

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão
Estratégica e Participativa

1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da **Região Serrana** do Rio de Janeiro



Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Regionais



Brasília - DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

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

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

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

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 700 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
Fax: (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

Colaboração (SGEP/MS):

Fernando Rodrigues Cunha

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 da
Região Serrana do Rio de Janeiro

Coordenação:

Maria Inês Souza Bravo – Docente – FSS/UERJ

Equipe Responsável:

Adriana Pereira da Fonseca – Graduanda FSS/UERJ
Andressa Motta Almado – Graduanda FSS/UERJ
Carolina de Barros Montanha – Graduanda FSS/UERJ
Dácia Cristina Teles – Assistente Social
Daniele Batista Brandt – Assistente Social
Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social
Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS/ UERJ
Mariana Maciel do N. Oliveira – Assistente Social
Michelle Rodrigues de Moraes – Assistente Social
Rodrigo de Oliveira Ribeiro – Assistente Social
Rosane Santos de Carvalho – Graduanda FSS/UERJ
Rose Santos Pedreira – Assistente Social
Sheila Barreiros Pereira Metz – Graduanda FSS/UERJ
Silva Cristina Guimarães Ladeira – Assistente Social

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.
68 p. : il. color. – (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Regionais)

ISBN 978-85-334-1386-3

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 2007/0155

Títulos para indexação:

Em inglês: 1st Seminar on Participative Health Administration of the Mountainous Region of Rio de Janeiro

Em espanhol: 1º Seminario de Gestión Participativa en Salud de la Región Serrana de Rio de Janeiro

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

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

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

Equipe Editorial:

Normalização: Vanessa Kelly Leitão
Revisão: Lilian Assunção e Vânia Lucas
Editoração: Fernando Cunha

SUMÁRIO

Lista de Figuras, Quadros e Gráficos	5
Apresentação	7
1 Mesa de Abertura	9
1.1 Mesa “Participação e Controle Social no SUS”	9
2 Situação de Saúde e do Controle Social da Região Serrana do Rio de Janeiro	13
2.1 Breve Caracterização da Região Serrana do Rio De Janeiro	14
2.1.1 O Estado do Rio de Janeiro	14
2.1.2 Dados Gerais da Região Serrana do Rio de Janeiro	15
2.1.3 População	16
2.2 Situação de Saúde da Região Serrana do Rio De Janeiro	16
2.2.1 Principais Problemas de Saúde	16
2.2.2 Saneamento Básico	17
2.2.3 Natalidade	19
2.2.4 Mortalidade	21
2.2.5 Principais Doenças	25
2.2.6 Características da Rede de Atendimento à Saúde	26
2.2.6.1 Microrregiões e Módulos Assistenciais	26
2.2.6.2 Atenção Básica	28
2.2.6.3 Organização da Rede de Serviços	31
2.3 O Controle Social na Região Serrana do Rio de Janeiro	35
2.3.1 Panorama dos Conselhos de Saúde da Região	36
2.3.1.1 Lei e data de criação dos conselhos	36
2.3.1.2 Composição dos Conselhos	37
2.3.1.3 Organização Interna e Dinâmica de Funcionamento	40
2.3.1.4 Conferências de Saúde	43
2.4 Existência de Outros Conselhos de Políticas e Direitos	44
3 Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro	47
3.1 Dados Institucionais da Amostra	48
3.1.1 Dados Pessoais dos Conselheiros	49
3.1.2 Participação em Movimentos Sociais	52

3.2 Algumas Reflexões	55
4 Mesa-Redonda "Participação e Controle Social na Região Serrana".	57
4.1 Relação dos Gestores no Controle Social	57
4.2 A Visão do Controle Social pelos Usuários	58
4.3 O Controle Social pelos Trabalhadores	58
4.4 Realidade e Desafios da Legislação do SUS	61
5 Considerações Finais.	63
6 Carta-Compromisso	65
Referências Bibliográficas	67

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro Dividido por Regiões.	14
Figura 2 – Mapa da Região Serrana do Rio de Janeiro	15
Quadro 1 – População Residente Estimada, segundo as Regiões de Governo e os Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2004	16
Quadro 2 – Principais Problemas de Saúde da Região Serrana.	17
Quadro 3 – Economias e Ligações de Esgoto, por Categoria, segundo as Regiões de Governo e Municípios do Estado do Rio de Janeiro	18
Quadro 4 – Sistema de Abastecimento de Água segundo as Regiões de Governo Municípios e Localidades do Estado do Rio de Janeiro – 2001	18
Quadro 5 – Sistema de Abastecimento de Água.	19
Quadro 6 – Nascidos Vivos da Região Serrana – 1998-2002.	20
Quadro 7 – Tipo de Parto (2002).	21
Quadro 8 – Taxa Bruta de Mortalidade por 1.000 Habitantes, nos Municípios da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro – 1991-2000	22
Quadro 9 – Mortalidade segundo Grupo de Causas (2002)	23
Quadro 10 – Taxa de Mortalidade Infantil, segundo as Regiões de Governo e Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 1991-2000.	24
Quadro 11 – Casos Registrados das Principais Doenças, segundo as Regiões de Governo e Municípios	25
Quadro 12 – Modelo de Atenção Básica e % de População Coberta pelo Programa no Período de 2000 a 2004 – Municípios da Região Serrana/RJ.	29
Quadro 13 – Hospitais Credenciados.	31
Quadro 14 – Natureza dos Hospitais	32
Quadro 15 – Natureza dos Hospitais: Públicos e Privados	32
Quadro 16 – Concentração dos Hospitais, por Municípios da Região	33
Quadro 17 – Unidades Ambulatoriais, por Tipo de Unidade, segundo as Regiões de Governo e os Municípios do Estado do Rio de Janeiro	33
Quadro 18 – Leitos Contratados em Hospitais Credenciados, por natureza do hospital, segundo as Regiões de Governo e os Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2001.	34
Quadro 19 – Natureza dos Hospitais e Número de Leitos	35
Quadro 20 – Ano de Formação dos Conselhos.	37

Quadro 21 – Composição dos Conselhos	38
Quadro 22 – Características dos Conselhos com Relação à Paridade	39
Quadro 23 – Situação dos Municípios segundo a Lei n.º 8.142 e a Resolução n.º 333/2003	40
Quadro 24 – Caráter dos Conselhos.	41
Quadro 25 – Periodicidade das Reuniões	42
Quadro 26 – Quorum para Reunião.	43
Quadro 27 – Periodicidade das Conferências de Saúde	44
Quadro 28 – Outros Conselhos de Política e de Direitos na Região Serrana.	45
Quadro 29 – Conselheiros Distribuídos por Segmento.	48
Gráfico 1 – Conselheiros Distribuídos por Segmento.	48
Quadro 30 – Conselheiros Distribuídos por Condição	49
Gráfico 2 – Conselheiros Distribuídos por Condição	49
Quadro 31 – Conselheiros Distribuídos por Idade.	50
Gráfico 3 – Conselheiros Distribuídos por Idade	50
Quadro 32 – Conselheiros Distribuídos por Sexo	51
Gráfico 4 – Conselheiros Distribuídos por Sexo	51
Quadro 33 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade	51
Gráfico 5 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento	52
Gráfico 6 – Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais.	53
Quadro 34 – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência	53
Gráfico 7 – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência	54
Quadro 35 – Entidades Representativas dos Usuários e Trabalhadores de Saúde	55

APRESENTAÇÃO

Este caderno apresenta uma síntese do 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região Serrana do Rio de Janeiro, realizado no dia 13 de agosto de 2005, cuja proposta era situar, discutir e avaliar os problemas prioritários e as demandas da população relativas à saúde, com vistas a propor soluções viáveis, por meio da mobilização dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde na Região Serrana do Rio de Janeiro. Este seminário teve como objetivo potencializar a participação e a gestão das políticas públicas de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais locais, na perspectiva de ampliar a democracia participativa e construir o Fórum de Conselhos da Região Serrana.

A programação e organização do seminário foram construídas coletivamente em três reuniões – nos dias 3 de junho, 8 de julho e 29 de julho de 2005 –, que ocorreram na Policlínica Centro Dr. Silvio Henrique Braune (Rua Plínio Casado, s/n.º – Bairro do Suspiro), no Município de Nova Friburgo. Nessas reuniões participaram representantes dos conselhos dos municípios de Bom Jardim, Cantagalo, Duas Barras, Nova Friburgo, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Trajano de Moraes; e representantes do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Houve também representação da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e da equipe do “Projeto Políticas Públicas de Saúde: o Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro”, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Este evento teve a participação de 63 pessoas inscritas distribuídas da seguinte forma: 36 conselheiros de saúde e 27 não conselheiros (16 trabalhadores de saúde, 7 estudantes e 4 outros).

Com relação aos conselheiros de saúde, 20 (55,5%) pertenciam ao segmento dos usuários, 9 (25%) dos trabalhadores de saúde e 7 (19,5%) do gestor/prestador de serviço. Esses eram dos respectivos conselhos municipais: Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis; Petrópolis; Nova Friburgo; Santa Maria Madalena; São Sebastião do Alto; São José do Vale do Rio Preto; Bom Jardim; Cantagalo; Duas Barras; São Gonçalo; Nilópolis; Magé; Rio de Janeiro e do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

As seguintes instituições estavam presentes: Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde; Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; Conselhos Municipais de Saúde (conforme indicação acima); Conselho da Mulher de Nova Friburgo; Fundo Municipal de Saúde de Nova Friburgo; Secretaria Municipal de Saúde de Cantagalo; Secretaria de Meio Ambiente; Secretaria Municipal de Educação Santa Maria Madalena; Secretaria de Obras; Sindicatos e Associação (Sindsprev – Teresópolis, Nova Friburgo, Rio de Janeiro, São Gonçalo – SINDPMT – Teresópolis, Sindicato dos Médicos, Associação Brasil Odontologia, Associação de Petrópolis de Agentes de Saúde); Federações e Associações

de Moradores (Famerj, Amorc – Nilópolis, Associação de Moradores de Carmo, Associação de Moradores Solaris I e II, Comunidade Quilombo).

Nesse caderno estão apresentados os conteúdos em seis itens: o primeiro destaca a mesa de abertura do seminário; o segundo vai apresentar o panorama da situação de saúde e do controle social na Região Serrana do Rio de Janeiro; o terceiro aborda o perfil dos conselheiros de saúde da região; o quarto item apresenta a mesa-redonda “Participação e Controle Social na Região Serrana”; no quinto item são ressaltadas algumas considerações e o último item é a Carta-Compromisso da Região Serrana com os principais problemas e propostas.

1 MESA DE ABERTURA

Os trabalhos foram iniciados com a fala de Juliana Souza Bravo de Menezes, que resgatou as três reuniões, realizadas nos dias 3 de junho, 8 de julho e 29 de julho, onde foi construído, em conjunto com os conselhos municipais da região, o 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região Serrana.

Destacou que o principal objetivo deste evento é potencializar a participação e a gestão das políticas públicas de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais da Região Serrana com a perspectiva do fortalecimento da democracia participativa e da possibilidade da construção de um Fórum de Conselhos da Região.

1.1 MESA “PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS”

A mesa “Participação e Controle Social no SUS” contou com a presença dos organizadores do evento: representantes dos conselhos estaduais e municipais de saúde; Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sendo justificada a ausência da representante do Conselho Nacional de Saúde, Solange Belchior.

A primeira fala foi de **Marilene Formiga**, conselheira estadual e articuladora da Região, que afirmou que a temática da mesa trata de uma grande luta ao longo do processo de construção do SUS para a consolidação do controle social.

Avaliou que a criação da Secretaria de Gestão Participativa, pelo Ministério da Saúde, e a discussão que produziu geraram apreensão diante da possibilidade do surgimento de um novo modelo que viesse a se sobrepor ao controle social.

Destacou que houve conselhos comunitários de saúde, fóruns de saúde e grandes mobilizações nas ruas, mas considerou que hoje a atuação institucionalizou-se, que as bases dos movimentos representados nos conselhos desconhecem as dificuldades e as pressões sofridas pelos conselheiros, e que o trabalho desenvolvido não tem visibilidade. Ponderou que o Conselho não pode paralisar-se, discutindo a necessidade de maior capacitação, pois os problemas são os mesmos e, ainda que alterem a forma de expô-los, faltam soluções.

Afirmou que a capacitação é importante, mas que faltam mecanismos que garantam o exercício da lei, sendo necessário ir para as ruas novamente.

Hoje a gestão participativa pode ser vista como um parceiro comum, fundamental para avançar na consolidação do controle social na saúde, que é a principal luta.

Destacou a necessidade de socializar as informações para a sociedade como um todo, pois os usuários são destratados nas unidades de saúde, porque não sabem seus direitos,

portanto, ou as informações são socializadas para os usuários e a sociedade civil, ou as conquistas serão perdidas, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo ainda não consolidado.

Em seguida **Luzia Franco**, ex-conselheira do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Nova Friburgo, ex-conselheira estadual e articuladora da Região Serrana, discorreu sobre o tema, destacando o processo iniciado no Conselho Estadual de Saúde para interiorização das ações.

Destacou que o projeto, iniciado em 1999, fez com que fosse possível chegar aos municípios do interior, para diagnosticar a situação do controle social nas regiões.

Como articuladora do Conselho Estadual de Saúde, nesse projeto, fez uma avaliação sobre a percepção do controle social nestes conselhos. Foi possível mudar o enfoque, para construir a perspectiva do controle social na saúde, tendo as políticas públicas uma visão correta, que o gestor pode ter um grande aliado, um grande apoio com a sociedade participando nesse contexto.

Considerou a situação do Conselho Municipal de Nova Friburgo, que não está funcionando desde 10 de junho de 2005, pois os representantes da sociedade civil colocaram seus cargos “em aberto” e encaminharam reivindicação ao Ministério Público, dado que o conselho não poderia estar atuando a reboque da lei, na contramão de tudo que foi construído.

Ainda que pareça difícil, a crise do País e a localizada nos municípios e no estado não podem esmorecer os esforços em direção do SUS que deve ser construído, sendo necessário fortalecer as consciências políticas diante do controle social na saúde, para fazer com que esse movimento, tal como ocorre neste seminário, crie raízes.

Trata-se de estabelecer o fórum na Região Serrana, com a proposta de ficar sempre atento e não deixar que o controle social da área venha a perecer.

Lúcia Souto, representante da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, destacou em sua fala quais os desafios que considera para a consolidação do SUS.

Resgatou o movimento deliberado na 8.ª Conferência Nacional de Saúde que, da série de conferências que o Brasil realizou na época, foi a única que teve essa ampla participação da sociedade, que gerou todas as diretrizes do SUS. O direito à saúde, consagrado na Constituição de 1988, foi fruto da emenda popular, com mais de 100 mil assinaturas, apresentadas à Constituinte de 1988, mostrando claramente que essa construção do direito à saúde no Brasil teve o componente “participação da sociedade” em seu nascedouro.

Ressaltou que, naquele momento em que o Brasil se redemocratizava, não era só uma questão de estar construindo um direito político, mas também um direito social e econômico.

Hoje se coloca a luta pela regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que vincula recursos e orçamento à área da Saúde, até para que o conceito ampliado de saúde,

associado à idéia de vida não seja utilizado como um argumento para restringir o orçamento da Saúde e para vinculá-lo a outras políticas sociais que devem ter sua própria dotação orçamentária.

Como se pode construir no Brasil, que ainda tem uma profunda desigualdade social, a compreensão de que a saúde é uma política de distribuição de renda e não uma política de concentração de renda? Como é possível fazer com que o direito à saúde seja efetivado nessa construção social democrática incipiente, embrionária e muito frágil que o Brasil ainda vive? Como construir uma nova relação Estado e sociedade que seja baseada nos direitos do cidadão? Daí deriva o conceito da gestão participativa e democrática.

Construir no dia-a-dia a participação da sociedade com os instrumentos que já se criou constitucionalmente e ampliá-los não é só trabalhar com a democracia representativa, mas também com a participativa.

Os conselhos devem interagir com a sociedade de maneira mais irrestrita, abrindo canais de comunicação cada vez mais ampliados. Pode-se fazer uma capacitação para três pessoas, mas é possível fazer o mesmo para 100 num auditório como o deste seminário e com os mesmos recursos. Uma coisa é afirmar que se deve participar, a outra é criar condições práticas de participação.

Quando se trabalha a idéia da gestão participativa, é para possibilitar a reorganização do Sistema Único de Saúde, segundo as reais necessidades da população, e não pela condução caótica de uma demanda de mercado desordenada.

A idéia é deixar de ser consumidor de produtos e serviços de saúde para que o cidadão tenha uma consciência sanitária capaz de construir um novo sistema de saúde, organizado e articulado em torno dessas metas.

Cada território brasileiro tem que ter meta. É preciso saber qual é a nossa lista do inadmissível em cada cidade, em cada região, para poder todo mundo, aí sim, compor uma agenda comum.

Garantir a participação e a descentralização é fundamental, por isso destaca a idéia da reorganização do SUS, do sistema como um todo, em todos os seus níveis de complexidade, a partir de estratégias como a saúde da família.

Não se trata apenas de uma mudança da atenção básica para ser mais próxima das pessoas, mas sim de mudança do processo de trabalho que sai da compartimentalização para a construção de equipes, da troca entre as pessoas e, além disso, contribui para trabalhar a família como eixo integrador das políticas sociais em nível local e regional, e potencializa a ação pública em cada área.

Para se definir uma agenda comum, é importante ter dados que tornem claros os resultados e permitam saber se os recursos são aplicados de acordo com as metas estabelecidas. Os planos municipais e regionais de saúde também devem ser construídos democraticamente, pois é preciso criar uma massa crítica na sociedade que possa, de

fato, participar do processo de forma articulada para, a partir daí, reorganizar o sistema de saúde e dialogar com a realidade concreta das pessoas.

Afirmou que o seminário é um momento importante para construir novos movimentos, trabalhar os problemas da região, como está a organização, quais recursos estão disponíveis, identificando ferramentas de gestão regional que sejam participativas e que possam estar cada vez mais próximas das realidades concretas da população.

Para finalizar a mesa, a Professora Maria Inês Souza Bravo, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ressaltou a importância do controle social na área de Saúde e apresentou os dados das investigações sobre os conselhos de saúde e o perfil dos conselheiros da Região Serrana¹, que se encontram nos itens 2.3 e 3 deste caderno.

¹ Estas investigações fazem parte do Projeto “Gestão Democrática na Saúde e Serviço Social”, coordenado pela Professora Dra. Maria Inês Souza Bravo e financiado pelo CNPq, UERJ, Faperj e Ministério da Saúde.

2 SITUAÇÃO DE SAÚDE E DO CONTROLE SOCIAL DA REGIÃO SERRANA DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
Silva Cristina Guimarães
Rodrigo Oliveira Ribeiro

Este item é produto do projeto de pesquisa “Conselhos de Saúde e Reforma Sanitária”, que tem como eixo de análise a gestão democrática e o controle social na Saúde. Está inserido na linha de investigação “Conselhos de Saúde do Estado do Rio de Janeiro”.

A metodologia utilizada tem por base: a observação participante, por meio do acompanhamento dos conselhos e das conferências de saúde; o levantamento e a análise documental dos conselhos, dos registros produzidos pela equipe e de fontes oficiais de informação. Para subsidiar a compreensão da realidade e a análise dos dados, foi utilizado também referencial bibliográfico.

Esta parte tem por objetivo apresentar a situação de saúde e do controle social da Região Serrana e está estruturado em quatro subitens. O primeiro apresenta algumas considerações iniciais sobre o Estado do Rio de Janeiro. O segundo consiste em uma breve caracterização da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. O terceiro destaca o perfil da saúde da região, mediante análise sobre os principais problemas de saúde; os indicadores sobre saneamento básico e sistema de abastecimento de água; as taxas de natalidade; as taxas de mortalidade geral e infantil; as principais doenças registradas, bem como as características da Rede de Atendimento à Saúde (Microrregiões e Módulos Assistenciais, Atenção Básica, Rede Ambulatorial e Rede Hospitalar). O quarto enfoca o controle social com destaque para os conselhos municipais de saúde da região, por meio dos eixos: ano de formação, composição, caracterização dos conselhos, organização interna e dinâmica de funcionamento, conferências municipais de saúde e a existência de outros conselhos de políticas e de direitos na região. Para finalizar, serão apresentadas algumas considerações.

¹ Este item é um dos produtos da equipe do Projeto “Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro”, da Faculdade de Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

2.1 BREVE CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO SERRANA DO RIO DE JANEIRO

2.1.1 O Estado do Rio de Janeiro

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



Fonte: Fundação Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro – Cide.
Nota: as microrregiões geográficas indicadas fazem parte da divisão regional do IBGE.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (2001-2004), o Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios, tem população de 14.367.083 habitantes, com base no Censo Demográfico 2000 (IBGE). O estado está dividido em oito regiões geográficas, segundo o Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (Cide), órgão da Secretaria de Estado de Planejamento.

A Região Metropolitana está dividida em duas regiões: Metropolitana 1 (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense) e Metropolitana 2 (Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Silva

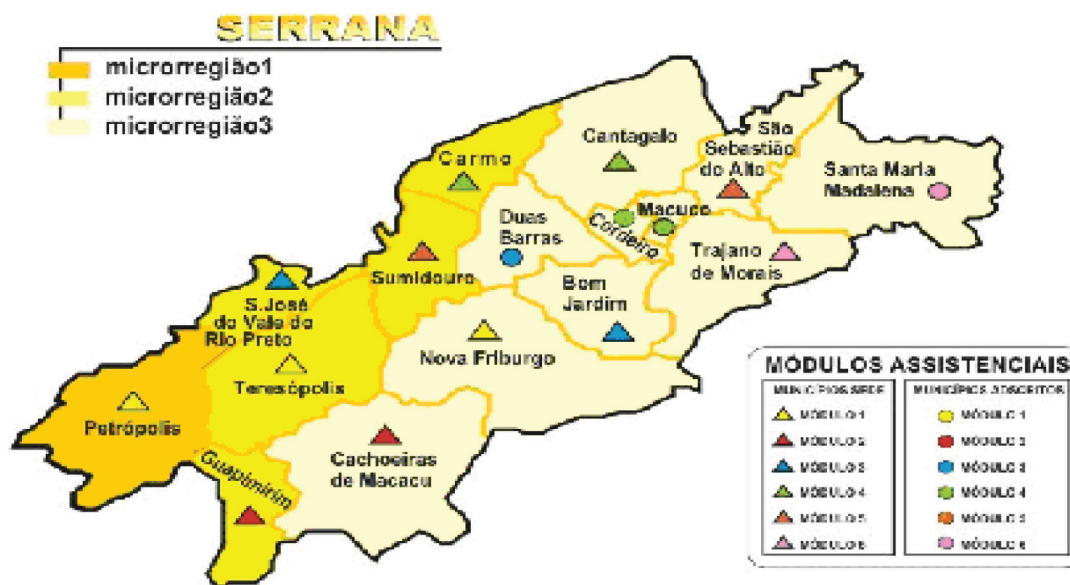
Jardim, Tanguá e Rio Bonito). Nessa região (composta por 19 municípios) está a maior concentração de contingente populacional – 11 milhões de habitantes – representando 76,5% da população total do estado.

As demais regiões do Estado do Rio de Janeiro são: Norte (oito municípios), Baía da Ilha Grande (três municípios), Baixada Litorânea (nove municípios), Noroeste (14 municípios), Centro-Sul (11 municípios), Serrana (16 municípios) e Médio-Paraíba (12 municípios). As Regiões da Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea e Médio-Paraíba juntas possuem 9,3% da população do estado; as regiões Centro-Sul e Serrana 7,2% e as regiões Norte e Noroeste 6,9%.

2.1.2 Dados Gerais da Região Serrana do Rio de Janeiro

A Região Serrana possui 16 municípios, com uma população de 873.837 habitantes, representando 5,3% da população total do estado. A região é composta pelos seguintes municípios: Bom Jardim, Cachoeira de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes.

Figura 2. Mapa da Região Serrana do Rio de Janeiro



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

A Região Serrana apresenta dois pólos econômicos bem distintos. Um caracterizado pelo maior dinamismo e desenvolvimento econômico em função de atividades industriais, turísticas e da produção de hortigranjeiros. E outro, economicamente menos desenvolvido, por apresentar atividades agrícolas em solos bastante empobrecidos. Os municípios de Cantagalo e Cordeiro apresentam, por suas especificidades, um desempenho econômico potencializado pela produção de cimento.

2.1.3 População

Quadro 1. População Residente Estimada, segundo as Regiões de Governo e os Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2004

Regiões de governo e municípios	População residente Estimada – 2004
Região Serrana	881.305
Bom Jardim	23.688
Cantagalo	20.557
Carmo	15.689
Cordeiro	19.553
Duas Barras	10.569
Macuco	4.552
Nova Friburgo	176.669
Petrópolis	302.477
Santa Maria Madalena	10.284
São José do Vale do Rio Preto	21.231
São Sebastião do Alto	8.684
Sumidouro	14.791
Teresópolis	146.994
Trajano de Moraes	9.729
Guapimirim	43.019
Cachoeira de Macacu	52.819

Fonte: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2004>.

A partir dos dados apresentados pode-se perceber que existe uma concentração dos habitantes na Região Serrana em Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis. Em 2004, respectivamente, 34,32%, 20,04% e 16,67% da população total estavam nestes municípios.

2.2 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO SERRANA DO RIO DE JANEIRO

2.2.1 Principais problemas de saúde

De acordo com o Plano Estadual de Saúde, a região apresenta como principais problemas de saúde: insuficiente cobertura do Programa Saúde da Família (PSF); deficiência nas ações de saúde da área materno-infantil; dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade e dificuldades para implementação da Noas e da microrregio-

nalização; deficiência no sistema de informação; dificuldades na regulação dos sistemas municipais de saúde por parte dos gestores municipais. No quadro a seguir é possível visualizar os macroproblemas da região e seus descritores definidos pelo Plano Estadual de Saúde.

Quadro 2. Principais Problemas de Saúde da Região Serrana

Macroproblema	Descritores
1. Insuficiente cobertura do PSF	Cobertura de 23,87%.
2. Deficiência nas ações de saúde da área materno-infantil	Insuficiência de leitos em UTI neonatal; elevada taxa de morbimortalidade infantil; baixa cobertura de pré-natal.
3. Dificuldade de acesso aos serviços de média e alta complexidade e dificuldades para implementação da Noas e da microrregionalização	Demora na marcação de consultas; uma parcela considerável da população fica sem acesso a esses tipos de serviço; demora no atendimento, existência de longas filas de espera.
4. Deficiência no sistema de informação	Inexistência de banco de dados para monitorar uma fração dos indicadores da PPI-ECD; escassez e dificuldade na análise dos dados; não utilização dos dados para o planejamento.
5. Dificuldades na regulação dos sistemas municipais de saúde por parte dos gestores municipais	Prefeituras de alguns municípios não alocam seus recursos diretamente no FMS; baixa capacidade de negociação com o setor privado conveniado, devido à forma de financiamento (centralizado na SES/RJ).

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

2.2.2 Saneamento básico

Já se observou, em estudos sobre a pobreza no Brasil, que a melhoria dos serviços básicos (água, esgoto, etc.) reduz significativamente a precariedade das condições de vida da população (LESBAUPIN, 2001, p. 51). Portanto, o que se percebe sobre esta realidade na região analisada é um grande déficit de serviços considerados básicos para os moradores. Além dos dados oficiais apontarem insuficiências quanto à capacidade de serviços prestados, pois apenas aproximadamente $\frac{1}{4}$ da população pode contar com o fornecimento de água, constatamos ainda a precariedade destes serviços visto que a ausência de tratamento do esgoto que é jogado *in natura* nos rios da região tem ocasionado a contaminação das águas consumidas pelo conjunto da população e, conseqüentemente, prejudicado sua situação de saúde.

Quadro 3. Economias e Ligações de Esgoto, por Categoria, segundo as Regiões de Governo e Municípios do Estado do Rio de Janeiro

Regiões de governo e municípios	Economias (1)				
	Total	Residencial	Comercial	Industrial	Pública
Região Serrana	46.229	39.532	6.358	141	198
Petrópolis	46.219	39.523	6.358	141	197
Cachoeiras de Macacu	10	9	-	-	1

Regiões de governo e municípios	Ligações (2)				
	Total	Residencial	Comercial	Industrial	Pública
Região Serrana	26.924	24.431	2.224	100	169
Petrópolis	26.915	24.423	2.224	100	168
Cachoeiras de Macacu	9	8	-	-	1

Concessionária Águas do Paraíba S.A e Concessionária Águas do Juturnaíba S.A .

(1) Unidade predial caracterizada segundo critérios estabelecidos para efeito de cobrança de tarifa.

(2) Interligação do alimentador predial à rede distribuidora.

Fonte: Cide, 2002.

Quadro 4. Sistema de Abastecimento de Água segundo as Regiões de Governo Municípios e Localidades do Estado do Rio de Janeiro – 2001

Regiões de governo e municípios	Capacidade de atendimento (habitantes) (1)	Regime de abastecimento
Região Serrana	209.004	
Bom Jardim	9.000	permanente
Cantagalo	10.440	permanente
Cordeiro	23.400	permanente
Duas Barras	2.880	permanente
Macuco	6.120	permanente
São Sebastião do Alto	2.560	permanente
Sumidouro	4.996	permanente
Teresópolis	129.600	intermitente
Santa Maria Madalena	3.600	permanente
Trajano de Moraes	3.600	permanente
Cachoeiras de Macacu	78.840	permanente

Fonte: Cide 2002.

Para melhor análise do abastecimento de água na Região, preparou-se uma tabela comparando com o número de habitantes de cada município e a capacidade de abastecimento dos mesmos. Será utilizada a população estimada de 2001, para ficar em consonância com os dados da água, também de 2001.

Quadro 5. Sistema de Abastecimento de Água

Município	Número de habitantes	Capacidade de atendimento (habitantes)
Bom Jardim	22.890	9.000
Cantagalo	19.854	10.440
Cordeiro	18.871	23.400
Duas Barras	10.388	2.880
Macuco	4.936	6.120
Santa Maria Madalena	10.432	3.600
São Sebastião do Alto	8.437	2.560
Sumidouro	14.318	4.996
Teresópolis	140.139	129.600
Trajano de Moraes	9.967	3.600
Cachoeiras de Macacu	49.531	78.840

Observa-se que dos 11 municípios que constam na tabela, apenas três deles possuem capacidade de abastecimento compatível com o número de sua população. Os demais apresentam um sistema de abastecimento de água aquém das demandas do município. A falta de água pode acarretar problemas de saúde, havendo a necessidade de incremento deste sistema na Região Serrana.

2.2.3 Natalidade

Os dados a seguir apresentam o número de nascidos vivos nos municípios que compõem a Região Serrana, do período de 1998 a 2002.

Quadro 6. Nascidos Vivos da Região Serrana – 1998-2002

Regiões de governo	1998	1999	2000	2001	2002
Estado do Rio de Janeiro	258.284	268.213	259.118	242.360	232.232
Região Serrana	14.540	16.082	14.921	14.501	13.915
Bom Jardim	413	377	421	373	371
Cantagalo	315	387	335	343	264
Carmo	269	267	279	254	273
Cordeiro	348	358	356	339	327
Duas Barras	182	164	191	196	202
Macuco	120	143	100	112	112
Nova Friburgo	2.936	3.035	2.849	2.813	2.693
Petrópolis	5.252	5.440	5.129	4.833	4.553
Santa Maria Madalena	160	166	166	157	155
São José do Vale do Rio Preto	286	440	322	308	312
São Sebastião do Alto	80	141	129	121	119
Sumidouro	212	213	212	250	205
Teresópolis	3.009	3.024	2.939	2.925	2.686
Trajano de Moraes	101	134	103	102	115
Guapimirim	573	699	673	632	724
Cachoeiras de Macacu	284	717	717	743	804

Fonte: DATASUS, 2005.

Verifica-se que o número de nascidos vivos na região, no período de 1998 a 2002, tem uma pequena queda. Cabe destacar que, de 1998 a 2000, há um aumento do número de nascidos vivos e a partir de 2001 começa a cair esse número. Dos 16 municípios que compõem a Região, sete municípios – Cachoeira de Macacu, Carmo, Duas Barras, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto e Trajano de Moraes – apresentam um pequeno aumento no número de nascidos vivos. Os demais municípios apresentam queda, refletindo uma tendência estadual e nacional que é a diminuição da taxa de natalidade.

Com relação ao parto, o quadro a seguir nos mostra os tipos registrados, no ano de 2002, na Região Serrana.

Quadro 7. Tipo de Parto (2002)

Nível de governo	Vaginal	Cesário	Total
Estado do Rio de Janeiro	9,6	8,8	9,2
Região Serrana	12,9	6,5	9,7
Bom Jardim	14.5	8.7	10.5
Cantagalo	12.2	2.6	8.0
Carmo	8.1	4.4	6.2
Cordeiro	16.3	5.7	10.7
Duas Barras	21.4	4.1	8.9
Macuco	18.5	6.0	9.0
Nova Friburgo	12.1	9.7	10.7
Petrópolis	10.1	12.3	11.1
Santa Maria Madalena	9.8	8.2	9.0
São José do Vale do Rio Preto	13.5	6.7	9.9
São Sebastião do Alto	22.2	3.0	5.9
Sumidouro	11.6	10.0	10.7
Teresópolis	11.5	10.5	11.0
Trajano de Moraes	3.2	-	1.7
Guapimirim	9.5	4.8	7.5
Cachoeiras de Macacu	13.4	7.9	9.5

Fonte: DATASUS, 2005.

Os dados apontam que a Região Serrana, no ano 2002, registrou maior número de partos vaginais (66%) em relação às cesárias (34%)². Entretanto, o Município de Petrópolis realizou mais partos operatórios, que é mais prejudicial à saúde da mãe e também mais custoso para os serviços de saúde.

2.2.4 Mortalidade

Os dados a seguir apresentam a taxa de mortalidade, ou seja, o número de pessoas que morrem a cada 1.000 habitantes, nos municípios que compõem a Região Serrana, no período de 1991 a 2000.

² A média do estado, no mesmo ano, de parto vaginal foi 52% e de cesário foi 48%.

Quadro 8. Taxa Bruta de Mortalidade por 1.000 Habitantes, nos Municípios da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro – 1991-2000

Regiões de governo e municípios	Taxa bruta de mortalidade (por 1.000 hab.)									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Estado do Rio de Janeiro	8,3	8,2	8,3	8,6	8,7	8,6	8,3	8,1	7,9	7,8
Região Serrana	7,9	7,9	8	8,5	8,6	8,6	7,9	5,1	5,1	5,1
Bom Jardim	8,4	7,9	7,5	7,6	7,5	7,2	7,4	4,8	4,8	4,6
Cantagalo	6,3	6,7	7,2	7,1	7,4	7,1	7,4	4,8	4,5	4,6
Carmo	7,6	8,1	8,4	8,2	7,7	6,8	6,7	4,2	4,5	4,7
Cordeiro	6,6	6,5	6,7	7,2	7,9	7,9	8,1	5	4,8	4,6
Duas Barras	5,9	4,7	5,3	4,8	5,8	5,3	6,1	3,8	3,8	4
Macuco	-	-	-	-	-	-	-	5,7	6	5,9
Nova Friburgo	6,9	6,9	6,9	7,1	7,3	7,6	7,2	4,7	4,7	4,7
Petrópolis	9,1	9,1	9,1	10,1	10	9,7	8,7	5,6	5,7	5,5
Santa Maria Madalena	6,2	6,2	6,5	6,4	6,5	6,5	6,7	4,3	4,2	4,9
São José do Vale do Rio Preto	5,7	5,9	6,5	5,9	6,4	5,7	6,3	3,9	3,6	3,8
São Sebastião do Alto	6,9	6,8	6,6	5,5	5,7	5,4	7,7	5	4,4	4,4
Sumidouro	4,7	5,3	5,7	5,6	5,4	4,6	5,6	3,7	3,9	4
Teresópolis	8,2	8,3	8,4	9	9,2	9,7	8,5	5,5	5,4	5,2
Trajano de Moraes	6	6,3	7,1	6,9	7	6,9	7	4,7	4,1	4,8
Guapimirim	-	-	-	6,3	6,6	5,5	7,2	6,6	6,3	6,4
Cachoeiras de Macacu	6,6	6,7	6,8	6,9	6,9	6,5	6,8	4,4	4,2	4,1

Fonte: Cide, 2002.

Observa-se, no quadro acima, que a taxa de mortalidade na Região Serrana é menor que a do Estado do Rio; além disso, evidencia-se que a referida região também teve, ao longo da década de 90, uma maior redução da taxa de mortalidade que no estado. Este passou de 8,3 para 7,8 e na Região Serrana passou de 7,9 para 5,1.

Percebe-se que os municípios com elevada taxa de mortalidade em 1991 apresentaram nesses dez anos uma significativa redução da mesma. Sendo este o caso de Bom Jardim, Carmo, Petrópolis e Teresópolis.

Os municípios de Teresópolis, Petrópolis, Macuco e Guapimirim, em 2000, possuíam uma taxa de mortalidade acima da média da Região Serrana, sendo que Guapimirim apresenta a maior taxa de mortalidade e a menor taxa é de São José do Vale do Rio Preto.

É importante destacar as causas destas mortes, para que por esses dados se defina um plano de ação contra o que atinge a determinados grupos e regiões.

De forma geral, no Estado do Rio de Janeiro, as mudanças econômicas e sociais nas condições de vida da população têm feito com que o quadro epidemiológico se caracterize hoje pela predominância de problemas de saúde relacionados com as doenças crônico-degenerativas (cardiopatas, neoplasias) e as causas externas, que estão vinculadas à escalada da violência social (acidentes de trânsito, de trabalho e homicídios).

Segundo o quadro a seguir, as principais causas de mortalidade no estado e na Região Serrana coincidem. A região tem como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório (39.2), que têm relação direta com os problemas de hipertensão e suas conseqüências, como infarto, isquemias e doenças cerebrovasculares. A segunda principal causa de morte são as neoplasias ou tumores (15.3). A terceira causa de morte são as causas externas (11.6).

Quadro 9. Mortalidade segundo Grupo de Causas (2002)

Nível de Governo	I	II	III	IV	V	VI	VII
Estado do Rio de Janeiro	5.3	15.2	32.5	11.6	2.4	15.4	17.6
Região Serrana	3.4	15.3	39.2	9.1	4.1	11.6	17.1
Bom Jardim	3.2	14.1	35.9	16.0	1.3	15.4	14.1
Cantagalo	3.8	18.4	44.5	7.6	5.1	6.3	14.6
Carmo	0.9	16.0	39.6	15.1	4.7	8.5	15.1
Cordeiro	5.6	12.0	54.6	2.8	2.8	5.6	16.7
Duas Barras	3.2	9.7	35.5	12.9	6.5	9.7	22.6
Macuco	2.2	19.6	37.0	6.5	8.7	6.5	19.6
Nova Friburgo	3.7	18.1	33.8	12.2	2.3	12.8	17.1
Petrópolis	3.1	16.3	41.3	11.6	2.6	8.7	16.4
Santa Maria Madalena	4.2	15.9	41.7	-	6.9	9.7	23.6
São José do Vale do Rio Preto	1.8	11.6	43.8	12.5	3.6	12.5	14.3
São Sebastião do Alto	7.7	16.9	33.8	6.2	4.6	20.0	10.8
Sumidouro	1.5	22.4	35.8	6.0	1.5	13.4	19.4
Teresópolis	3.8	16.1	38.3	10.5	1.9	11.6	17.8
Trajano de Moraes	-	7.9	42.9	9.5	6.3	12.7	20.6
Guapimirim	6.0	14.1	32.9	6.4	4.0	19.7	16.9
Cachoeiras de Macacu	4.7	16.1	36.3	11.0	3.2	13.6	15.1

Fonte: DATASUS, 2005.

Legenda: I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças do Aparelho Circulatório; IV Doenças do Aparelho Respiratório; V; Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal; VI. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade; VII. Demais Causas Definidas.

Com relação à taxa de mortalidade infantil, observa-se que a Região Serrana não acompanhou a evolução do estado. Enquanto este obteve uma redução de 30,2 para 19,7, a região teve uma queda ainda menos significativa de 28,2 para 21,8. Cabe destacar que, em 2000, os dados indicam que a taxa da região é superior a média do estado, ratificando o fraco desenvolvimento de ações que resultassem na diminuição desta taxa.

A existência de municípios com taxas superiores na Região Serrana que, por sua vez, já apresenta média demonstram que este é um sério problema enfrentado pela região e que requer maior atenção da política de saúde. Dos oito municípios que se encontram nesta situação, identifica-se peculiaridade em quatro deles – Cordeiro, Duas Barras, São Sebastião do Alto e Sumidouro –, que se caracterizaram por um aumento da taxa de mortalidade infantil entre os anos estudados, passando de 19,5 para 29,5, de 34,5 para 38,1, 13,9 para 23 e de 31 para 31,2, respectivamente.

A morte dos menores de 1 ano é diretamente influenciada pelas condições de nutrição, habitação, saneamento, educação, situação socioeconômica e disponibilidade de assistência ao pré-natal e ao parto.

Quadro 10. Taxa de Mortalidade Infantil, segundo as Regiões de Governo e Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 1991-2000

Regiões de governo e municípios	Taxa bruta de mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos)									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Estado do Rio de Janeiro	30,2	29,1	29,9	28,9	27,7	25,6	24,2	22,6	21,1	19,7
Região Serrana*	28,2	27,6	26,9	26,5	24,9	24,6	23,9	23,5	22,6	21,8
Bom Jardim	38,8	39,4	36,8	33,3	26,1	31,8	23,4	25,8	19	19,7
Cantagalo	29	30,1	29,2	24,4	24,6	24	28,9	27,7	22,2	20,7
Carmo	27,4	25,4	21,7	20,8	20,6	30,3	34,5	30,2	24,6	25,9
Cordeiro	19,5	22,7	25,9	31,3	32,7	33,5	31,7	39,2	33,9	29,5
Duas Barras	34,5	21,7	16,4	24,8	27,1	28,8	27,9	41,3	44,7	38,1
Macuco	-	-	-	-	-	-	-	12,6	22	22,7
Nova Friburgo	24,7	24	21,7	20,9	19,7	21,1	22,1	20,7	18,9	18,3
Petrópolis	31,6	30	30,1	29,8	27,7	25,3	23,1	23,1	23,6	22,7
Santa Maria Madalena	25,3	23,6	21,8	25,8	28,4	34,1	35,6	28,7	28,5	20,4
São José do Vale do Rio Preto	23,5	24,3	23,3	18,1	21,2	19	24	19,6	16,2	11,2
São Sebastião do Alto	13,9	13,5	11,4	18,1	19,1	27,5	27,8	29,2	28,6	23
Sumidouro	31	33,2	28,5	35,5	35,8	30,5	28,5	22,5	34,6	31,2
Teresópolis	26,2	26,5	25,9	25,5	23,3	23,4	23	23,2	21,5	22,3
Trajano de Morais	18,9	31,8	43,5	40,6	31	24,9	29,8	24,9	17,8	24
Guapimirim	-	-	-	25,3	21	21,4	26,5	27,1	24,2	18,3
Cachoeiras de Macacu	17,1	22,7	27,7	32,6	28,5	27,8	27	25,7	22,1	16,3

Fonte: Cide, 2002.

2.2.5 Principais doenças

No quadro a seguir, observa-se os casos notificados das principais doenças da Região Serrana.

De acordo com os dados retirados do Cide, as principais doenças infecciosas da região são dengue e tuberculose. Verifica-se a alta incidência dessas doenças nos municípios de Carmo, Nova Friburgo, Petrópolis e Teresópolis.

Deve-se destacar que os municípios de Bom Jardim, São José do Vale do Rio Preto e Sumidouro têm casos registrados de dengue. Com relação à tuberculose, os municípios com menor incidência, registrando um caso, são Santa Maria Madalena e Sumidouro.

Quadro 11. Casos Registrados das Principais Doenças, segundo as Regiões de Governo e Municípios

Regiões de governo e municípios	Casos registrados das principais doenças				
	Hanseníase	Dengue	Tuberculose	Leptospirose	Meningites em geral
Região Serrana	63	353	477	18	132
Bom Jardim	2	-	9	-	3
Cantagalo	4	4	2	-	1
Carmo	3	176	5	-	1
Cordeiro	1	4	9	-	2
Duas Barras	-	1	3	-	2
Macuco	1	3	4	-	-
Nova Friburgo	14	16	90	4	25
Petrópolis	3	76	198	8	57
Santa Maria Madalena	1	6	1	-	1
São José do Vale do Rio Preto	-	-	6	-	1
São Sebastião do Alto	2	9	9	-	1
Sumidouro	-	-	1	-	1
Teresópolis	11	17	80	6	25
Trajano de Moraes	3	2	14	-	1
Cachoeiras de Macacu	6	17	31	-	2
Guapimirim	12	22	15	-	9

Fonte: Cide, 2002.

2.2.6 Características da rede de atendimento à saúde

2.2.6.1 Microrregiões e módulos assistenciais

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização – 2001/2004, a Região Serrana subdivide-se em três microrregiões: Serrana I (SR I), Serrana II (SR II) e Serrana III (SR III). Como prioridades de intervenção e estratégias para a região têm-se o Sistema de Informação para a Gestão, expansão e interiorização da Rede Estadual Pública de Hemoterapia e Hematologia, gestão de recursos para a saúde, integração com os municípios na área de Saúde, modernização da gestão de unidades de saúde e a promoção da saúde.

Os municípios de Petrópolis, Teresópolis e Nova Friburgo são pólos para referência especializada. A central de regulação de referência e contra-referência intermunicipais ficará localizada no Município de Teresópolis.

- **Microrregião Serrana I (SR I)**

A Microrregião Serrana I é composta pelo Município de Petrópolis, que forma um módulo assistencial.

Módulo Assistencial SR I.1 – Petrópolis

Este módulo compreende o Município de Petrópolis. O município referencia procedimentos de alta e média complexidade para o Rio de Janeiro. Este município é referência para média e alta complexidades para toda a Região Serrana.

- **Microrregião Serrana II (SR II)**

A Microrregião Serrana II compreende os municípios de Teresópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Sumidouro e Carmo. Teresópolis é referência regional para média e alta complexidades. Esta microrregião compõe cinco módulos assistenciais.

Módulo Assistencial SR II.1 – Teresópolis

Este primeiro módulo é formado pelo Município de Teresópolis, que referencia procedimentos de alta e média complexidade para o Rio de Janeiro. O município é referência para os seguintes procedimentos de alta complexidade: tomografias, cintilografias, arteriografias, portografias, tiroxinaT4, ferritina, curva glicêmica, cintilografias, tratamento da policitemia Vera e litotripsia. É referência de média complexidade para os seguintes procedimentos: USG, ecografias, exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora, colposcopia, mamografia, *checkup* de glaucoma, exame anatomopatológico peça cirúrgica, potencial de acuidade visual, campimetria, TSH, ecocardiografias, avaliação de marcapasso cardíaco e sistema holter 24hs 2 canais.

Módulo Assistencial SR II.2 – Guapimirim

O segundo módulo assistencial é composto por Guapimirim. Este município referencia procedimentos de média e alta complexidades para Rio de Janeiro, Petrópolis e Teresópolis.

Módulo Assistencial SR II.3 – São José do Vale do Rio Preto

O terceiro módulo assistencial é formado por São José do Vale do Rio Preto, que referencia procedimentos de alta complexidade para Cabo Frio e Petrópolis e média complexidade para Teresópolis, Petrópolis e Rio de Janeiro. Este município é referência em eletroencefalografia.

Módulo Assistencial SR II.4 – Carmo

Este módulo é composto pelo Município de Carmo, que referencia procedimentos de alta complexidade para Nova Friburgo e média complexidade para Nova Friburgo e Bom Jardim.

Módulo Assistencial SR II.5 – Sumidouro

O quinto módulo assistencial compreende o Município de Sumidouro, que referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Petrópolis e Teresópolis e média complexidade para Teresópolis e Duas Barras.

• **Microrregião Serrana III (SR III)**

A microrregião Serrana III é composta pelos municípios de Nova Friburgo, Cachoeira de Macacu, Bom Jardim, Duas Barras, Cordeiro, Macuco, Cantagalo, São Sebastião do Alto, Trajano de Moraes e Santa Maria Madalena, formando seis módulos assistenciais. Nova Friburgo é o terceiro município-pólo para média e alta complexidades na região.

Módulo Assistencial SR III.1 – Nova Friburgo

O primeiro módulo assistencial compreende o Município de Nova Friburgo, que referencia procedimentos de alta complexidade para Petrópolis e de média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro. Este município é referência em média complexidade nos seguintes procedimentos: mamografia, exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora. É referência em alta complexidade nos seguintes procedimentos: tomografias, estudo do metabolismo do miocárdio e cateterismo de câmaras cardíacas.

Módulo Assistencial SR III.2 – Cachoeiras de Macacu

O segundo módulo assistencial é composto por Cachoeiras de Macacu, que referencia procedimentos de alta complexidade para Nova Friburgo e de média complexidade para Niterói, Nova Friburgo e Teresópolis.

Módulo Assistencial SR III.3 – Bom Jardim

O terceiro módulo é formado por dois municípios: Bom Jardim (sede) e Duas Barras. Bom Jardim referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Nova Friburgo e Teresópolis, e de média complexidade para Niterói, Teresópolis e Rio de Janeiro. Este município é referência em eletroencefalografia. Duas Barras referencia procedimentos de alta complexidade para Teresópolis e Itaperuna, e de média complexidade para Nova Friburgo e Rio de Janeiro. Este município é também referência para eletroencefalografia.

Módulo Assistencial SR III.4 – Cantagalo

O quarto módulo assistencial é composto por Macuco, Cordeiro e Cantagalo (sede). Macuco referencia procedimentos de alta complexidade para Nova Friburgo; e média complexidade para Nova Friburgo, Petrópolis, Niterói, Cordeiro e Rio de Janeiro. Este município é referência em EEG. Os procedimentos de média complexidade nível I serão encaminhados para Cantagalo, município-sede deste módulo assistencial. O Município de Cordeiro referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Friburgo; e média complexidade para Nova Friburgo, Niterói, Teresópolis, Bom Jardim e Rio de Janeiro, sendo que os procedimentos do “mínimo” da “média” serão encaminhados para o município-sede do módulo. Cantagalo, que é o município-sede deste módulo, referencia procedimentos de alta complexidade para Nova Friburgo e Rio de Janeiro, e média complexidade para Nova Friburgo, Teresópolis, Bom Jardim, Duas Barras, Petrópolis, Niterói, Cordeiro e Rio de Janeiro.

Módulo Assistencial SR III.5 – São Sebastião do Alto

Este módulo é composto pelo Município de São Sebastião do Alto, que referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Nova Friburgo, e média complexidade para Nova Friburgo e Macuco.

Módulo Assistencial SR III.6 – Trajano de Moraes

O sexto módulo assistencial é formado por Trajano de Moraes (sede) e Santa Maria Madalena, totalizando 20.366 habitantes e 81 leitos cadastrados ao SUS. O município-sede deste módulo assistencial (Trajano de Moraes) referencia procedimentos de alta complexidade para Nova Friburgo, e média complexidade para Nova Friburgo e Duas Barras. O Município de Santa Maria Madalena referencia procedimentos de média e alta complexidades para os municípios de Nova Friburgo e Teresópolis.

2.2.6.2 Atenção básica

Os Programas de Atenção Básica – Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa Saúde da Família (PSF) – são criados na década de 90. O Programa Agentes Comunitários de Saúde surge, em nível nacional, a partir de 1991. A Estratégia de Saúde da Família – denominação utilizada hoje pelo Ministério da Saúde – tem sua origem em 1997 quando, a partir de experiências municipais exitosas, iniciou-se, na esfera federal, o Programa Saúde

da Família (PSF). Este programa tem como objetivos: prestar atendimento de qualidade, integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a satisfazer as necessidades da população; e reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios; garantir a equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades da população do município. Atualmente, o PSF é um programa disseminado em todo País. No Estado do Rio de Janeiro, o programa existe em 90 municípios e há 1.835 equipes (BRAVO et al., 2005).

Com relação à Região Serrana, os dados abaixo apontam o modelo de atenção básica e o percentual da população coberta pelos programas, no período de 2000 a 2004. De acordo com o quadro a seguir, percebe-se que há uma tendência no Estado do Rio de Janeiro e na Região Serrana de ampliação da cobertura da população pelos programas de atenção básica. Outro aspecto que é importante ressaltar é que na região, no período de 2000 a 2004, há uma diminuição da cobertura do Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e uma ampliação do Programa Saúde da Família (PSF).

No ano de 2004, os municípios com maior percentual de população coberta pelos programas de atenção básica na região são: Trajano de Moraes (99,6), Cordeiro (99,4), Cantagalo (99,0) e Carmo (90,0). Os municípios com menor cobertura são: Nova Friburgo (15,6) e Guapimirim (26,7). Cabe destacar que alguns municípios, a partir de 2001, como São Sebastião do Alto, Macuco, Guapimirim e Nova Friburgo, passam a ter cobertura apenas do Programa Saúde da Família. Com relação ao Município de Duas Barras, não se tem informações nos anos 2002, 2003 e 2004.

Quadro 12. Modelo de Atenção Básica e % de População Coberta pelo Programa no Período de 2000 a 2004 – Municípios da Região Serrana/RJ

Nível de Governo	2000	2001	2002	2003	2004
Estado do Rio de Janeiro	PACS – 3,8 PSF – 4,6 Outros – 0,5 Total – 8,9	PACS – 4,5 PSF – 8,4 Outros – 0,5 Total – 13,4	PACS – 5,2 PSF – 12,9 Outros – 0,6 Total – 18,6	PACS – 5,3 PSF – 14,5 Outros – 0,7 Total – 20,5	PACS – 5,9 PSF – 16,2 Outros – 0,8 Total – 23,0
Região Serrana	PACS – 32,4 PSF – 17,3 Total – 49,7	PACS – 23,1 PSF – 35,9 Total – 59	PACS – 18,8 PSF – 39,1 Total – 57,9	PACS – 15,2 PSF – 40,3 Total – 55,5	PACS – 15,4 PSF – 47,5 Total – 62,9
Bom Jardim	PACS – 16,6 PSF – 28,5 Total – 45,1	PACS 15,2 PSF – 37,4 Total – 52,6	PACS – 25,3 PSF – 42,2 Total – 67,5	PACS – 20,3 PSF – 55,4 Total – 75,8	PACS – 33,4 PSF – 59,8 Total – 93,2
Cantagalo	PACS – 8,2 PSF – 60,5 Total – 68,8	PACS – 4,4 PSF – 94,0 Total – 98,4	PACS – 2,6 PSF – 100,1 Total – 102,7	PACS – 2,6 PSF – 98,4 Total – 100,9	PACS PSF – 99,0 Total – 99,0
Carmo	PACS – 58,5 PSF – 18,5 Total – 76,9	PACS – 65,5 PSF – 28,1 Total – 93,6	PACS – 53,3 PSF – 37,7 Total – 91,0	PACS – 52,8 PSF – 37,7 Total – 90,5	PACS – 52,2 PSF – 38,7 Total – 90,9

1.º Seminário de Gestão Participativa em
Saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro

Nível de Governo	2000	2001	2002	2003	2004
Cordeiro	PACS – 50,7 PSF – 8,8 Total – 59,6	PACS – 39,4 PSF – 48,9 Total – 88,4	PACS – 42,1 PSF – 56,9 Total – 99,0	PACS – 36,5 PSF – 63,3 Total – 99,9	PACS – 36,0 PSF – 63,5 Total – 99,4
Duas Barras	PACS – 62,4 PSF - Total – 62,4	PACS- 62,7 PSF - Total – 62,7	PACS - PSF - Total -	PACS - PSF - Total -	PACS - PSF - Total -
Macuco	PACS 95,5 PSF - Total – 95,5	PACS - PSF – 68,4 Total – 68,4	PACS - PSF – 69,7 Total – 69,7	PACS - PSF – 69,6 Total – 69,6	PACS - PSF – 70,6 Total – 70,6
Nova Friburgo	PACS - PSF – 13,7 Total – 13,7	PACS - PSF – 14,8 Total – 14,8	PACS - PSF – 16,4 Total – 16,4	PACS - PSF – 14,2 Total – 14,2	PACS - PSF – 15,6 Total – 15,6
Petrópolis	PACS – 12,3 PSF – 7,9 Total – 20,2	PACS – 14,2 PSF – 12,8 Total – 27,0	PACS – 9,5 PSF – 18,5 Total – 28,0	PACS – 6,5 PSF – 24,8 Total – 31,3	PACS – 9,9 PSF – 31,8 Total – 41,7
Santa Maria Madalena	PACS – 31,1 PSF - Total – 31,1	PACS – 18,4 PSF 38,1 Total – 56,5	PACS – 17,9 PSF – 38,6 Total – 56,6	PACS – 13,4 PSF – 45,3 Total – 58,6	PACS – 8,1 PSF – 46,1 Total – 54,2
São José do Vale do Rio Preto	PACS – 52,5 PSF - Total – 52,5	PACS – 43,0 PSF – 7,7 Total – 50,8	PACS – 39,7 PSF – 20,8 Total – 60,5	PACS – 34,1 PSF – 23,0 Total – 57,1	PACS – 7,9 PSF – 52,4 Total – 60,2
São Sebastião do Alto	PACS – 62,2 PSF – 34,6 Total – 96,8	PACS - PSF – 88,9 Total – 88,9	PACS - PSF – 88,7 Total – 88,7	PACS - PSF – 89,7 Total – 89,7	PACS - PSF – 88,7 Total – 88,7
Sumidouro	PACS - PSF – 46,4 Total – 46,4	PACS 7,8 PSF – 71,4 Total – 79,3	PACS 6,9 PSF – 66,7 Total – 73,6	PACS 6,6 PSF – 75,0 Total – 81,5	PACS 3,5 PSF – 78,4 Total – 81,9
Teresópolis	PACS – 0,6 PSF – 26,2 Total – 26,8	PACS – 0,5 PSF – 27,9 Total – 28,4	PACS – 0,2 PSF – 28,3 Total – 28,5	PACS – 1,7 PSF – 31,8 Total – 33,5	PACS – 1,2 PSF – 32,0 Total – 33,3
Trajano de Moraes	PACS – 66,4 PSF - Total – 66,4	PACS – 97,1 PSF - Total – 97,1	PACS – 97,5 PSF - Total – 97,5	PACS – 66,2 PSF – 30,3 Total – 96,5	PACS – 61,6 PSF – 38,0 Total – 99,6
Guapimirim	PACS - PSF – 32,7 Total – 32,7	PACS - PSF – 30,1 Total – 30,1	PACS - PSF – 29,0 Total – 29,0	PACS - PSF – 26,8 Total – 26,8	PACS - PSF – 26,7 Total – 26,7
Cachoeiras de Macacu	PACS – 2,0 PSF- - Total – 2,0	PACS – 1,9 PSF – 7,0 Total – 8,9	PACS – 5,8 PSF – 13,5 Total – 19,3	PACS – 3,4 PSF – 16,3 Total – 19,7	PACS – 34,0 PSF – 20,0 Total – 54,1

DATASUS, 2005.

2.2.6.3 Organização da rede de serviços

Os dados do quadro a seguir permitem fazer duas linhas de análise, uma em relação à natureza da maioria de hospitais da Região Serrana e outra sobre a distribuição dos hospitais nos municípios da Região.

Quadro 13. Hospitais Credenciados

Municípios	Natureza						
	Total	Contratado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	Universitário
Região Serrana	33	9	-	1	11	11	1
Bom Jardim	1	-	-	-	-	1	-
Cantagalo	1	-	-	-	-	1	-
Carmo	2	-	-	1	-	1	-
Cordeiro	1	-	-	-	-	1	-
Duas Barras	1	-	-	-	1	-	-
Nova Friburgo	4	2	-	-	2	-	-
Petrópolis	12	7	-	-	3	2	-
Santa Maria Madalena	1	-	-	-	-	1	-
São José do Vale do Rio Preto	1	-	-	-	1	-	-
São Sebastião do Alto	1	-	-	-	-	1	-
Sumidouro	1	-	-	-	1	-	-
Teresópolis	4	-	-	-	1	2	1
Trajano de Moraes	1	-	-	-	-	1	-
Guapimirim	1	-	-	-	1	-	-
Cachoeiras de Macacu	1	-	-	-	1	-	-

Fonte: Cide 2002.

Pode-se destacar a participação da esfera municipal na garantia de ofertas de serviços hospitalares, uma vez que é responsável por 33,3% dos hospitais da região. É necessário destacar também a grande presença de hospitais filantrópicos e contratados, que são responsáveis por 33,3% e 27,3 dos hospitais, respectivamente.

Essa informação aliada à baixa presença de hospitais estaduais e universitários indica a fraca participação da esfera pública na provisão de serviços de saúde na Região Serrana.

Esses dados podem significar uma opção do setor público pela contratação de serviços não-governamentais, em detrimento do investimento em construção de hospitais públicos.

Esta opção aponta uma inadequação da administração dos recursos públicos, pois a escolha pelos hospitais privados resulta em gastos públicos ainda maiores com a saúde, visto que os serviços têm seus custos ampliados. Ou seja, caso houvesse uma opção pelo incremento da rede pública, poderia haver, posteriormente, mais recursos disponíveis para as políticas de saúde.

Em relação à distribuição dos hospitais, pode-se constatar a concentração dos mesmos no Município de Petrópolis, com 36,4% dos hospitais. Também se destacam os municípios de Nova Friburgo e Teresópolis, ambos com 12,1% dos hospitais da Região Serrana. Sobressai-se, ainda, a concentração dos hospitais nestes três municípios, que agregam 60,6% dos hospitais da região estudada, sendo referências para os demais municípios.

Quadro 14. Natureza dos Hospitais

Natureza dos Hospitais	Porcentagem %
Federal	-
Estadual	3
Municipal	33,3
Universitário	3
Filantropico	33,3
Contratado	27,3
Total	100

Fonte: Cide 2002.

Quadro 15. Natureza dos Hospitais: Públicos e Privados

Natureza dos Hospitais	Porcentagem %
Esfera Pública	37,5
Esfera Privada	62,5
Total	100

*Não consta o Hospital Universitário, por desconhecer sua natureza.

Fonte: Cide 2002.

Quadro 16. Concentração dos Hospitais, por Municípios da Região

Municípios	Porcentagem %
Petrópolis	36,4
Nova Friburgo	12,1
Teresópolis	12,1
Os 3 juntos	60,6
Total	100

Quadro 17. Unidades Ambulatoriais, por Tipo de Unidade, segundo as Regiões de Governo e os Municípios do Estado do Rio de Janeiro

Municípios	Unidades ambulatoriais							
	Total	Tipo de unidade						
		Posto de saúde	Centro de saúde	Policlínica	Ambulatório de hospital geral	Clínica especializada	Pronto-Socorro	Outras unidades
Região Serrana	413	89	69	19	23	24	14	175
Bom Jardim	31	13	3	1	1	1	-	12
Cantagalo	31	13	2	-	1	-	1	14
Carmo	13	6	2	-	1	-	-	4
Cordeiro	16	-	2	1	1	1	-	11
Duas Barras	19	1	10	1	-	-	2	5
Macuco	6	-	-	-	-	-	-	6
Nova Friburgo	45	-	1	4	2	8	1	29
Petrópolis	86	16	21	5	6	7	1	30
Santa Maria Madalena	18	-	12	1	-	-	-	5
São José do Vale do Rio Preto	12	-	4	1	-	-	1	6
São Sebastião do Alto	11	8	-	-	1	-	2	-
Sumidouro	19	5	-	-	2	1	-	11
Teresópolis	42	-	7	5	3	3	-	24
Trajano de Moraes	19	11	3	-	1	-	-	4
Cachoeiras de Macacu	27	12	1	-	2	-	5	7
Guapimirim	18	4	1	-	2	3	1	7

Fonte: Cide, 2002.

Acompanhando os dados dos hospitais credenciados, as unidades ambulatoriais se encontram concentradas nos municípios de Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis. Constata-se o maior número de unidades ambulatoriais nos postos de saúde e centros de saúde.

Quadro 18. Leitos Contratados em Hospitais Credenciados, por natureza do hospital, segundo as Regiões de Governo e os Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2001

Municípios	Leitos contratados em hospitais credenciados						
	Total	Natureza					
		Contratado	Federal	Estadual	Municipal	Filantropico	Universitário
Bom Jardim	66	-	-	-	-	66	-
Cantagalo	48	-	-	-	-	48	-
Carmo	470	-	-	400	-	70	-
Cordeiro	49	-	-	-	-	49	-
Duas Barras	26	-	-	-	26	-	-
Nova Friburgo	712	332	-	-	380	-	-
Petrópolis	2.292	1 427	-	-	392	473	-
Santa Maria Madalena	46	-	-	-	-	46	-
São José do Vale do Rio Preto	49	-	-	-	49	-	-
São Sebastião do Alto	48	-	-	-	-	48	-
Sumidouro	27	-	-	-	27	-	-
Teresópolis	449	-	-	-	32	243	174
Trajano de Moraes	35	-	-	-	-	35	-
Cachoeiras de Macacu	97	-	-	-	97	-	-
Guapimirim	26	-	-	-	26	-	-

Fonte: Cide, 2002.

Os dados sobre leitos contratados ratificam a concentração de serviços de saúde em Nova Friburgo, Petrópolis e Teresópolis. Porém, estes também apontam para o grande número de leitos em Carmo, inclusive superior ao de Teresópolis.

Confirma-se a forte participação da esfera não-governamental – hospitais contratados e filantrópicos – na oferta de serviços de saúde, tendo como principais exemplos os

municípios de Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis, justamente estes que são referências para a região.

Entretanto, é preciso destacar que a oferta de leitos, em sua totalidade, é municipal, principalmente em alguns municípios menores. O quadro a seguir facilita a observação destas afirmações.

Quadro 19. Natureza dos Hospitais e Número de Leitos

Natureza dos hospitais	Número de leitos na região	Porcentagem %
Federal	-	
Estadual	400	9
Municipal	1.029	23,2
Universitário	174	3,9
Filantrópico	1.078	24,3
Contratado	1.759	39,6
Total	4.440	100

Fonte: Cide, 2002.

2.3 O CONTROLE SOCIAL NA REGIÃO SERRANA DO RIO DE JANEIRO

A década de 80 foi marcada pela mobilização dos movimentos sociais após os anos de ditadura e pela promulgação da Constituição de 1988, havendo forte ligação entre estes acontecimentos. As forças sociais lutavam por uma nova relação entre Estado e sociedade, em que o Estado não agisse de forma coercitiva, porém conjunta com os setores organizados da sociedade civil, e que resultasse em uma gestão das políticas públicas mais democrática e participativa.

Nesse contexto, uma conquista relevante foi a criação dos Conselhos de Políticas e de Direitos, que representa um avanço desta nova concepção de Estado, por terem como princípio a participação da sociedade na elaboração e implementação de políticas públicas, além de uma ação fiscalizadora, configurando um novo sentido de controle social, desta vez exercido da sociedade sobre o Estado.

Apesar desta caracterização, os conselhos encontram bastantes obstáculos para consolidação da pretendida democracia de massas, já que são espaços de tensão, em que interesses de diferentes segmentos estão em conflitos, muitas vezes confrontando-se objetivos universalistas e privatistas. No entanto, a não-existência pode significar a ausência de participação social, revelando a fraqueza de sua intervenção.

O controle social na área de Saúde é um direito conquistado na Constituição de 1988, como forma de assegurar que o Estado atue em função da sociedade. Os conselhos de

saúde são espaços de participação da sociedade civil organizada na gestão da política pública do setor. São órgãos colegiados, garantidos pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), de caráter permanente e deliberativo, que tem a finalidade de elaborar, formular, implementar, avaliar e fiscalizar as políticas de saúde, de acordo com o interesse público.

2.3.1 Panorama dos conselhos de saúde da região

A análise dos conselhos de saúde da região pauta-se nos seguintes eixos: processo de criação dos conselhos, composição, caráter, dinâmica e periodicidade das conferências municipais. As fontes utilizadas foram as leis de criação dos conselhos municipais de saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro, regimentos internos e o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

2.3.1.1 Lei e data de criação dos conselhos

A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, criou os conselhos de saúde como instância colegiada do SUS em cada esfera de governo, regulamentando o direito da sociedade de participar do controle social na saúde. A análise do espaço de tempo entre a regulamentação da Lei n.º 8.142/90 pode revelar uma mobilização da sociedade civil pelo exercício da participação na formulação, implementação e fiscalização da política de saúde, isto é, na luta pela democratização da gestão pública.

No entanto, alguns conselhos municipais só são criados por exigência legal, pois esta é condição para o repasse de verbas, não havendo nenhuma preocupação por parte do poder público em garantir o direito da população de participar e interferir na gestão pública e sem uma discussão coletiva.

Na Região Serrana, há conselhos de saúde em todos os municípios, criados, em sua maioria, em curto intervalo de tempo após a promulgação da Lei n.º 8142, de 1990, o que pode sinalizar a existência de mobilização da sociedade civil pela participação na formulação e fiscalização das políticas de saúde.

Dessa forma, ao ser garantido por lei a intervenção da população, os segmentos presentes na luta pela democratização da gestão pública movem-se rapidamente para implementação deste controle social institucionalizado. Por outro lado, analisa-se que muitos conselhos de saúde foram criados por mera exigência legal como condição para repasse de verbas sem que fosse discutido com a população, ou que se tivesse a preocupação com a capacitação dos conselheiros para assumir este papel.

Entretanto, pode-se também observar que cinco municípios, um número significativo, concluíram o processo de criação dos conselhos num maior intervalo de tempo, maior após a criação da Lei n.º 8.142. Este dado pode refletir uma fragilidade da mobilização da sociedade civil na Região Serrana, com rebatimentos para a atuação do controle social nas políticas de saúde. Nota-se que esses contrastes podem variar de acordo com a região onde se localizam os conselhos em função do engajamento da população na luta pela saúde.

Quadro 20. Ano de Formação dos Conselhos

Municípios	N.º da lei de criação do conselho	Data de criação
Bom Jardim	448	6/12/93
Carmo*	-	-
Cachoeiras de Macacu	932	14/7/94
Cantagalo	107/91 – por Decreto	28/12/91
Cordeiro	357/90	14/12/90
Duas Barras	531	7/10/93
Guapimirim	029/93 – por Decreto	15/10/93
Macuco	05/97	5/2/97
Nova Friburgo	Lei n.º 2475	1991
Petrópolis	Lei n.º 4.813	1991
São José do Vale do Rio Preto	Lei n.º 114	1991
Santa Maria Madalena*	-	28/6/90
São Sebastião do Alto	Lei n.º 156	1991
Sumidouro	Lei n.º 232	1991
Teresópolis	1.236 – por Decreto	1988
Trajano de Moraes	Lei n.º 202	1991

Fonte: Dados coletados nos arquivos do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; leis de criação e registros internos dos conselhos municipais e junto aos conselheiros municipais de saúde da região.

* Não se conseguiu informações.

1 - Criado antes da Lei n.º 8.142 ⇒ **3**

2 - Criado em seguida a Lei n.º 8.142 ⇒ **7**

3 - Criado em intervalo de tempo maior ⇒ **5**

2.3.1.2 Composição dos conselhos

O estudo da composição dos conselhos municipais é extremamente relevante, pois irá revelar a correlação de forças existentes neste espaço de disputa. Em virtude dos conselhos objetivarem a democratização das ações públicas, é fundamental a participação predominante dos usuários, segmento-alvo das políticas e, até então, mais distante do controle social. O segmento dos trabalhadores da Saúde, também inseridos na luta pela sua melhoria, tem apresentado grandes dificuldades de representação, contudo são sujeitos fundamentais na defesa por melhores condições de trabalho, serviços ofertados e ampliação da luta dos trabalhadores pela conquista da cidadania plena.

Para garantir o espaço prioritário, a população, assim como para outros segmentos envolvidos no universo da saúde, foi homologada a Resolução n.º 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, que determina a composição dos conselhos de saúde para os entes da federação. Segundo a mesma, o Conselho deve ser composto da seguinte forma: 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e de prestadores de serviços (público e privado).

Alguns municípios da região ainda adotam a Lei n.º 8.142, que descreve a composição como paritária apenas em relação aos usuários, ou seja, o conselho e as conferências deverão ser compostos por 50% de usuários e 50% dos demais segmentos. O quadro a seguir caracteriza a composição dos conselhos da região.

Quadro 21. Composição dos Conselhos

Municípios	Composição			Número de Conselheiros		
	Usuários	Profissionais	Gestor/prestador	Titular	Suplente	Total
Bom Jardim	6	2	3	11	11	22
Carmo	6	3	3	12	12	24
Cachoeiras de Macacu	5	2	4	11	11	22
Cantagalo	6	3	3	12	12	24
Cordeiro	6	2	4	12	12	24
Duas Barras	8	4	4	16	16	32
Guapimirim	6	2	4	12	12	24
Macuco	5	2	3	10	10	20
Nova Friburgo	12	6	6	24	24	48
Petrópolis	12	6	6	24	24	48
São José do Vale do Rio Preto	6	2	4	12	12	24
Santa Maria Madalena*	8	-	8	16	16	32
São Sebastião do Alto	10	5	5	20	20	40
Sumidouro	5	-	5	10	10	20
Teresópolis	12	6	6	24	24	48
Trajano de Moraes	7	1	6	14	14	28

Fonte: Dados coletados nos arquivos do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; leis de criação e regimentos internos dos conselhos municipais e junto aos conselheiros municipais de saúde da região.

Ao analisar a composição dos conselhos dessa região, constata-se que 14 municípios são paritários de acordo com a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, segundo a qual o número de usuários deve corresponder a 50% do total de conselheiros, independente da divisão da outra metade entre os representantes dos demais segmentos.

Cabe destacar que apenas sete municípios – Carmo, Cantagalo, Duas Barras, Nova Friburgo, Petrópolis, São Sebastião do Alto e Teresópolis – são paritários segundo a Resolução n.º 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

A paridade definida na Resolução n.º 333 configura-se como uma importante conquista no sentido da garantia da representação dos trabalhadores de saúde nos conselhos, visto que são sujeitos fundamentais na luta por melhores condições de trabalho, pela oferta dos serviços públicos, pela efetivação e ampliação dos direitos conquistados. Neste sentido, o não-cumprimento da paridade estabelecida pela referida resolução pode obstaculizar a participação dos trabalhadores nos rumos da política de saúde, tendo em vista que esta não é garantida apenas com a paridade definida pela Lei n.º 8.142/90.

Quadro 22. Características dos Conselhos com Relação à Paridade

Município	Lei n.º 8.142	Resolução n.º 33/92
Bom Jardim	Não-Paritário	Não-Paritário
Carmo	Paritário	Paritário
Cachoeiras de Macacu	Não-Paritário	Não-Paritário
Cantagalo	Paritário	Paritário
Cordeiro	Paritário	Não-Paritário
Duas Barras	Paritário	Paritário
Guapimirim	Paritário	Não-Paritário
Macuco	Paritário	Não-Paritário
Nova Friburgo	Paritário	Paritário
Petrópolis	Paritário	Paritário
São José do Vale do Rio Preto	Paritário	Não-Paritário
Santa Maria Madalena	Paritário	Não-Paritário
São Sebastião do Alto	Paritário	Paritário
Sumidouro	Paritário	Não-Paritário
Teresópolis	Paritário	Paritário
Trajano de Moraes	Paritário	Não-Paritário

Fonte: Regimentos internos dos conselhos de saúde.

Quadro 23. Situação dos Municípios segundo a Lei
n.º 8.142 e a Resolução n.º 333/2003

	Lei n.º 8.142	Resolução n.º 333/2003 – CNS
Paritário	87,5%	44%
Não-Paritário	12,5%	56%

Fonte: Regimentos internos dos conselhos de saúde.

A partir do quadro acima, constata-se que a maioria dos conselhos analisados, 87,5%, se orienta pela Lei n.º 8.142 para compor o conselho. Além disso, 44% (sete municípios) estão de acordo com a Resolução n.º 333/2003. Sugere-se como orientação para alcançar a paridade que a composição total dos conselhos seja múltiplo de quatro.

A análise da composição dos conselhos de saúde da Região Serrana configura-se como mais um elemento que sinaliza a fragilidade do controle social na região, uma vez que descumprem as leis que dispõem sobre a participação da sociedade nestes espaços. A desobediência à Lei n.º 8.142 e a Resolução n.º 333/2003 repercutem diretamente nas possibilidades de ação dos movimentos sociais e dos trabalhadores de saúde, sujeitos importantes do controle social, dando margem à concentração das decisões nas mãos dos gestores.

2.3.1.3 Organização interna e dinâmica de funcionamento

De acordo com a Lei n.º 8.142, os conselhos de saúde possuem caráter deliberativo. Esta característica é fundamental para que se garanta uma gestão realmente participativa e que caminhe para o processo de democratização da esfera pública. Somente com o poder de deliberação será assegurado que as discussões travadas nos conselhos – que tendem a tornar as questões mais complexas, em virtude da inclusão de novos sujeitos no debate – sejam referendadas pelos chefes de governo. O caráter consultivo, portanto, retira dos conselhos a possibilidade de intervenção direta da sociedade nas políticas públicas, sendo retrato de uma distorção dos objetivos dos conselhos, além de ferir os princípios da Lei Orgânica da Saúde.

Quadro 24. Caráter dos Conselhos

Município	Caráter do Conselho
Bom Jardim	Deliberativo
Carmo	Deliberativo
Cachoeiras de Macacu	Deliberativo
Cantagalo	Deliberativo
Cordeiro	Deliberativo
Duas Barras	Deliberativo
Guapimirim	Deliberativo
Macuco	Deliberativo
Nova Friburgo	Deliberativo
Petrópolis	Deliberativo
São José do Vale do Rio Preto	Deliberativo
Santa Maria Madalena	Deliberativo
São Sebastião do Alto	Deliberativo
Sumidouro	Deliberativo
Teresópolis	Deliberativo
Trajano de Moraes	Deliberativo

Fonte: Dados coletados junto aos conselheiros municipais de saúde da região e retirados nas leis de criação e regimentos internos.

Neste item destaca-se a periodicidade das reuniões e o *quorum* para as reuniões.

Como já foi colocado, os conselhos são espaços onde se delibera acerca da política de saúde, a partir do que se discute nas reuniões. Um dos eixos de relevância para o controle social é a organização e sistematização das ações pertinentes aos conselhos de saúde. Assim sendo, a periodicidade com que ocorrem as reuniões pode representar a garantia de continuidade, das discussões e, conseqüentemente, a implementação dos seus conteúdos. Da mesma forma, possibilita-se a implementação das deliberações, e caso estas não sejam postas em prática pelo poder público, o conselho irá pensar estratégias para cobrar o seu cumprimento.

Partindo-se do entendimento dos conselhos pautados na concepção que os analisa como espaço de disputa, as reuniões do conselho são momentos de debate de idéias importantes, em que se define a direção política deste fórum. Além disso, constituem-se em espaço de luta para que as demandas das entidades representadas sejam consideradas, sem se afastar do interesse coletivo.

Pode-se observar na tabela a seguir que quase todos os conselhos possuem periodicidade mensal. Considera-se que as reuniões devem ser periódicas para que, de fato, o conselho de saúde cumpra com o seu papel de controle social.

Quadro 25. Periodicidade das Reuniões

Município	Periodicidade das reuniões
Bom Jardim	Mensal
Carmo	Mensal
Cachoeiras de Macacu	2 vezes por mês
Cantagalo	Mensal
Cordeiro	Mensal
Duas Barras	Mensal
Guapimirim	Mensal
Macuco	Mensal
Nova Friburgo	Mensal
Petrópolis	Mensal
São José do Vale do Rio Preto	Mensal
Santa Maria Madalena	Mensal
São Sebastião do Alto	Mensal
Sumidouro	Mensal
Teresópolis	Mensal
Trajano de Moraes	Mensal

Fonte: Dados coletados junto aos conselheiros municipais de saúde da região e retirados nas leis de criação e regimentos internos.

O *quorum* estabelecido nas reuniões do conselho pode significar o grau de representatividade da sociedade e, quando é baixo, descaracteriza essa representatividade, o que denota o enfraquecimento desse espaço enquanto mecanismo de controle social. De acordo com o quadro a seguir, é possível observar que, para a maioria dos municípios, o *quorum* para deliberação corresponde a 50%+1. A Resolução n.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomenda que as decisões dos conselhos sejam adotadas mediante *quorum* mínimo de metade mais um de seus integrantes.

Quadro 26. *Quorum* para Reunião

Município	Quorum para Reunião
Bom Jardim	50%+1
Carmo	50%+1
Cachoeiras de Macacu	50%+1
Cantagalo	50%+1
Cordeiro	1/3
Duas Barras	50%
Guapimirim	50%+1
Macuco	50%+1
Nova Friburgo	50%+1
Petrópolis	50%+1
São José do Vale do Rio Preto	50%
Santa Maria Madalena	50%+1
São Sebastião do Alto	50%+1
Sumidouro	50%+1
Teresópolis	50%+1
Trajano de Moraes	50%

Fonte: Dados coletados junto aos conselheiros municipais de saúde da região e retirados nas leis de criação e regimentos internos.

2.3.1.4 Conferências de saúde

Segundo a Lei n.º 8.142, as conferências de saúde devem acontecer a cada quatro anos. As conferências são espaços importantes de discussão para formulação e aprovação do Plano Municipal de Saúde, em que a sociedade pode participar requisitando que suas demandas sejam contempladas. Portanto, pode-se afirmar que o espaço de tempo entre as conferências demarca o grau de organização da população e inserção na formulação, e avaliação das ações na saúde. Diversos conselhos municipais de saúde têm estabelecido nos seus regimentos o prazo para realização de conferências de dois anos.

Quadro 27. Periodicidade das Conferências de Saúde

Município	Periodicidade das conferências municipais
Bom Jardim	4 anos
Carmo	4 anos
Cachoeiras de Macacu*	x
Cantagalo	2 anos
Cordeiro	2 anos
Duas Barras	3 anos
Guapimirim	2 anos
Macuco	2 anos
Nova Friburgo**	Anual
Petrópolis	2 anos
São José do Vale do Rio Preto	2 anos
Santa Maria Madalena	4 anos
São Sebastião do Alto	2 anos
Sumidouro	2 anos
Teresópolis	2 anos
Trajano de Moraes	4 anos

Fonte: Lei de Criação e Regimento Interno dos Conselhos e Questionário do Programa de Regionalização das Ações do Conselho Estadual de Saúde.

* Não tem informação.

** A Conferência de Saúde tem uma periodicidade anual, segundo a Lei Orgânica do município. Essa questão sobre a periodicidade da conferência está em discussão no município.

2.4 EXISTÊNCIA DE OUTROS CONSELHOS DE POLÍTICAS E DIREITOS

O quadro a seguir aponta uma forte presença dos conselhos de assistência social, da criança e do adolescente, e de educação na Região Serrana, sendo estas as principais políticas sociais implementadas pelo setor público, contando todos os municípios com os respectivos conselhos, com exceção apenas de Cachoeira de Macacu que não tem conselho de educação.

Quadro 28. Outros Conselhos de Política e de Direitos na Região Serrana

Município	Educação	Assistência social	Crianças e adolescentes	Emprego e trabalho	Meio ambiente	Política urbana ou desenvolvimento urbano	Promoção do desenvolvimento econômico	Orçamento
Cachoeira de Macacu	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
Cantagalo	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Carmo	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Cordeiro	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não
Bom Jardim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Duas Barras	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Guapimirim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Macacau	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Nova Friburgo	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Petrópolis	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Santa Maria Madalena	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
São José do Vale do Rio Preto	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
São Sebastião do Alto	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não
Sumidouro	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Teresópolis	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Trajano de Moraes	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não

A presença destes conselhos pode refletir a apreensão da sociedade civil da importância destas políticas para o desenvolvimento da sociedade e o acúmulo das discussões sobre as mesmas, numa perspectiva de avanço democrático. Destaca-se, também, a quase inexistência de conselhos de desenvolvimento econômico e de orçamento na região.

Outro aspecto a ser salientado é a pouca transparência na gestão do fundo público. Discutir orçamento implica em analisar coletivamente as prioridades. A cultura política brasileira tem aspectos autoritários, e para modificá-la é preciso grande organização popular. Aponta-se, dessa forma, a necessidade de maior debate a respeito, em virtude da importância da intervenção da sociedade na definição do modelo econômico de desenvolvimento e da elaboração do orçamento, para a própria condução das políticas sociais.

3 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO SERRANA DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo
Daniele Batista Brancht
Juliana Fiúza Cislaghi
Juliana Souza Bravo de Menezes

Este texto visa apresentar o perfil dos conselheiros de saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro, a partir da análise das fichas de inscrição de conselheiros que participaram do Curso Nacional de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde².

A importância de conhecer o perfil dos conselheiros de saúde consiste em identificar o potencial e as dificuldades refletidas na sua composição, na perspectiva de buscar caminhos para a consolidação e o avanço dos conselhos de saúde, mecanismos fundamentais na democratização da gestão da política de saúde, de acordo com os princípios do projeto de Reforma Sanitária brasileira.

Na Região Serrana, o curso de capacitação foi realizado inicialmente, em 2002, com a formação de três turmas e finalizado em 2003, com a formação de uma turma. No total, o curso promoveu a capacitação de 93 conselheiros municipais. Os cursos tiveram como sede os municípios de Nova Friburgo, Santa Maria Madalena, Teresópolis e Carmo.

Deste universo serão analisadas as fichas de inscrição de 76 conselheiros³. Este quantitativo representa 25% do total de conselheiros da Região Serrana, entre titulares e suplentes⁴.

Os eixos de análise adotados foram organizados em três categorias distintas: dados institucionais, dados pessoais e experiência em movimentos sociais, distribuídos de acordo com os três segmentos sociais (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços).

¹ Este trabalho é um dos produtos do Projeto Políticas Públicas de Saúde que tem como eixo de ação a gestão democrática e o controle social na área da Saúde, e é coordenado pela Profa. Dra. Maria Inês Souza Bravo. O mesmo articula ensino, pesquisa e extensão, e é financiado pelo CNPq, Faperj, UERJ e Ministério da Saúde.

² O Curso de Capacitação foi um programa nacional ocorrido de 2002 a 2004, sob a responsabilidade de um consórcio formado por instituições públicas de ensino: Fiocruz, UnB, Unicamp e UFMG. Seu principal objetivo foi o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do controle social. Para isso, buscou fomentar a participação dos sujeitos que atuam nos conselhos de saúde na gestão da política de saúde, bem como orientar os conselheiros sobre suas competências e habilidades para o exercício de suas atribuições, visando fortalecer a atuação dos mesmos.

³ As 76 fichas de inscrição analisadas foram 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.

⁴ Os conselheiros titulares e suplentes na Região Serrana (Total: 480) estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 22 em Bom Jardim, 24 em Carmo, 22 em Cachoeira de Macacu, 24 em Cordeiro, 24 em Cantagalo, 32 em Duas Barras, 24 em Guapimirim, 20 em Macuco, 48 em Nova Friburgo, 48 em Petrópolis, 24 em São José do Vale do Rio Preto, 32 em Santa Maria Madalena, 40 em São Sebastião do Alto, 20 em Sumidouro, 48 em Teresópolis e 28 em Trajano de Moraes.

3.1 DADOS INSTITUCIONAIS DA AMOSTRA

A partir da análise dos dados a seguir, pode-se observar como foi a participação dos conselheiros no Curso de Capacitação, em cada um dos segmentos que compõem o Conselho (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços).

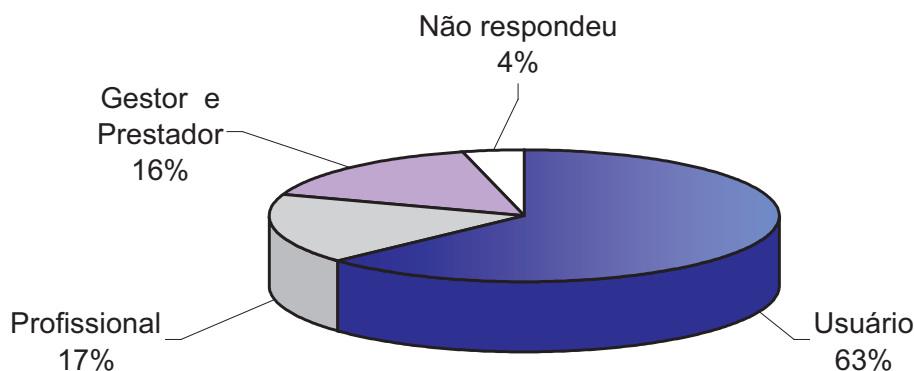
O quadro a seguir demonstra que a maioria dos conselheiros capacitados (63%) pertence ao segmento de usuários. Este dado demonstra uma maior mobilização deste segmento para ampliação dos seus conhecimentos sobre controle social, a fim de qualificar seu trabalho e intervenção junto aos conselhos de saúde. O segmento dos profissionais de saúde teve 17% dos conselheiros capacitados, seguido pelos gestores e prestadores, com 16%.

Quadro 29. Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	48	63
Profissional	13	17
Gestor/prestador	12	16
Não respondeu	3	4
Total	76	100

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

Gráfico 1. Conselheiros Distribuídos por Segmento



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

No tocante à participação dos conselheiros, de acordo com a sua condição, o quadro a seguir demonstra que a maioria dos conselheiros está na condição de titular (68%). Este é um fato positivo, já que a Proposta Nacional de Capacitação tinha como objetivo capacitar 50% dos conselheiros de saúde titulares, em cada região do Brasil.

Quadro 30. Conselheiros Distribuídos por Condição

Condição	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Titular	52	68
Suplente	21	28
Não respondeu	3	4
Total	76	100

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

Gráfico 2. Conselheiros distribuídos por condição



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

3.1.1 Dados pessoais dos conselheiros

Com relação à idade, pode-se verificar que a maioria dos conselheiros de saúde está concentrada na faixa de 41 a 60 anos (63%), sendo que nesse intervalo destaca-se a participação de conselheiros com idade entre 41 e 50 anos (41%). Este é um dado importante, pois demonstra que a maior atuação nos conselhos de saúde é de pessoas que, provavelmente, participaram do movimento de Reforma Sanitária, em defesa de uma política de saúde universal e de qualidade, e de todos os embates daquele período. Este fato pode ter contribuído para a formação de sujeitos comprometidos com o fortalecimento do controle social.

Um outro aspecto que pode confirmar esta questão é a pouca participação de conselheiros com idade na faixa de 20 e até 30 anos, que chega a apenas 3%. Ao contrário daquela outra geração que vivenciou a participação em um momento de democratização da sociedade brasileira, de lutas e de conquistas na área da Saúde, esta geração experimenta a participação nos conselhos já criados e regulamentados por lei. Entretanto, esta participação se dá em uma conjuntura na qual ocorre o avanço do neoliberalismo que tem como característica a ênfase no individualismo. Ocorre também, nesse momento, o refluxo dos movimentos sociais, elementos da realidade que contribuem para a formação

de uma geração sem perspectiva de participação social e de ação coletiva para a garantia de direitos sociais.

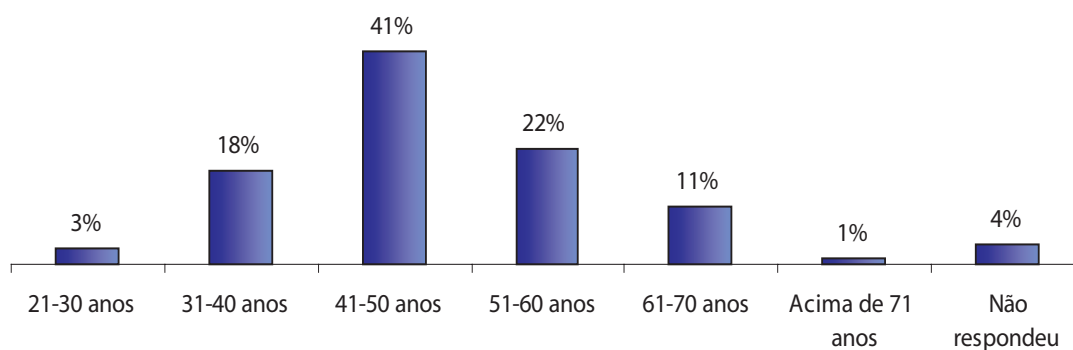
Por outro lado, uma reflexão importante é a pouca preocupação dos sujeitos sociais envolvidos na luta pela Reforma Sanitária com a formação de quadros, ou seja, a mobilização dos jovens para a luta pela saúde.

Quadro 31. Conselheiros Distribuídos por Idade

Idade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
21-30	2	3
31-40	14	18
41-50	31	41
51-60	17	22
61-70	8	11
Acima de 71	1	1
Não respondeu	3	4
Total	76	100

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

Gráfico 3. Conselheiros Distribuídos por Idade



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

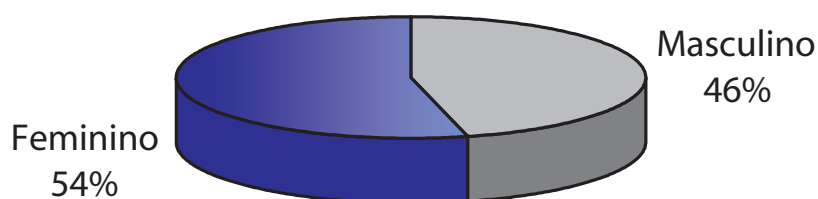
Com relação ao sexo, verifica-se que a maioria (54%) dos conselheiros é do sexo feminino. Entretanto, há que se destacar que a diferença entre a participação de homens e mulheres no Conselho de Saúde é bem pequena, o que consiste em um dado bastante positivo, pois aponta para uma possível superação da histórica posição de subalternidade da mulher na sociedade.

Quadro 32. Conselheiros Distribuídos por Sexo

Sexo	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Masculino	35	46
Feminino	41	54
Total	76	100

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

Gráfico 4. Conselheiros distribuídos por sexo



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

Quanto à escolaridade, verifica-se, a partir do quadro abaixo, que a maioria dos conselheiros (66%) possui o 2.º e 3.º graus, dos quais 37% possui o 2.º grau e 29% possui o 3.º grau, além de 13% possuírem especialização. Estes dados demonstram um nível elevado da escolaridade dos conselheiros da região.

Quadro 33. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade

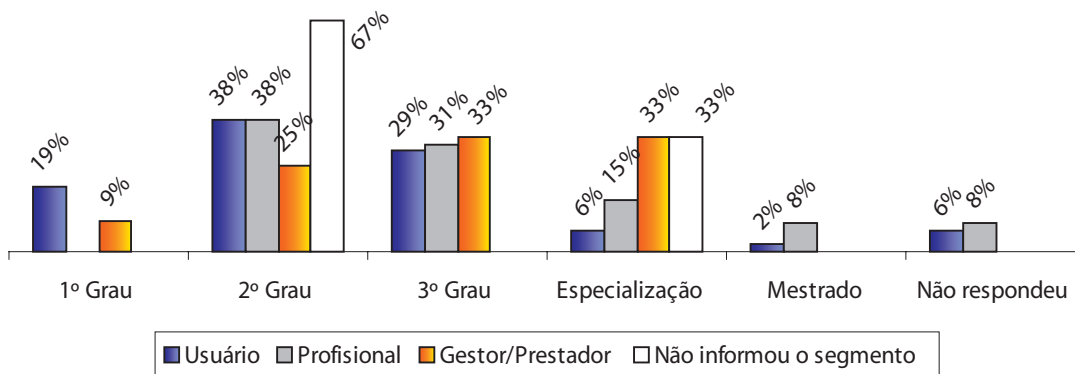
Escolaridade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
1.º Grau	10	13
2.º Grau	28	37
3.º Grau	22	29
Especialização	10	13
Mestrado	2	3
Não respondeu	4	5
Total	76	100

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

O gráfico a seguir ressalta a escolaridade por segmento. Verifica-se que, no segmento dos usuários, a maioria dos conselheiros possui 2.º grau (38%), seguido de 3.º grau (29%), com destaque para um número significativo (8%) que possui especialização ou mestrado. No segmento dos profissionais de saúde, a maioria dos conselheiros possui 2.º grau (38%)

e 3.º grau (31%), e um percentual considerável (23%) possui especialização ou mestrado. No segmento dos gestores e prestadores de serviços, a maioria dos conselheiros possui qualificação em nível de 3.º grau (33%) e especialização (33%), seguido de um número expressivo de conselheiros neste segmento que possui apenas o 2.º grau (25%).

Gráfico 5. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento



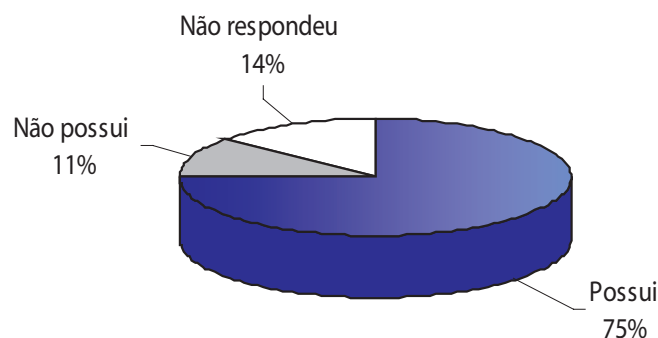
Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2005.

3.1.2 Participação em Movimentos Sociais

A participação em movimentos sociais é um dado importante para avaliar o potencial de participação da sociedade no controle social, por meio dos conselhos de saúde. É importante ressaltar que na ficha oficial do Curso de Capacitação não havia perguntas relativas a este eixo. Assim, durante a realização dos cursos, foi distribuído pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde um questionário específico sobre participação em movimentos, anexado às fichas de inscrição. Entretanto, na Região Serrana, das 76 fichas de inscrição analisadas, em apenas 57 constavam respostas.

Assim, com relação à experiência em movimentos sociais, observa-se, pelo gráfico abaixo, que a maioria dos conselheiros (75%) participou ou participa de alguma organização política da sociedade civil. Sem desprezar a capacidade de mobilização e interlocução dos conselheiros com os movimentos sociais, considera-se que a inserção dos conselheiros nas organizações políticas da sociedade contribui para melhor apreensão da realidade e articulação política com outros segmentos da sociedade civil. Nesse sentido, os conselheiros com experiência de participação tendem a apresentar maior ressonância dos seus debates e ações, contribuindo para a construção de alianças, já que seus espaços organizados se refletem significativamente nos conselhos.

Gráfico 6. Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais



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

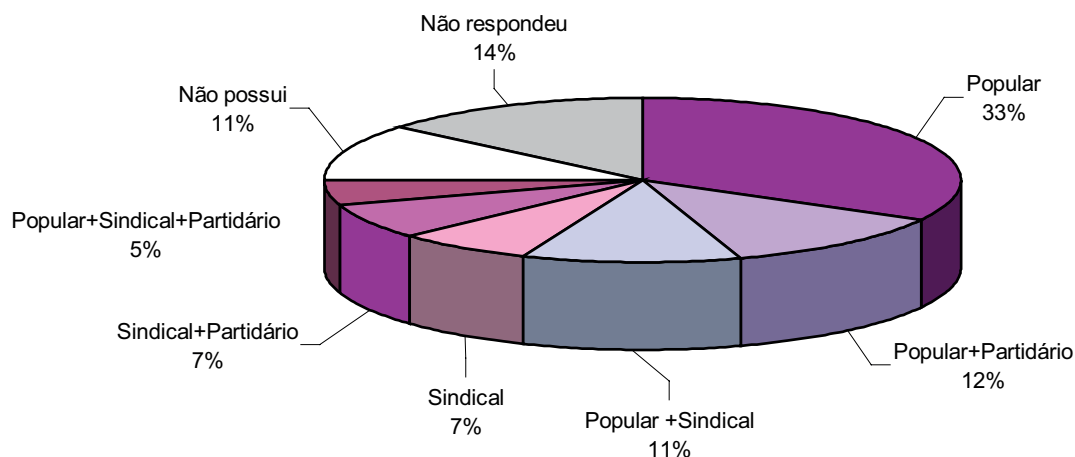
Quanto aos movimentos sociais nos quais os conselheiros possuem experiência de participação, verifica-se que a maioria está relacionada com movimentos populares (61%, dos quais 33% apenas movimento popular, 12% movimentos popular e partidário, 11% popular e sindical e 5% popular, sindical e partidário). Verifica-se um número significativo de conselheiros com experiência em movimentos sindical (30%, dos quais 7% apenas movimento sindical e 23% movimento sindical associado a outros movimentos) e em movimento partidário (24%, ressaltando-se que sempre associado a outros movimentos).

Quadro 34. Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência

	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Popular	19	33
Sindical	4	7
Popular + sindical	6	11
Popular + partidário	7	12
Sindical + partidário	4	7
Popular + sindical + partidário	3	5
Não possui	6	11
Não respondeu	8	14
Total	57	100

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

Gráfico 7. Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência



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, a análise se pauta na amostragem inicial das fichas de inscrição.

Observa-se no segmento dos usuários que a maioria é composta por associações de moradores (31%) e sindicatos (19%). Entretanto, identificam-se distorções na composição do conselho, pois entidades representativas do segmento dos profissionais de saúde (sindicatos e conselhos profissionais, juntos 21%), prestadores de serviços (associações de pais e alunos, hospitais privados e/ou filantrópicos, juntos 8%) e gestores (secretaria municipal de saúde e Poder Legislativo, juntos 4%) vêm ocupando vagas no segmento dos usuários. Além disso, há que se destacar o grande número de outras entidades (19%), em sua maioria com perfil de prestadores de serviços, que ocupam assento no conselho enquanto sociedade civil.

Já no segmento dos trabalhadores de saúde, observa-se que a maioria é composta pela secretaria municipal de saúde (31%) e conselhos profissionais (15%). Ressalta-se também que a presença de trabalhadores indicados pelas unidades de saúde para ocuparem o conselho, neste segmento, consiste em um sério equívoco, pois sua presença deve ser respaldada pelas entidades representativas dos profissionais de saúde, e não por entidades representativas dos gestores. Destaca-se que distorções na composição dos conselhos consistem um problema para a garantia da paridade entre os segmentos, na medida em que os interesses das entidades representadas acabam não sendo compatíveis com os interesses do segmento no qual se encontram.

Quadro 35. Entidades Representativas dos Usuários e Trabalhadores de Saúde

	Usuário	Porcentagem (%)	Profissional	Porcentagem (%)
Associação de moradores	15	31		
Sindicato	9	19	1	8
Igreja	4	9		
Associação de pais e alunos	3	6		
Conselho comunitário	2	4		
Conselho profissional	1	2	2	15
Associação de portadores de patologias	1	2		
Secretaria municipal de saúde	1	2	4	31
Hospital privado/filantrópico	1	2		
Poder Legislativo	1	2		
Outras	9	19	1	8
Não respondeu	1	2	5	38
Total	48	100	13	100

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

3.2 ALGUMAS REFLEXÕES

O perfil dos conselheiros municipais de saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro nos possibilita algumas reflexões acerca dos dados apresentados.

Entre os itens pesquisados encontra-se a faixa etária, em que podemos constatar que não há uma renovação de quadros nos conselhos. A maioria dos conselheiros da Região Serrana (75%) tem mais de 40 anos. O quantitativo de conselheiros na faixa de até 30 anos ainda é muito reduzido em toda região. A partir desta evidência, considera-se importante mobilizar os jovens para se inserirem na luta pela saúde.

Outro aspecto ao qual deve-se refletir é relacionado à participação dos conselheiros em movimentos sociais. Na Região Serrana constatou-se que 75% dos conselheiros têm experiência em movimentos sociais. A maioria participou ou participa de movimentos populares e identificou-se um número significativo de conselheiros com experiência em movimentos sindicais e em movimentos partidários. No movimento popular pode-se destacar como principal entidade as associações de moradores. A participação dos

conselheiros em partidos políticos e sindicatos é um fator importante e positivo, pois demonstra que a perspectiva política dos conselheiros não se restringe à saúde, mas a um projeto societário mais amplo, o que pode qualificar o debate e potencializar maior participação popular.

Outro dado importante é a entidade que o conselheiro representa no Conselho que, conforme já exposto, pode implicar em distorções na paridade. Foi identificado que entidades representativas do segmento dos profissionais de saúde, prestadores de serviços e gestores vêm ocupando vagas no segmento dos usuários. Com relação ao segmento dos trabalhadores de saúde, é importante destacar que a sua participação nos conselhos deve ser respaldada pelas entidades representativas dos profissionais de saúde, e não por entidades representativas do segmento dos gestores. A compreensão equivocada da inserção de algumas entidades na composição do Conselho pode fragilizar o potencial político dos mesmos.

A análise do perfil dos conselheiros, conforme já explicitado, é fundamental para traçar estratégias de ação que fortaleçam o controle social.

4 MESA-REDONDA “PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA REGIÃO SERRANA”

4.1 RELAÇÃO DOS GESTORES NO CONTROLE SOCIAL

A Secretária Municipal de Saúde de Cantagalo, Juliana Nunes, representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), destacou que na Região Serrana, formada por 16 municípios, somente Teresópolis, Friburgo e Santa Maria Madalena continuaram com os mesmos secretários. Petrópolis mudou o secretário mantendo a linha de governo. Nos outros municípios toda parte do executivo foi alterada. Não deve caber aos gestores assumir uma posição que garanta apenas seus interesses, pois sua motivação deve ser a garantia da consolidação do SUS, do atendimento à população com dignidade e humanidade.

Cada município tem a sua realidade, Nova Friburgo, por exemplo, não tem passado uma experiência positiva, na medida em que há impedimentos para as pessoas construírem o controle social da forma correta, como a Constituição e a Lei Orgânica de Saúde garantem.

Em Cantagalo, o conselho municipal de saúde tem crescido muito, o estatuto constituído em 1999 está sendo reformulado com as contribuições de articuladores do conselho estadual de saúde¹.

Ela não concorda que a presidência do Conselho seja exercida pelo secretário de saúde, como ainda é o caso de Cantagalo. Isto deve ser revisto, para que a escolha do presidente ocorra da forma mais democrática possível.

Implantou-se em Cantagalo o governo itinerante, para que visite cada distrito, cada bairro, para interagir com a população, e isso tem construído bastante. O plano plurianual, que todo prefeito é obrigado a fazer, foi feito em Cantagalo de modo participativo, indo às comunidades.

É fundamental que sejam apresentados dados concretos e não somente reclamações vazias. É preciso ir aos hospitais, aos postos de saúde, fazer uma ouvidoria, uma gestão itinerante do conselho, mas para isso também, e dentro da realidade dos municípios, são necessárias condições concretas, tais como transporte e alimentação, sala e telefone para o Conselho.

Todos podem estar em uma determinada posição, hoje representando o controle social e num outro momento representando a gestão, e muitas vezes as duas posições se encontram, pois todos são usuários do SUS.

¹ Trata-se dos conselheiros Pedro e Marilene Formiga.

A relação entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS deve ter abertura e diálogo. É um processo de construção da democracia e do SUS.

4.2 A VISÃO DO CONTROLE SOCIAL PELOS USUÁRIOS

o representante do Conselho Municipal de Saúde de Santa Maria Madalena, **Rogério Botelho**, afirma que este espaço traz a possibilidade de discutir e encaminhar questões importantes para a consolidação do controle social

Afirma que a situação de saúde hoje deriva também da falta de uma política séria de educação e de outras políticas sociais.

A representante do Conselho Municipal de Saúde de São Sebastião do Alto, pela Pastoral da Criança, **Ângela Marinho**, afirmou que hoje chega à conclusão que os problemas de saúde da região são maiores do que imaginava. Santa Maria Madalena, Trajano de Moraes e São Sebastião do Alto são municípios considerados de risco segundo dados do Unicef, pois têm alto índice de mortalidade infantil e desnutrição.

Os menores municípios da Região Serrana vivem a realidade da zona rural, e é nestas localidades que são encontradas as situações mais graves de saúde, que devem colocar a todos em situação de luta, acreditando na promoção de mudança.

Esses moradores estão totalmente desprovidos de seus direitos. O Município de São Sebastião do Alto perdeu dois módulos do Programa Saúde da Família e hoje funciona com apenas um módulo.

O conselho questionou esse retrocesso e foi colocado como contenção de gastos. É necessário investir em prevenção para não reparar os danos, o que exige um montante de recursos ainda maior.

Espera que do seminário saiam deliberações concretas, que cada município mobilize as organizações, para que sejam fortalecidas e contribuam com a consolidação do SUS em benefício da população usuária.

4.3 O CONTROLE SOCIAL PELOS TRABALHADORES

O representante do Sindsprev – Região Serrana, **Neilton Lima**, discorre sobre a questão dos trabalhadores de saúde considerando que, na verdade, também são usuários do sistema.

As relações de trabalho estão “precarizadas”, o que é um processo histórico, em que os antecedentes surgiram praticamente na última década neoliberal do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), com o processo de privatização do Estado.

Os princípios neoliberais estão sendo reafirmados. O Estado fornece o mínimo e quer o lucro máximo, e é neste contexto que se insere a discussão do processo saúde e doença.

Para obter lucro máximo, a doença se transforma em negócio, logo a resolutividade é menor, assim como a cobertura e o atendimento. É assim que se vendem serviços, que são abertos laboratórios, etc. Dentro desse processo, a mão-de-obra também é transformada em negócio, sendo terceirizada e cooperativada.

O movimento da saúde não permitiu que o Governo FHC implementasse o projeto neoliberal em todos os seus aspectos, por isso, hoje, o Governo Lula, ao dar continuidade a este projeto, coloca em xeque todo o movimento realizado durante estes anos.

Os conselhos são uma conquista, se constituem na democracia participativa efetiva e é por isso que as oligarquias atrasadas se incomodam. A mão-de-obra hoje está precarizada. As relações de trabalho no que se referem às leis trabalhistas, aos salários e às condições para o exercício do trabalho estão péssimas.

Ele identifica como a principal causa dessa precarização a inexistência de concursos públicos, que garantam que os trabalhadores possam se organizar em sindicatos para exigir seus direitos. Inclui também como problemas o clientelismo político e o fisiologismo.

Falta motivação para o trabalho e para o crescimento profissional. O trabalhador é mal remunerado e, por isso, desmotivado para investir em sua capacitação, o que, por outro lado, resulta na falta de perspectiva de carreira ou de qualquer outro tipo de melhoria.

Há políticas importantes propostas no Governo Lula que não saíram dos gabinetes e não chegaram à ponta da sociedade. O Pólo de Educação Permanente em Saúde é uma boa proposta, mas está erradamente na mão das universidades e também virou negócio. É fundamental a participação da academia articulada com os interesses da população usuária e dos trabalhadores. O que deve ser discutido é o controle social e o que os trabalhadores de saúde querem e precisam em termos de capacitação.

O SUS é democracia participativa e os gestores são autoritários, não encaminham a gestão de forma compartilhada com a sociedade, como está previsto em lei. É importante cobrar do Ministério da Saúde ações jurídicas para interferir maciçamente nessa situação.

A consequência desse autoritarismo é a oferta de serviços de péssima qualidade para os usuários do SUS, colocando em risco a vida da população que paga por eles, sendo maior parte desses recursos investida no setor privado complementar.

Falta valorização e valoração do trabalho aliada à falta de perspectiva de crescimento profissional. Não há Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) na Região Serrana ou em qualquer lugar, e inexistem mesas de negociação do SUS e, muito menos, a implementação da Norma Operacional Básica de recursos humanos. O que falta, principalmente, é a vontade política dos gestores.

Falta participação efetiva também dos trabalhadores, na sua organização para cobrar e fiscalizar. Falta um Ministério Público mais incisivo, provocando o Judiciário para se fa-

zer cumprir a legislação existente. Faltam conselhos de saúde independentes para serem representativos.

O controle social deve transpassar as gestões e os gestores, por isso que ele tem que ser independente e ter estrutura, orçamento próprio, autonomia financeira para poder gerir suas necessidades. Tem que ter um plano de execução orçamentária de acordo com as regras da administração pública.

É necessária a ação do Ministério da Saúde na região objetivando auditar o funcionamento do SUS, no que tange à execução dos seus princípios pelos municípios.

É urgente uma auditoria dos recursos repassados, fundo a fundo, nas ações preconizadas e pactuadas. Fazer uma avaliação da utilização desses recursos de acordo com a Emenda n.º 29 e o Ministério da Saúde tem papel fundamental nisso.

É necessário que se garanta um pacto entre os atores presentes, pois não pode existir controle social na Região Serrana que não seja de forma independente, sem a tutela hoje presente. Os conselhos têm que ter autonomia para discutir a saúde, mas precisa também de assessoria técnica para se capacitar e se fazer resolutivo.

A Resolução n.º 333/03 tem que ser cumprida, o presidente do conselho pode ser o secretário de saúde, mas tem que ser eleito, o que é uma questão de ética e democrática também.

O Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) tem que ser parceiro, pois é necessário apoio efetivo do poder público. A Procuradoria da República tem que convocar o Ministério da Saúde para cumprir a legislação do SUS.

Deve ser exigida a suspensão do consórcio de saúde da Região Serrana, já que são questionadas as formas como foram consolidadas, principalmente pela ausência do controle social na sua organicidade, sendo proposta a reavaliação de seus objetivos e funcionamento, com vista a garantir assim uma transparência administrativa necessária e devida à população.

Deve-se exigir a proibição imediata de contratação de trabalhadores que não seja por concurso público, com definição do prazo de seis meses para realizar concurso e substituir todas as contratações feitas de outras formas; três meses para implantar as mesas de negociações do SUS para o PCCS e um ano para a implementação deste para entrar no orçamento do ano seguinte.

É urgente a necessidade de realizar um novo encontro na região para discutir políticas públicas, para não perder a mobilização, criando uma rede de informações entre os sujeitos que puderem trocar e crescer nesse processo. Também deliberar a Conferência Regional de Saúde do Trabalhador, para que se possa fortalecer o controle social na Região Serrana.

4.4 REALIDADE E DESAFIOS DA LEGISLAÇÃO DO SUS

Marilene Formiga, conselheira estadual e articuladora da Região Serrana, inicia sua fala discutindo a Lei n.º 8.080/90, que foi a lei que normatizou o SUS, e afirma que para receber recursos o município tem que ter conselho municipal paritário, junta municipal de saúde e relatório de gestão.

Nesta lei está o instrumento que pode ser utilizado para questionar, para não ocorrer como no Município do Rio de Janeiro em que a justiça tirou o direito. É necessário reaver os direitos conquistados nos anos 80 e o espaço perdido nos anos 90.

Não é possível mais resolver tudo por meio da mobilização, até porque o problema maior é a falta de vontade política e compromisso dos gestores.

A Lei n.º 8.142/90 institui o controle social e é o conselho de saúde que fiscaliza a parte financeira, que ainda tem sido uma “caixa preta”. Se não tem fundo e controle sobre os repasses, não será possível ter informação financeira.

Outra questão que se coloca é sobre a capacidade de fiscalizar, caso houvesse acesso às informações financeiras. Houve um projeto do Ministério da Saúde que capacitou conselheiros, mas é desconcertante que o órgão que temos que fiscalizar defina quais os conteúdos de capacitação para desempenhar este papel de fiscalizador.

Assim, permaneceu a ignorância quanto à questão financeira. Não há capacitação para leitura dos orçamentos e dos balancetes, o que oprime os conselheiros, pressionados para aprovar os orçamentos.

Ainda é preciso pontuar a Portaria n.º 601/03, que afirma que não podem ser realizados convênios sem avaliação do conselho, o que não vem sendo cumprido. Quando chegou ao conselho de saúde, a Portaria n.º 601 já havia sido revogada pela Portaria n.º 447/04.

A lei federal afirma que os conselhos têm a capacidade de deliberar sobre os conselhos, logo, por que isso deve ser regulamentado por uma portaria? É desqualificar a lei.

A portaria que institui o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) afirma que este serviço deve ser discutido no conselho, o que não ocorreu.

A portaria n.º 198/04 normatiza a educação permanente em saúde. Está havendo uma determinada hegemonia dos aparelhos formadores, mas esta não é uma instância do SUS, tratam-se das mesmas figuras, ou seja, controle social *versus* aparelho formador.

A portaria não é ruim, porém quando não havia recursos, era possível contar apenas com a professora Maria Inês Bravo junto aos conselheiros tentando demonstrar o potencial dos conselhos.

Atualmente são incontáveis os aparelhos formadores. É necessário estudar a portaria para avaliar a participação dos aparelhos formadores, pois, sem o conhecimento da lei, os conselheiros permanecem vulneráveis à influência de quaisquer grupos.

Outra portaria importante é a n.º 1.886/97 que normatiza a atuação dos agentes comunitários de saúde e do Programa Saúde da Família (PSF), que deve ser estudada e observada, para sua construção.

Esta portaria está sendo desrespeitada por falta de conhecimento dos conselheiros e trabalhadores de saúde. O coordenador nacional do PSF desconhece a portaria, logo, para exercer um controle social eficaz é necessário conhecimento.

As derrotas ocorrem, em parte, devido à falta de conhecimento dos textos legais, para exercer o controle social. É necessária a apropriação das informações para garantia de direitos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes

A Região Serrana do Rio de Janeiro apresenta como um dos principais problemas decorrentes da situação de saúde a falta de investimento público nos municípios que a compõem. O setor privado que deveria funcionar de forma complementar a rede pública, de acordo com o que estabelece a Lei n.º 8.080/90, ainda tem hegemonia na região.

Apesar da ampliação da cobertura da atenção básica na Região, ainda existe uma deficiência, detectada pela ocorrência de doenças e mortalidade relacionadas a problemas socioeconômicos e à falta de prevenção. As doenças infecto-contagiosas consideradas erradicadas e/ou controladas, como a dengue e a tuberculose, ainda ocorrem com grande incidência.

Um outro dado preocupante é que a rede hospitalar é hegemonizada pelo setor privado, detendo, este, cerca 62,5% da oferta. Confirma-se a forte participação da esfera não-governamental – hospitais contratados e filantrópicos – na oferta de serviços de saúde, tendo como principais exemplos os municípios de Petrópolis, Nova Friburgo e Teresópolis, justamente estes que são referências para a região.

Com relação ao controle social, observa-se que todos os municípios possuem conselhos de saúde, criados, em sua maioria entre os anos de 1991 a 1993, quando da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs). No Município de Teresópolis, o conselho foi criado em 1988. Este último dado é importante e aponta o potencial de luta da sociedade civil organizada, para a conquista e consolidação dos seus direitos.

A maioria dos conselhos analisados, 87,5%, cumpre a legislação básica do SUS (Lei n.º 8.142), no tocante à paridade entre os segmentos na composição dos conselhos. Com relação à Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde, 44% segue a sua orientação no aspecto formal¹.

A análise da composição dos conselhos de saúde da Região Serrana configura-se como um elemento que sinaliza a fragilidade do controle social na região, uma vez que descumprem de forma maciça as leis que dispõem sobre a participação da sociedade nos conselhos. A desobediência à Lei n.º 8.142 e à Resolução de n.º 333/03 repercutem diretamente nas possibilidades de ação dos movimentos sociais e dos trabalhadores de saúde, principais sujeitos do controle social, dando margem à concentração das decisões nas mãos dos gestores. O cumprimento da legislação, no tocante à representação dos segmentos nos conselhos, por si só, não garante o pleno exercício do controle social, contudo significa um importante passo nesta direção.

Os dados verificados na análise da composição dos conselhos municipais da Região Serrana indicam uma certa fragilidade do controle social, uma vez que o descumprimen-

¹ Apesar do aspecto formal, existem distorções na composição de alguns conselhos.

to da Resolução n.º 333/03 configura-se como um entrave para a garantia da participação dos trabalhadores de saúde nesses espaços.

A reorientação da composição dos conselhos da Região Serrana, garantindo a paridade estabelecida na Resolução n.º 333/03, é um passo importante para a efetivação desses fóruns enquanto espaço de participação da sociedade nas decisões referentes à política pública de saúde, de forma que as suas demandas sejam de fato contempladas.

Nesse sentido, identificam-se como espaços privilegiados para enfrentar essa questão as conferências municipais de saúde, enquanto fóruns deliberativos que objetivam propor diretrizes de ação que nortearão as discussões travadas nos conselhos de saúde. A organização e o funcionamento dos conselhos, nos marcos da Resolução n.º 333/03 são uma importante bandeira a ser defendida pelos conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Destaca-se também a existência de diversos conselhos de políticas e de direitos na Região. Entretanto, considerados os limites do estudo, não é possível afirmar se estes vêm funcionando de acordo com a legislação existente e se têm contado com a participação efetiva da população.

Para o aprimoramento da gestão democrática e garantia de melhores condições de saúde, os conselheiros da Região Serrana que participaram do Curso de Capacitação de Conselheiros promovido pelo Núcleo Rio, em 2002 e 2003, apresentaram como propostas para o fortalecimento do controle social²:

- Repasse dos conteúdos do Curso de Capacitação para os conselhos de saúde e cobrança de maior compromisso por parte dos conselheiros.
- Organização da infra-estrutura dos conselhos municipais de saúde (telefone, sala, equipamentos, etc.) e garantia de espaço físico exclusivo para as atividades.
- Melhora da organização e do funcionamento dos conselhos: definição de periodicidade dos encontros e reuniões, cronogramas, pautas definidas, secretaria executiva, comissões de trabalho.
- Reformulação dos regimentos internos de alguns conselhos para garantir a paridade.
- Controle da frequência e garantia da participação no conselho municipal de saúde.
- Investimento em comunicação e informação: jornal, boletim, carro de som, rádio, rádio comunitária; televisão, etc.
- Maior reconhecimento pelos conselheiros da Rede: agendamento de vistas de rotina do CMS às unidades do SUS, atendimento às denúncias e crachás de identificação do conselheiro.
- Cumprimento pelo gestor das deliberações dos conselhos.

² O Curso de Capacitação foi um programa nacional ocorrido de 2002 a 2004, sob a responsabilidade de um consórcio formado por instituições públicas de ensino: Fiocruz, UNB, Unicamp e UFMG. Seu principal objetivo foi o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do controle social. Para isso, buscou fomentar a participação dos sujeitos que atuam nos conselhos de saúde na gestão da política de saúde, bem como orientar os conselheiros sobre suas competências e habilidades para o exercício de suas atribuições, visando fortalecer a atuação dos mesmos.

6 CARTA-COMPROMISSO

Agenda Pública em Saúde

CARTA-COMPROMISSO DA REGIÃO SERRANA DO RIO DE JANEIRO

Os participantes do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Serrana do Rio de Janeiro, realizado em 13 de agosto de 2005, em Nova Friburgo, com a presença de 63 participantes representando os conselhos municipais de saúde dos municípios de Bom Jardim, Cantagalo, Carmo, Duas Barras, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Teresópolis; o Conselho Estadual de Saúde; a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde; o Cosems e o Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ, caracterizam como principais questões de saúde na região:

- Falta de investimento no setor público nos municípios que a compõem.
- Rede hospitalar hegemônica pelo setor privado.
- Modelo assistencial pautado na doença.
- Terceirização dos recursos humanos.
- Consórcio da região sem controle social.
- Existência de conselhos de saúde não-paritários e sem autonomia.
- Ausência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários.

A partir dos problemas identificados, apresentam como propostas:

- Garantia do financiamento para o setor público, bem como a regulamentação da Emenda Constitucional 29.
- Realização de concurso público, a fim de superar a precarização do trabalho em saúde, no prazo de seis meses.
- Rediscussão do Consórcio de Saúde da Região Serrana, uma vez que o controle social não está presente nas deliberações das ações de saúde regionalmente implementadas.
- Criação das mesas de negociação do SUS da região, no prazo de seis meses, para a elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários.
- Realização da Conferência Regional de Saúde do Trabalhador da Região Serrana, em setembro, com a garantia de apoio do Cosems.
- Criação do Fórum de Conselhos da Região Serrana.
- Garantia da participação dos usuários e trabalhadores de saúde no Pólo de Educação Permanente.
- Garantia do cumprimento da Resolução n.º 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

- Construção de um Plano Regional de Saúde com ampla participação da sociedade civil organizada e dos conselhos municipais para reorganizar o SUS na região, com ênfase na atenção básica garantindo referência e contra-referência, com a finalidade de assegurar o efetivo direito à saúde. O plano regional deve pautar-se no perfil epidemiológico dos municípios, ser orientado pelo princípio da intersetorialidade e voltar-se para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, valorizando nestas ações a cultura social, popular e étnica das populações.

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 da região, com a finalidade de inaugurar um novo pacto de gestão participativa tendo como base as reais necessidades de saúde da população. Para o alcance de tal objetivo, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro devem tomar as medidas necessárias com relação às irregularidades existentes nos Conselhos Municipais de Saúde da Região Serrana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*, Brasília, 4 dez. 2003. Seção 1, p. 57.

_____. Ministério da Saúde. *Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde: guia do conselheiro*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *[Site oficial do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)]*. Brasília, [2005?]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/>>.

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, 2001.

_____. *Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, 2005.

BRAVO, M. I. S. et al. A Política de Saúde sob a ótica dos agentes comunitários de saúde: análise da capacitação realizada no município de Belford Roxo – Baixada Fluminense – RJ. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Saúde da Família: panorama, avaliação e desafios*. Brasília, 2005.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. *Ser Social*, Brasília, v. 10, jan./jun. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *[Site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)]*. [S.l.], 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.

LESBAUPIN, I. *Poder local e exclusão social*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

RIO DE JANEIRO (Estado). Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro. *Anuário Estatístico 2003 do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2003.

_____. Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro. *[Site do Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro]*. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <<http://www.cide2.rj.gov.br>>.

_____. Conselho Estadual de Saúde. *Questionários do Projeto Interiorização e Regionalização das Ações do CES*. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *[Site da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro]*. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização: 2001/2004*. Rio de Janeiro, 2001.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro: 2001/2004*. Rio de Janeiro, 2001.

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, agosto de 2007

OS 0155/2007