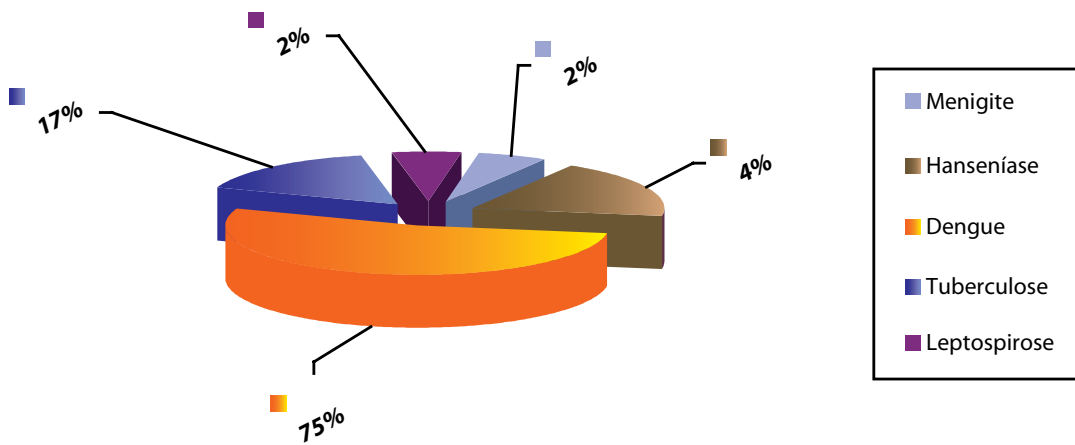
Além disso, ocorre a persistência de doenças consideradas erradicadas e/ou controladas, como a dengue – que representou cerca de 75% das principais doenças da região – e a tuberculose – segundo lugar entre as principais doenças com índice de 17% (Quadro 8) –, revelando problemas como a desnutrição e a pobreza da população. Esses dados reforçam a necessidade da ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.

Quadro 8 – Principais Doenças Registradas na Região Médio-Paraíba (2002)

Nível de governo	Casos registrados das principais doenças				
	Menigite	Hanseníase	Dengue	Tuberculose	Leptospirose
Estado	1.686	2.725	69.269	7.605	518
Municípios					
Barra do Pirai	6	5	532	49	6
Barra Mansa	13	14	512	57	14
Itatiaia	1	9	5	6	2
Pinheiral	1	1	51	8	2
Pirai	3	4	45	16	0
Porto Real	-	3	9	4	0
Quatis	-	1	2	6	-
Resende	9	14	105	48	3
Rio Claro	1	-	4	4	-
Rio das Flores	-	1	2	3	0
Valença	-	10	47	15	10
Volta Redonda	12	22	371	166	23
Total Médio-Paraíba	46	84	1.685	382	60

Fonte: CIDE, 2002. Notas: As informações referem-se ao município de residência.

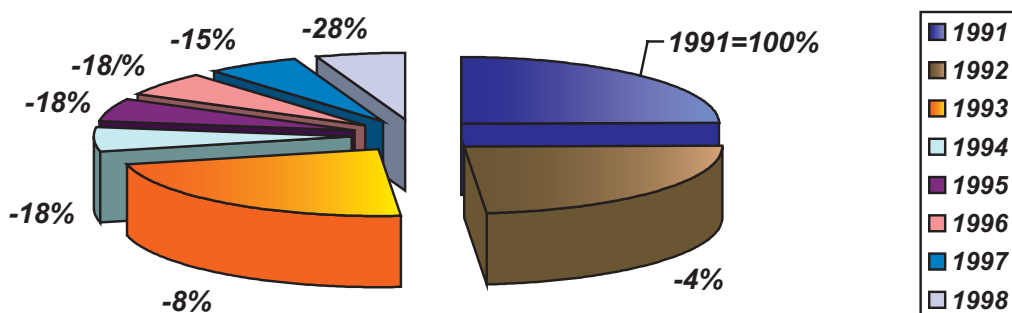
Gráfico 5 – Percentual de Registros das Principais Doenças na Região Médio-Paraíba (2002)



Com relação à taxa de mortalidade infantil, pode-se observar que tanto no estado, quanto na Região Médio-Paraíba do Rio de Janeiro, houve uma queda, se observarmos o intervalo analisado (Quadro 9). A morte das crianças menores de 1 ano é diretamente influenciada pelas condições de nutrição, habitação, saneamento, educação, situação socioeconômica, disponibilidade de assistência pré-natal e ao parto.

Verifica-se que a queda no índice de mortalidade infantil se acentua a partir do ano de 1994, com redução de 18% em relação ao ano de 1991. No intervalo 1996-1998 observa-se um aumento no índice de mortalidade em 1997 de 1% e uma redução de 1,3% em 1998.

Gráfico 6 – Índice de Mortalidade Infantil na Região Médio-Paraíba (1991=100%)



Quadro 9 – Taxa de Mortalidade Infantil na Região Médio-Paraíba

Nível de governo	Taxa bruta de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)							
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Estado	30,2	29,1	29,9	28,9	27,7	25,6	24,2	22,6
Municípios								
Barra do Pirai	38,58	37,68	43,07	38,94	36,56	31,93	30,18	29,23
Barra Mansa	35,69	32,48	29,73	24,85	23,55	23,11	24,20	22,26
Itatiaia	13,97	13,80	14,64	16,39	21,45	25,21	28,68	24,20
Pinheiral	-	-	-	-	-	-	-	35,53
Pirai	32,70	36,13	33,77	35,01	27,34	20,30	15,11	15,76
Porto Real	-	-	-	-	-	-	-	23,88
Quatis	-	-	-	26,16	31,25	16,36	23,41	14,38
Resende	12,36	10,43	10,45	12,30	14,88	18,00	19,50	22,63
Rio Claro	29,92	29,81	27,89	25,00	21,72	19,35	21,76	22,20
Rio das Flores	31,25	18,87	25,97	32,26	37,67	44,73	36,84	39,27
Valença	29,60	26,87	28,50	24,86	27,04	25,34	29,15	25,43
Volta Redonda	25,45	25,62	23,84	20,13	18,88	19,63	20,36	18,71
Total Médio-Paraíba	28,05	26,72	26,11	23,46	22,98	22,81	23,83	22,47

Fonte: CIDE, 2002.

A redução na taxa de mortalidade observada no intervalo 1991-1998 representa os avanços já alcançados diante dos esforços para redução deste índice, no entanto trata-se de uma taxa elevada – cerca de 23% na Região Médio-Paraíba e no Estado do Rio de Janeiro – que exige a ampliação dos esforços para combater a mortalidade infantil.

4 REDE DE SERVIÇOS DA REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA¹

Maria Inês Souza Bravo
Débora de Sales Pereira
Michelle Rodrigues de Moraes

4.1 MICRORREGIÕES

Microrregiões

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, do período de 2001 a 2004, a Região Médio-Paraíba possui 804.323 habitantes e é composta por duas microrregiões: Médio-Paraíba I e Médio-Paraíba II.

Microrregião Médio-Paraíba I (MPI)

Esta microrregião é formada por seis municípios, quais sejam: Pirai, Pinheiral, Volta Redonda, Barra do Pirai, Valença e Rio das Flores. A microrregião possui uma população de 445.986 habitantes e está dividida em cinco módulos assistenciais. Tendo em vista a capacidade instalada e a produção de serviços ambulatoriais, Barra do Pirai será um pólo de referência para média complexidade II e III.

Módulos Assistenciais

Módulo Assistencial MP I.1 – Barra do Pirai

Barra do Pirai é o único município a formar este módulo. Possui 88.475 habitantes e 726 leitos credenciados ao SUS. Estes leitos estão divididos pelas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica, clínica psiquiátrica e fora de possibilidade terapêutica.

Módulo Assistencial MP I.2 – Pirai

O Módulo Assistencial MP I.2 é formado somente pelo município de Pirai, que possui 22.079 habitantes e conta com 63 leitos credenciados ao SUS. Estes leitos estão assim divididos entre as diversas especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica, na clínica psiquiátrica e para pacientes fora de possibilidade terapêutica.

¹ Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Larissa Rodrigues Pinheiro, Naiara Conceição da C. Pereira, Aydee Valério de Souza Albino e Rodrigo de Oliveira.

Módulo Assistencial MP I.3 – Volta Redonda

Este módulo assistencial é formado por Volta Redonda. Esta cidade possui 242.046 habitantes e 445 leitos credenciados ao SUS, estando assim distribuídos: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica, clínica psiquiátrica e clínica fisiológica.

Módulo Assistencial MP I.4 – Pinheiral

Formado pelo Município de Pinheiral, que conta com uma população de 19.481 habitantes. Pinheiral ainda não possui leitos hospitalares credenciados ao SUS, porém está em processo de construção um hospital, financiado com recursos do ReforSUS.

Módulo Assistencial MP I.5 – Valença

Os municípios de Valença (sede) e Rio das Flores formam este módulo, que possui 73.905 habitantes.

Valença possui 66.290 habitantes e conta com 350 leitos hospitalares, distribuídos nas diversas especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica, clínica psiquiátrica e fora de possibilidade terapêutica. Rio das Flores possui 7.615 habitantes e possui 14 leitos credenciados, distribuídos pelas clínicas médica, cirúrgica e obstétrica.

Microrregião Médio-Paraíba II (MPIO)

Esta microrregião é formada pelos municípios de Rio Claro, Barra Mansa, Quatis, Porto Real, Resende e Itatiaia. Possui uma população de 338.827 habitantes, é constituída por três módulos assistenciais e tem Barra Mansa como pólo para média complexidade II e III.

Módulo Assistencial MP II.1 – Barra Mansa

Barra Mansa e Rio Claro são as cidades que compõem este módulo, que possui 186.825 habitantes. Barra Mansa, que é o município-sede do módulo, conta com 170.593 residentes, enquanto que Rio Claro possui 16.232 residentes. Quanto aos leitos hospitalares credenciados ao SUS, Barra Mansa conta com 339 leitos, assim distribuídos: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica, clínica pediátrica, clínica psiquiátrica e fora de possibilidade terapêutica. O Município de Rio Claro, por sua vez, possui 27 leitos distribuídos pelas especialidades básicas.

Módulo Assistencial MP II.2 – Resende

Resende (sede), Porto Real e Quatis são os municípios que conformam este módulo assistencial, que conta com uma população de 127.273 habitantes. Destes, 104.482 residem em Resende, 12.092 em Porto Real e 10.699 em Quatis. A maior parte dos leitos hospitalares credenciados ao Sistema Único de Saúde se localiza em Quatis (272 leitos), seguido de Resende (158 leitos). Porto Real não possui leitos hospitalares credenciados ao SUS.

Módulo Assistencial MP II.3 – Itatiaia

Itatiaia, com 24.729 habitantes, é o único município a compor este módulo assistencial. Este município conta atualmente com 43 leitos credenciados, distribuídos pelas especialidades básicas mais clínica psiquiátrica.

O quadro abaixo demonstra as referências de procedimento da região.

Quadro 10 – Referência de Procedimentos na Região Médio-Paraíba

Municípios de referência	Referência	Barra do Piráí	Barra Mansa	Niterói	Petrópolis	Quatis	Rio de Janeiro	Resende	Valença	Volta Redonda
Barra do Piráí	Média II e III	-	-	M	A	-	M/A	-	-	M/A
Barra Mansa	Média II		--	-	A	-	A/M		-	A/M*
Itatiaia	-	-	M	-	-	-	A	-	-	A/M
Pinheiral	-	-	M	-	-	-	A	-	-	A/M
Piráí	Média I	M	M	M	A	-	A/M	-	-	A/M
Porto Real	-	-		M	-	M	A/M	M	-	A/M
Quatis	Exames	-	-	M	A	-	M	-	-	A/M
Resende	Média I e II	-	M	M	A	-	A/M	-	-	A/M*
Rio Claro	-	-	M*	M	-	-	A/M	-	-	A/M
Rio das Flores	-	A	-	-	-	-	A/M	-	M*	M
Valença	-	A/M	-	-	A	-	A/M	-	-	M
Volta Redonda	PR A/M	-	-	M	-	-	A/M	-	-	-

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2005.

Legenda: A – Alta; M – Média; * – Município-sede do módulo; PR – Pólo Regional.

Barra Mansa referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Petrópolis e Volta Redonda, e de média complexidade para Volta Redonda e Rio de Janeiro. Este Município é referência nos seguintes procedimentos de média complexidade: coleangiografia per op, esôfago, hiato, estômago e duodeno, urografias, EEG, laringoscopia, ileoscopia, mamografia e exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora. Somente os procedimentos de média complexidade III que não são feitos no município serão encaminhados para Volta Redonda, pólo da região.

Barra do Piráí referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Petrópolis e Volta Redonda e de média complexidade para Volta Redonda, Niterói e Rio de Janeiro. Este município é referência de alta complexidade em tomografia e referên-

cia de média complexidade em mamografia e vários outros procedimentos de média complexidade. O conjunto de procedimentos de média complexidade II e III deverão ser encaminhados preferencialmente para Barra do Piraí, sendo que para os procedimentos que não são realizados neste município, admite-se a referência para Volta Redonda, pólo regional.

Itatiaia referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Volta Redonda. Os procedimentos de média complexidade terão como referência, em primeiro lugar, Barra Mansa e, como segunda opção, Volta Redonda.

Pinheiral referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Volta Redonda, e de média complexidade para Volta Redonda e Barra Mansa.

Piraí referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Petrópolis e Volta Redonda e de média complexidade para Barra do Piraí, Barra Mansa, Niterói, Volta Redonda e Rio de Janeiro. Todos os procedimentos de Média Complexidade I serão realizados no município.

Porto Real referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Volta Redonda; e de média complexidade para Volta Redonda, Quatis, Niterói e Rio de Janeiro. Todos os procedimentos de média complexidade I terão como referência o Município de Resende.

Quatis referencia procedimentos de alta complexidade para Petrópolis e Volta Redonda, e de média complexidade para Volta Redonda, Niterói e Rio de Janeiro. Este município é referência para os seguintes procedimentos: exame citopatológico cérvico-vaginal microflora, plegias, assistência respiratória pré e pós-operatório e recuperação funcional pós-cirúrgico.

Atualmente, Resende referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Petrópolis e Volta Redonda, e de média complexidade para Barra Mansa, Niterói, Volta Redonda e Rio de Janeiro. Os procedimentos de média complexidade II e III não realizados neste município terão Barra Mansa (pólo microrregional) como primeira opção de referência e Volta Redonda como segunda opção (pólo regional).

Rio Claro referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Volta Redonda, e de média complexidade para Niterói, Volta Redonda, Barra Mansa e Rio de Janeiro. Encaminhará os pacientes que necessitarem realizar procedimentos compreendidos no elenco mínimo da média complexidade para Barra Mansa, município-sede deste módulo.

Rio das Flores referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Barra do Piraí, e procedimentos de média complexidade para Valença, Volta Redonda e Rio de Janeiro. Este município referenciará os procedimentos do elenco mínimo da média complexidade que não realiza em seu território para Valença, sede deste módulo.

Valença referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Petrópolis e Barra do Piraí; e de média complexidade para Volta Redonda, Barra do Piraí e Rio de Janeiro. Este município é referência em exame citopatológico cérvico-vaginal microflora e ultra-sonografia obstétrica.

Volta Redonda referencia procedimentos de alta complexidade para o Rio de Janeiro e de média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro. Além disso, serve como referência para os seguintes procedimentos de alta complexidade: cintilografias, tomografias e ferritina; e é referência dos seguintes procedimentos de média complexidade: bolsa para ostomia (colostomia, ileostomia, urostomia), ecografias, USG, mamografia, coloscopia, aminocentese, audiometria vocal, prova de função pulmonar completa, criocauterização, curva glicêmica, gasometria, TSH, Beta HCG, bolsa de colostomia, esôfago, hiato e duodeno, potencial de acuidade visual, prova de esforço, atendimento núcleos/centros de atenção de atenção. Assim, este município é pólo regional para média e alta complexidade.

4.2 REDE HOSPITALAR

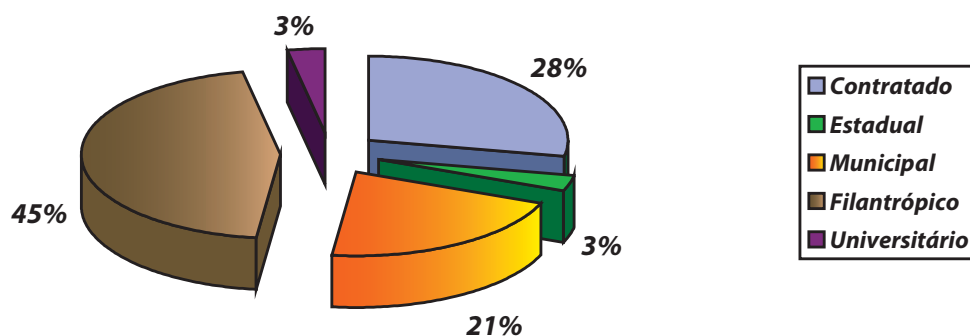
A rede hospitalar da região é composta por um hospital universitário – vinculado à universidade privada – um estadual, seis municipais, 13 filantrópicos e oito contratados. A região não possui hospital federal. Observa-se a predominância do setor privado na prestação dos serviços hospitalares, detendo 74% da oferta.

Quadro 11 – Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Médio-Paraíba

Nível de governo	Hospitais credenciados por natureza						
	Total	Próprio ou federal	Contratado	Estadual	Municipal	Filantrópico	Universitário (Privado)
Estado	397	20	165	28	86	80	18
Municípios							
Barra do Piraí	5	-	1	1	-	3	-
Barra Mansa	2	-	1	-	-	1	-
Itatiaia	1	-	-	-	1	-	-
Pinheiral	-	-	-	-	-	-	-
Piraí	1	-	-	-	-	1	-
Porto Real	-	-	-	-	-	-	-
Quatis	2	-	1	-	-	1	-
Resende	3	-	-	-	1	2	-
Rio Claro	1	-	-	-	1	1	-
Rio das Flores	1	-	-	-	-	1	-
Valença	6	-	2	-	-	3	1
Volta Redonda	7	-	4	-	3	-	-
Total Médio-Paraíba	29	-	8	1	6	13	1

Fonte: CIDE, 2002.

Gráfico 7 – Percentual de Hospitais Credenciados na Região Médio-Paraíba



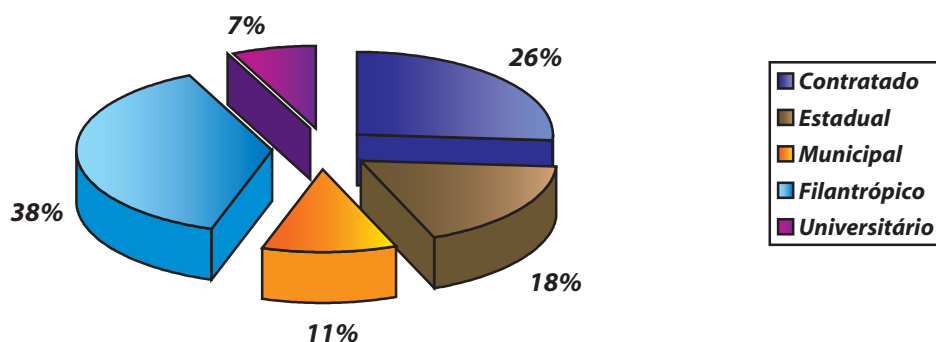
No quadro 11 é possível identificar que a oferta de leitos é reduzida, pois corresponde à cerca de 0,3% da população (2.708 leitos para 804.323 habitantes), com predominância do setor privado (64% dos leitos).

Quadro 12. Leitos Contratados em Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Médio-Paraíba

Nível de governo	Leitos contratados em hospitais credenciados por natureza						
	Total	Próprio ou federal	Contratado	Estadual	Municipal	Filantrópico	Universitário
Estado	56.092	4.369	22.408	6.099	9.702	9.504	4.010
Municípios							
Barra do Pirai	710	-	21	480	-	209	-
Barra Mansa	354	-	162	-	-	192	-
Itatiaia	43	-	-	-	43	-	-
Pinheiral	-	-	-	-	-	-	-
Pirai	86	-	-	-	-	86	-
Porto Real	-	-	-	-	-	-	-
Quatis	287	-	250	-	-	37	-
Resende	180	-	-	-	37	143	-
Rio Claro	47	-	-	-	-	47	-
Rio das Flores	32	-	-	-	-	32	-
Valença	508	-	25	-	-	283	200
Volta Redonda	461	-	241	-	220	-	-
Total Médio-Paraíba	2 708	-	699	480	300	1 029	200

Fonte: CIDE, 2002.

Gráfico 8 – Percentual de Leitos Contratados na Região Médio-Paraíba



Além disso, observa-se que as especialidades com maior número de leitos contratados em hospitais credenciados são, respectivamente: psiquiatria (31%), clínica médica (30%) e clínica cirúrgica (17%) que, juntas, abrangem cerca de 78% do número total de leitos (Quadro 12).

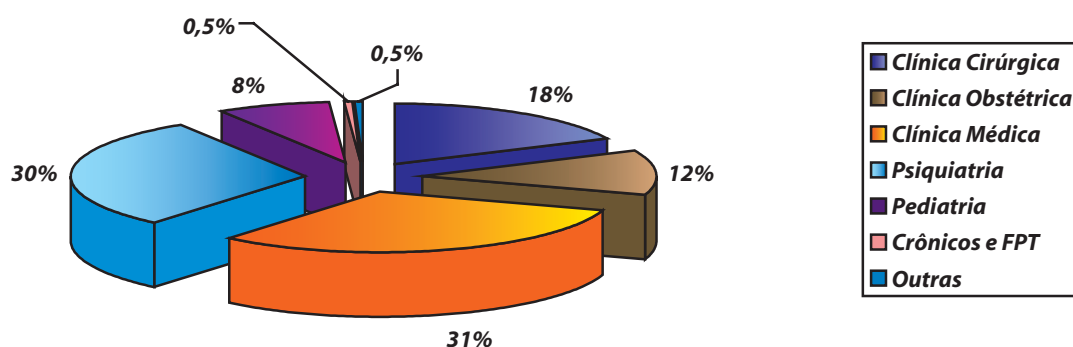
Estes dados revelam uma distorção em relação ao atendimento voltado para os principais problemas de saúde da população. O elevado número de leitos em psiquiatria foi uma característica do modelo de “privilegiamento” do produtor privado na saúde e é questionado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica ou antimanicomial.

Quadro 13 – Leitos Contratados em Hospitais Credenciados por Especialidade na Região Médio-Paraíba

Nível de governo	Leitos contratados em hospitais credenciados por especialidade							
	Total	Clínica cirúrgica	Clínica obstétrica	Clínica médica	Psiquiatria	Pedia-tria	Crônicos e FPT	Outras
Estado	56 092	10 362	5 270	13 344	14 462	5 579	5 929	1 146
Municípios								
Barra do Piraí	710	58	68	82	482	17	3	-
Barra Mansa	354	106	55	157	1	34	1	-
Itatiaia	43	9	9	12	2	11	-	-
Pinheiral	-	-	-	-	-	-	-	-
Piraí	86	29	17	31	1	7	1	-
Porto Real	-	-	-	-	-	-	-	-
Quatis	287	5	2	18	250	12	-	-
Resende	180	47	43	57	1	30	1	1
Rio Claro	47	4	8	35	-	-	-	-
Rio das Flores	-	-	-	-	-	-	-	-
Valença	508	127	63	291	1	25	1	-
Volta Redonda	461	95	64	122	117	59	-	4
Total Médio-Paraíba	2 708	484	333	829	855	195	7	5

Fonte: CIDE, 2002.

Gráfico 9 – Percentual de Leitos por Especialidade na Região Médio-Paraíba



4.3 REDE AMBULATORIAL

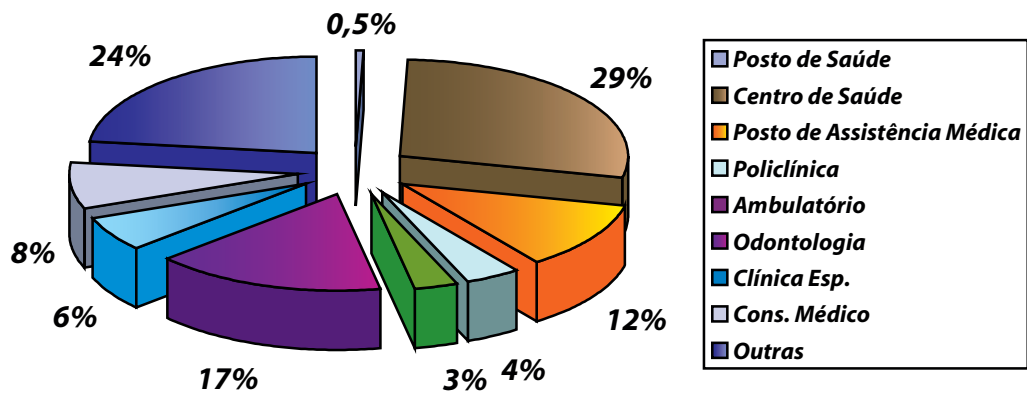
A rede ambulatorial conta com 400 unidades, conforme o quadroa seguir, das quais a maior oferta de serviços de saúde ocorre por meio de centros de saúde.

Quadro 14 – Unidades Ambulatoriais por Tipo de Unidade na Região Médio-Paraíba

Nível de governo	Unidades ambulatoriais por tipo									
	Total	Posto de saúde	Centro de saúde	Posto de assist. médica	Policlínica	Ambulatório hospital geral	Consult. odontológico	Clínica especializada	Consult. médico	Outras unidades
Estado	2 809	437	361	458	181	139	184	141	105	803
Municípios										
Barra do Piraí	36	-	1	22	1	-	-	3	-	9
Barra Mansa	74	-	39	2	6	1	11	5	2	8
Itatiaia	15	1	1	1	1	-	3	-	1	7
Pinheiral	4	-	1	-	-	-	-	-	1	2
Piraí	17	-	4	7	-	1	2	-	1	2
Porto Real	5	-	-	2	-	-	2	-	-	1
Quatis	10	1	3	-	1	1	-	-	-	4
Resende	52	-	1	12	1	1	6	4	4	23
Rio Claro	21	-	10	1	1	1	5	-	-	3
Rio das Flores	11	-	7	-	1	1	-	-	-	2
Valença	39	-	20	2	-	4	5	1	1	6
Volta Redonda	116	-	29	-	4	4	34	10	5	30
Total Médio-Paraíba	400	2	116	49	16	14	68	23	15	97

Fonte: CIDE, 2002.

Gráfico 10 – Percentual de Unidades Ambulatoriais na Região Médio-Paraíba



5 CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA¹

Maria Inês Souza Bravo
Débora de Sales Pereira
Michelle Rodrigues de Moraes

O Consórcio Intermunicipal da Região Médio-Paraíba (Cismepa/RJ) teve início em julho de 1998, sendo composto por 11 municípios – Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda.

A partir da necessidade de realizar a Programação Pactuada Integrada (PPI), que é a forma de planejar e programar a oferta de serviços de saúde em uma região, na qual gestores pactuam necessidades e ofertas de ações e serviços de saúde, com assessoria da Secretaria Estadual de Saúde (SES), prevista na NOB/96, tem início o processo de discussão que levará a termo a implantação do Cismepa.

O consórcio é formado por um colegiado de prefeitos, uma assembléia de gestores e um comitê de administração.

Durante o processo de discussão do consórcio, que durou pouco mais de um ano, subsidiaram a definição das prioridades e das metas, a destinação de investimentos e a elaboração do Plano Intermunicipal de Saúde (PIS). A seguir, os projetos de intervenção que se incluem no plano:

Projeto I – Assistência Materno-Infantil;

Projeto II – Apoio aos municípios do Cismepa;

Projeto III – Sangue e hemoderivados;

Projeto IV – Sistema Intermunicipal de Informação em Saúde;

Projeto V – Sistema de Referências e Contra-Referência Intermunicipal – Ambulatorial e Hospitalar;

Projeto VI – Assistência Especializada;

Projeto VII – Diagnóstico e Terapia;

Projeto VIII – Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares e Diabetes;

Projeto IX – Valorizando a Vida: Estratégia para Redução de Ocorrências Externas.

¹ Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Larissa Rodrigues Pinheiro, Naiara Conceição da C. Pereira, Aydee Valério de Souza Albino e Rodrigo de Oliveira.

Quadro 15 – Consórcio Intermunicipal da Região Médio-Paraíba (Cismepa)

Nível de governo	Atendi- mento na área de Saúde	Atendi- mento na área de Educação	Habitação	Serviços de abasteci- mento de água	Serviços de abas- tecimento de esgo- tamento sanitário	Serviços de limpeza e coleta de lixo
Municípios						
Barra do Piraí	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não
Barra Mansa	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Itatiaia	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Pinheiral	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Piraí	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Porto Real	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Quatis	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Resende	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Rio Claro	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Rio das Flores	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Volta Redonda	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, Mapeamento Médio-Paraíba 2003.

6 CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE¹

Maria Inês Souza Bravo
Débora de Sales Pereira
Michelle Rodrigues de Moraes

6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS²

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

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

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

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

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

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

Historicamente, a categoria “controle social” foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sob as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

¹ Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Larissa Rodrigues Pinheiro, Naiara Conceição da C. Pereira, Aydee Valério de Souza Albino e Rodrigo de Oliveira.

² Texto elaborado por Maria Inês Souza Bravo, “Participação Social e Controle Social” (BRAVO, 2001b).

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

6.2 PANORAMA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO³

No sentido de verificarmos a situação do controle social da política de saúde, na Região Médio-Paraíba, utilizamos como metodologia a coleta e análise de dados primários e secundários, por meio de pesquisa documental, cujas principais fontes foram: Conselhos municipais de saúde da região, regimentos internos e leis de criação; Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; Projeto Políticas Públicas de Saúde, mapeamento da Região Centro-Sul, 2005. Utilizamos ainda como eixos para a análise dos conselhos: ano de formação; organização interna e dinâmica de funcionamento; composição; e conferências de saúde, a partir dos quais desenvolveremos nossa reflexão.

6.2.1 Ano de formação

Há conselhos de saúde em todos os municípios da região, criados, em sua maioria, entre os anos de 1991 e 1993. Nesse período, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 91 e 93, que colocam a criação dos conselhos como critério para transferência de recursos pelo Governo Federal. Vide a seguir, quadro demonstrativo do ano de formação dos conselhos de saúde da região.

Quadro 16 – Ano de Formação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Médio-Paraíba

Municípios	Lei municipal	Data de criação	Modificação	Data de modificação
Barra do Piraí	Lei n.º 451	Dez/1991	Lei n.º 131	19/nov/1993
Barra Mansa	Lei n.º 2310	18/jun/1990	Lei 3.449	20/out/2003
Itatiaia	Lei n.º 112	22/jul/1993	Lei n.º 136	22/dez/1994
Pinheiral	Lei n.º 004	29/jan/1997	-	-
Piraí	Lei n.º 283	14/mai/1991	Resolução n.º 005/02	9/dez/2002
Porto Real	Lei n.º 187	29/10/2003	-	-
Quatis	Lei n.º 045 e n.º 046	3/nov/1993 e 29/nov/1993	-	-
Resende	Lei n.º 1.744	12/dez/1991	Lei n.º 2.010	1.º/ago/1997
Rio Claro	Lei n.º 138	12 /mar/1991	Lei n.º 176	4/nov/1991

³ Os dados apresentados neste item são resultados da Pesquisa sobre os conselhos de saúde no Estado do Rio de Janeiro, coordenada pela professora Maria Inês Souza Bravo e financiada pela FAPERJ e CNPq.

Municípios	Lei municipal	Data de criação	Modificação	Data de modificação
Rio das Flores	Lei n.º 730	28/jun/1993	-	-
Valença	Lei n.º 1.609	7/out/1992	Lei n.º 1.824	Maio de 1999
Volta Redonda	Lei n.º 3.045	28/abr/1994	Lei n.º 3.890	24/set/2003

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: Mapeamento Médio-Paraíba. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

6.2.2 Organização interna e dinâmica de funcionamento

Em relação ao *quorum* necessário para a realização das reuniões, os conselhos analisados garantem, em seus regimentos internos, a necessidade de mais de 50%+1 dos conselheiros (maioria simples), para que o conselho delibere sobre qualquer assunto. Com relação à periodicidade das reuniões, a maioria dos conselhos, garante a frequência mensal das mesmas. O Município de Resende realiza quinzenalmente as reuniões do conselho.

Estes dados estão demonstrados no quadro a seguir.

Quadro 17 – *Quorum* para Deliberação e Periodicidade das Reuniões dos Conselhos Municipais da Região Médio-Paraíba

Municípios	<i>Quorum</i> para deliberação	Periodicidade
Barra do Pirai	Maioria Simples	Mensal
Barra Mansa	1.ª Convocação – 1/3 2.ª convocação – maioria simples	Mensal
Itatiaia	Maioria Absoluta	Mensal
Pinheiral	1.ª convocação – maioria absoluta 2.ª convocação – qualquer número	Mensal
Pirai	1.ª convocação – maioria absoluta 2.ª convocação – 1/3	Mensal
Porto Real	Maioria Simples	Mensal
Quatis	Maioria Absoluta	Mensal
Resende	Maioria Simples	Quinzenal
Rio Claro	Maioria Simples	Mensal
Rio das Flores	Maioria Simples	Mensal
Valença	2/3	Mensal
Volta Redonda	Maioria Simples	Mensal

Fonte: Mapeamento da Região Médio-Paraíba: Projeto Políticas Públicas de Saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2005. Regimento Interno dos Conselhos de Saúde da Região Médio-Paraíba.

6.2.3 Composição

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

Médio-Paraíba Entre os 12 conselhos da Região Médio-Paraíba, conseguiu-se informação de 11. Destes, seis conselhos são paritários segundo a Resolução n.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde. Os demais são paritários somente com relação à Lei n.º 8.142/90 que define 50% das suas vagas para os usuários.

Vide no quadro a seguir a composição dos conselhos.

Quadro 18 – Composição dos Conselhos da Região Médio-Paraíba

Municípios	Número de conselheiros titulares	Paridade	
		Lei n.º 8.142/90 LOS/MS	Resolução n.º 333/2003 CNS
Barra do Pirai	24	Paritário	Paritário
Barra Mansa	24	Paritário	Paritário
Itatiaia	14	Paritário	Não-paritário
Pinheiral	18	Paritário	Não Paritário
Pirai	20	Paritário	Não-paritário
Porto Real	18	Não-paritário	Não-paritário
Quatis	36	Paritário	Não-paritário
Resende	24	Paritário	Paritário
Rio Claro	14	Paritário	Paritário
Rio das Flores	13	Paritário	Paritário
Valença	32	Paritário	Paritário
Volta Redonda	24	Paritário	Paritário

Fonte: Regimento Interno dos Conselhos de Saúde da Região Médio-Paraíba (RIO DE JANEIRO, 2004). Projeto Políticas Públicas de Saúde: Mapeamento da Região Médio-Paraíba do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2000a). Conselho Estadual de Saúde do RJ, Questionário do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do CES, de 2002 (RIO DE JANEIRO, 2002).

6.2.4 Conferências de saúde

As conferências de saúde, espaços de controle social garantidos na Lei Orgânica da Saúde (LOS), são eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a políti-

ca de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação da política de saúde, devendo influenciar, assim, as discussões travadas nos conselhos de saúde.

Quadro 19 – Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Médio-Paraíba

Municípios	Periodicidade
Barra do Pirai	A cada dois anos
Barra Mansa	A cada três anos
Itatiaia	A cada quatro anos
Pinheiral	A cada dois anos
Pirai	Anual
Porto Real	Sem informação
Quatis	A cada dois anos
Resende	A cada dois anos
Rio Claro	Sem Informação
Rio das Flores	Sem Informação
Valença	A cada quatro anos
Volta Redonda	A cada quatro anos

6.2.5 Existência de outros conselhos de políticas e de direitos

O Quadro 18 revela que em todos os municípios da região há conselhos de saúde, assistência social e educação. Apenas o Município de Porto Real não possui Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente. No entanto, o fato de existirem formalmente não pressupõe que os mesmos vêm funcionando na prática.

Quadro 20 – Existência de Outros Conselhos de Políticas e Direitos na Região Médio-Paraíba

Municípios	CMAS	CMS	CME	CMDCA
Barra do Pirai	Existe	Existe	Existe	Existe
Barra Mansa	Existe	Existe	Existe	Existe
Itatiaia	Existe	Existe	Existe	Existe
Pinheiral	Existe	Existe	Existe	Existe
Pirai	Existe	Existe	Existe	Existe
Porto Real	Existe	Existe	Existe	Não Existe
Quatis	Existe	Existe	Existe	Existe

Municípios	CMAS	CMS	CME	CMDCA
Resende	Existe	Existe	Existe	Existe
Rio Claro	Existe	Existe	Existe	Existe
Rio das Flores	Existe	Existe	Existe	Existe
Valença	Existe	Existe	Existe	Existe
Volta Redonda	Existe	Existe	Existe	Existe

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: Mapeamento Médio-Paraíba. Rio de Janeiro: UERJ, 2003. IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2001.

6.3 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA³

Na Região Médio-Paraíba foram formadas, entre 2002 e 2004, três turmas, capacitando um total de 100 conselheiros. A primeira turma foi composta pelos municípios de Resende (sede), Quatis, Porto Real e Itatiaia; a segunda turma pelos municípios de Volta Redonda (sede), Rio Claro, Barra Mansa e Pinheiral e a terceira turma por Barra do Piraí (sede), Valença, Piraí e Rio das Flores. Deste universo iremos analisar dados das fichas de inscrição de 46 conselheiros, isto é, 46% dos conselheiros que participaram do Curso de Capacitação⁴. Este quantitativo representa 18% do total de conselheiros titulares da Região Médio-Paraíba⁵.

6.3.1 Dados institucionais da amostra

No quadro a seguir, verifica-se que o segmento dos usuários teve uma participação significativa em relação aos outros segmentos, o que demonstra maior mobilização deste segmento para ampliação dos seus conhecimentos sobre controle social, a fim de qualificar seu trabalho e intervenção junto aos conselhos de saúde. Dos 46 conselheiros capacitados nos municípios da Região Médio-Paraíba, 27 correspondem ao segmento dos usuários, nove trabalhadores de saúde e dez gestores/prestadores de serviço.

Quadro 21 – Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	27	59%
Trabalhador de Saúde	9	19%
Gestor/prestador	10	22%
Total	46	100%

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

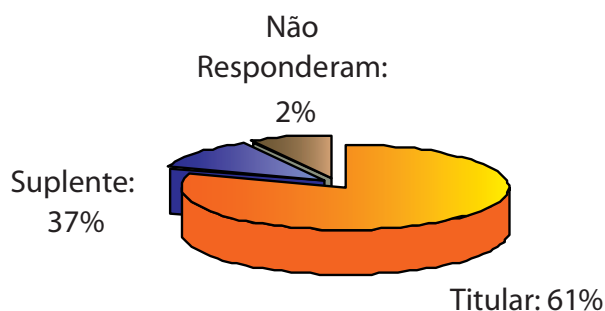
³ Este também é um dos produtos do Projeto Políticas Públicas de Saúde, coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo.

⁴ As 46 fichas de inscrição analisadas foram aquelas recolhidas pelos monitores nas respectivas turmas. A diferença entre o número de conselheiros capacitados e de fichas analisadas refere-se a algumas dificuldades operacionais do curso.

⁵ Os conselheiros titulares na Região Médio-Paraíba (Total: 255) estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 24 em Barra do Piraí; 24 em Barra Mansa; 14 em Itatiaia; 18 em Pinheiral; 20 em Piraí; 36 em Quatis; 36 em Resende; 14 em Rio Claro; 13 em Rio das Flores; 32 em Valença; 24 em Volta Redonda. Não temos informação sobre o número dos conselheiros do município de Porto Real.

O quadro anterior demonstra que 59% dos conselheiros capacitados eram do segmento de usuários, enquanto o segmento dos trabalhadores de saúde representou 19% dos conselheiros capacitados e o segmento dos gestores e prestadores, com 22%.

Gráfico 11 – Conselheiros Distribuídos por Condição



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

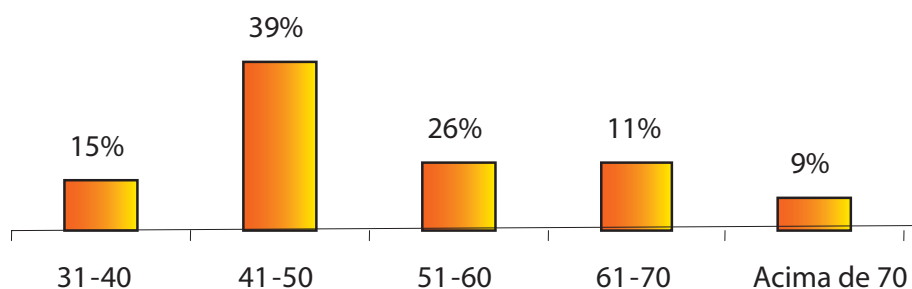
De acordo com o gráfico 1, observa-se que a maioria dos conselheiros que participou do Curso de Capacitação está na condição de titular, representando um total de 61%, enquanto 37% estão na condição de suplente. Este é um fato positivo, já que a Proposta Nacional de Capacitação tinha como objetivo capacitar 50% dos conselheiros de saúde de cada região do Brasil.

6.3.2 Dados pessoais dos conselheiros

A partir da análise dos dados pessoais dos conselheiros, pode-se verificar que, com relação à idade (gráfico 2), mais da metade possui idade superior a 40 anos, representando um total de 85%, sendo que 39% deste total concentram conselheiros com idades entre 41 e 50 anos. Este dado revela que ocorre maior atuação, no espaço dos conselhos de saúde, de pessoas que, provavelmente, participaram do movimento de Reforma Sanitária e de todos os embates daquele período, que preconizavam uma política de saúde universal e de qualidade, verificando assim um compromisso dessas pessoas com o fortalecimento do controle social.

Outro fato que vem confirmar essa hipótese é a participação ainda reduzida de conselheiros com idade inferior a 40 anos, uma vez que, dentro do universo pesquisado, apenas 15% dos conselheiros têm idade entre 30 e 40 anos. Na tentativa de explicar a razão para esse fato, elenca-se o avanço do neoliberalismo econômico a partir da década de 90 que, conseqüentemente, contribui para a difusão do individualismo e para o refluxo dos movimentos sociais. Essa realidade pode estar determinando o surgimento de uma geração sem perspectiva de participação social e ação coletiva para a garantia de direitos. Por outro lado, uma reflexão importante é o pouco investimento dos sujeitos sociais envolvidos com a luta pela Reforma Sanitária na formação de quadros, ou seja, a mobilização de jovens para a luta pela saúde.

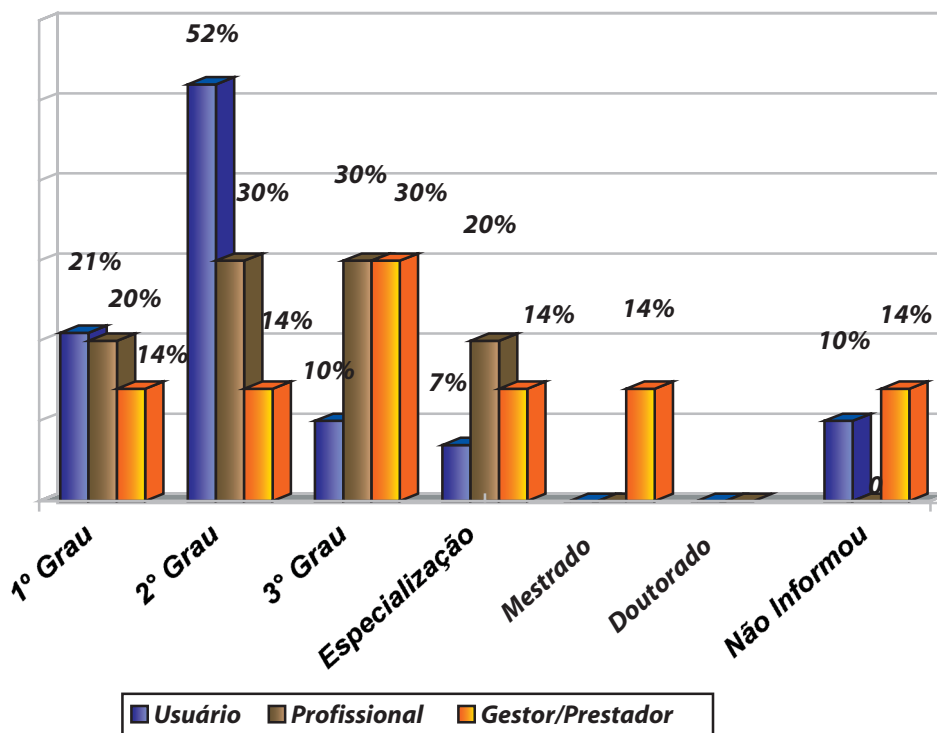
Gráfico 12 – Conselheiros Distribuídos por Idade



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

A análise dos dados referentes à escolaridade (gráfico 3) revela que, no segmento dos usuários, a maioria possui o segundo grau (52%), seguido por um grupo de conselheiros que possui o primeiro grau (21%). Deste grupo apenas 10% possui o terceiro grau e 7% a especialização. No segmento dos trabalhadores, a maioria possui 2.º e 3.º graus, que somados representam 60% da amostra deste segmento, seguido por um grupo com 1.º grau (20%) e de outro com especialização (20%). No segmento dos gestores e prestadores de serviços, o 3.º grau representa o maior percentual (30%), mas não corresponde à maioria. Neste segmento, 1.º grau e 2.º graus somam 28%, apresentando 14% cada um. Com relação a mestrado e especialização, totalizam 28%, com 14% cada.

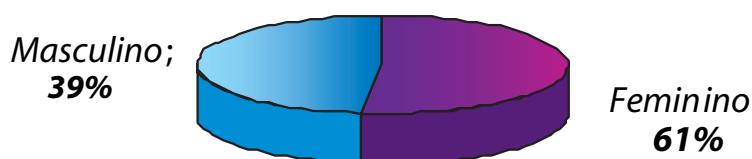
Gráfico 13 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

Com relação à participação dos conselheiros, de acordo com o sexo (gráfico 4), observa-se uma predominância do sexo feminino (64%), o que significa um avanço no que diz respeito à participação da mulher na vida pública e nos espaços de representação política, a despeito da opressão de gênero ocorrida historicamente. Há que destacar que, em diversos estudos sobre a participação da mulher em movimentos populares realizados nos anos 80, revelam que a participação da mulher muitas vezes ocorreu sob a condição de auxiliares dos homens e não raro à presença da mesma era registrada como secretária.

Gráfico 14 – Conselheiros Distribuídos por Sexo



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

6.3.3 Participação em movimentos sociais

No tocante à experiência em movimentos sociais (quadro 2), verifica-se que a maioria dos conselheiros que responderam ao questionário aplicado em razão dos cursos de capacitação teve ou tem alguma participação, o que corresponde a 68% dos participantes, enquanto que apenas 7 (15%) afirmaram não ter experiência. Esse dado é bastante significativo, na medida em que pode contribuir para a ampliação do arco de alianças dos conselhos com a sociedade, por meio de ações em conjunto com os movimentos sociais.

Quadro 22 – Experiência dos Conselheiros em Movimentos Sociais

Experiência em movimentos sociais	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Tem experiência	31	68%
Não tem experiência	7	15%
Não informou	8	17%
Total	46	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

Quanto aos movimentos sociais em que os conselheiros têm experiência de participação, verifica-se que a maioria está relacionada com movimentos populares (33%), seguido de sindicatos (19%). A participação articulada em movimentos populares e partidos políticos ainda é bastante restrita, havendo apenas 13% dos participantes com tal experiência.

Quadro 23 – Movimentos Sociais em que os Conselheiros Têm Experiência

Movimentos sociais	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Movimento popular	10	32%
Sindicato	5	16%
Movimento religioso	5	16%
Movimento popular + religioso	4	13%
Movimento popular + partido	2	7%
Movimento popular + partido + sindicato	2	7%
Partido	1	3%
Outros (entidades filantrópicas/ sem fins lucrativos)	1	3%
Não informou	1	3%
Total	31	100%

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

Com relação às principais entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde nos conselhos (Quadro 4), observa-se que, no segmento dos usuários, a maioria é composta por associações de moradores (44%), seguido do segmento religioso/filantrópico (25%) e sindicatos (15%). Já no segmento dos trabalhadores de saúde, observa-se que a maioria não informou a entidade que representa nos conselhos (34%), seguido pelos representantes das secretarias de saúde e educação, e servidores da saúde (22% cada).

Quadro 24 – Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde

Entidades	Usuários	Porcentagem (%)	Trabalhadores	Porcentagem (%)
Associação de moradores	12	44%	-	-
Sindicatos	4	15%	-	-
Associação de portadores de patologia	1	4%	-	-
Entidade Religiosa/ filantrópica	7	25%	-	-
Clube de serviço	1	4%		
Associação de aposentados	1	4%	1	11%
Associação de profissionais	-	-	1	11%
Servidores da saúde	-	-	2	22%
Secretarias (SMS e SME)	-	-	2	22%
Sem informação	1	4%	3	34%
Total	27	100%	9	100%

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

7 O CONTROLE SOCIAL NAS REGIÕES CENTRO-SUL, BAÍA DA ILHA GRANDE E MÉDIO-PARAÍBA (2.ª MESA-REDONDA)

A mesa-redonda “Participação e Controle Social nas Regiões Centro-Sul, e Baía da Ilha Grande” foi coordenada por Débora de Sales Pereira (integrante da equipe técnica do Projeto Políticas Públicas de Saúde da UERJ), que falou das reuniões preparatórias para esse seminário e colocou que o objetivo da mesma era a apresentação e debate sobre os limites, desafios e as possibilidades do controle social nas três regiões.

A mesa foi composta por: Angelita dos Santos, do Conselho Estadual de Saúde, para colaborar na coordenação; a professora Maria Inês Souza Bravo (UERJ) que falou sobre controle social e o panorama dos conselhos das regiões; e representantes de cada uma das três regiões que apresentaram as experiências de controle social na perspectiva dos usuários e trabalhadores de saúde. Estes representantes foram: Ana Cláudia Sierra Martins (CMS de Paraíba do Sul – Região Centro-Sul – segmento dos trabalhadores de saúde); Diogo Ruiz Côrrea (CMS de Angra dos Reis – Região da Baía da Ilha Grande – segmento dos usuários); Neusa Pacheco (CMS de Quatis – Região Médio-Paraíba – segmento dos usuários). Participaram também Paulo Tavares do CMS de Mangaratiba, e Elias Silva e Andresa Cristina, ambos do CMS de Volta Redonda.

A professora **Maria Inês de Souza Bravo** inicia sua apresentação solicitando que todos peguem os mapeamentos nas pastas. Coloca que abordará questões como: caracterização Geral dos conselhos das Regiões Médio-Paraíba¹, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande (data de criação e composição); perfil dos conselheiros de saúde² das três regiões; e proposições para o fortalecimento do controle social³.

A conselheira **Ana Cláudia Martins** apresentou a situação de saúde e do Controle Social da Região Centro-Sul Fluminense. Relatou o histórico e algumas experiências bem-sucedidas do seu município, Paraíba do Sul. Citou que nos dias 17 e 23 de setembro e 6 de outubro de 2005, alguns municípios da Região Centro-Sul Fluminense se reuniram em Paraíba do Sul para a organização do Seminário de Gestão Participativa. Algumas das questões apontadas sobre a situação de saúde e o controle social da Região Centro-Sul foram:

- Desarticulação dos municípios;
- Pouca participação de alguns municípios;

¹ Essa apresentação refere-se ao item 5 desse Caderno Regional.

² Vide item 5.3 desse Caderno Regional.

³ Vide item 8 desse Caderno Regional.

- Falta de comunicação entre o conselho;
- Burocratização dos conselhos;
- Falta de integração dos conselhos da região;
- Falta de capacitação dos conselheiros;
- Necessidade de retorno às bases;
- Falta de envolvimento de outros movimentos;
- Desconhecimento da população sobre o papel do conselho; o poder público não tem respeitado as leis e os acordos estabelecidos;
- Conselho como espaço de denúncias e discussão;
- Falta de entendimento dos conselheiros sobre financiamento;
- Utilização da dotação orçamentária do conselho para assessoria técnica;
- Falta de entendimento do conselheiro quanto ao seu papel;
- O consórcio (gestores) tem que priorizar as reais necessidades dos municípios;
- Participação do controle social no consórcio intermunicipal;
- Divulgação do trabalho do conselho, facilitação do acesso às informações referentes aos conselhos; criação de conselhos gestores nos bairros;
- Palestras e divulgação de material (ex.: cartilhas), para dar embasamento aos conselheiros novos;
- Preocupação com o atendimento de pré-natal na região;
- Problema com a Central de Regulação. Ex.: falta de leitos para gravidez de risco e de UTI neonatal;
- Distribuição desigual de ambulâncias entre os municípios;
- Construção do Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal do Centro-Sul I;
- Estruturação do Comitê de morbidade infantil na Região Centro-Sul;
- Projeto Nascer e Maternidade (governabilidade);

Acrescentou ainda que a comunidade vem se organizando, nos últimos anos, por meio de conselhos municipais e comitês populares que abrangem os mais variados setores sociais, como transporte coletivo, saúde e participação na gestão do orçamento municipal, deixando para o poder público apenas a função de mediar e fiscalizar as relações entre o público e o privado, a fim de garantir meios de proporcionar melhor qualidade de vida da população.

A conselheira colocou algumas reflexões do grupo da Região Centro-Sul: que a comunidade organizada e solidária exerce inúmeros importantes meios de controle social, como o direito à informação, a reivindicação de conselhos comunitários, a democratização do processo decisório (como o orçamento participativo), entre outras ferramentas capazes de oferecer maior transparência à gestão pública e que contribuem para uma melhor qualidade dos serviços oferecidos à comunidade.

Entre os limites, apontou que: o limite acontece no momento em que a legislação não é respeitada e inexistente o diálogo entre gestão e comunidade. As possibilidades são inúmeras, bastando esclarecer as prioridades e o que é governável.

Paulo Tavares afirma que Mangaratiba é um município entre Itaguaí e Angra, que não participa de nenhum consórcio. Diz que o controle social foi instituído por causa da exigência legal. O conselho de Mangaratiba só tem oito membros porque o prefeito determinou assim e, por desconhecimento, a proposta foi aceita e ficaram nove anos trabalhando dessa forma. Mangaratiba tem conselho sem paridade porque esgotaram todos os servidores, estes se foram, só os usuários estão no conselho. Estão tentando fazer uma conferência no máximo até junho, antes das eleições, mas dependem de uma lei que está aguardando a sanção do prefeito.

O conselheiro **Diogo Ruiz** apresentou a situação de saúde e do controle social da Região da Baía da Ilha Grande. Iniciou lamentando a falta de transporte pela secretaria de saúde e comunicou que alguns membros não puderam comparecer, por este motivo. Propôs que o conselheiro Paulo fale primeiro sobre Mangaratiba para depois falar sobre Angra dos Reis e Parati.

Explica, usando o dicionário Aurélio, o que é controle e o que é social. É fiscalizar, exercer a fiscalização por meio da sociedade. Pensa que todo o governo no Brasil é opressor, em sua própria estrutura. Por mais que haja a lei, a formação brasileira oprime, não deixa as coisas acontecerem. O próprio governo quer fazer alguma coisa e não pode. Em Angra, houve a primeira Conferência de Saúde, em 1991 e, em 1992, o conselho tomou posse.

Levanta alguns questionamentos e desafios a serem enfrentados pelo controle social: a representação por indicação de representantes do poder público; a garantia da paridade; a falta de trabalhadores de saúde nos conselhos; o desrespeito às deliberações dos conselhos e conferências pelo poder público; a falta de capacitação dos conselheiros; a falta de soluções jurídicas mais ágeis, principalmente por parte do Ministério Público.

Coloca também como desafio e possibilidade para o controle social: fazer a implementação de política regional, para discussão das políticas públicas das regiões.

Neusa Pacheco diz que vai dividir sua fala com Elias (articulador da Região Médio-Paraíba), pois foi feito um fórum em Quatis tentando reunir os conselheiros, mas não conseguiram fazer um quadro demonstrativo da região.

Coloca algumas dificuldades encontradas no controle social da região: Porto Real está representada, mas anteriormente Porto Real não tinha nenhum conselho funcionando,

pois o governo não estava interessado. Com a mudança de governo, foi solicitada ajuda para estruturar o conselho de saúde. Fizeram a conferência de saúde e a terceira de saúde mental, em Quatis. Avalia como “boa” a conferência, pois discutiu-se o financiamento do SUS, um dos maiores nós para a população. Outro nó crítico é o PSF, pois a população não acha que PSF é solução e acaba rechaçando o programa. Coloca a importância da participação da população nas conferências, não se restringindo à participação apenas dos conselheiros.

Diz que ter dotação orçamentária não quer dizer que se tenha o dinheiro necessário. O gerenciamento do fundo também é desconhecido pela população e por muitos conselheiros. No Ministério Público do Médio-Paraíba, o juiz está chamando presidente por presidente dos conselhos da região para saber como funciona o conselho, mas quando se chega lá não mostram o processo. O Ministério Público está interessado no controle social e em como ele é feito. Encerrou sua apresentação, querendo saber o que fazer no caso em que se elegeu um conselho na conferência em que ele não é paritário e foi recém empossado.

Elias Silva diz que o conselho de Volta Redonda é paritário. O mesmo tem uma verba de R\$100 mil por ano, para gastar com passagem, estadia, alimentação, assessoria técnica, contratação de emergência. Possui telefone, computador, fax, secretária. Sobre esta estrutura a lei manda que todos os conselhos tenham sua estrutura, e o Ministério Público cobra isso. Diz que vão comprar um carro para o conselho. Passa a palavra para Andresa, secretária-executiva, que explica qual o trabalho desenvolvido no Conselho Municipal de Volta Redonda.

Andresa Cristina F. Silva apresenta o plano de ação montado pela executiva e exemplifica com experiências do conselho. Em junho, houve a apresentação da proposta e o conselho não aprovou de imediato. Houve mudanças e o plano de ação só foi aprovado na terceira reunião. Está previsto no plano: visitas aos convênios e hospitais privados e outros locais que prestam serviço. Foi elaborado material de divulgação do conselho e foi realizada uma exposição pela rádio para ver como o conselho funciona. O objetivo é divulgar e fortalecer o conselho nas unidades, convocar reuniões com coordenadores de distrito e fiscalizar assuntos que são da questão ordinária. Em Volta Redonda existe conselho gestor em algumas unidades, mas não atuam. Estão querendo retomar estes conselhos, com o intuito de montar o conselho distrital. O conselho tem as comissões temáticas de: direito à saúde, legislação e finanças.

Encerrando a mesa, Angelita dos Santos (CES/RJ) diz que teria direito a uma fala, mas abre mão, pois é mais importante discutirmos em conjunto nos grupos. Solicitou que todos fizessem uma reflexão: esta região tem 8% da população do estado, tendo um peso político importante no que se refere ao voto. Apontou para que se discutam as belezas turísticas, pois aumenta o produto. Ressaltou com relação à saúde o acesso adequado para o setor de empregabilidade, o acesso ao programa diretor de investimento, as altas taxas de cesárea e o baixo número de hospitais públicos.

8 FINANCIAMENTO DA SAÚDE⁵

Deputada Estadual Cida Diogo

Cida Diogo agradece a oportunidade por falar sobre o tema de financiamento da saúde e faz elogios ao encontro, destacando que precisamos refletir e nos organizar para poder enfrentar as dificuldades que existem no caminho. Destaca que o Processo Constituinte (1986-1988) possibilitou a superação da visão curativa e contributiva do setor saúde, com origem no sistema previdenciário, cujo acesso era limitado aos segurados da Previdência Social, passando a garantir, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, o acesso universal e o controle social pelos conselhos de saúde. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e, por último, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) só realizavam cobertura ambulatorial e hospitalar aos contribuintes desses respectivos sistemas.

Com o revigoramento dos movimentos sociais, na década de 80, iniciou-se o Movimento Sanitário, proporcionando condições favoráveis à construção de um novo sistema de saúde. O ano de 1986 é um marco desse movimento, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, tendo como temário: a saúde como direito inerente à cidadania; a reformulação do Sistema Nacional de Saúde em consonância com os princípios de universalização, participação e descentralização; a integração orgânico-institucional; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, territórios e municípios) na prestação de serviços de saúde e o financiamento do setor Saúde.

O processo constituinte foi um marco histórico-político de transformação no modelo de atenção à saúde adotado no País, possibilitando mudanças de princípios e diretrizes em sua filosofia. A Constituição Federal de 1988 traduziu esse avanço ao incluir no artigo 196 (Título VIII – Ordem Social), que “saúde é direito de todos e dever do estado”, sendo política não contributiva. Desde então, os princípios da universalidade do atendimento, a descentralização política-administrativa, hierarquização das ações, equidade, participação popular e o controle social passaram a ser pilares de um novo modelo de gestão.

Explicita ainda que ocorreu a regulamentação do sistema, por meio das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, que dispõem sobre as regras de participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais. Destaca o artigo 195 da Constituição, que assegura que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

I – Dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II – Dos trabalhadores;

¹ Este item faz parte da apresentação da Deputada Estadual Cida Diogo exibida no seminário.

III – Sobre a receita de concursos de prognósticos.

De todas as fontes citadas, a seguridade social representa 70% do orçamento do setor Saúde, sendo que a contribuição sobre a folha salarial corresponde 50% desse montante, conforme demonstra o quadro abaixo:

Quadro 25 – Arrecadação da Seguridade Social –
Principais fontes de receitas. Brasil, 1996

(Valores em milhões US\$)

Contribuição sobre Folha Salarial	39.651	51,85%
COFINS	16.334	21.36%
PIS/PASEP	6.702	8,76%
Contribuição sobre lucro líquido	7.771	10.16%
CPMF	6.000	7.84%
Total	76.458	100,00%

Fonte DPS/Ipea

Alguns nós da política de financiamento são destacados, como o ocorrido em 1994, quando o Ministro da Previdência e Assistência Social, Antônio Brito, deixou de repassar parte dos recursos constitucionais ao MS, os relativos à contribuição sobre a folha de salários, que passou a ser pedinte do Tesouro Nacional por ter ficado sem uma dotação orçamentária definida. Embora tenham sido retirados esses recursos do setor Saúde, as dotações orçamentárias têm sido crescentes, entretanto o crescimento o investimento ainda é baixo, pois não atinge o valor de R\$ 150,00 por habitante/ano.

Os governos federal, estaduais e municipais tem que investir no setor Saúde, sobretudo pelo fato de o SUS ter como princípio fundamental o processo de municipalização da saúde. Com a aprovação da Norma Operacional n.º 01/93 os municípios são co-responsáveis pelo investimento no setor Saúde, porém os pequenos municípios, por não terem outras fontes de receita, apresentam dificuldades para localizarem respostas resolutivas às demandas apresentadas pela população.

Para garantir recursos estáveis no setor Saúde e após longa tramitação no Congresso Nacional, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, em 13 de setembro de 2000, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a co-participação da União, dos estados e dos municípios no financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Foram estabelecidos mínimos das receitas da União, dos estados e dos municípios, originando aumento gradual de recursos nos últimos anos.

O cálculo previsto na EC n.º 29 é o seguinte:

- a) Levantar o valor empenhado nas ações e nos serviços públicos de saúde no exercício financeiro do ano anterior, acrescido de 5%;

- b) Para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Isso significa, para a União, um aumento de recursos para a saúde equivalente ao aumento real do PIB mais a inflação do ano, visando manter a proporção de gastos federais em saúde em relação ao PIB;
- c) Para os estados e municípios, os percentuais de vinculação estabelecidos são 12% e 15%, respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios;
- d) A previsão foi garantir um aumento gradual. Com isso, os estados começariam com um percentual de 7% no ano de 2000, chegando em 2004 a 12%, e os municípios teriam que começar com um investimento mínimo no valor de 7% até 15% em 2004.

Em seguida, a palestrante discorre sobre as dificuldades na operacionalização da NOB 01/03, destacando que antes de 1993 o Governo Federal comprava as ações e os serviços de saúde por meio do Inamps. Dessa forma, as instituições de saúde estaduais e municipais eram tratadas como meras prestadoras de serviços (consultas e procedimentos cobertos pelo Inamps). Essa postura incentivou a cultura da produtividade, cuja preocupação era produzir o maior número de procedimentos médicos sem considerar a qualidade e a resolutividade do serviço para a população. A lógica predominante foi a mercadológica.

A implantação da NOB proporcionou a gestão municipalizada do setor Saúde, criando a seguinte qualificação para os municípios: incipiente, parcial e semiplena. Os municípios habilitados passaram a dispor de tetos financeiros definidos a serem repassados pelo Governo Federal e autonomia na gestão de todas as unidades de abrangência municipal e regional (dependendo do porte do município). Apesar dos reconhecidos avanços, algumas dificuldades foram encontradas: descentralização dos recursos fundo a fundo foi mais lenta do que o esperado, atingindo somente 144 municípios e nenhum estado; a transferência fundo a fundo limitou-se a área da assistência (as demais continuaram sendo por meio de convênios); a avaliação do desempenho na utilização dos recursos ficou restrita ao quantitativo de procedimentos efetuados, não representando salto algum de qualidade na consolidação do SUS e na existência de uma tabela de pagamento nacional única.

Para superar os limites da NOB 01/93, foi aprovada a NOB 01/96, que cria alguns instrumentos de ação e garante maior autonomia aos estados e municípios. Estabeleceu-se o Piso Assistencial Básico (PAB), que prevê o custeio de procedimentos e ações de atenção básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Este piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município segundo o IBGE, sendo transferido automaticamente fundo a fundo. Caso o município não tenha fundo

implantado, é depositado numa conta especial. O valor *per capita* nacional é de R\$ 10,00 por habitante/ano.

Os procedimentos adotados na PAB e o seu valor *per capita* são definidos pela Comissão Intergestora Tripartite e votados no Conselho Nacional de Saúde.

A NOB 01/96 só entrou em vigor no ano de 1998 e proporcionou mudanças na organização dos sistemas locais de saúde em duas condições de gestão:

- a) Gestão Plena da Atenção Básica; e
- b) Gestão Plena do Sistema Municipal.

A primeira condição, sobretudo quando se trata de municípios de pequeno porte, propõe aumento de autonomia do município na assistência de atenção básica, em seu território, privilegiando a promoção da saúde. A segunda, além de conter o propósito da primeira, permite aos municípios, especialmente os de grande porte, ser responsável pela referência microrregional ou regional, organizar de forma integrada e pactuada os vários níveis de assistência à saúde.

A habilitação dos municípios à NOB foi surpreendente: 90,85% dos municípios se habilitaram a alguma das modalidades de gestão, sendo 4.553 na gestão plena da atenção básica e 449 na gestão plena do sistema municipal de saúde. Em 1998, apenas 504 municípios não estavam habilitados em nenhuma condição. No Estado do Rio de Janeiro (91 municípios na época), até o ano de 1998, 72 municípios estavam habilitados na condição plena de atenção básica e 12 habilitados na condição plena do sistema municipal, totalizando 84 municípios.

Em relação ao Estado do Rio de Janeiro, é importante fazermos algumas considerações. A Governadora Rosinha aprova, em 2003, as Leis n.º 4.167 e n.º 4.179, que permitem que o orçamento de saúde do estado financie ações que não dizem respeito à saúde, como o restaurante popular, cheque idoso, cheque cidadão, utilizando recursos do Fundo Estadual de Saúde para financiar tais políticas. Essas ações, que podem ser caracterizadas como assistencialista, passaram a possuir amparo legal para retirar recursos da saúde, o que compromete a viabilidade desta política.

A Governadora Rosinha Garotinho retira verbas do fundo estadual e inclui as ações que não são de saúde para obter o cálculo mínimo de orçamento exigido pela EC 29/2000, de forma que burla a referida emenda. Os programas que não se caracterizam como saúde deveriam assegurar recursos de outras fontes e não comprometer a política de saúde. Além disso, a Lei n.º 4.179 cria um conselho superior ao conselho de saúde, em que o secretário de saúde é presidente deste conselho, com estas mesmas políticas assistencialistas.

Quadro 26 – Programas sociais questionados como ações e serviços de saúde de acordo com a EC 29/00 Levantamento feito em 20/10/05 no Siafem

Programa de Trabalho (Unidade orçamentária 2961)	Dotação inicial	Dotação atual	Despesa empenhada	Despesa liquidada	Despesa paga
Cheque Saúde Cidadão	3.500.000	344.000	258.000	258.000	258.000
Farmácia Popular	126.250.000	28.405.879	22.748.046	19.233.975	15.021.425
Suplementação Alimentar	142.480.000	69.863.253	61.153.842	59.150.305	59.141.405
Combate Carência Nut. Família Cond. Pobreza	20.000.000	14.008.000	14.008.000	13.371.126	9.363.508
Ações de saneamento básico	10.000.000	97.981.238	80.258.393	39.909.132	810.348
Desp. Contratos Financ. Progr. Saneamento Básico	129.804.254	128.710.956	114.032.029	112.954.655	112.954.655
Total	432.034.254	339.313.326	292.458.310	244.877.193	197.549.340

Cida destaca que existem leis em tramitação no Congresso que buscam definir com maior precisão o financiamento para a saúde, bem como as ações que esta política abranje. Esta iniciativa e outras que buscam derrubar a lei, sob o argumento da inconstitucionalidade das mesmas, só serão possíveis mediante a participação dos movimentos sociais organizados, para pressionar os gestores pela garantia de compromisso com a política pública de saúde.

9 ALGUMAS REFLEXÕES RELACIONADAS À SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL DA REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA

Os problemas de saúde considerados como prioritários na Região Médio-Paraíba são: a deficiência na atenção materno-infantil; a insuficiência de atividades de promoção à saúde; Deficiência no sistema de informação em saúde; baixa cobertura pelo PSF; deficiência na organização das ações de controle da tuberculose; e o estrangulamento no acesso aos serviços e procedimentos de média e alta complexidade.

A Região Médio-Paraíba apresenta como principais problemas decorrentes da situação de saúde a falta de investimento público em alguns municípios que a compõem. O setor privado – que deveria funcionar de forma complementar à rede pública, de acordo com o que estabelece a Lei n.º 8.080/90 – ainda tem predominância na região.

A rede hospitalar é hegemônica pelo setor privado, detendo cerca de 74% da oferta. Não bastasse o número de leitos credenciados ser bastante restrito, correspondendo a menos de 0,3% dos habitantes, a maior parte deles (64%) é credenciada segundo especialidades, das quais destacam-se a psiquiatria, clínica médica e clínica cirúrgica. Um aspecto a destacar é que o setor filantrópico tem 45% da oferta.

Existe também, deficiência na atenção básica, detectada pela ocorrência de doenças e mortalidade relacionadas a problemas sócio-econômicos e à falta de prevenção.

Com relação ao controle social, destaca-se que dos 12 conselhos existentes, conseguiu-se informações de 11. Destes, seis são paritários de acordo com a Resolução n.º 333/03. No curso de capacitação de conselheiros, que foi realizado na região com o objetivo de aprimorar a gestão democrática e a fim de interferir na garantia de melhores condições de saúde, os conselheiros de saúde da região apresentaram uma agenda com propostas que serão apresentadas a seguir.

Para o aprimoramento da gestão democrática e garantia de melhores condições de saúde, os conselheiros de saúde da região apresentaram como propostas na 8.ª Oficina do Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde realizado em 2002¹ a seguinte agenda:

- Construção de uma agenda básica de trabalho dos Conselhos Municipais de Saúde, considerando a experiência adquirida durante o curso;
- Construção da identidade dos conselhos municipais de saúde enquanto colegiado;

¹ Síntese elaborada pelas assistentes sociais Débora de Sales Pereira, Mariana Maciel do N. Oliveira e Michelle Rodrigues de Moraes, a partir do relatório das oficinas do Curso de Capacitação de Conselheiros feito pelo monitor Marco Aurélio Faria Rezende, em dezembro de 2002, sob a orientação da professora Maria Inês Souza Bravo.

- Estabelecimento de parcerias dos conselhos municipais de saúde com outras instâncias colegiadas locais, tais como: Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal de Educação, entre outros;
- Criação de um Fórum Regional de Conselhos de Saúde do Médio-Paraíba;

Criação de Comissão de Trabalho para estabelecimento de novas etapas do trabalho colegiado iniciado a partir do curso de capacitação de conselheiros em 2002.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde tem apresentado como outras propostas para o fortalecimento do controle social nas Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande apresentadas no Seminário de Gestão Participativa em Saúde

- **Infra-Estrutura, Divulgação, Dinâmica das Reuniões, Dotação Orçamentária**
 - Garantia de infra-estrutura dos conselhos municipais de saúde (sala de trabalho, telefone exclusivo, Internet, etc.);
 - Produção de boletins para divulgação das informações relativas aos conselhos municipais de saúde e a política de saúde;
 - Organização da dinâmica das reuniões, marcação prévia de reuniões, planejamento coletivo da pauta das reuniões com divulgação prévia; criação de comissões de trabalho;
 - Garantir definição orçamentária para o funcionamento dos conselhos para: viabilizar recursos para melhoria da infra-estrutura e garantir a presença dos conselheiros em outros espaços de participação.
- **Informações necessárias para os conselheiros**
 - Organização de banco de dados sobre a rede de saúde e sobre a legislação do SUS;
 - Disponibilização dos relatórios financeiros com tempo hábil para a aprovação dos conselhos;
 - A linguagem técnica com relação à prestação de contas deve ser de fácil entendimento;
 - Prestação de contas da gestão municipal acerca das informações relativas aos planos de ação e relatórios de gestão;
 - Ter quadro de metas e debatê-lo em reuniões convocadas para este fim;
 - Acompanhamento do orçamento para garantir a efetividade das ações;
 - Ter o relatório de gestão anual e relatórios parciais para os meses subsequentes;

- Análise do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) com divulgação do mesmo.
- **Ampliação da Participação**
 - Estimular a criação de conselhos gestores de unidade e conselhos distritais;
 - Estabelecimento de parcerias dos conselhos municipais de saúde com outros conselhos, Ministério Público, entidades que trabalham pelo interesse do SUS e a comissão de saúde da Câmara;
 - Ampliar a participação dos conselhos na definição do plano de aplicação e dotação orçamentária;
 - Promover reuniões de articulação dos conselheiros não-governamentais e destes com a entidade base representada, inclusive com debate das pautas das reuniões.
- **Outras Ações**
 - Capacitação permanente para os conselhos municipais de saúde;
 - Revisão dos regimentos internos dos conselhos municipais de saúde;
 - Revisão do plano de saúde e garantir a reavaliação anual;
 - Garantir a livre escolha das entidades que irão representar os distintos segmentos;
 - Garantir a paridade, segundo a Resolução n.º 333/03 do CNS, em todos os conselhos.

Estas propostas foram aprovadas em plenária pelos participantes do seminário.

10 CARTA-COMPROMISSO DAS REGIÕES MÉDIO-PARAÍBA, CENTRO-SUL E BAÍA DA ILHA GRANDE DO RIO DE JANEIRO

Agenda Pública em Saúde

Os participantes do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro, realizado em 21 de outubro de 2005, em Vassouras, com a presença de 70 participantes representando os conselhos municipais de saúde dos municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa, Pinheiral, Porto Real, Quatis, Resende, Valença e Volta Redonda (Região Médio-Paraíba); Areal, Comendador Levy Gasparian, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia e Vassouras (Região Centro-Sul) e Angra dos Reis e Mangaratiba (Região da Baía da Ilha Grande); o Conselho Estadual de Saúde; a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde; o Cosems, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e o Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ caracterizaram como principais questões de saúde:

- Falta de investimento do setor público nos municípios que a compõem;
- Rede hospitalar hegemônica pelo setor privado;
- Terceirização dos recursos humanos;
- Consórcio intermunicipal nas regiões médio-paraíba e centro-sul sem a participação do controle social;
- Existência de conselhos municipais de saúde não-paritários, sem autonomia e infra-estrutura;
- Falta de articulação, capacitação e planejamento nos conselhos;
- Falta de prestação de contas do poder público aos conselhos;
- Falta de divulgação/comunicação das atividades dos conselhos municipais de saúde e retorno dos conselheiros para suas entidades.

A partir dos problemas identificados apresentaram como propostas:

- Garantir o financiamento para o setor público, bem como a regulamentação da Emenda Constitucional 29;

- Rediscutir os consórcios de saúde da região Centro-Sul, uma vez que o controle social não está presente nas deliberações das ações de saúde regionalmente implementadas;
- Garantir o cumprimento da Resolução n.º 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde;
- Promover ações de mobilização para renovação dos quadros dos conselhos;
- Posicionamento contrário ao Ato Médico;
- Construção de planos regionais de saúde nas três regiões, com ampla participação da sociedade civil organizada e dos conselhos municipais de saúde para reorganizar o SUS nas regiões, com ênfase na atenção básica, garantindo referência e contra-referência, com a finalidade de assegurar o efetivo direito à saúde.
- Criação dos fóruns de conselhos nas três regiões.

O cumprimento desta agenda é de responsabilidade de todos os agentes públicos comprometidos com a construção do Sistema Único de Saúde, em todos os municípios das regiões, com a finalidade de inaugurar um novo pacto de gestão participativa tendo como base as reais necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRAVO, M. I. S. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos Conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Org.). *Política Social e Democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Uerj, 2001a.

_____. Participação Social e Controle Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001b.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Org.). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001.

RIO DE JANEIRO (Estado). Conselho Estadual de Saúde. *Questionários do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do CES*. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Questionários do projeto Interiorização e Regionalização das ações do CES*. Rio de Janeiro, 2002b

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização RJ 2001-2004*. Rio de Janeiro, 2002c. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Informações/Informacoes.shtml>>. Links: Indicadores e informações em Saúde/Informe ao Gestor/Regionalização.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2001 a 2004*. Rio de Janeiro, [200-?].

ANEXOS

ANEXO A – SÍNTESE DAS REUNIÕES DE ORGANIZAÇÃO DO SEMINÁRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA NAS REGIÕES CENTRO-SUL, BAÍA DA ILHA GRANDE E MÉDIO-PARAÍBA

Coordenação das Reuniões: Débora Sales, Mariana Maciel e Michelle Moraes¹

Região Médio-Paraíba

Data: 9/9/2005

Local: Auditório da SMS de Volta Redonda

Pauta: Apresentação e discussão da proposta de programação do Seminário de Gestão Participativa das Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande.

Municípios Presentes (75% – 22 pessoas)

Barra do Pirai; Pinheiral; Pirai; Quatis; Resende; Rio Claro; Valença; Volta Redonda.

Ausentes:

- Barra Mansa contato para mobilização (PPPS)
- Itatiaia contato para mobilização (Resende)
- Porto Real contato para mobilização (Quatis)
- Rio das Flores contato para mobilização (PPPS)
- PEP contato para mobilização (PPPS)

Principais pontos discussão:

- Papel da universidade;
- Papel dos movimentos sociais;
- Participação do MST;
- Articulação dos municípios;
- Construção e fortalecimento do fórum regional;

¹ Integrantes do Projeto Políticas Públicas de Saúde, da Faculdade de Serviço Social, da UERJ, coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo.

- Questionamento em relação ao financiamento do projeto;
- Necessidade de envolvimento das três esferas de governo;
- Discussão sobre consórcio (Cismepa);
- Necessidade de capacitação dos conselheiros;
- Estratégia de articulação com o PEP (facilitadores e tutores do pólo sul);
- Renovação dos quadros dos conselhos e abertura para participação de novos atores;
- Mobilização dos municípios ausentes;
- Compromisso com a representatividade dos conselhos;
- Compromisso da presença efetiva do articulador do CES na região.

Deliberações:

- Reunião de desdobramento para escolha do representante da Região Médio-Paraíba no dia 15/9;
- Relato da situação dos conselhos de saúde de cada município.

Reunião de desdobramento:

15/9 Local: Auditório da SMS

Representante escolhido: Neuza Pacheco – Quatis (segmento usuário)

Deliberações:

- Cada município deve elaborar uma síntese da situação do conselho de saúde de seu município (prazo até 1.º/10);
- Próxima reunião 14/10; Local: Recanto 21 – Quatis.

ANEXO B – TABULAÇÃO DAS FICHAS DE INSCRIÇÃO DAS REGIÕES CENTRO-SUL, BAÍA DA ILHA GRANDE E MÉDIO-PARAÍBA

Região Médio-Paraíba

Total de participantes: 23

Municípios: Barra do Piraí (2), Barra Mansa (2), Itatiaia, Pinheiral (2), Porto Real (3), Quatis (2), Resende (2), Valença (3), Volta Redonda (4)².

Convidados: Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), dos municípios de Valença, Barra do Piraí e coordenação estadual de saúde do MST (Campos).

Total de municípios da Região Médio-Paraíba presentes no seminário: 10 de 12

Conselheiro de Saúde

Sim	14	58%
Não	10	42%
Total	24	100%

De acordo com o documento “REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA: Situação de Saúde e Controle Social”, na região há 255 conselheiros de saúde titulares. Dos 36 conselheiros convidados (dois usuários e um trabalhador de saúde³) apenas 14 conselheiros compareceram ao seminário, ou seja, 39% do total. Isso demonstra também a dificuldade de mobilização desses conselheiros.

Conselhos presentes:

CMS Barra do Piraí, CMS Pinheiral, CMS Porto Real, CMS Quatis, CMS Resende, CMS Valença, CMS Volta Redonda.

Segmento dos Convidados:

Usuário	8	33%
Profissional de saúde	6	25%
Gestor	7	29%
Movimento social	3	13%
Total	24	100%

² Não compareceram os municípios de Porto Real, Rio Claro e Rio das Flores.

³ Foram convidados dois usuários e um trabalhador para garantir a paridade na participação, já que os coordenadores de DST/aids dos municípios (segmento gestor/prestador de serviços) já estavam convidados a participar, pois a proposta do seminário era coordenar a discussão DST/aids com controle social na saúde.

Participação em Movimentos Sociais

Cabe-nos destacar a importância da participação em movimentos sociais, visto que os próprios conselheiros sempre destacam a necessidade de renovação e ampliação dos quadros dos conselhos.

Neste seminário houve a oportunidade de convidar o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) para participar das atividades propostas, o que possibilita a troca entre os sujeitos envolvidos e possibilita maior articulação entre os conselheiros de saúde e os movimentos sociais da região.

ANEXO C – PRINCIPAIS PROBLEMAS E PROPOSTAS DA REGIÃO MÉDIO-PARAÍBA

Os participantes da Região Médio-Paraíba, representados pelos municípios Barra do Piraí, Barra Mansa, Pinheiral, Porto Real, Quatis, Resende, Valença e Volta Redonda, discutiram em grupo os principais problemas de saúde da região e elaboraram propostas para a melhoria da situação de saúde e fortalecimento do controle social, no seminário de Gestão Participativa, ocorrido em Vassouras, nos dias 20, 21 e 22 de outubro de 2005.

- **Principais problemas apresentados:**

- Falta de capacitação dos conselheiros;
- Falta de articulação entre os conselhos;
- Falta de planejamento das ações de saúde.

Principais propostas apresentadas:

- Articulação entre a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Saúde para ações de prevenção em saúde (ações educativas) com a participação do Conselho Municipal de Saúde;
- Garantir o acesso à saúde para os militantes acampados do MST com maior divulgação e distribuição de material educativo;
- Ações de mobilização nas escolas técnicas, universidades com a participação dos conselhos para formação/renovação de quadros;
- Ampliação da divulgação das reuniões dos conselhos, em especial, das eleições;
- Mobilização dos movimentos sociais para participar nos conselhos, com vistas à renovação de quadros;
- Atuação dos conselhos na fiscalização das Oscips;
- Articulação dos conselhos com o movimento social organizado;
- Aumentar a articulação dos movimentos sociais que já atuam nos conselhos, articulando com suas bases para que a atuação nos conselhos não substitua a atuação no movimento;
- Mobilização para não aprovar o ato médico;
- Garantir a capacitação dos conselheiros por meio da realização de cursos de capacitação pelo fórum de conselhos;

1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das
Regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande
do Rio de Janeiro – Região Médio-Paraíba

- Criação de grupo de trabalho para organização do fórum de conselhos da Região Médio-Paraíba, composto pelo articulador regional do conselho estadual, representantes dos conselhos de Volta Redonda, Quatis, Resende, Pinheiral e Valença;
- Reunião do fórum de dois em dois meses;
- Realização da 1.ª Reunião do fórum no dia 7/11/05, às 17h, no Edifício Plaza, 15.º andar (auditório do CMS) Volta Redonda, às 17h.
- Viabilizar a agenda pública de saúde aprovada na plenária final do seminário e as propostas específicas da Região Médio-Paraíba.

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

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

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

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



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

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

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

Brasília – DF, julho de 2007

OS 0181/2007