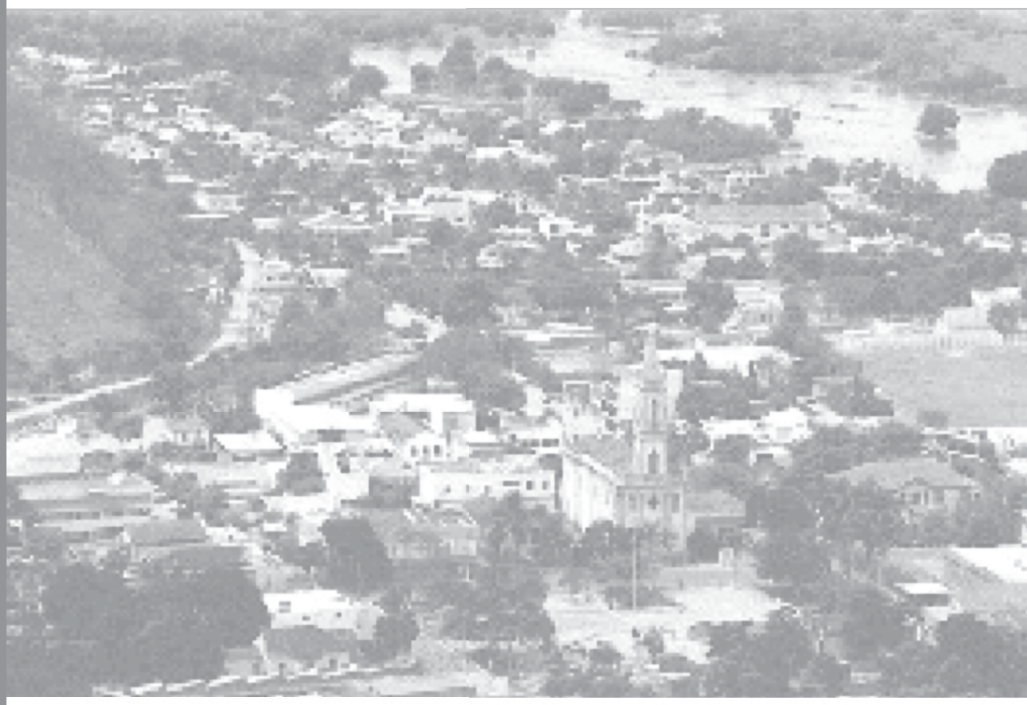
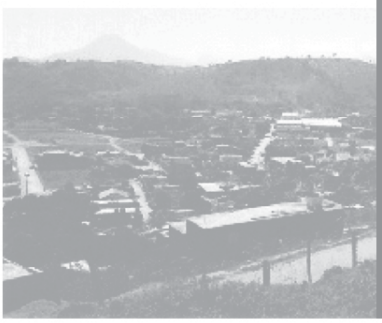
CADERNOS REGIONAIS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão
Estratégica e Participativa

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



Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Regionais



Editora MS
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 acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 600 exemplares

Série D. Reuniões e Conferências
Série Cadernos Regionais

Edição, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 410
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-3616/ 3315-3326
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

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

Coordenação:
Maria Inês Souza Bravo

Equipe Responsável:
Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS/ UERJ
Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social
Kátia Rodrigues da Silva – Assistente Social
Rose Santos Pedreira – Assistente Social
Adriana Pereira da Fonseca – Graduanda FSS/UERJ
Elaine Junger Pelaez – Graduanda FSS/UERJ
Juliana Fiúza Cislaghi – Graduanda FSS/ UERJ
Vanessa Nascimento da Silva – Graduanda FSS/ UERJ
Vanessa da Silva Pereira – Graduanda FSS/ UERJ

Colaboração:
Fernando Rodrigues Cunha (SGEP/MS)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

ISBN 978-85-334-1318-4

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

NLM WA 540

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0091

Títulos para indexação:
Em inglês: 1st Seminar on Participative Health Administration of the Northwest Region of Rio de Janeiro
Em espanhol: 1º Seminário de Gestión Participativa en Salud de la Región Noroeste 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, Vânia Lucas e Augusto Corado (Estagiário)
Editoração: Leomar Peixoto

SUMÁRIO

Lista de Figuras, Gráficos e Quadros 5

Apresentação 7

1 Mesa de Abertura do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro 9

2 Considerações Iniciais: O Estado do Rio de Janeiro 13

3 Breve Caracterização da Região Noroeste Fluminense 15

3.1 Dados Gerais 15

3.2 População 16

4 Situação de Saúde da Região Noroeste 17

4.1 Principais Problemas de Saúde 17

4.2 Natalidade 18

4.3 Mortalidade 20

4.4 Principais Doenças/ Dados de Morbidade 22

5 Características da Rede de Atendimento à Saúde na Região Noroeste 25

5.1 Microrregiões e Módulos Assistenciais 25

5.2 Atenção Básica 28

5.3 Organização da Rede de Serviços de Saúde 31

6 O Controle Social na Região Noroeste Fluminense 45

6.1 Considerações Iniciais 45

6.2 Panorama dos Conselhos de Saúde da Região 46

6.2.1 Lei e Ano de Criação 46

6.2.2 Composição dos Conselhos 47

6.2.3 Organização Interna e Dinâmica de Funcionamento 50

6.2.4 Conferências de Saúde 52

6.3 Existência de Outros Conselhos de Políticas e Direitos 53

6.4 A Visão de Controle Social 55

6.4.1 Pelo Gestor 55

6.4.2 Pelo Usuário 57

7 O Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região Noroeste Fluminense 61

7.1 Considerações Iniciais 61
7.2 Dados Institucionais da Amostra. 62
7.3 Dados Pessoais dos Conselheiros 63
7.4 Participação em Movimentos Sociais 66
7.5 Algumas Reflexões 69
8 Algumas Reflexões sobre a Situação de Saúde e Controle Social 71
9 Carta-Compromisso da Região Noroeste Fluminense 75
Referências Bibliográficas 77

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

Figura 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro Dividido por Regiões 13
Figura 2 – Mapa da Região Noroeste Fluminense 15
Quadro 1 – População Residente Estimada, segundo as Regiões de Governo e Municípios do Estado do Rio de Janeiro – 2004. 16
Quadro 2 – Principais Problemas de Saúde da Região Noroeste Fluminense 17
Quadro 3 – Taxa Bruta de Natalidade por 1.000 Habitantes. 18
Quadro 4 – Tipo de Parto (2002) 19
Quadro 5 – Taxa Bruta de Mortalidade por 1.000 Habitantes 20
Quadro 6 – Mortalidade Segundo Grupo de Causas (2002). 21
Quadro 7 – Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 Nascidos Vivos 22
Quadro 8 – Dados de Morbidade Hospitalar dos Municípios da Região Noroeste – 2004 23
Quadro 9 – Casos Notificados das Principais Doenças da Região Noroeste Fluminense 24
Quadro 10 – Modelo de Atenção Básica e % de População Coberta pelo Programa no Período de 2000 a 2004 – Municípios da Região Noroeste/ RJ 29
Quadro 11 – Estabelecimentos de Saúde por Tipo – Região Noroeste Fluminense – 2005 31
Quadro 12 – Serviços de Média Complexidade – Região Noroeste – 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.° 1.101/02) 32
Gráfico 1 – Estudo Comparativo dos Serviços de Média Complexidade – 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.º 1.101/02) 33
Quadro 13 – Estudo Comparativo dos Serviços de Média Complexidade – 2004 34
Quadro 14 – Serviços de Alta Complexidade – Região Noroeste Fluminense – 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.° 1.101/02). 34
Gráfico 2 – Estudo Comparativo dos Serviços de Alta Complexidade – 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.º 1.101/02). 35
Quadro 15 – Estudo Comparativo dos Serviços de Alta Complexidade – 2004 36

Quadro 16 – Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Noroeste – 2003 37
Quadro 17 – Leitos Contratados em Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Noroeste – 2003 38
Quadro 18 – Leitos Hospitalares por Especialidade na Região Noroeste – 2005 39
Quadro 19 – Leitos de UTI por Tipo – 2005 – Região Noroeste Fluminense 40
Quadro 20 – Número de Internações por Município de Residência – 2004 – Região Noroeste Fluminense 40
Gráfico 3 – Número de Internações por Município de Residência – 2004 – Região Noroeste Fluminense 41
Quadro 21 – Lei e Ano de Criação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Noroeste 47
Quadro 22 – Composição dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Noroeste 48
Quadro 23 – Características dos Conselhos com Relação à Paridade 49
Quadro 24 – Caráter dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Noroeste 50
Quadro 25 – *Quorum* para Deliberação e Periodicidade das Reuniões 51
Quadro 26 – Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Noroeste 52
Quadro 27 – Existência de Outros Conselhos de Políticas e de Direitos 54
Quadro 28 – Conselheiros Distribuídos por Segmento 62
Gráfico 4 – Conselheiros Distribuídos por Segmento 62
Quadro 29 – Conselheiros Distribuídos por Condição 63
Gráfico 5 – Conselheiros Distribuídos por Condição 63
Quadro 30 – Conselheiros Distribuídos por Idade 64
Gráfico 6 – Conselheiros Distribuídos por Idade 64
Quadro 31 – Conselheiros Distribuídos por Sexo 65
Gráfico 7 – Conselheiros Distribuídos por Sexo 65
Quadro 32 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade 66
Gráfico 8 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento 66
Gráfico 9 – Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais 67
Quadro 33 – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência 67
Gráfico 10 – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência 68
Quadro 34 – Entidades Representativas dos Usuários e Trabalhadores de Saúde 69

APRESENTAÇÃO

Este caderno apresenta uma síntese do 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região Noroeste Fluminense do Rio de Janeiro, realizado no dia 8 de outubro de 2005, no Auditório Carlos Fernando Py do Centro Vigilância e Educação em Saúde, em Natividade/RJ.

O seminário pretendeu situar, discutir, avaliar os problemas prioritários e as demandas da população relativas à saúde, com vistas a propor soluções que sejam viáveis, por meio da mobilização dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde da Região Noroeste Fluminense. Teve como principal objetivo potencializar a participação e gestão das políticas públicas de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais da região, na perspectiva de ampliar a democracia participativa e construir o Fórum de Conselhos da Região Noroeste.

A programação e organização do seminário foram construídas coletivamente em uma reunião preparatória, no dia 12 de setembro, no Município de Natividade/RJ. Nesta reunião houve a participação de representantes dos conselhos de saúde dos municípios de Italva, Itaperuna, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua e São João de Ubá; representantes do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; a Secretaria Municipal de Saúde de Natividade e a equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro teve a participação de 82 pessoas inscritas, distribuídas da seguinte forma: 38 (46%) Conselheiros de Saúde e 44 (54%) não conselheiros (33 trabalhadores de saúde, 17 estudantes e 32 outros).

Com relação aos conselheiros de saúde, 19 pertenciam ao segmento dos usuários (50%), 13 dos trabalhadores de saúde (34%) e 6 do gestor/prestador de serviço (16%). Estes conselheiros eram dos seguintes conselhos: Natividade (9); Cardoso Moreira (3); Italva (3); Bom Jesus do Itabapoana (2); Itaperuna (4); Porciúncula (1); Miracema (2); Santo Antônio de Pádua (1); Varre-Sai (1); Seropédica (1); Aperibé (2); São José de Ubá (1); Conselho Distrital da AP 1 do Rio de Janeiro (1); Campos dos Goytacazes (1) e do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (5).

As instituições presentes no seminário foram as seguintes: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; secretarias municipais de saúde (Natividade, Cardoso Moreira, Itaperuna, Italva, Miracema, Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana); Prefeitura Municipal de Natividade; Secretaria Municipal de Assistência Social de Natividade; Secretaria Municipal de Educação de Natividade; Secretaria Municipal de Defesa Civil e Meio Ambiente de Natividade; Prefeitura Municipal de Miracema; hospitais e clínicas (Hospital dos Servidores do Estado, Santa Casa de Misericórdia de

Campos e Clínica Credo); instituições filantrópicas e organizações não-governamentais (ONGs) – Associação de Pais e Amigos Excepcionais (Apae) e Grupo Atividade em Natividade (GAEN-ONG) –; Faculdade Redentor; Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais da Saúde e Previdência Social (Sindsprev-RJ); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Associações de Produtores e Associações de Costureiras (Aprocost).

Esse caderno traz a síntese das discussões ocorridas no seminário, tendo como eixo as questões relativas à realidade de saúde e ao controle social na Região Noroeste Fluminense, com a finalidade de apresentar propostas concretas para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) na região. Está dividido em nove itens.

O primeiro retrata a mesa de abertura do seminário com a saudação dos organizadores do evento. A seguir, apresenta-se uma caracterização geral do Estado do Rio de Janeiro.

O terceiro e o quarto item referem-se à Região Noroeste Fluminense com uma breve caracterização da região e da população. Posteriormente, explicita-se a situação de saúde por meio dos principais problemas e indicadores de natalidade, mortalidade, morbidade. O quinto tópico refere-se às características da Rede de Atendimento à Saúde (microrregiões e módulos assistenciais, atenção básica e organização da rede de serviços de saúde).

O sexto item enfatiza o controle social na saúde, destacando-se os conselhos municipais de saúde da Região Noroeste Fluminense, por meio dos seguintes eixos: ano de formação, composição, caráter 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. Neste item, trata-se também da visão do controle social pelos gestores e usuários com contribuições da Secretaria Municipal de Saúde de Natividade e do Conselho Municipal de Saúde de Itaperuna.

O sétimo item destaca o perfil dos conselheiros de saúde da Região Noroeste pela amostragem de 63 conselheiros. São ressaltados os dados pessoais dos conselheiros como idade, sexo e escolaridade, e sua participação em movimentos sociais. O oitavo tópico enfocará algumas reflexões com relação à situação de saúde e ao controle social na região. Por último, apresenta-se a Carta-Compromisso da Região Noroeste Fluminense, fruto dos grupos de trabalho e plenária final do evento. Espera-se, com esse caderno, socializar as informações sobre a realidade de saúde e do controle social na Região Noroeste, a fim de potencializar a participação social na formulação e na gestão da política de saúde, com vistas à efetivação concreta do Sistema Único de Saúde.

1 MESA DE ABERTURA DO 1.° SEMINÁRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE DA REGIÃO NOROESTE DO RIO DE JANEIRO

A abertura do seminário contou com a presença dos organizadores do evento: representante da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; representantes do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; Secretário Municipal de Saúde de Natividade. E como convidados a Prefeitura de Natividade e a Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro.

O Prefeito de Natividade, Sr. **Luiz Carlos Machado**, falou sobre a satisfação de sediar um evento como este, de tamanha importância para Região Noroeste Fluminense. Destacou, também, que atualmente o município procura trabalhar de forma participativa e a área da Saúde tem desenvolvido ações inovadoras e com competência. Com relação ao avanço na área da Saúde, citou a cobertura de 100% da população do município pelo Programa Saúde da Família. Além disso, reforçou a importância da participação da sociedade, por meio dos conselhos, reivindicando as ações que são necessárias para serem desenvolvidas. Ressaltou a articulação entre os municípios da região como estratégia para cobrar maior participação do Estado e da União. Apontou o seminário enquanto um espaço de intercâmbio de informações e conhecimentos.

O Sr. **Antônio Carlos Moraes**, representante da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, colocou a satisfação de estar em Natividade. Ressaltou que este município está priorizando um dos aspectos mais importantes do sistema de saúde – a atenção básica.

Além disso, destacou a importância da gestão participativa.

> [...] na qualidade de suplente do presidente Gilson Cantarino, como cidadão de saúde, julgo que uma discussão sobre a gestão participativa é um processo que defendemos desde o primeiro momento quando nós participamos da criação do conselho estadual de saúde. Este é um grande participador em defesa da saúde e um contraponto à política neoliberal instalada nesse País já em 1989, e a dificuldade que nós tínhamos para poder ir numa linha de controle social (informação verbal)[1].

,

[1] Informação fornecida pelo Sr. Antônio Carlos Moraes no 1.° Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

Reforçou a necessidade de defender com "unhas e dentes" o Sistema Único de Saúde, enquanto um plano de saúde gratuito e universal. Acrescentou, ainda, que os conselhos precisam de renovação de conhecimento, entender como funciona o sistema de saúde e compreender a realidade atual do Brasil.

Destacou também que, com o aumento da expectativa de vida da população, surgem novas demandas. Neste sentido, falou sobre a importância de enfatizar as ações de atenção básica com intuito de evitar procedimentos mais complexos e de alto custo (como, por exemplo: hemodiálise, transplante, etc.). Ressaltou que essas questões precisam ser problematizadas no seminário.

Outro aspecto que discutiu foi a concentração da arrecadação tributária na União e a maior responsabilização dos municípios e estados na execução das ações de saúde. Colocou a necessidade de se estabelecer melhor qual é o papel do Estado na implementação da política de saúde:

> [...] precisa ser mais bem trabalhado o papel do sistema de saúde estadual para que se possa dar conta das ações e no que diz respeito, principalmente, à razão da média e alta complexidade, que é onde você tem maior localização de recursos, maiores gastos (informação verbal)[2].

Finaliza a sua fala destacando que é preciso compreender o financiamento, o sistema de gestão, e que os conselhos têm um papel importante.

O Secretário Municipal de Saúde de Natividade, Sr. **Francisco José Martins Bohren**, falou da felicidade de participar do evento. Destacou a necessidade da articulação entre os conselhos da região, pois as dificuldades são as mesmas.

> [...] É uma região que ocupa grande parte do território do Estado do Rio de Janeiro e concentra um pouco mais de 300 mil pessoas, [...] isso nos traz algumas dificuldades e peculiaridades [...] a distância dos grandes centros, a dificuldade de acesso no estado, uma série de dificuldades que a gente precisa superar com o aprofundamento da nossa integração, que é fundamental. Eu acho que o grande desafio hoje que o SUS tem, como proposta regional, é a dificuldade da relação entre os municípios periféricos e pobres com a dificuldade de acesso. Esse é um tema constantemente discutido com os outros secretários, pois é uma grande dificuldade (informação verbal)[3].

O secretário ressalta que o desafio é garantir o que está estabelecido na Legislação da Saúde. Para tanto, reforçou a importância e o papel dos conselhos nesse processo.

Falou, ainda, sobre as centrais de regulação que estão implantadas em todo estado e que é preciso avançar na questão da contratualização dos prestadores de serviço.

---

[2] Informação fornecida pelo Sr. Antônio Carlos Moraes no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

[3] Informação fornecida pelo Sr. Francisco José Martins Bohren no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

> [...] É inadmissível que o sistema nacional que se pretende ser universal não tenha contrato com seus prestadores de serviços [...] Como não tem contrato, todo mundo finge que faz e não faz, recebe pelo que diz que faz. Não tem um controle maior dessa questão e nós todos somos reféns, porque mais de setenta por cento dos serviços estão na mão do prestador que é pago pelo SUS, que prepara o sistema e que não existe uma articulação entre os outros prestadores (informação verbal)[4].

Outro aspecto discutido foi a proposta de realização de conferências de saúde regionais e a criação do Fórum de Conselhos de Saúde da Região Noroeste.

Por fim, reforçou a importância de garantir o direito constitucional à saúde e de regulamentar a Emenda Constitucional 29. Disse também que existem interesses, dentro do Congresso Nacional e do Governo Federal, de retirar o direito à saúde da Constituição Federal.

> [...] se isso se concretizar e sair da Constituição, que saúde é direito, perderemos a oportunidade histórica de ter um sistema de saúde melhor do mundo – um sistema inclusivo, um sistema que realmente garante filosoficamente um avanço enorme para a sociedade (informação verbal)[5].

O Sr. **Benedito Marques dos Santos Filho**, representante do Conselho Estadual do Rio de Janeiro e articulador das regiões Norte e Noroeste Fluminense, falou sobre o encontro que teve com o Ministério da Saúde, enquanto conselheiro e presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdias e dos hospitais filantrópicos do Estado do Rio de Janeiro. Informou que neste encontro o ministro colocou a questão da falta de verbas e as dificuldades nas condições de melhoria, acenando para 2006.

Destacou que a crise na área de Saúde e que os problemas de saúde da Região Noroeste não diferem das outras regiões. Neste sentido, ressaltou a importância de sair com propostas do seminário. Acrescentou, ainda, a necessidade da articulação entre todas as regiões que compõem o Estado do Rio de Janeiro para reivindicar e pressionar as autoridades: "[...] Essa é uma luta muito difícil, mas creio que com a união [...] de todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro nós teremos a ressonância em nível federal" (informação verbal)[6] .

Conclui a sua fala, enfatizando que a presença dos participantes expressa o grande número de interessados no debate e na discussão sobre a saúde.

---

[4] Informação fornecida pelo Sr. Francisco José Martins Bohren no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

[5] Informação fornecida pelo Sr. Francisco José Martins Bohren no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

[6] Informação fornecida pelo Sr. Benedito Marques dos Santos Filho no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

O Sr. **Urquilei dos Santos Pinheiro**, representante do Conselho Estadual do Rio de Janeiro e articulador das regiões Norte e Noroeste Fluminense, desejou a todos um bom seminário.

A professora **Maria Inês Souza Bravo**, coordenadora do Projeto Políticas Públicas de Saúde, da Faculdade de Serviço Social da UERJ, destacou que os Seminários de Gestão Participativa em Saúde vêm na contramão do Projeto Neoliberal.

Resgatou a história dos seminários realizados: três na Baixada Fluminense, um no Município do Rio de Janeiro, um na Região Metropolitana I (juntando Rio de Janeiro e Baixada Fluminense), um na Metropolitana II, um na Região Serrana, um na Baixada Litorânea e um agora na Região Noroeste. Está programado, em outubro, um seminário envolvendo as regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande, e, em novembro, o seminário da Região Norte. Em dezembro, está programado o seminário estadual que tem como objetivo fazer um balanço e uma avaliação de como foi o processo de realização desses seminários.

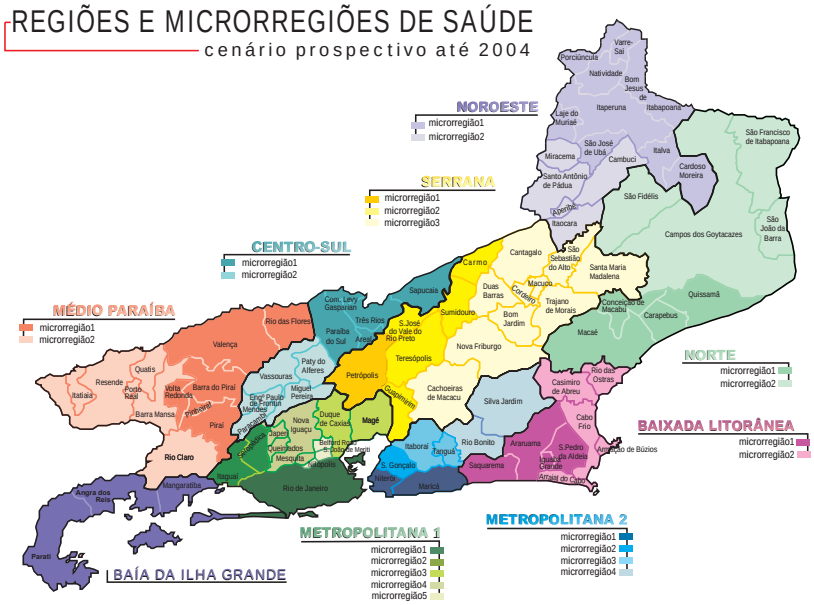
Referiu-se às cartas compromisso, fruto dos seminários, que devem ser assumidas por todos os agentes públicos comprometidos com a construção do Sistema Único de Saúde, a importância da criação e o fortalecimento dos fóruns regionais.

Ressaltou também que é só pela organização e mobilização que será possível garantir a saúde como "direito de todos e dever do Estado". Finalizou a sua fala colocando a importância e o papel da universidade nesse processo: "[...] a tarefa da universidade pública, gratuita e democrática de qualidade, é de colocar os conhecimentos a serviço da sociedade, assessorar, democratizar o conhecimento" (informação verbal)[7].

[7] Informação fornecida pela professora Maria Inês Souza Bravo no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

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



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

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (2001-2004), o Estado do Rio de Janeiro é composto por 92 municípios e 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 do Planejamento.

A região metropolitana está dividida em duas regiões: Metropolitana I (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense) e Metropolitana II (Niterói, Maricá, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim, Tanguá e Rio Bonito). É nesta região (composta por 19 municípios) que 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%.

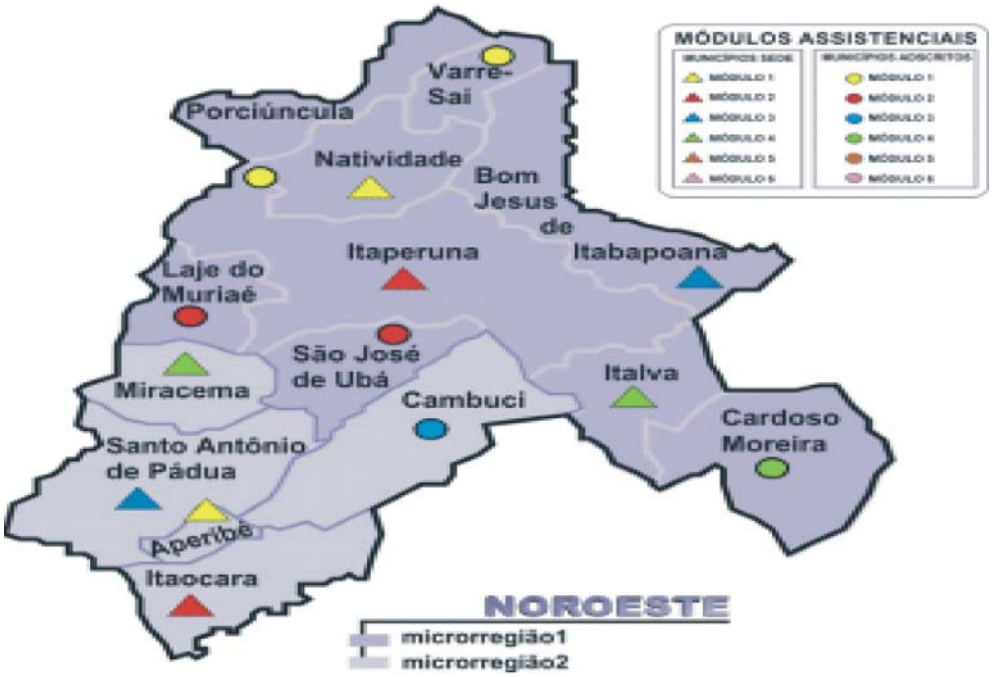
3 BREVE CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE[1]

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
Adriana Lúcia da Silva
Adriana Pereira da Fonseca
Elaine Junger Pelaez

3.1 DADOS GERAIS

A Região Noroeste Fluminense é composta por 14 municípios, que são: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje de Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São João de Uba e Varre-Sai. Estima-se para 2004 uma população de 322.823 habitantes, representando, aproximadamente, 2% da população total do estado.

Figura 2. Mapa da Região Noroeste Fluminense



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

O Noroeste Fluminense tem na agropecuária sua principal atividade e vem apresentando dificuldades econômicas, causadas por limitações no processo de comercialização da sua produção, pela má utilização de suas terras e pela pecuária extensiva, responsável

[1] Este item está pautado no documento "Região Noroeste Fluminense: situação de saúde e controle social", elaborado por Juliana Souza Bravo de Menezes, Adriana Lúcia da Silva, Adriana Pereira da Fonseca e Elaine Junger Pelaez, sob orientação da professora Maria Inês Souza Bravo.

pelo êxodo rural. Todos esses aspectos, somados à fraca expansão das atividades industriais e terciárias, afetam negativamente e geração de trabalho e renda na região.

A principal vocação da região relaciona-se ao desenvolvimento do setor agroalimentar. O Município de Itaperuna, além da vocação para ser o centro polarizador da industrialização de alimentos, apresenta a vocação industrial mais ampla da região, englobando atividades como metalurgia, mecânica leve e material elétrico leve. É importante ressaltar a indústria de confecção que, embora seja constituída por micro e pequenas empresas, tem impacto na economia regional devido ao grande número de pessoas empregadas nessa atividade.

A extração de mármore, granito e calcário é outra atividade existente em vários municípios da região, assim como a indústria de pedras ornamentais no Município de Santo Antônio de Pádua, que representa também importante potencial de desenvolvimento econômico.

3.2 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 Noroeste	**322.823**
Aperibé	8.893
Bom Jesus do Itabapoana	35.595
Cambuci	14.481
Cardoso Moreira	12.488
Italva	12.548
Itaocara	23.039
Itaperuna	91.194
Laje do Muriaé	8.137
Miracema	28.076
Natividade	15.375
Porciúncula	16.666
Santo Antônio de Pádua	41.465
São João de Ubá	6.639
Varre-Sai	8.227

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

De acordo com o exposto no Quadro 1, em 2004, o município mais populoso da Região Noroeste era Itaperuna com um número populacional de 91.194 habitantes, representando 28% da população da região. O município menos populoso era São João de Ubá, com 6.639 habitantes, representando 2% da população da Região Noroeste.

4 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO NOROESTE

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
Adriana Lúcia da Silva
Adriana Pereira da Fonseca
Elaine Junger Pelaez

4.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

De acordo com os dados do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2001-2004), são definidos seis grandes problemas de saúde da Região Noroeste: política de assistência farmacêutica básica inadequada; insuficiência de atividades de promoção à saúde; deficiência na assistência materno-infantil; política de recursos humanos inadequada; dificuldade para garantir o acesso dos pacientes da região aos serviços de alta complexidade e dificuldade para garantir ações integrais em saúde mental. No quadro a seguir, é possível vizualizar os macroproblemas da região e seus descritores presentes no plano.

Quadro 2. Principais Problemas de Saúde da Região Noroeste Fluminense

Macroproblemas	Descritores
1. Política de assistência farmacêutica básica inadequada.	Dificuldade de obter medicamentos; insatisfação da população; dificuldade na padronização de listas de medicamentos básicos.
2. Insuficiência de atividades de promoção da saúde.	Falta de articulação do setor Saúde com os movimentos populares; falta de articulação do setor Saúde com os demais setores da administração pública.
3. Deficiência na assistência materno-infantil.	Cobertura insuficiente de pré-natal; captação reduzida de gestantes no setor público; aumento da morbidade materno-infantil; falta de referência para gestantes e recém-nascidos de alto risco.
4. Política de recursos humanos inadequada.	Inexistência de Planos de Cargos, Carreiras e Salários nos municípios da região; alta rotatividade dos profissionais; grande disparidade salarial entre os profissionais cedidos pelo estado para os municípios em relação aos servidores do nível central.
5. Dificuldade para garantir o acesso dos pacientes da região aos serviços de alta complexidade.	Falta de referência para gestantes de alto risco; falta de referência para recém-nascidos de alto risco; dificuldades para realizar exames como densitometria, broncoscopia e teste de esforço.
6. Dificuldade para garantir ações integrais em saúde mental.	Vários municípios não possuem um programa de saúde mental; baixo número de serviços extra-hospitalares para a assistência ao portador de doença mental na região.

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

Observa-se uma relação direta entre os macroproblemas 5 e 3, uma vez que há dificuldade em garantir o acesso dos pacientes aos serviços de alta complexidade, não havendo referência para gestantes e recém nascidos de alto risco. Isso conduz à deficiência na assistência materno-infantil, resultando no aumento da morbidade materna e infantil, em decorrência da cobertura insuficiente de pré-natal e da falta de referência já citada.

A dificuldade para se garantir ações integrais de saúde mental, agravada pela inexistência desse programa em vários municípios da região, pode estar relacionado ao fato de a maioria dos municípios possuir um contingente populacional inferior a 25 mil habitantes, o que inviabiliza a implantação de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), ao qual só têm direito municípios com população superior a este número. De um total de 14 municípios que compõem a região, apenas quatro possuem mais de 25 mil habitantes, que é o caso de Itaperuna, Santo Antônio de Pádua, Bom Jesus do Itabapoana e Miracema.

4.2 NATALIDADE

A taxa de natalidade representa o número de bebês que nascem a cada ano. Esta taxa é calculada sinalizando o número de crianças nascidas vivas para cada 1.000 habitantes.

Os dados a seguir, com base no Cide (RIO DE JANEIRO, 2003a), apresentam as taxas de natalidade dos municípios que compõe a Região Noroeste, no período de 1998 a 2002.

Quadro 3. Taxa Bruta de Natalidade por 1.000 Habitantes

Nível de governo	1998	1999	2000	2001	2002
Estado do Rio de Janeiro	**18,9**	**18,4**	**17,8**	**16,8**	**15,9**
Região Noroeste	**17,3**	**17,1**	**16,7**	**15,9**	**15,1**
Aperibé	12,4	11,6	13,2	13,8	14,4
Bom Jesus do Itabapoana	19,3	19,0	17,8	16,5	15,8
Cambuci	15,1	14,6	14,6	13,0	12,8
Cardoso Moreira	13,3	14,0	14,2	14,5	13,8
Italva	17,1	16,7	17,1	15,5	14,9
Itaocara	13,1	13,4	14,3	14,1	13,4
Itaperuna	18,3	17,8	17,1	15,9	15,0
Laje do Muriaé	15,7	17,7	18,7	17,5	16,2
Miracema	18,6	18,6	17,9	17,3	16,3
Natividade	18,3	16,5	15,9	15,9	15,6
Porciúncula	18,6	17,5	16,8	15,9	15,2
Santo Antônio de Pádua	15,8	16,0	15,6	15,2	13,7
São José de Ubá	12,3	15,2	15,0	15,1	13,6
Varre-Sai	23,1	24,1	23,9	24,8	24,9

Fonte: Cide, 2003.

Verifica-se que a taxa de natalidade na Região Noroeste apresentou uma queda a partir de 1998. Dos 14 municípios que compõem a região, seis municípios – Aperibé, Cardoso Moreira, Itaocara, Laje do Muriaé, São José de Ubá e Varre-Sai – apresentam um pequeno aumento da taxa de natalidade. Os demais municípios apresentam uma queda nesta taxa, refletindo uma tendência estadual e nacional de diminuição da natalidade.

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

Quadro 4. Tipo de Parto (2002)

Nível de governo	Vaginal	Cesário	Total
Estado do Rio de Janeiro	**9.6**	**8.8**	**9.2**
Região Noroeste	**9,7**	**6,0**	**7,8**
Aperibé	-	8.0	6.0
Bom Jesus do Itabapoana	7.1	7.7	7.5
Cambuci	11.8	3.3	6.9
Cardoso Moreira	8.3	5.7	6.7
Italva	10.2	5.4	7.1
Itaocara	1.9	2.4	2.3
Itaperuna	9.8	7.6	8.5
Laje do Muriaé	20.5	5.2	10.7
Miracema	10.4	9.1	9.7
Natividade	9.4	9.8	9.7
Porciúncula	11.6	5.1	8.1
Santo Antônio de Pádua	9.9	6.7	7.7
São José de Ubá	12.5	5.3	8.2
Varre-sai	13.1	2.8	5.9

Fonte: DATASUS, 2005.

Os dados apontam que a Região Noroeste, no ano de 2002, registrou um maior número de partos vaginais (62%) em relação às cesárias (38%). A média do estado, no mesmo ano, de parto vaginal foi 52% e de cesário foi 48%. Entretanto, alguns municípios como Bom Jesus do Itabapoana, Itaocara e Natividade realizaram mais partos operatórios. Cabe ressaltar que ainda é significativo o número de partos operatórios, porém este tipo de parto é mais prejudicial à saúde da mãe e também mais custoso para os serviços de saúde.

4.3 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 compõe a Região Noroeste Fluminense, no período de 1998 a 2002.

Quadro 5. Taxa Bruta de Mortalidade por 1.000 Habitantes

Nível de governo	1998	1999	2000	2001	2002
Estado do Rio de Janeiro	**8,1**	**8,0**	**7,8**	**7,8**	**7,8**
Região Noroeste	**7,8**	**7,8**	**7,7**	**7,5**	**7,4**
Aperibé	6,9	6,9	7,2	7,6	7,3
Bom Jesus do Itabapoana	8,1	8,3	8,2	8,0	7,4
Cambuci	7,8	7,8	8,0	8,5	8,4
Cardoso Moreira	7,9	8,1	7,9	7,7	7,8
Italva	8,2	8,3	8,6	8,2	8,1
Itaocara	8,0	8,1	8,3	7,8	7,9
Itaperuna	7,9	7,7	7,6	7,4	7,4
Laje do Muriaé	6,8	7,0	7,6	7,4	7,7
Miracema	8,5	8,3	8,0	7,9	7,8
Natividade	7,7	7,7	7,5	6,9	7,3
Porciúncula	8,5	8,3	8,2	7,7	7,3
Santo Antônio de Pádua	7,3	7,2	7,2	7,3	7,3
São José de Ubá	4,9	6,4	5,6	5,5	6,1
Varre-sai	7,8	8,4	6,8	6,2	5,4

Fonte: Cide, 2003.

Observa-se, no quadro acima, que os municípios com a maior taxa de mortalidade, no ano de 2002, são Cambuci e Italva. Além disso, houve um aumento na taxa de mortalidade dos municípios: Aperibé; Cambuci; Laje do Muriaé e São José de Ubá. No entanto, percebe-se um pequeno declínio na mortalidade nesta região.

É importante destacar o que está causando estas mortes, e por meio desses dados, se apropriar das causas que atingem determinados grupos e regiões.

De modo 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 às doenças crônico-degenerativas (cardiopatias, neoplasias) e às causas externas, que estão vinculadas à escalada da violência social (acidentes de trânsito, de trabalho e homicídios).

Segundo o quadro abaixo, as principais causas de mortalidade no Estado e na Região Noroeste Fluminense coincidem. A Região tem como principal causa de morte as *doenças do aparelho circulatório* (38.5), que têm relação direta com os problemas de hipertensão e suas conseqüências, como infarto, isquemias e doenças cerebrovasculares. A segunda principal cauda de morte são as *neoplasias*, ou tumores (16.6).

Quadro 6. 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 Noroeste	**4.3**	**16.6**	**38.5**	**11.9**	**2.7**	**9.0**	**16.7**
Aperibé	4.8	14.3	44.4	9.5	-	9.5	17.5
Bom Jesus do Itabapoana	7.7	17.5	30.3	14.1	4.3	6.0	20.1
Cambuci	5.6	15.3	48.4	12.1	0.8	5.6	12.1
Cardoso Moreira	3.4	17.0	33.0	5.7	5.7	12.5	22.7
Italva	2.2	18.5	32.6	13.0	2.2	13.0	18.5
Itaocara	4.0	11.3	40.7	16.7	-	12.7	14.7
Itaperuna	4.2	16.5	38.2	16.3	1.5	8.4	14.9
Laje do Muriaé	3.9	19.6	39.2	9.8	2.0	2.0	23.5
Miracema	6.5	22.1	34.2	14.6	2.0	6.0	14.6
Natividade	6.7	13.3	45.7	9.5	2.9	5.7	16.2
Porciúncula	3.8	18.1	43.8	9.5	2.9	6.7	15.2
Santo Antônio de Pádua	3.3	15.9	33.2	15.9	2.6	12.9	16.2
São José de Ubá	2.8	16.7	27.8	16.7	2.8	16.7	16.7
Varre-sai	2.2	17.4	47.8	4.3	8.7	8.7	10.9

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, pode-se observar que tanto no estado, quanto na Região Noroeste do Rio de Janeiro, houve uma queda, no período de 1998 a 2002. Entretanto, é importante destacar que na Região Noroeste há uma redução no índice de mortalidade infantil, no período de 1998 a 2001, mas, por outro lado, há um pequeno aumento na taxa de mortalidade, no período de 2001 a 2002. A morte de menores de 1 ano está diretamente relacionada às condições de nutrição, habitação, saneamento, educação, situação socioeconômica, disponibilidade de assistência ao pré-natal e ao parto.

Quadro 7. Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000 Nascidos Vivos

Nível de governo	1998	1999	2000	2001	2002
Estado do Rio de Janeiro	**22,3**	**20,9**	**19,8**	**18,6**	**17,9**
Região Noroeste	**24,1**	**23,3**	**20,5**	**18,5**	**18,7**
Aperibé	17,7	18,5	15,8	11,7	8,3
Bom Jesus do Itabapoana	21,1	21,7	17,3	19,5	20,8
Cambuci	21,0	20,2	15,6	14,0	19,6
Cardoso Moreira	19,8	7,5	11,2	16,5	17,3
Italva	23,1	18,9	21,6	20,5	16,0
Itaocara	24,4	16,2	13,2	9,3	10,8
Itaperuna	24,6	25,4	20,3	17,7	17,0
Laje do Muriaé	13,6	14,4	15,8	14,3	15,4
Miracema	28,2	24,0	23,3	16,9	21,5
Natividade	19,4	30,8	30,5	30,3	21,0
Porciúncula	27,5	24,1	27,3	26,1	25,5
Santo Antônio de Pádua	23,7	20,3	18,8	19,0	22,0
São José de Ubá	25,8	20,6	13,8	13,7	15,1
Varre-sai	35,6	39,2	35,5	27,1	21,7

Fonte: Cide, 2003.

4.4 PRINCIPAIS DOENÇAS/DADOS DE MORBIDADE

Segundo dados do DATASUS (BRASIL, 2005b), as principais doenças na Região Noroeste Fluminense são: as doenças do aparelho respiratório; as doenças do aparelho circulatório; as doenças do aparelho digestivo; as doenças do aparelho geniturinário e as doenças infecciosas e parasitárias.

De acordo com o Quadro 8, verifica-se na região um alto índice de doenças do aparelho respiratório, sendo Santo Antônio de Pádua o município com maior número de casos. Quanto às doenças do aparelho circulatório, o município com maior índice é Natividade.

Com relação às doenças do aparelho digestivo, o município com maior incidência dessas doenças é Natividade. Já o município com maior número registrado de doenças do aparelho geniturinário é porciúncula.

Sobre as doenças infecciosas e parasitárias, o município mais afetado é Aperibé. Cabe destacar que a incidência de doenças infecciosas e parasitárias na região pode ser reduzida com programas públicos de prevenção.

Quadro 8. Dados de Morbidade Hospitalar dos Municípios da Região Noroeste – 2004

Nível de governo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
Região Noroeste	**9.1**	**4.7**	**4.1**	**3.7**	**1.9**	**18.2**	**19.7**	**10.3**	**0.6**	**10.2**	**9**	**0.6**	**0.5**	**3.6**	**3.3**
Aperibé	16.6	4.7	4.4	0.7	3.0	21.0	18.6	12.4	-	8.7	2.7	0.7	0.4	4.9	0.9
Bom Jesus do Itabapoana	10.9	3.2	3.9	11.0	2.0	14.1	18.6	10.4	0.4	6.8	6.7	2.3	0.7	5.0	4.1
Cambuci	9.9	5.2	3.0	3.0	1.9	12.3	17.0	12.7	0.9	17.9	9.8	0.9	0.1	2.9	2.4
Cardoso Moreira	5.7	7.2	0.5	3.1	1.0	11.6	12.9	10.4	0.5	22.7	14.1	0.6	0.2	4.8	4.6
Italva	4.9	3.0	3.3	4.6	0.2	19.2	19.7	8.8	0.1	20.7	8.6	0.2	0.2	2.3	4.2
Itaocara	15.7	3.5	2.7	0.9	5.3	18.9	21.7	10.1	0.5	8.6	3.4	0.4	0.4	4.1	4.1
Itaperuna	10.4	6.8	1.4	2.6	2.0	18.5	17.7	11.7	1.3	9.8	7.3	0.4	1.5	4.0	4.5
Laje do Muriaé	6.5	5.9	5.4	5.0	1.4	16.2	19.9	9.5	0.6	7.8	13.4	1.1	0.6	2.6	4.1
Miracema	7.6	3.9	9.2	1.1	2.6	21.3	23.4	7.7	0.5	5.0	9.9	0.4	0.1	4.3	3.1
Natividade	3.4	8.0	3.3	1.0	0.3	33.4	13.3	13.0	0.9	8.1	8.9	1.0	0.4	2.3	2.6
Porciúncula	5.8	3.4	11.7	3.1	2.4	19.9	17.4	8.6	0.1	4.7	16.8	0.3	0.4	2.0	3.7
Santo Antônio de Pádua	10.6	3.7	2.2	0.3	1.0	21.6	30.0	8.2	0.1	7.2	6.2	0.5	0.4	5.7	2.3
São José de Ubá	12.2	3.9	1.2	9.0	2.7	9.0	27.5	11.6	0.6	9.3	5.1	0.3	1.2	3.6	3
Varre-Sai	8.2	3.4	5.6	6.4	1.1	18.6	19.1	9.6	2.0	6.1	14.2	-	0.6	2.6	2.6

Fonte: DATASUS, 2005.

Legenda: I Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; IV. Transtornos mentais e comportamentais; V. Doenças do sistema nervoso; VI. Doenças do aparelho circulatório; VII. Doenças do aparelho respiratório; VIII. Doenças do aparelho digestivo; IX. Doenças da pele e do tecido subcutâneo; X. Doenças do aparelho geniturinário; XI. Gravidez, parto e puerpério; XII. Algumas afecções originadas no período perinatal; XIII. Malformação congênita deformidade e anomalias cromossômicas; XIV. Lesões envenenamento e algumas outras conseqüências de causas externas; XV. Outros tipos de morbidade hospitalar.

Com relação às doenças infecciosas e parasitárias, observa-se, no quadro a seguir, os casos notificados das principais doenças da Região Noroeste.

De acordo com os dados do quadro 9, verifica-se a alta incidência de dengue no Município de Itaperuna. O mesmo ocorre com relação à hanseníase e à tuberculose, sendo o município de Itaperuna também o mais afetado, o que pode ser explicado pelo fato deste município ser o maior e mais populoso da região.

O município com menor incidência de hanseníase é Italva, com apenas um caso. Já os municípios com menor incidência de dengue são São José de Ubá e Varre-Sai, nos quais verifica-se o mesmo número de casos. As menores incidências de tuberculose são observadas em Cambuci e São José de Ubá, onde também é registrado apenas um caso.

Deve-se destacar que o Município São José de Ubá apresenta os menores índices de dengue e tuberculose, registrando um caso, e também o segundo menor índice de hanseníase, dois casos, sendo este o município com menor população da região. Programas públicos específicos poderiam diminuir a incidência de tais doenças.

Quadro 9. Casos Notificados das Principais Doenças da Região Noroeste Fluminense

Municípios	Hanseníase	Dengue	Tuberculose
Aperibé	4	42	2
Bom Jesus do Itabapoana	7	281	43
Cambuci	6	52	1
Cardoso Moreira	6	26	7
Italva	1	14	3
Itaocara	8	118	5
Itaperuna	26	1.269	60
Laje do Muriaé	-	35	5
Miracema	-	73	11
Natividade	7	15	7
Porciúncula	5	9	17
Santo Antônio de Pádua	5	280	28
São José de Ubá	2	1	1
Varre-Sai	2	1	-
Total	**85**	**2242**	**197**

Fonte: Cide, 2001.

5 CARACTERÍSTICAS DA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE NA REGIÃO NOROESTE

5.1 MICRORREGIÕES E MÓDULOS ASSISTENCIAIS[1]

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização (2001-2004), a Região Noroeste subdivide-se em duas microrregiões: Noroeste I (NO I) e Noroeste II (NO II). Como prioridades de intervenção estão a atenção materno-infantil, promoção e vigilância em saúde e integração com os municípios na área da Saúde.

No Município de Itaperuna, ficará localizada a Central de Regulação de referências e contra-referências. Este município também deverá atuar como pólo para cirurgia cardíaca. Itaperuna, Santo Antônio de Pádua e Bom Jesus do Itabapoana atuarão como pólos para Terapia Renal Substitutiva (TRS). É importante destacar que Itaperuna e Bom Jesus do Itabapoana atendem aos municípios de Minas Gerais e Espírito Santo.

- **Microrregião Noroeste I (NO I)**

A Microrregião Noroeste I é composta pelos municípios de Natividade, Varre-Sai, Porciúncula, Itaperuna, Laje do Muriaé, São José do Ubá, Bom Jesus do Itabapoana, Italva e Cardoso Moreira[2], que formam quatro módulos assistenciais. As referências para média complexidade nessa microrregião são Itaperuna e Bom Jesus do Itabapoana.

Módulos Assistenciais

Módulo Assistencial NO I.1 – Natividade

Este primeiro módulo compreende os municípios de Natividade (sede), Porciúncula e Varre-Sai.

O município de Natividade referencia procedimentos de alta complexidade para Bom Jesus do Itabapoana e Rio de Janeiro, e os de média complexidade para Bom Jesus do Itabapoana, Itaperuna e Rio de Janeiro. Este município possui leitos contratados de clínica cirúrgica, médica, pediátrica e obstétrica.

---

[1] Este sub-item está pautado do documento "Região Noroeste Fluminense: situação de saúde e controle social", elaborado por Juliana Souza Bravo de Menezes, Adriana Lúcia da Silva, Adriana Pereira Fonseca e Elaine Junger Pelaez, sob orientação da professora Maria Inês Souza Bravo.

[2] Esse município, de acordo com o Cide (2002) e PDR (2001-2004), faz parte da Região Norte Fluminense.

Em Porciúncula, os procedimentos de média complexidade I serão encaminhados para Natividade, enquanto que as referências para média complexidade II e III deverão ser encaminhados para Bom Jesus do Itabapoana e Itaperuna. Neste município os leitos hospitalares distribuem-se entre as especialidades básicas, que são clínica médica, obstétrica e pediátrica.

O Município de Varre-Sai encaminha procedimentos de média complexidade para Itaperuna e Bom Jesus do Itabapoana e os de alta complexidade para Itaperuna. Já os procedimentos de média complexidade I, não realizados no próprio município, serão referenciados para Natividade. Os leitos hospitalares deste município estão distribuídos entre as especialidades básicas.

Módulo Assistencial NO I.2 – Itaperuna

O segundo módulo assistencial é composto por Itaperuna (Sede), Laje do Muriaé e São José de Ubá.

Itaperuna referencia procedimentos de alta complexidade para o Rio de Janeiro e de média complexidade para Campos dos Goytacazes e Rio de Janeiro. Este município é referência para os seguintes procedimentos de média complexidade: EEG, mamografia, curva glicêmica, gasometria e colposcopia. No que se refere à alta complexidade, é referência para estudo do miocárdio, vasectomia, tomografias, tiroxina T4, ferritina e cintilografias. Os leitos contratados dividem-se entre as especialidades clínica psiquiátrica, médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica e fora de possibilidade terapêutica.

O Município de Laje do Muriaé referencia procedimentos de alta complexidade para Itaperuna e os de média complexidade para Campos dos Goytacazes, Itaperuna e Rio de Janeiro. Neste município, os leitos hospitalares dividem-se entre as especialidades básicas, de clínica cirúrgica, clínica médica, obstétrica e pediátrica.

Em São José de Ubá não existem leitos contratados pelo SUS. São referências para os serviços e procedimentos de média complexidade os municípios de Bom Jesus do Itabapoana e Rio de Janeiro. Com relação aos serviços de alta complexidade, as referências são Bom Jesus do Itabapoana e Campos dos Goytacazes.

Módulo Assistencial NO I.3 – Bom Jesus do Itabapoana

Este módulo é composto apenas pelo Município de Bom Jesus do Itabapoana. O município é pólo microrregional para procedimentos de média complexidade, sendo referência em mamografia, estradiol, TSH, bactrioscopia de secreção vaginal, cultura para BAAR e planigrafia. Com relação à alta complexidade, é referência para tomografias. Os leitos contratados estão distribuídos entre as especialidades básicas de clínica cirúrgica, clínica médica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica.

Módulo Assistencial NO I.4 – Italva

Este quarto módulo tem como sede o Município de Italva, sendo também composto pelo Município de Cardoso Moreira.

Italva referencia procedimentos de alta complexidade para Bom Jesus do Itabapoana. Já os de média complexidade são referenciados para Bom Jesus do Itabapoana, Itaperuna e Rio de Janeiro. Os leitos deste município estão divididos entre as seguintes especialidades: clínica médica, cirúrgica, pediátrica, obstétrica, psiquiátrica e fora de possibilidade terapêutica.

Já Cardoso Moreira não possui leitos cadastrados. Este município referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacazes, Bom Jesus do Itabapoana e Rio de Janeiro, enquanto que os de média complexidade I são atendidos em Italva e os demais procedimentos serão encaminhados para Bom Jesus do Itabapoana e Italva.

- **Microrregião Noroeste II (NO II)**

A Microrregião Noroeste II compreende os municípios de Aperibé, Itaocara, Santo Antônio de Pádua, Cambuci e Miracema, que compõem quatro módulos assistenciais.

Deve-se destacar que não está previsto um pólo microrregional para média complexidade, pois as informações sobre a capacidade instalada e fluxo intermunicipal indicam, em nivel regional a possibilidade de existir resolutividade para este grupo de procedimentos.

Módulo Assistencial NO II.1 – Aperibé

Este primeiro módulo é formado apenas por Aperibé, que tem como referência para média complexidade o Município de Itaperuna. Os leitos contratados estão divididos entre as seguintes especialidades: clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Módulo Assistencial NO II.2 – Itaocara

Este módulo é composto somente pelo Município de Itaocara, que terá Itaperuna como referência para alta complexidade e média complexidade II e III. No que se refere aos leitos credenciados, estes estão distribuídos entre as especialidades básicas de clínica cirúrgica, clínica médica, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica.

Módulo Assistencial NO II.3 – Santo Antônio de Pádua

Este módulo é constituído por Santo Antônio de Pádua (sede) e Cambuci.

Santo Antônio de Pádua referencia procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro, Niterói, Petrópolis, Campos dos Goytacazes e Bom Jesus do Itabapoana, e de média complexidade para Bom Jesus do Itabapoana e Rio de Janeiro. O município-sede concentra a maioria dos leitos deste módulo, que são distribuídos entre as especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e fora de possibilidade terapêutica.

O Município de Cambuci referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacazes e Bom Jesus do Itabapoana e de média complexidade para Campos dos Goytacazes, Bom Jesus do Itabapoana e Rio de Janeiro. Já os procedimentos do mínimo e da média complexidades são referenciados para Santo Antônio de Pádua. Os leitos hospitalares contratados estão distribuídos em clínica médica, clínica cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Módulo Assistencial NO II.4 – Miracema

Este módulo é constituído somente pelo Município de Miracema, que deve realizar a totalidade dos procedimentos do mínimo da média complexidade em seu território, e tem Itaperuna como referência para alta complexidade e média complexidade II e III. Os leitos contratados são distribuídos da seguinte forma: clínica médica, clínica cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

5.2 ATENÇÃO BÁSICA[3]

A atenção básica deve ser compreendida como o conjunto de ações prestadas às pessoas e à comunidade, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, bem como seu tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde.

No Brasil, 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 um atendimento de qualidade integral e humanizado em unidades básicas municipais, garantindo acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a garantir o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde; reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios; garantir a eqüidade 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 de PSF (BRAVO et al., 2005).

A atenção básica no sistema tradicional tem como características: o atendimento à demanda espontânea; o número limitado de atendimento; dificuldade em realizar busca ativa; grande oferta de profissionais em algumas especialidades em detrimentos de outras; desqualificação dos profissionais de nível médio e superior; insuficiência de recursos humanos; dificuldade no entrosamento entre os diversos setores; baixa cobertura nos programas de saúde e unidades básicas centralizada na zona urbana.

---

[3] Este item está pautado na apresentação realizada, no 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região Noroeste do Rio de Janeiro, pela coordenadora do Programa Saúde da Família de Natividade, Acelyr dos Santos Costa; e no documento "Região Noroeste Fluminense: situação de saúde e controle social" (MENEZES et al., 2005), elaborado por Juliana Souza Bravo de Menezes, Adriana Lúcia da Silva, Adriana Pereira da Fonseca e Elaine Junger Pelaez, sob orientação da professora Maria Inês Souza Bravo.

Alguns entraves são identificados na atenção básica, tais como: disparidades salariais entre servidores públicos – nível federal, estadual e municipal – e o pessoal terceirizado; ausência de fonte de recursos para desenvolvimento de recursos humanos; desmotivação dos funcionários; insuficiência e baixa qualificação do quadro técnico; ausência de plano de cargos, carreiras e salários; baixa resolutividade da rede pública e contratada; dificuldade de garantir acesso da população a medicamentos; baixa integração na rede de serviços; dificuldade na implementação de ações mais abrangentes de vigilância epidemiológica e sanitária; ausência de indicadores de avaliação; unidades de saúde sucateadas com estruturas físicas inadequadas e sem infra-estrutura mínima para a resolução dos problemas de saúde da população; dificuldade de contratação de recursos humanos ou realização de concurso público; recursos financeiros insuficientes para o desenvolvimento das ações.

Com relação à Região Noroeste Fluminense, os dados a seguir apontam o percentual da população coberta pelos programas de atenção básica, no período de 2000 a 2004. De acordo com o Quadro 10, percebe-se que há uma tendência no Estado do Rio de Janeiro e na Região Noroeste 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, houve 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: Varre-Sai (107,5), Natividade (102,2) e Italva (96,7). Cabe destacar que o único município que não tem o Programa Saúde da Família é Cardoso Moreira.

Quadro 10. Modelo de Atenção Básica e % de População Coberta pelo Programa no Período de 2000 a 2004 – Municípios da Região Noroeste/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 Noroeste	**PACS – 31,2 PSF – 3,3 Outros - Total – 34,5**	**PACS – 36,8 PSF – 19,0 Outros - Total – 55,8**	**PACS – 23,0 PSF – 46,7 Outros - Total – 69,7**	**PACS – 21,3 PSF – 54,3 Outros - Total – 75,6**	**PACS – 19,8 PSF – 56,7 Outros - Total – 76,5**
Aperibé	PACS – 28,0 PSF - Total – 28,0	PACS – 25,3 PSF – 7,1 Total – 32,4	PACS - PSF – 61,1 Total – 61,1	PACS - PSF – 59,1 Total – 59,1	PACS - PSF – 55,2 Total – 55,2
Bom Jesus do Itabapoana	PACS – 39,7 PSF – 21,1 Total – 60,8	PACS – 38,6 PSF 26,2 Total – 64,8	PACS – 30,0 PSF – 47,2 Total – 77,2	PACS – 26,4 PSF – 58,1 Total – 84,4	PACS – 19,2 PSF – 70,7 Total – 8,9

continua

continuação

Nível de governo	2000	2001	2002	2003	2004
Cambuci	PACS – 16,5 PSF - Total – 16,5	PACS - PSF – 11,6 Total – 11,6	PACS - PSF – 95,3 Total – 95,3	PACS - PSF – 97,1 Total – 97,1	PACS - PSF – 95,6 Total – 95,6
Cardoso Moreira	PACS – 39,0 PSF - Total – 39,0	PACS – 75,5 PSF - Total – 75,5	PACS –70,0 PSF - Total – 70,0	PACS – 75,2 PSF - Total – 75,2	PACS – 84,1 PSF - Total – 84,1
Italva	PACS - PSF - Total -	PACS – 69,1 PSF - Total – 69,1	PACS – 93,9 PSF - Total – 93,9	PACS – 90,3 PSF 4,3 Total – 94,5	PACS – 85,9 PSF 10,8 Total – 96,7
Itaocara	PACS – 21,8 PSF - Total – 21,8	PACS – 37,7 PSF 8,3 Total – 46,0	PACS – 36,0 PSF 18,8 Total – 54,8	PACS – 31,3 PSF 26,7 Total – 58,0	PACS – 31,4 PSF 26,1 Total – 57,5
Itaperuna	PACS 15,4 PSF – 23,1 Total – 38,5	PACS –16,6 PSF – 29,6 Total – 46,2	PACS – 11,7 PSF – 39,1 Total – 50,8	PACS – 13,6 PSF – 39,6 Total – 53,2	PACS – 13,4 PSF – 41,5 Total – 54,9
Laje do Muriaé	PACS – 59,6 PSF - Total – 59,6	PACS – 56,7 PSF – 9,2 Total – 66,0	PACS - PSF – 71,7 Total – 71,7	PACS - PSF – 71,7 Total – 71,7	PACS - PSF – 71,3 Total – 71,3
Miracema	PACS – 30,4 PSF - Total – 30,4	PACS – 28,9 PSF – 0,8 Total – 29,7	PACS – 3,1 PSF – 27,3 Total – 30,3	PACS – 6,6 PSF – 51,3 Total – 58,0	PACS - PSF – 58,9 Total – 58,9
Natividade	PACS – 73,8 PSF - Total – 73,8	PACS – 55,8 PSF – 46,7 Total – 102,6	PACS – 15,5 PSF – 87,5 Total – 103,0	PACS – 15,2 PSF – 88,7 Total – 104,0	PACS – 14,7 PSF – 87,5 Total – 102,2
Porciúncula	PACS – 20,1 PSF - Total – 20,1	PACS – 0,3 PSF – 21,1 Total – 21,4	PACS - PSF – 37,3 Total – 37,3	PACS - PSF – 68,2 Total – 68,2	PACS - PSF – 69,0 Total – 69,0
Santo Antônio de Pádua	PACS – 35,0 PSF – 3,3 Total – 38,3	PACS – 16,1 PSF – 17,4 Outros - Total – 33,5	PACS – 11,5 PSF – 22,7 Outros - Total – 34,2	PACS – 1,7 PSF – 29,5 Outros - Total – 31,2	PACS – 1,0 PSF – 32,4 Outros - Total – 33,4
São José de Ubá	PACS – 24,4 PSF - Total – 24,4	PACS - PSF – 79,1 Total – 79,1	PACS - PSF – 89,5 Total – 89,5	PACS - PSF – 94,8 Total – 94,8	PACS - PSF – 96,1 Total – 96,1
Varre-Sai	PACS – 34,3 PSF - Total – 34,3	PACS – 95,9 PSF – 9,4 Total – 105,3	PACS – 51,4 PSF – 57,6 Total – 109,0	PACS – 39,0 PSF – 71,8 Total – 110,8	PACS – 28,6 PSF – 78,9 Total – 107,5

Fonte: DATASUS, 2005.

É importante que as equipes de saúde da família concretizem a integralidade em suas ações, articulando o individual com o coletivo, a promoção e prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde de sua população adstrita, com grande potencial organizador sobre outros níveis de saúde.

Nesse sentido, é importante destacar alguns desafios que estão colocados para a atenção básica: transformação das práticas de saúde; regularização dos vínculos empregatícios; adequação da responsabilidade fiscal à responsabilidade social; enfrentamento da complexidade de mecanismo de financiamento; fortalecimentos da representatividade dos conselhos; formação profissional na perspectiva da estratégia da Saúde da Família e integração entre a equipe e a comunidade.

5.3 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE[4]

A organização da rede de serviços de saúde é dividida em: assistência ambulatorial e assistência hospitalar, sendo que a assistência ambulatorial é composta por três níveis de complexidade:

- Atenção Básica (157 procedimentos).
- Atenção Ambulatorial de Média Complexidade (1.829 procedimentos).
- Atenção Ambulatorial de Alta Complexidade (509 procedimentos).

A rede ambulatorial da Região Noroeste conta com 275 unidades (116 centros de saúde/unidades básicas, 33 clínicas especializadas/ambulatórios de clínicas especializadas, 23 consultórios, uma farmácia, quatro hospitais especializados, 21 hospitais gerais, 13 policlínicas, 28 postos de saúde, oito prontos-socorros gerais, 13 unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, 15 unidades móveis), das quais a maior oferta de serviços de saúde para população ocorre por meio de centros de saúde/unidades básicas (42%).

Quadro 11. Estabelecimentos de Saúde por Tipo
Região Noroeste Fluminense – 2005

	TOTAL	Centro de saúde/ unidade básica	Clínica especializada/ ambulatório de especialidades	Consultório isolado	Farmácia	Hospital especializado	Hospital geral	Policlínica	Posto de saúde	Pronto-socorro geral	Unidade de apoio diag. e terap.	Unidade móvel terrestre
Aperibé	**12**	2	1	3	-	-	1	1	3	-	-	1
Bom Jesus do Itabapoana	**43**	26	7	-	-	1	2	3	-	1	2	1
Cambuci	**16**	7	1	1	-	-	1	-	4	1	-	1
Cardoso Moreira	**16**	5	1	-	-	-	-	1	3	-	4	2
Italva	**11**	4	2	-	-	-	1	-	2	1	-	1
Itaocara	**17**	3	3	-	-	-	3	2	4	-	2	-
Itaperuna	**49**	16	8	5	1	3	3	3	7	1	1	1
Laje do Muriaé	**6**	2	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1

continua

[4] Este item está pautado na apresentação realizada por Regina Maria Tavares Collares (médica e especialista em Planejamento em Saúde), no 1.º Seminário de Gestão Participativa da Região Noroeste do Rio de Janeiro e em alguns dados do documento "Região Noroeste Fluminense: situação de saúde e controle social (MENEZES et al., 2005)", elaborado por Juliana Souza Bravo de Menezes, Adriana Lúcia da Silva, Adriana Pereira da Fonseca e Elaine Junger Pelaez, sob orientação da professora Maria Inês Souza Bravo.

continuação

	TOTAL	Centro de saúde/ unidade básica	Clínica especializada/ ambulatório de especialidades	Consultório isolado	Farmácia	Hospital especializado	Hospital geral	Policlínica	Posto de saúde	Pronto-socorro geral	Unidade de apoio diag. e terap.	Unidade móvel terrestre
Miracema	**17**	9	1	1	-	-	2	-	2	1	1	-
Natividade	**10**	7	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Porciúncula	**19**	7	-	4	-	-	1	1	-	1	2	3
Santo Antônio de Pádua	**40**	20	6	5	-	-	4	1	1	1	1	1
São José de Ubá	**6**	3	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Varre-Sai	**13**	5	-	4	-	-	1	-	1	-	-	2
NOROESTE FLUMINENSE	**275**	**116**	**33**	**23**	**1**	**4**	**21**	**13**	**28**	**8**	**13**	**15**

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A maior concentração de centros de saúde/unidades básicas encontra-se no Município de Bom Jesus do Itabapoana que conta com 26, seguido por Santo Antônio de Pádua com 20 e pelo Município de Itaperuna, com 16.

Com relação aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, o Quadro 12 demonstra a média de procedimentos esperados, os procedimentos realizados e o percentual dos procedimentos realizados, em 2004, na Região Noroeste Fluminense.

Quadro 12. Serviços de Média Complexidade – Região Noroeste 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.° 1.101/02)

Grupo	Procedimentos/ ano	Procedimentos realizados em 2004	Percentual dos procedimentos realizados
Grupo 7 – Procedimentos especializados	320.183	635.601	71,6%
Grupo 8 – Cirurgias ambulatoriais especializadas	19.211	19.133	49,7%
Grupo 9 – Procedimentos trauma-ortopédico	32.018	23.099	83,3%
Grupo 10 – Ações especializadas em odontologia	19.211	120.941	42,1%
Grupo 11 – Patologia clínica	480.275	792.999	37,4%

continua

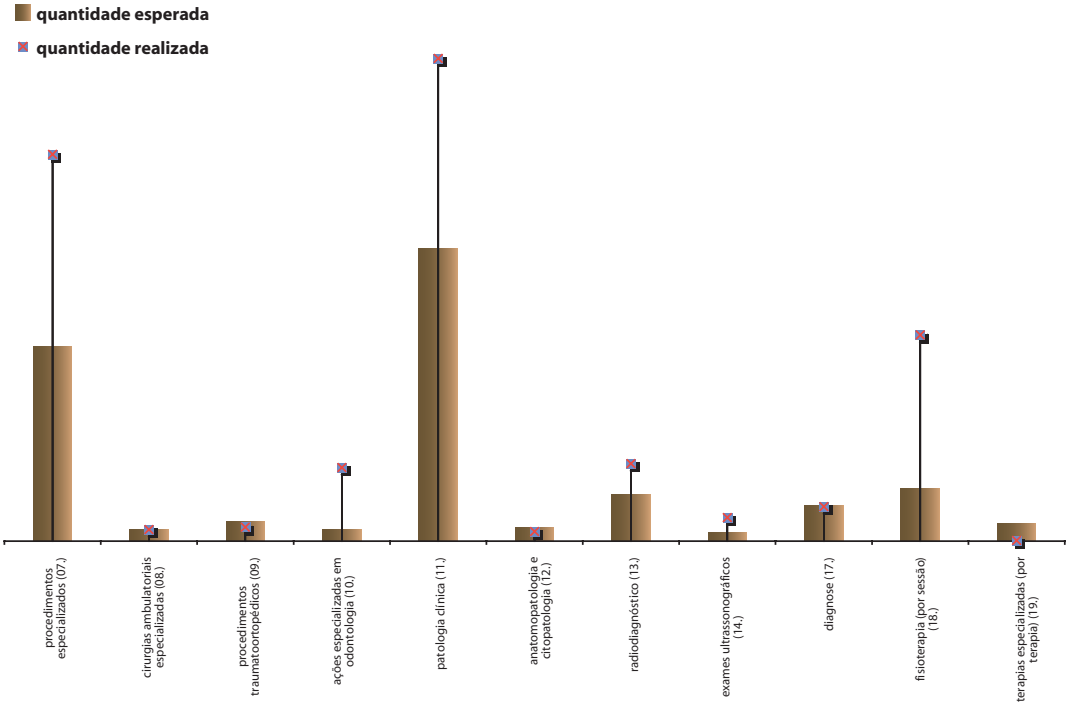
continuação

Grupo	Procedimentos/ ano	Procedimentos realizados em 2004	Percentual dos procedimentos realizados
Grupo 12 – Anatomopatologia e citopatologia	22.669	15.875	15%
Grupo 13 – Radiodiagnóstico	76.844	127.434	51,6%
Grupo 14 – Exames ultrassonográficos	14.408	38.874	62,1%
Grupo 17 – Diagnose	57.633	56.770	22,2%
Grupo 18 – Fisioterapia (por sessão)	86.449	338.591	100%
Grupo 19 – Terapias especializadas (por sessão)	28.816	1.242	20,9%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O Gráfico 1 compara os serviços de média complexidade entre a quantidade esperada e a quantidade realizada. É possível identificar que, na maioria dos procedimentos, a quantidade realizada é superior a quantidade esperada.

Gráfico 1. Estudo Comparativo dos Serviços de Média Complexidade 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.º 1.101/02)

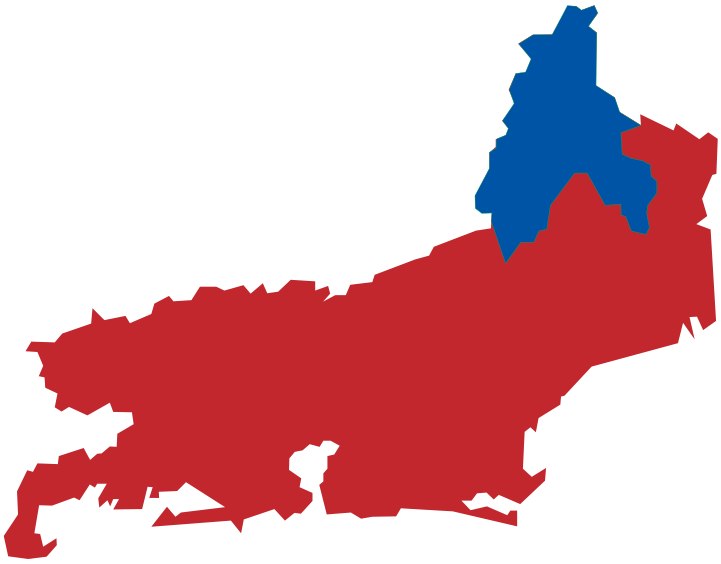


Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados a seguir apontam a quantidade de procedimentos de média complexidade no Estado do Rio de Janeiro e na Região Noroeste Fluminense. Observamos que, na Região Noroeste Fluminense, dos 11 procedimentos de média complexidade, oito estão com uma quantidade *per capita* acima da média do Estado do Rio de Janeiro.

Quadro13. Estudo Comparativo dos Serviços de Média Complexidade – 2004

QUANTIDADE PER CAPITA DE PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE POR GRUPO



PROCEDIMENTO	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	NOROESTE DO RIO DE JANEIRO
Grupo 07 Procedimentos especializados	1,6	1,98
Grupo 08 Cirurgias ambulatoriais Especializadas	0,05	0,06
Grupo 09 Procedimentos traumato-ortopédicos	0,06	0,07
Grupo 10 Ações especializadas em odontologia	0,07	0,38
Grupo 11 Patologia clínica	2,6	2,48
Grupo 12 Anatomopatologia e citopatologia	0,06	0,05
Grupo 13 Radiodiagnóstico	0,38	0,4
Grupo 14 Exames ultrassonográficos	0,06	0,12
Grupo 17 Diagnose	0,12	0,18
Grupo 18 Fisioterapia (por sessão)	0,53	1,06
Grupo 19 Terapias especializadas (por sessão)	0,02	0,004

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quanto aos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, o Quadro 14 demonstra a média de procedimentos no ano, os procedimentos realizados, em 2004, na Região Noroeste Fluminense e o percentual dos procedimentos realizados.

Quadro 14. Serviços de Alta Complexidade – Região Noroeste Fluminense – 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.º 1.101/02)

Grupo	Procedimentos/ ano	Procedimentos realizados em 2004	Percentual dos procedimentos realizados
Grupo 26 – Hemodinâmica	288	735	66,66%
Grupo 27 – Terapia Renal Substitutiva	20.075	30.659	100%

continua

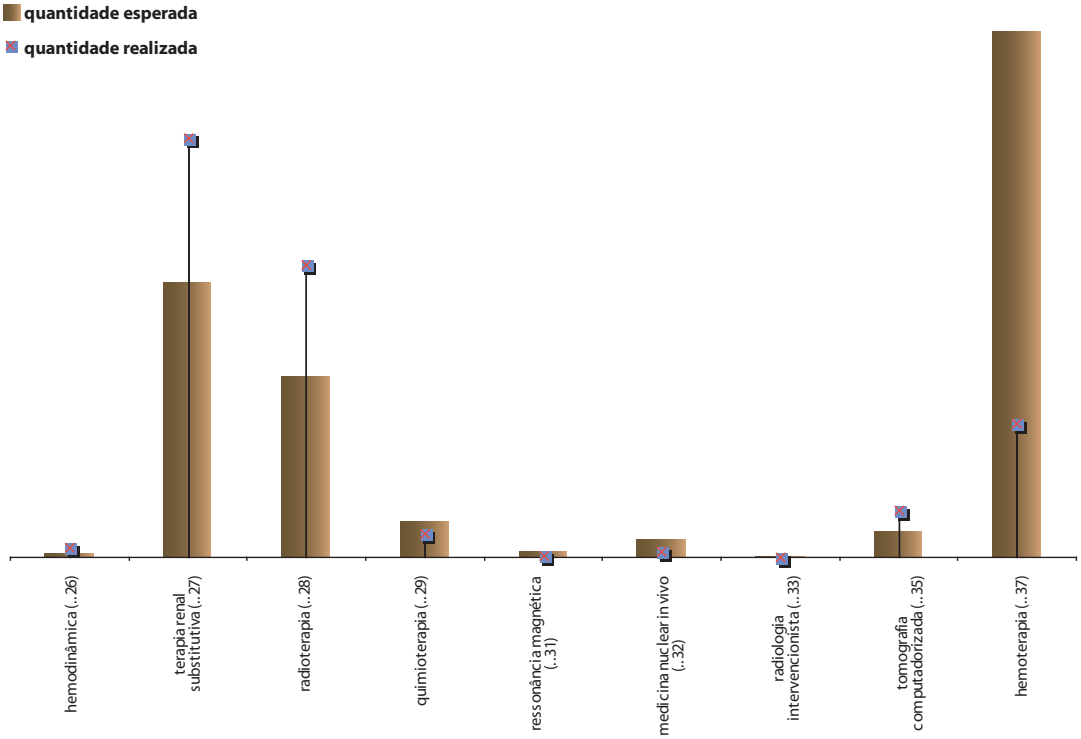
continuação

Grupo	Procedimentos/ ano	Procedimentos realizados em 2004	Percentual dos procedimentos realizados
Grupo 28 – Radioterapia	13.160	21.438	26,9%
Grupo 29 – Quimioterapia	2.593	1.717	57,5%
Grupo 31 – Ressonância Magnética	384	51	55,55%
Grupo 32 – Medicina Nuclear in vivo	1.345	444	83,33%
Grupo 33 – Radiologia Intervencionista	96	5	8,57%
Grupo 35 – Tomografia Computadorizada	1.921	3.417	94,12%
Grupo 37 – Hemoterapia	38.422	9.771	34,62%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O Gráfico 2 faz uma comparação dos serviços de alta complexidade em relação à quantidade esperada e à quantidade realizada. Observa-se que, em alguns procedimentos, a quantidade realizada é superior à quantidade esperada, em outros a quantidade esperada é superior à realizada.

Gráfico 2. Estudo Comparativo dos Serviços de Alta Complexidade – 2004 – Parâmetro de Assistência (Portaria n.º 1.101/02)

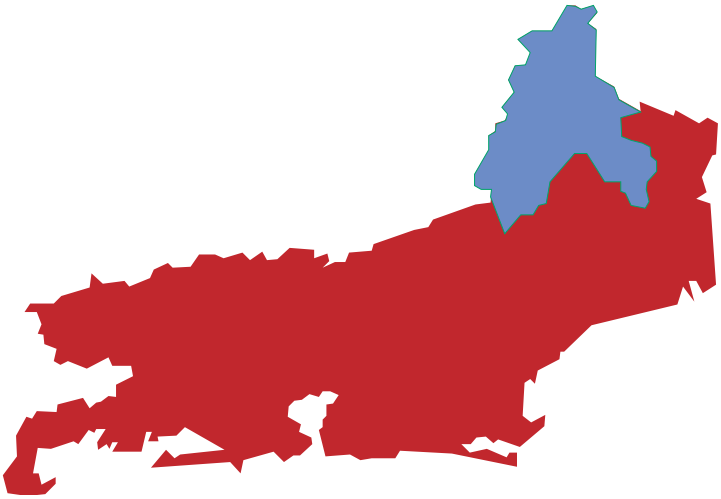


Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Os dados do Quadro 15 apontam a quantidade de procedimentos de alta complexidade no Estado do Rio de Janeiro e na Região Noroeste Fluminense. Observa-se que, na Região Noroeste Fluminense, dos dez procedimentos de alta complexidade, sete estão com uma quantidade *per capita* acima da média do Estado do Rio de Janeiro.

Quadro 15. Estudo Comparativo dos Serviços de Alta Complexidade – 2004

QUANTIDADE PER CAPITA DE PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE POR GRUPO



PROCEDIMENTO	ESTADO DO RIO DE JANEIRO	NOROESTE RIO DE JANEIRO
Grupo 26 Hemodinâmica	0,0006	0,02
Grupo 27 Terapia renal substitutiva	0,07	0,09
Grupo 28 Radioterapia	0,03	0,067
Grupo 29 Quimioterapia	0,008	0,005
Grupo 31 Ressonância magnética	0,0004	0,0001
Grupo 32 Medicina nuclear *in vivo*	0,0014	0,0014
Grupo 33 Radiologia intervencionista	0,000012	0,0000
Grupo 35 Tomografia computadorizada	0,005	0,01
Grupo 37 Hemoterapia	0,09	0,0305

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A rede hospitalar da Região Noroeste é composta por 21 hospitais privados, sendo 11 contratados e dez filantrópicos, e apenas três hospitais municipais, conforme o quadro a seguir. Observa-se a predominância do setor privado na prestação dos serviços hospitalares, que detêm 87% da oferta.

De acordo com os dados do DATASUS (BRASIL, 2005b), verifica-se que os municípios, como Cambuci, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai, possuem apenas hospitais filantrópicos. O Município de Italva possui um hospital contratado, enquanto Aperibé e Laje do Muriaé possuem apenas um hospital municipal. Já Bom Jesus do Itabapoana, Itaperuna e Miracema possuem hospitais contratados e filantrópicos, e Santo Antônio de Pádua possui três naturezas de hospitais: dois contratados, um municipal e um filantrópico.

O município com o maior número de hospitais é Itaperuna, que também é o município mais populoso e industrializado da região, com três hospitais contratados e dois filantrópicos. Sete municípios possuem apenas um hospital: Aperibé, Cambuci, Italva, Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula e Varre-Sai. Não existem dados referentes a Cardoso Moreira e São José de Ubá.

Observa-se que este número significativo de hospitais contratados e filantrópicos revela a falta de investimentos em hospitais públicos na maioria dos municípios da região. Além disso, essa opção do setor público pela contratação de serviços, em detrimento de investimentos em construção de hospitais públicos, pode apontar uma má administração do dinheiro público, uma vez que a opção pela rede privada de hospitais resulta em gastos públicos maiores.

Quadro 16. Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Noroeste – 2003

Nível de governo	Contratado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	Universitário	Total
Estado do Rio de Janeiro	**109**	**6**	**28**	**81**	**74**	**19**	**317**
Região Noroeste	**11**	**-**	**-**	**3**	**10**	**-**	**24**
Aperibé	-			1	-	-	1
Bom Jesus do Itabapoana	2	-	-	-	1	-	3
Cambuci	-	-	-	-	1	-	1
Cardoso Moreira	-	-	-	-	-	-	-
Italva	1	-	-	-	-	-	1
Itaocara	1	-	-	-	1	-	2
Itaperuna	3	-	-	-	2	-	5
Laje do Muriaé	-	-	-	1	-	-	1
Miracema	1	-	-	-	1	-	2
Natividade	-	-	-	-	1	-	1
Porciúncula	-	-	-	-	1	-	1
Santo Antônio de Pádua	2	-	-	1	1	-	4
São José de Ubá	-	-	-	-	-	-	-
Varre-Sai	-	-	-	-	1	-	1

Fonte: DATASUS, 2005.

No Quadro 17, pode-se observar que a oferta de leitos no setor privado tem predomínio na região, detendo 95% dos leitos oferecidos à população.

Há maior concentração de leitos em Itaperuna, sendo estes contratados e filantrópicos. O segundo município que mais concentra leitos é Bom Jesus do Itabapoana, onde se

verifica que a maior parte é contratada e os outros são filantrópicos. O terceiro município em número de leitos é Santo Antônio de Pádua, sendo a maioria filantrópica, contratada, sendo poucos municipais. Por outro lado, é importante destacar que os únicos municípios (Laje do Muriaé e Aperibé) que tem leitos municipais são os que concentram maior número de leito dessa natureza.

Quadro 17. Leitos Contratados em Hospitais Credenciados por Natureza do Hospital na Região Noroeste – 2003

Nível de governo	Total	Natureza					
		Contratado	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico	Universitário
Estado do Rio de Janeiro	**43.707**	**15.741**	**800**	**5.206**	**9.336**	**8.720**	**3.904**
Região Noroeste	**2.235**	**1.059**	**-**	**-**	**107**	**1.069**	**-**
Aperibé	35	-	-	-	35	-	-
Bom Jesus do Itabapoana	705	461	-	-	-	244	-
Cambuci	80	-	-	-	-	80	-
Cardoso Moreira	-	-	-	-	-	-	-
Italva	103	103	-	-	-	-	-
Itaocara	121	54	-	-	-	67	-
Itaperuna	528	264	-	-	-	264	-
Laje do Muriaé	52	-	-	-	52	-	-
Miracema	193	70	-	-	-	123	-
Natividade	47	-	-	-	-	47	-
Porciúncula	59	-	-	-	-	59	-
Santo Antônio de Pádua	277	107	-	-	20	150	-
São José de Ubá	-	-	-	-	-	-	-
Varre-Sai	35	-	-	-	-	35	-

Fonte: DATASUS, 2005.

De acordo com os dados apresentados no Quadro 18, é possível identificar que, na Região Noroeste, as especialidades com maior número de leitos contratados em hospitais credenciados são: clínica médica, clínica cirúrgica e psiquiátrica, sendo o maior número de leitos contratados destinados à clínica médica, que abrange cerca de 45% do número total de leitos. O Município de Itaperuna possui a maioria desses leitos, com 17% do total.

É importante ressaltar que, no Município de Bom Jesus do Itabapoana, o número de leitos da clínica psiquiátrica é superior ao das demais clínicas. Esse fato revela uma distorção em relação ao atendimento voltado para os principais problemas de saúde da população. O excesso de leitos em psiquiatria foi uma característica do modelo de "privilegiamento" do produtor privado na saúde, e é questionado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica ou antimanicomial.

Outra questão refere-se aos municípios de Cardoso Moreira e São José de Ubá, onde não foram encontradas informações sobre a rede hospitalar (número de hospitais e leitos).

Quadro 18. Leitos Hospitalares por Especialidade na Região Noroeste – 2005

	TOTAL		Cirurgia geral		Obstetrícia		Clínica geral		Pediatria		Psiquiatria	
	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS
Aperibé	35	35	5	5	5	5	20	20	5	5	-	-
Bom Jesus do Itabapoana	838	569	128	81	46	29	231	111	43	18	390	330
Cambuci	80	80	15	15	8	8	43	43	14	14	-	-
Cardoso Moreira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italva	127	127	45	45	10	10	71	71	-	-	1	1
Itaocara	128	79	24	13	15	11	63	38	26	17	-	-
Itaperuna	798	497	207	168	32	30	459	199	98	98	2	2
Laje do Muriaé	48	48	27	27	3	3	11	11	6	6	1	1
Miracema	103	64	31	19	13	7	50	30	8	7	1	1
Natividade	49	43	9	9	6	6	24	18	10	10	-	-
Porciúncula	56	50	5	5	9	9	32	26	10	10	-	-
Santo Antônio de Pádua	361	341	81	77	51	48	168	164	57	48	4	4
São José de Ubá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varre-Sai	**36**	**36**	4	4	10	10	18	18	4	4	-	-
NOROESTE FLUMINENSE	2.659	1.969	581	468	208	176	1.190	749	281	237	399	339

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Com relação aos leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), observa-se a sua existência apenas nos municípios de Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Itaperuna, Miracema e Santo Antônio de Pádua. Cabe destacar que as UTIs infantil e neonatal só existem no Município de Itaperuna.

Quadro 19. Leitos de UTI por Tipo – 2005 – Região Noroeste Fluminense

	TOTAL		UTI adulto		UTI infantil		UTI neonatal	
	Existente	**SUS**	Existente	SUS	Existente	SUS	Existente	SUS
Aperibé	-	-	-	-	-	-	-	-
Bom Jesus do Itabapoana	9	9	9	9	-	-	-	-
Cambuci	4	4	4	4	-	-	-	-
Cardoso Moreira	-	-	-	-	-	-	-	-
Italva	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaocara	-	-	-	-	-	-	-	-
Itaperuna	45	35	36	26	3	3	6	6
Laje do Muriaé	-	-	-	-	-	-	-	-
Miracema	3	1	3	1	-	-	-	-
Natividade	-	-	-	-	-	-	-	-
Porciúncula	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Antônio de Pádua	8	8	8	8	-	-	-	-
São José de Ubá	-	-	-	-	-	-	-	-
Varre-Sai	-	-	-	-	-	-	-	-
NOROESTE FLUMINENSE	69	57	60	48	3	3	6	6

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

O Quadro 20 demonstra o número de internações por municípios, no ano de 2004. Além disso, aponta a relação entre o total de internações realizadas e o parâmetro de necessidades de internação.

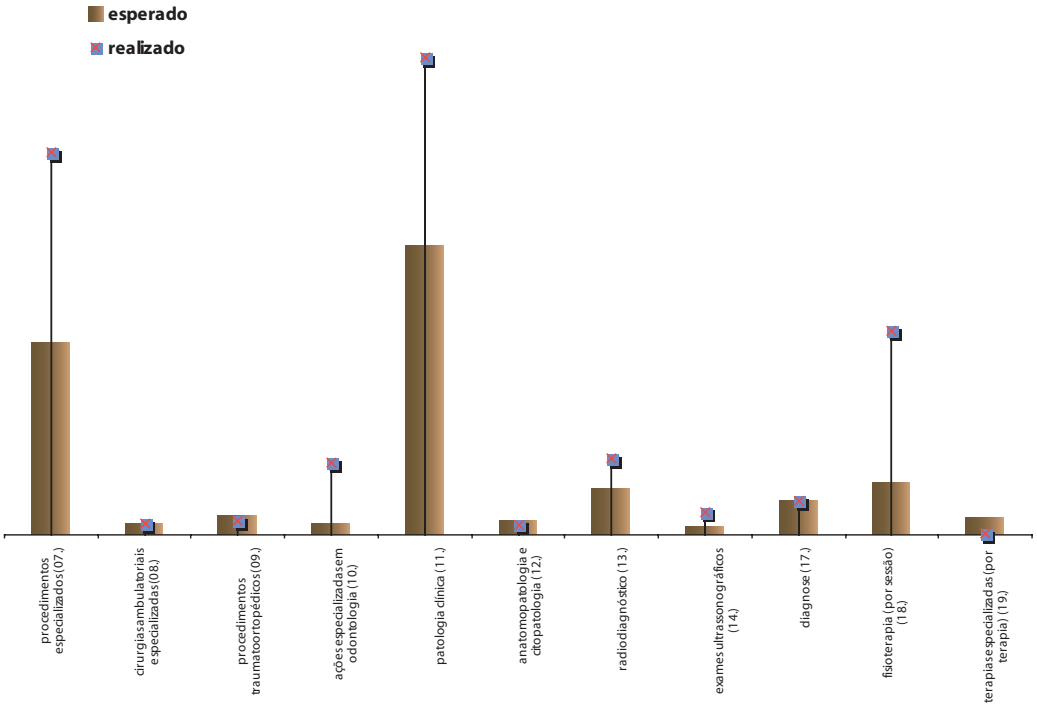
Quadro 20. Número de Internações por Município de Residência – 2004 – Região Noroeste Fluminense

	População	Parâmetro de necessidade de internação = 7% da população	Total de internações em 2004	% entre o nº. de internações realizadas e estimadas
Aperibé	8.712	610	699	114,6
Bom Jesus do Itabapoana	35.189	2.463	4.306	174,8
Cambuci	14.523	1.017	1.410	138,7
Cardoso Moreira	12.509	876	867	99,0
Italva	12.562	879	1.220	138,7
Itaocara	23.025	1.612	1.846	114,5
Itaperuna	90.253	6.318	7.719	122,2
Laje do Muriaé	8.088	566	643	113,6
Miracema	27.861	1.950	2.332	119,6
Natividade	15.321	1.072	1.494	139,3
Porciúncula	16.519	1.156	1.387	119,9
Santo Antônio de Pádua	40.882	2.862	3.519	123,0
São José de Ubá	6.591	461	335	72,6
Varre-Sai	8.148	570	656	115,0
NOROESTE FLUMINENSE	320.183	22.413	28.433	126,9

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O Gráfico 3 detalha melhor a relação entre o total de internações realizadas, no ano de 2004, e o parâmetro de necessidades de internação. Observa-se que o total de internações realizadas é superior ao parâmetro de necessidades de internação.

Gráfico 3. Número de Internações por Município de Residência – 2004 – Região Noroeste Fluminense



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os principais problemas identificados na assistência ambulatorial foram:

- Inexistência de oferta de consultas em medicina do trabalho, cirurgia pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia de cabeça e de pescoço, genética, homeopatia.
- Deficiência de oferta de consultas em alergologia, cirurgia geral, fisiatria, gastroenterologia, hematologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia.
- Inexistência de "oferta" de percentual significativo de exames de patologia clínica de média complexidade III. Isto pode ser justificado por vários fatores:
  - determinados procedimentos "existem", mas não são solicitados pelos profissionais de saúde da região;
  - determinados procedimentos são realizados apenas no Laboratório Central Noel Nutels;
  - o baixo valor praticado na tabela de procedimentos do SIA/SUS dificulta a contratação de prestadores de serviços na região.
- Dificuldades para contratar prestadores de serviços que realizem os exames anatomopatológicos (peças cirúrgicas) pelo valor praticado na tabela de procedimentos do SIA/SUS.
- Dificuldades para contratar prestadores de serviço que realizem os exames de diagnose pelo valor praticado na tabela de procedimentos do SIA/SUS, principalmente

em otorrinolaringologia, urologia (cistometria, urodinâmica e urofluxometria), gastroenterologia (endoscopia) e pneumologia.

- Dificuldades de contratar prestadores de serviço que realizem os procedimentos terapêuticos pelo valor praticado na tabela de procedimentos do SIA/SUS.

Os principais problemas observados na assistência hospitalar foram:

- Dificuldades para a internação de pacientes que necessitam procedimentos mais complexos, no hospital de referência da Região Noroeste.
- Dificuldades para a internação de gestante de alto risco na maternidade de referência da Região Noroeste (Hospital dos Plantadores de Cana – Campos dos Goytacazes).

Destacam-se como principais desafios para a Região Noroeste Fluminense:

- Construção de uma proposta de territorialização da assistência, com formação de redes intermunicipais resolutivas e funcionais para os diferentes níveis de complexidade.
- Ampliação da oferta de procedimentos ambulatoriais de média complexidade como forma de:
  - atualizar a pactuação intergestores municipais (A PPI da assistência é um instrumento importante para efetivar essa construção);
  - ampliar a oferta de procedimentos de média complexidade pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Noroeste do Estado do Rio de Janeiro (Cisnor/RJ).
- Viabilização, junto à Secretaria de Estado da Saúde e ao Ministério da Saúde, da garantia da oferta de procedimentos de alta complexidade (BRASIL, 2002b).
- Criação de mecanismos para garantir o acesso dos usuários aos procedimentos hospitalares mais complexos como:
  - reestruturação da Central de Regulação Regional;
  - articulação/negociação dos gestores municipais de saúde com o gestor estadual e com a direção dos hospitais de referência para a região.

Para finalizar, é importante destacar que a regionalização da assistência tem como objetivo garantir maior eficácia, eficiência e eqüidade do sistema, por meio de maior racionalização no uso dos serviços de saúde, que deve ser alcançada mediante a organização e da articulação regional da oferta e do acesso aos serviços em seus diferentes níveis de complexidade.

6 O CONTROLE SOCIAL NA REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE[1]

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
Adriana Lúcia da Silva
Adriana Pereira da Fonseca
Elaine Junger Pelaez

6.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS[2]

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

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

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

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapazes de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição patrimonialista enraizada na cultura política brasileira.

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

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

Historicamente, a categoria "controle social" foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sob as massas. É nessa concepção que quase sempre o con-

---

[1] Este item, elaborado por Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes, Adriana Lúcia da Silva, Adriana Pereira Fonseca e Elaine Junger Pelaez, é um dos produtos do projeto de pesquisa coordenado pela primeira autora e financiado pelo CNPq e FAPERJ.

[2] Parte do texto elaborado por Maria Inês Souza Bravo, em "Participação Social e Controle Social" (BRAVO, 2001b).

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

O controle social na 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.

6.2 PANORAMA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO

Para verificar a situação do controle social da política de saúde, na Região Noroeste Fluminense, foram utilizadas como metodologia a coleta e análise de dados primários e secundários, por meio de pesquisa documental, cujas principais fontes foram: conselhos municipais de saúde da região, regimentos internos e leis de criação; Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (questionário do projeto de interiorização e regionalização das ações do CES/RJ, 2002); Projeto Políticas Públicas de Saúde, Mapeamento da Região Noroeste, 2004. Utilizaram-se como eixos para a análise dos conselhos: lei e ano de criação; composição; organização interna e dinâmica de funcionamento; conferências de saúde e existência de outros conselhos de política de direitos na região, a partir dos quais será desenvolvida a reflexão.

6.2.1 Lei e ano de criação

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 área de 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 a 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 Noroeste Fluminense há conselhos de saúde em todos os municípios, criados, em sua maioria, entre os anos de 1991 e 1993. Neste período, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 91 e 93, que colocam a criação dos conselhos como critério para transferência de recursos pelo Governo Federal.

Quadro 21. Lei e Ano de Criação dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Noroeste

Conselhos municipais de saúde	Lei de criação	Ano de criação
Aperibé	Lei n.º 008	1993
Bom Jesus do Itabapoana	Lei n.º 531	1999
Cambuci	Lei n.º 093	1991
Cardoso Moreira	Lei n.º 181**	1993
Italva	Lei n.º 205	1996
Itaocara	*	1991
Itaperuna	Lei n.° 025	2000
Laje do Muriaé	Lei n.º 253	1995
Miracema	Lei n.º 418	1991
Natividade	Lei n.º 31	1991
Porciúncula	Lei n.º 1.121	1991
Santo Antônio de Pádua	Decreto n.º 050	1991
São José de Ubá	Lei n.º 013 ***	1997
Varre-Sai	Lei n.º 029	1993

Fonte: Dados coletados nos arquivos do Conselho Estadual de Saúde/RJ e nas leis de criação e regimentos internos dos conselhos municipais.
* Sem informação.
** A lei de criação foi reformulada no ano de 2001, por meio da Lei n.º 034.
*** A lei de criação foi reformulada no ano de 2003, por meio da Lei n.º 009.

Observa-se no Quadro 21 que seis conselhos – Cambuci, Itaocara, Miracema, Natividade, Porciúncula e Santo Antônio de Pádua – foram criados em 1991, logo após a Lei n.º 8.142. Três conselhos foram criados em 1993, caso dos municípios de Aperibé, Cardoso Moreira e Varre-Sai.

Alguns conselhos foram criados tardiamente, o que pode indicar dificuldades para a efetivação do controle social na Saúde são eles: Laje do Muriaé (1995), Italva (1996), São José de Ubá (1997), Bom Jesus do Itabapoana (1999), Itaperuna (2000).

6.2.2 Composição dos conselhos

A concepção de conselho como espaço contraditório, adotada neste estudo, coloca a importância de se analisar as forças políticas que o compõem, com vistas a perceber a correlação de forças presente, o que possibilita visualizar as possibilidades deste espaço, favorecer a gestão democrática das políticas públicas e a conseqüente efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Visando garantir que esse espaço possa ser um espaço de participação efetiva da população, assim como para os demais segmentos envolvidos com a política de saúde,

foi homologada a Resolução n.º 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, que define que a composição do conselho deve ser paritária, sendo 50% dos representantes do segmento dos usuários, 25% dos profissionais de saúde e 25% dos prestadores de serviços públicos e privados[3].

Tal resolução significa um avanço na composição das instâncias colegiadas de participação política (conselhos e conferências), favorecendo a interferência da população na gestão da política de saúde, pela participação predominante dos usuários, que é o seguimento-alvo das políticas sociais e do engajamento dos trabalhadores de saúde com 25%. Reforça a participação dos conselhos na proposição, definição, fiscalização e avaliação da política de saúde municipal, estadual e nacional.

Entretanto, alguns conselhos ainda adotam como referencial para sua composição a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que determina a composição paritária apenas com relação aos usuários, considerando 50% de usuários e 50% dos demais segmentos representados no conselho.

Quadro 22. Composição dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Noroeste

Conselhos municipais de saúde	Usuários	Trabalhadores de saúde	Prest. serviço privado	Prest. serviço público	Total
Aperibé	12	6	2	4	24
Bom Jesus do Itabapoana	20	10	-	10	40
Cambuci	12	6	4	2	24
Cardoso Moreira	18	6	-	12	36
Italva	12	2	2	8	24
Itaocara	18	4	4	10	36
Itaperuna	24	4	10	10	48
Laje do Muriaé	12	-	2	10	24
Miracema	14	8	4	2	28
Natividade	16	8	4	4	32
Porciúncula	22	4	4	14	44
Santo Antônio de Pádua	14	2	6	10	32
São José de Ubá	12	6	2	4	24
Varre - Sai	22	-	-	22	44

Fonte: Dados coletados nos arquivos do Conselho Estadual de Saúde/RJ, leis de criação e regimentos internos dos conselhos municipais e junto aos conselheiros municipais de saúde da região.
Estão sendo considerados nesta tabela os membros titulares e suplentes.

[3] Esta resolução aprofunda questões já definidas na Resolução n.º 333, do Conselho Nacional de Saúde, de 1993.

Ao analisar a composição dos conselhos dessa região, constata-se que 13 municípios são paritários de acordo com a Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Cabe destacar que apenas cinco municípios – Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Natividade e São José de Ubá – 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 23. Características dos Conselhos com Relação à Paridade

Conselhos municipais de saúde	Lei n.º 8.142/90	Resolução n.º 333/2003 – CNS
Aperibé	Paritário	Paritário
Bom Jesus do Itabapoana	Paritário	Paritário
Cambuci	Paritário	Paritário
Cardoso Moreira	Paritário	Não-Paritário
Italva	Paritário	Não-Paritário
Itaocara	Paritário	Não-Paritário
Itaperuna	Paritário	Não-Paritário
Laje de Muriaé	Paritário	Não-Paritário
Miracema	Paritário	Não-Paritário
Natividade	Paritário	Paritário
Porciúncula	Paritário	Não-Paritário
Santo Antônio de Pádua	Não-Paritário	Não-Paritário
São José de Ubá	Paritário	Paritário
Varre - Sai	Paritário	Não-Paritário

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

Ressalta-se, ainda, que para uma análise mais aprofundada acerca da composição dos conselhos seria interessante verificar as entidades que cada um dos segmentos estão representando. Estudos já realizados acerca do perfil dos conselheiros apontam para distorções na representação, como, por exemplo, clubes de serviços, tais como *Lions* e *Rotary*, inseridos nos conselhos como representantes dos usuários, enquanto deveriam representar o segmento dos prestadores de serviços.

6.2.3 Organização interna e dinâmica de funcionamento

A análise do caráter dos conselhos é fundamental no desenvolvimento do processo de democratização da esfera pública, sendo estabelecida pela Lei n.º 8.142/90. Sobre o caráter consultivo ou deliberativo dos conselhos, Santos argumenta que:

> Enquanto o de atribuição consultiva concebe a participação como colaboração e assessoria à gestão, conformando conselhos do tipo técnico-normativo integrados por "técnicos de notório saber", o de atribuição deliberativa a concebe como constituição de espaços de poder, capazes de interferir na natureza da gestão das políticas públicas (SANTOS, 2002, p. 65).

De acordo com a Lei n.° 8.142, os conselhos de saúde possuem caráter deliberativo. Esta característica possibilita a intervenção direta da sociedade nas políticas públicas, uma vez que garante que as discussões travadas tenham como desdobramento uma deliberação, que deverá ser homologada pelo chefe do Poder Executivo da esfera de governo correspondente e cujo cumprimento é assegurado por lei. Assim, esse não será apenas um espaço de discussão, mas de tomada de decisões coletiva que podem mudar a direção da política de saúde.

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.

No Quadro 24, demonstra-se o caráter dos conselhos da região, estabelecidos nos regimentos internos:

Quadro 24. Caráter dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Noroeste

Conselhos municipais de saúde	Caráter
Aperibé	Deliberativo
Bom Jesus do Itabapoana	Deliberativo
Cambuci	Deliberativo
Cardoso Moreira	Deliberativo
Italva	Deliberativo
Itaocara	Deliberativo
Itaperuna	Deliberativo
Laje do Muriaé	Deliberativo
Miracema	Deliberativo
Natividade	Deliberativo
Porciúncula	Deliberativo
Santo Antônio de Pádua	Deliberativo
São José de Ubá	Deliberativo
Varre-Sai	Deliberativo

Fonte: Dados coletados nos arquivos do Conselho Estadual de Saúde/RJ e nos regimentos internos dos conselhos municipais.

Os conselhos de saúde foram criados como instância de participação política da sociedade, por meio da representação dos três segmentos envolvidos no universo da saúde. Logo, a presença desses representantes, nas reuniões do conselho, é fundamental para que esse espaço seja representativo dos interesses coletivos, caso contrário, será enfraquecido seu papel de controle social. Por isso, o *quorum* estabelecido para as reuniões demonstra o grau de representatividade garantido neste fórum e a possibilidade de exercício do controle social. De acordo com o Quadro 25, é possível observar que, para a maioria dos municípios, o *quorum* para deliberação corresponde a 50%+1, que está em conformidade com a recomendação da Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Como já exposto, os conselhos são espaços onde se delibera acerca da política de saúde, a partir das discussões travadas nas reuniões. Desse modo, a periodicidade das reuniões é a garantia de que as discussões das questões levadas ao conselho terão continuidade. 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 pautado enquanto espaços de disputa, as reuniões dos conselhos são um momento 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.

Todos os conselhos municipais de saúde da Região Noroeste se reúnem regularmente, a periodicidade das reuniões é 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.

O Quadro 25 apresenta dados sobre as condições de funcionamento dos conselhos municipais de saúde.

Quadro 25. *Quorum* para Deliberação e Periodicidade das Reuniões

Conselhos municipais de saúde	Quorum para deliberação	Periodicidade das reuniões
Aperibé	50%	Mensal
Bom Jesus do Itabapoana	50%+1	Mensal
Cambuci	50%+	Mensal
Cardoso Moreira	50%+1	Mensal
Italva	50%+1	Mensal
Itaocara	50%	Mensal
Itaperuna	50%+1	Mensal
Laje do Muriaé	50%+1	Mensal

continua

continuação

Conselhos municipais de saúde	Quorum para deliberação	Periodicidade das reuniões
Miracema	50%+1	Mensal
Natividade	50%+1	Mensal
Porciúncula	50%+1	Mensal
Santo Antônio de Pádua	50%+1	Mensal
São José de Ubá	50%+1	Mensal
Varre-Sai	50%+1	Mensal

Fonte: Dados coletados nos arquivos do Conselho Estadual de Saúde/RJ e retirados nas leis de criação e regimentos internos dos conselhos municipais e junto aos conselheiros municipais de saúde da região.

6.2.4 Conferências de saúde

As conferências de saúde são fóruns periódicos onde os diversos segmentos sociais se reúnem para avaliar a situação de saúde, definir prioridades e estratégias de ações e propor as diretrizes da política de saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional.

Estes espaços são importantes para que a sociedade participe da discussão, formulação e aprovação do plano de saúde, requisitando que suas demandas sejam contempladas no mesmo. Logo, é fundamental que a população esteja organizada para garantir a realização desse fórum e, assim, exercer seu direito de interferir na gestão da política pública de saúde.

De acordo com a Lei n.º 8.142/90, as conferências devem ocorrer a cada quatro anos, sendo convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde.

O espaço de tempo em que são realizadas as conferências pode demonstrar o grau de organização da população e sua inserção na formulação e fiscalização da política de saúde, além de mostrar se há o compromisso do poder público local com a gestão democrática das políticas públicas.

O quadro a seguir aponta intervalo de tempo em que ocorrem as conferências municipais de saúde na Região Noroeste Fluminense, demonstrando que na maioria dos municípios acontece a cada dois anos.

Quadro 26. Periodicidade das Conferências de Saúde na Região Noroeste

Municípios	Periodicidade das conferências municipais
Aperibé	De 2 em 2 anos
Bom Jesus do Itabapoana	Uma vez por ano
Cambuci	De 2 em 2 anos
Cardoso Moreira	De 2 em 2 anos

continua

continuação

Municípios	Periodicidade das conferências municipais
Italva	De 2 em 2 anos
Itaocara	De 2 em 2 anos
Itaperuna	De 2 em 2 anos
Laje do Muriaé	De 2 em 2 anos
Miracema	De 2 em 2 anos
Natividade	De 2 em 2 anos
Porciúncula	De 4 em 4 anos
Santo Antônio de Pádua	De 4 em 4 anos
São José de Ubá	De 4 em 4 anos
Varre-Sai	De 2 em 2 anos

Fonte: Lei de criação e regimentos internos dos conselhos municipais, e informações obtidas junto aos conselheiros municipais.

6.3 EXISTÊNCIA DE OUTROS CONSELHOS DE POLÍTICAS E DIREITOS

Nos anos 80, por meio da mobilização dos movimentos sociais, redefiniram-se as regras políticas, no sentido da retomada do Estado democrático de direito, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesse processo de democratização política, um amplo debate na sociedade civil discutiu as condições de vida da população brasileira e as propostas apresentadas para as políticas públicas, como a universalização do acesso.

Com a finalidade de estabelecer uma nova relação entre Estado e sociedade, foram debatidos os direitos sociais e os deveres do Estado, o financiamento efetivo das políticas e a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, com a gestão das políticas públicas de forma democrática e participativa.

Nessa perspectiva, a democratização do poder local ocorreria por meio dos conselhos de políticas e de direitos, entendidos como espaços de participação da sociedade na elaboração, implementação e fiscalização da sociedade nas políticas públicas. A proposta é o controle social da sociedade sobre o Estado, em uma atuação conjunta com os setores organizados da sociedade civil.

Entretanto, na década de 90 são colocados diversos obstáculos para a consolidação da pretendida democracia de massas, uma conquista de 1988 que adota como concepção o Estado democrático e de direito, e aposta na participação social. Em uma conjuntura marcada pelo aumento do desemprego, devido ao encolhimento do emprego no setor formal e à precarização do trabalho, cortes nos gastos sociais, redução dos direitos sociais e trabalhistas, desmonte da previdência pública e sucateamento da educação e da saúde, com a privatização dos serviços confrontam-se objetivos universalistas e privatistas.

Nesse contexto, os conselhos, entendidos enquanto espaços de tensão, são espaços importantes na luta pela efetivação dos direitos conquistados na Constituição de 1988, assim como para a consolidação de uma nova relação entre o Estado e a sociedade, em que o poder público se guie pelo interesse coletivo.

No Quadro 27 apresentam-se outros conselhos de políticas e de direitos existentes no Noroeste Fluminense.

Quadro 27. Existência de Outros Conselhos de Políticas e de Direitos

Municípios	Educação	Assistência social	Criança e adolescente	Emprego e trabalho	Meio ambiente	Política urbana	Promoção e desenvolvi-	Orçamento
Aperibé	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Bom Jesus do Itabapoana	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Cambuci	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Cardoso Moreira	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Italva	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Itaocara	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Itaperuna	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Laje do Muriaé	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Miracema	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Natividade	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
Porciúncula	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
Santo Antônio de Pádua	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
São José de Ubá	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
Varre-Sai	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não

Fonte: IBGE, 2001.

Analisando o Quadro 27, verifica-se a presença dos Conselhos de Assistência Social e de Educação em todos os municípios da região, já que são obrigatórios em lei, assim como os de Saúde, e do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente em quase todos, excetuando-se os municípios de Cambuci e Itaocara. É possível observar a existência dos Conselhos de Emprego e Trabalho em apenas quatro municípios e de Meio Ambiente em três.

Observa-se a ausência de Conselhos de Política Urbana ou Desenvolvimento Urbano na região e a presença de Conselhos de Promoção do Desenvolvimento Econômico e de Orçamento em apenas um município, Natividade. A quase inexistência dos dois últimos indica um descompromisso do poder público local com a participação social nas discussões relativas à área econômica e com a transparência no uso dos recursos públicos, uma vez que não estão sendo garantidos espaços onde a população possa contribuir na definição da política econômica e na alocação dos recursos públicos para as políticas sociais.

A definição do modelo econômico tem uma relação direta com a alocação de recursos definida na elaboração do orçamento público, pois dependendo da política econômica adotada será dada prioridade a determinada política pública em detrimento de outras. Além disso, o orçamento deve estar em consonância com as necessidades reais da população, alocando recursos para atendê-las. É fundamental a participação da sociedade na definição da política econômica e na formulação do orçamento público para que, de fato, ocorra a democratização da gestão municipal.

6.4 A VISÃO DE CONTROLE SOCIAL

Este item tem como objetivo apresentar as visões de controle social de gestores e usuários que foram expostas na mesa "Participação e Controle Social na Região Noroeste". Participaram e problematizaram sobre o tema o Secretário Municipal de Saúde de Natividade, Sr. Francisco José Martins Bohren, e a representante do Conselho Municipal de Saúde de Itaperuna, Sra. Maria da Graça Batista Silva, conselheira do segmento dos usuários.

6.4.1 Pelo gestor

O Sr. Francisco José Martins Bohren, Secretário Municipal de Saúde de Natividade, falou que uma das primeiras questões que discutiu no início da sua gestão foi a presidência do conselho municipal de saúde. O presidente não deveria ser obrigatoriamente o Secretário de Saúde, ele teria que ser eleito em plenária. Outro assunto problematizado foi os pólos locais de saúde vinculados ao Programa Saúde da Família, que pretende funcionar de acordo com a necessidade de proteção da família.

O gestor ressaltou a importância da sociedade ocupar os conselhos, enquanto um espaço de luta e debate.

> [...] Não podemos criar o Conselho Gestor só por criar. Ele tem que ser não uma coisa criada, imposta pelo poder público. Tem que ser uma reivindicação da sociedade, uma conquista, para que, então, ele possa funcionar efetivamente (informação verbal) [4].

O secretário destacou que a sua visão de conselho é de um espaço de articulação e discussão. Reforçou a necessidade dos conselheiros terem informação suficiente para formular

[4] Informação fornecida pelo Sr. Francisco José Martins Bohren no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

políticas, pois o grande problema é que quem formula as políticas é somente o técnico. Nesse sentido, coloca que o Conselho precisa ter autonomia e infra-estrutura para poder funcionar e exercer o seu papel. Ao apontar essas questões, cita algumas dificuldades:

> [...] Nos municípios menores, ter um secretário no Conselho é mais difícil, nos municípios grandes é mais fácil, nem sempre acontece. Os conselhos estaduais também têm uma dificuldade enorme de procurar, de convocar... Enfim, a gente propôs que essa dificuldade da população não é só nos Conselhos, é a dificuldade de participar, elaborar orçamento (informação verbal)[5].

Entre as dificuldades que citou, ressaltou a questão do orçamento e financiamento.

> [...] O Plano Plurianual, a Lei Orçamentária Anual, enfim, todas essas peças não têm nenhuma discussão, dentro do próprio governo, para elaborá-las. São peças complicadas, extremamente cifradas, numa linguagem quase secreta porque ninguém entende como faz (informação verbal)[6].

Acrescentou, ainda, que procurou se apropriar mais dessa discussão sobre o financiamento. No segundo ano de sua gestão, conseguiu apresentar os gastos do Plano Plurianual (PPA) do ano de 2006, com mais discussão, e refletindo as necessidades de investimento e de custeio nas diferentes áreas. Umas das questões que ficou definida para os próximos quatro anos foi um orçamento para garantir o funcionamento do conselho – contratar um secretário-executivo, um assessor, material, xerox, papel, entre outros.

Destacou também que os conselheiros não são executores de políticas sociais, não recebem remuneração. O papel do conselheiro é formular, elaborar política de saúde, e, para isso, é preciso estar capacitado.

Outra questão abordada foi que os municípios não investem nos conselhos e não divulgam os conselhos, não realizam capacitação de conselheiros. Nesta direção, informou sobre o projeto de capacitação permanente de conselheiros, que foi aprovado no Pólo de Educação Permanente (PEP) para a Região Noroeste. A proposta é inicialmente a capacitação de uma turma de 22 participantes (2 conselheiros de cada conselho da região). O secretário afirmou que esses conselheiros teriam como tarefa articular por dentro dos conselhos para a criação do fórum da região.

Dessa forma, afirma ser fundamental que o conselho esteja adequado à Resolução e à Lei n.º 8.142/90, que o município garanta as condições mínimas para o funcionamento do conselho, bem como a capacitação continuada dos conselheiros. Além disso, reforça a necessidade de os conselhos atuarem mais regionalmente, pois os municípios dependem uns dos outros, principalmente do município-pólo. Sem a articulação dos municípios complica a garantia das necessidades dos municípios, tendo em vista que grande parte dos serviços é oferecida regionalmente.

[5] Informação fornecida pelo Sr. Francisco José Martins Bohren no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

[6] Informação fornecida pelo Sr. Francisco José Martins Bohren no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

O secretário finaliza sua fala destacando que o conselho é um espaço de conflitos onde existem projetos distintos. Entretanto, existem situações em que o gestor e o usuário não têm projetos conflitantes, mas o que acontece é a dificuldade de implementar as ações.

> [...] Uma coisa é você ter uma defesa de fazer as coisas dessa ou daquela forma. Outra coisa é a limitação que a realidade impõe de não estar sob sua responsabilidade todas as questões que impedem uma resolução [...] recursos que vêm de outra áreas do município, recursos de nível estadual, de nível federal, da orientação da política macroeconômica, da situação econômica do País. Então, não necessariamente, é um espaço de conflito e ainda que seja, se tiver conflito, esse é o espaço de debate (informação verbal).[7]

6.4.2 Pelo usuário

A representante do Conselho Municipal de Saúde de Itaperuna, Sra. Maria da Graça Batista Silva, do segmento dos usuários, em sua apresentação sobre o controle social fez referência a Constituição Federal de 1988 e as legislações complementares.

Dessa forma, citou o Art. 5.° da Constituição que aponta os mecanismos constitucionais de controle social:

> Direitos e Deveres do Cidadão: Mecanismos Constitucionais de Controle Social: Ministério Público (Relevância Pública); Mandato de Segurança; Mandato de Injunção; Habeas-Data; Ação Popular; Ação Direta de Inconstitucionalidade; Comissões do Legislativo; Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1988, Art. 5.°).

Procurou definir o que é o controle social citando o Art. 1.°, da Lei Orgânica da Saúde n.° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que significa o exercício da democracia participativa por meio dos conselhos e conferências.

Dessa forma, reforçou que: "[...] A reforma do Estado brasileiro vai acontecer quando o cidadão controlar o Estado [...] e a saúde. O SUS defende e cria mecanismos de controle social deste Estado" (informação verbal)[8].

A Sra. Maria da Graça falou sobre os princípios legais já estabelecidos. Em cada esfera são criados conselhos de caráter permanente, deliberativo – sem prejuízo de legislativo – e com a seguinte composição: cidadãos usuários, trabalhadores de saúde, administradores e prestadores de serviço. Esta composição, segundo a Lei n.° 8.142, é paritária: 50% usurários e 50% os demais segmentos.

Informou também sobre as competências desses órgãos: formulação de estratégias; controle da execução da política de saúde – incluindo aspectos econômicos e financeiros;

---

[7] Informação fornecida pelo Sr. Francisco José Martins Bohren no 1.° Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

[8] Informação fornecida pela Sra. Maria da Graça Batista Silva no 1.° Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

decisões por deliberações (sendo que essas deliberações têm que ter homologação do Executivo); obrigatoriedade de cumprir as leis (a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde n.° 8.080 e n.º 8.142, a Lei Orgânica do Município, os decretos, as portarias, as Normas Operacionais Básicas, entre outras).

Destacou alguns pontos a serem definidos pelos conselhos:

> [...] Composição – o n.° de membros, origem, [...]
> Instâncias – plenária de entidades, conselho pleno, diretoria executiva, secretaria executiva? Competências?
> Presidência: único em todas instâncias? Secretário de Saúde ou qualquer membro?
> Deliberativo sempre ou consultivo, opinativo, recomendativo?
> Regimento Interno: decreto, portaria, deliberação? (informação verbal)[9].

Ressaltou algumas questões que devem ser observadas no Regimento Interno do Conselho:

> [...] Regimento Interno: elaboração, alterações, detalhamento posterior?
> Reuniões: convocação, período, ordinárias, extras, prazos e mecanismos de convocação.
> Votação: consenso, maioria simples ou absoluta, voto de qualidade, voto do presidente.
> Recursos: encaminhamento, convocação, *quorum*, votação.
> Membros: escolha, substituições, faltas, exclusões.
> Presidência: escolha do presidente, na ausência do titular.
> Comissões: finanças, plano diretor, outras áreas técnicas.
> Assessorias: quem solicita, que pode dar, como remunerar.
> Instâncias: competências, votação, funcionamento, presidência, *quorum*.
> Deliberações e homologações.
> Análise financeira: mecanismo e aprovação.
> Plano Diretor: elaboração, avaliação, aprovação (informação verbal)[10].

A representante do Conselho Municipal de Saúde de Itaperuna reforçou a importância de serem democráticos a discussão e o estabelecimento das regras com ampla participação.

Acrescentou, ainda, as manifestações do conselho:

> [...] Parecer de conselheiro.
> Parecer de comissões de conselheiros.
> Parecer de assessores (só ou com conselheiros).
> Recomendações de comissões do conselho.
> Tudo isto se submete ao conselho que analisa, aprova e opina por meio de: moção, recomendação, resolução.

---

[9] Informação fornecida pela Sra. Maria da Graça Batista Silva no 1.° Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

[10] Informação fornecida pela Sra. Maria da Graça Batista Silva no 1.° Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

> O conselho também age pelo requerimento de informações e de representação para eventos (informação verbal)[11].

Quanto às Comissões dos Conselhos citou:

- As comissões intersetoriais – que podem ser criadas com a presença de conselheiros de acordo com a necessidade local.
- As comissões técnicas dos conselhos – criadas de acordo com a necessidade local, sendo que duas são fundamentais: a do plano e a da análise econômica e financeira.

Com relação à representação dos cidadãos usuários, levantou alguns aspectos a serem considerações:

> [...] É imperativo que seja um retrato da sociedade.
> A escolha pode ser dinâmica conforme a organização social por isso deve vir no regimento interno.
> A escolha pode se dar nos respectivos fóruns (maior representatividade) ou por intermédio de delegados nas conferências.
> Sem representação duplicada: 2 lados.
> Quem indica são os pares.
> O Executivo nomeia os pares indicados (informação verbal)[12].

Outra questão abordada foi sobre a importância da prestação de contas por parte do gestor, citou, portanto, a Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993, Art. 12:

> O gestor do Sistema Único de Saúde, em cada esfera de governo, apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde e em audiência pública nas câmaras de vereadores e assembléias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado, contendo, entre outros, dados sobre o montante e fonte de recursos aplicados, auditorias, serviços produzidos no próprio e contratado. (BRASIL, 1993, Art. 12).

Quanto às conferências de saúde, colocou que são fóruns abertos de discussão ampla, composta de delegados na proporção do conselho, aberta à participação de convidados, podendo ou não ser precedida de pré-conferência. As conferências têm como objetivo discutir a política de saúde do País, do Estado e do município. Elas deliberam e encaminham ao Conselho para referendar ou não as suas deliberações. Quanto à sua freqüência, sugere-se que seja realizada a cada dois, três ou quatro anos.

Concluiu a sua fala destacando os caminhos e descaminhos, ou seja, os avanços e retrocessos. Com relação aos caminhos, citou a participação universal, plural e suprapartidária; a democracia; a representação dos segmentos; o pensamento do todo; a igualdade dos pares; o conselho delibera e quem delibera é a maioria; a defesa do todo. Sobre os

---

[11] Informação fornecida pela Sra. Maria da Graça Batista Silva no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

[12] Informação fornecida pela Sra. Maria da Graça Batista Silva no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

retrocessos ressaltou o clube do bolinha; a partidarização; a representação contaminada; o corporativismo; o poder total do Executivo.

Por fim, apontou como desafio a construção de um novo Estado a serviço do cidadão, por meio do controle social. Acrescentou que "o Sistema Único de Saúde é a saída constitucional para a saúde de todos os cidadãos como determinante da qualidade de vida e da conquista da felicidade" (informação verbal)[13].

[13] Informação fornecida pela Sra. Maria da Graça Batista Silva no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro, em Natividade, no dia 8 de outubro de 2005.

7 O PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE[1]

Maria Inês Souza Bravo
Daniele Brandt
Juliana Fiúza

7.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este texto visa apresentar o perfil dos conselheiros de saúde da Região Noroeste do Rio de Janeiro[2], a partir da análise das fichas de inscrição de conselheiros que participaram do Curso Nacional de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde[3]. 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.

O principal objetivo do Curso de Capacitação de Conselheiros 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.

A importância de conhecer o perfil dos conselheiros de saúde consiste em apontar 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 da Reforma Sanitária brasileira.

Na Região Noroeste, o Curso de Capacitação foi realizado em setembro e novembro de 2003, com a formação de três turmas com sede em Itaperuna, Natividade e Miracema. No total, o curso promoveu a capacitação de 66 conselheiros municipais.

Deste universo serão analisados dados das fichas de inscrição de 63 conselheiros[4]. Este quantitativo representa 13,7% do total de conselheiros da Região Noroeste, entre titulares e suplentes[5].

---

[1] Este item, elaborado por Maria Inês Souza Bravo, Daniele Brandt e Juliana Fiúza, é um dos produtos do projeto de pesquisa coordenado pela primeira autora e financiado pelo CNPq e FAPERJ.

[2] A Região Noroeste Fluminense é composta pelos municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-sai.

[3] 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.

[4] As 63 fichas de inscrição analisadas foram aquelas recolhidas pelos monitores nas respectivas turmas. A diferença entre o número de conselheiros capacitados e de fichas analisadas refere-se a monitores que não recolheram todas as fichas e outros problemas operacionais do curso.

[5] Os conselheiros titulares e suplentes na Região Serrana estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 24 em Aperibé, 40 em Bom Jesus do Itabapoana, 24 em Cambuci, 36 em Cardoso Moreira, 24 em Itaocara, 48 em Itaperuna, 24 em Laje de Muriaé, 28 em Miracema, 32 em Natividade, 44 em Porciúncula, 32 em Santo Antônio de Pádua, 24 em São josé de Ubá e 44 em Varre-sai, totalizando 460 conselheiros na região.

Os eixos adotados para análise dos dados 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).

7.2 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).

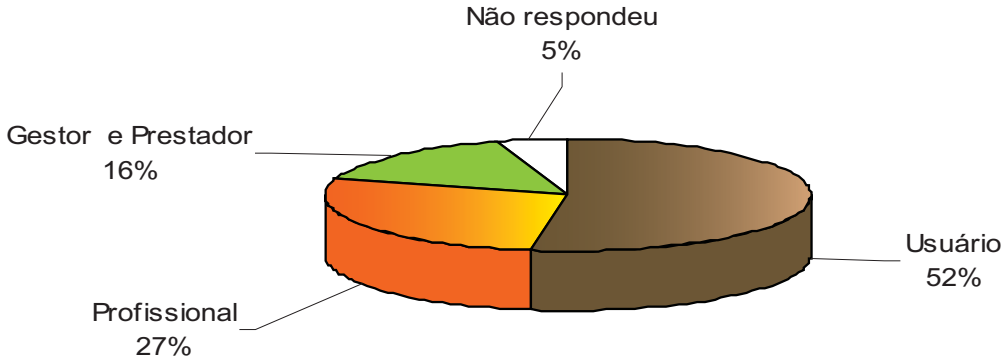
O quadro a seguir demonstra que a maioria dos conselheiros capacitados (52%) pertence ao segmento de usuários. Este dado demonstra maior mobilização deste segmento para ampliação dos seus conhecimentos sobre controle social, a fim de qualificar seu trabalho e intervenção junto aos conselhos de saúde. O segmento dos profissionais de saúde representou 27% dos conselheiros capacitados, seguido pelos gestores e prestadores, com 16%.

Quadro 28. Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	33	52
Profissional	17	27
Gestor/prestador	10	16
Não respondeu	3	5
Total	**63**	**100**

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

Gráfico 4. Conselheiros Distribuídos por Segmento



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

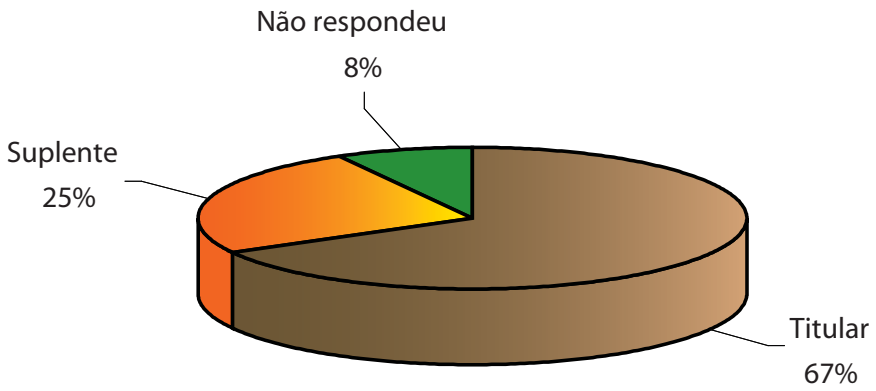
No tocante à participação dos conselheiros, de acordo com a sua condição, o quadro a seguir demonstra que a maioria dos conselheiros está na condição de titular (67%). Este é um fato positivo, já que a Proposta Nacional de Capacitação tinha como objetivo capacitar 50% dos conselheiros de saúde titulares, em cada região do Brasil.

Quadro 29. Conselheiros Distribuídos por Condição

Condição	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Titular	42	67
Suplente	16	25
Não respondeu	5	8
Total	**63**	**100**

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

Gráfico 5. Conselheiros Distribuídos por Condição



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

7.3 DADOS PESSOAIS DOS CONSELHEIROS

Com relação à idade, pode-se verificar no quadro a seguir que a maioria dos conselheiros de saúde está concentrada na faixa de 41 a 50 anos (36,5%). 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 dado 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 11%. Ao contrário daquela outra geração que experimentou a participação em um momento de democratização, 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 ocorre em uma conjuntura na qual ocorre o avanço do neoliberalismo econômico, do individualismo e, conseqüentemente, 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.

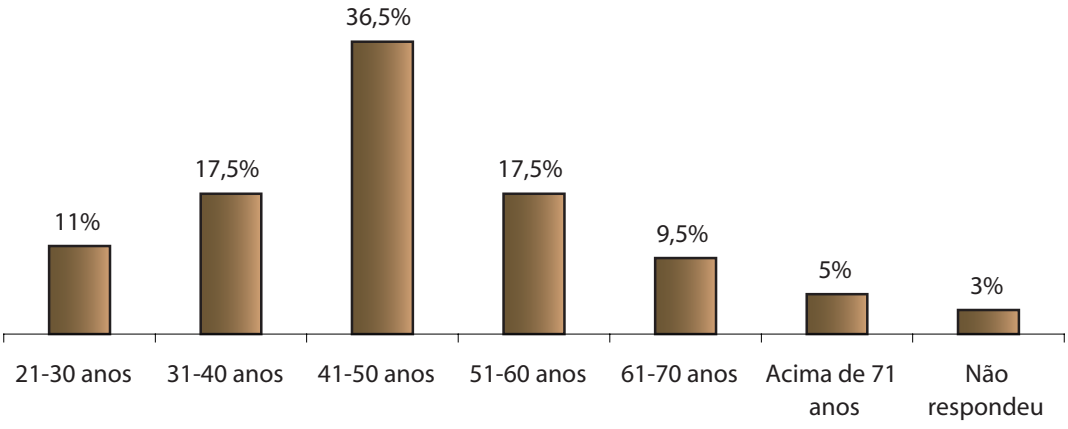
Por outro lado, uma reflexão importante é a pouca preocupação dos sujeitos sociais envolvidos na luta pela Reforma Sanitária com a formação de quadros, ou seja, a mobilização dos jovens para a luta pela saúde.

Quadro 30. Conselheiros Distribuídos por Idade

Idade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
21-30	7	11
31-40	11	17,5
41-50	23	36,5
51-60	11	17,5
61-70	6	9,5
Acima de 71	3	5
Não respondeu	2	3
Total	**63**	**100**

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

Gráfico 6. Conselheiros Distribuídos por Idade



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

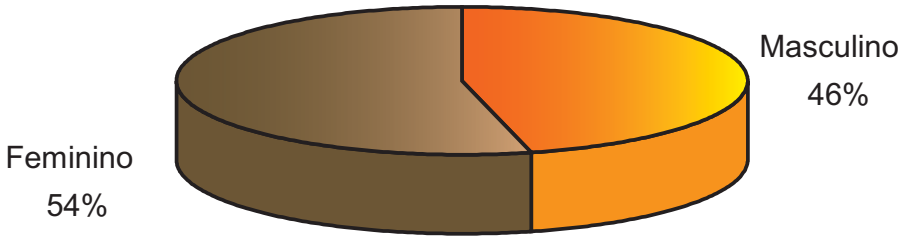
Com relação ao sexo, pode-se verificar no Quadro 31 que a maioria (54%) dos conselheiros é do sexo feminino. Entretanto, há que se destacar que a diferença entre a participação de homens e mulheres no conselho de saúde é bem pequena, o que consiste em um dado bastante positivo, pois aponta para uma possível superação da histórica posição de subalternidade da mulher na sociedade.

Quadro 31. Conselheiros Distribuídos por Sexo

Sexo	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Masculino	29	46
Feminino	34	54
Total	**63**	**100**

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

Gráfico 7. Conselheiros Distribuídos por Sexo



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

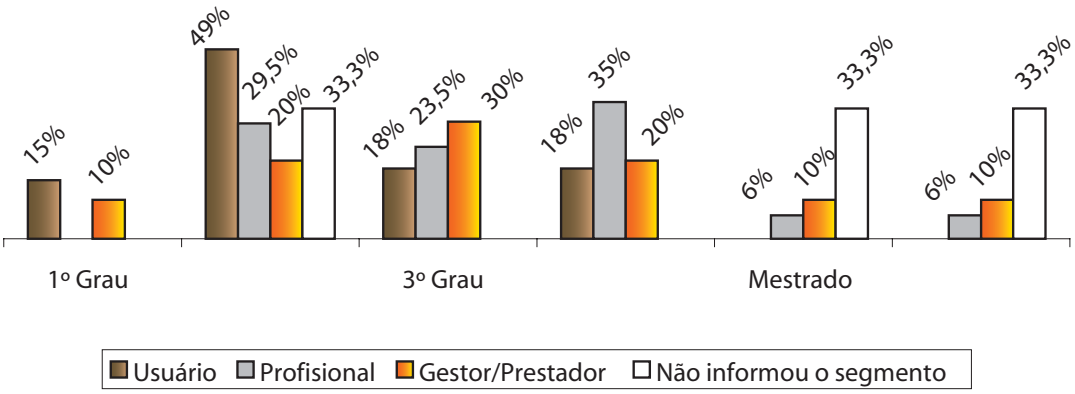
Quanto à escolaridade, pode-se verificar a partir do quadro a seguir que a maioria dos conselheiros (38%) possui o 2.º grau, além de um número significativo de conselheiros com 3.º grau (20,5%) e especialização (22%). Estes dados demonstram um nível elevado da escolaridade dos conselheiros da região.

Quadro 32. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade

Escolaridade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
1.º Grau	6	9,5
2.º Grau	24	38
3.º Grau	13	20,5
Especialização	14	22
Mestrado	3	5
Não respondeu	3	5
Total	**63**	**100**

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

Gráfico 8. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento



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

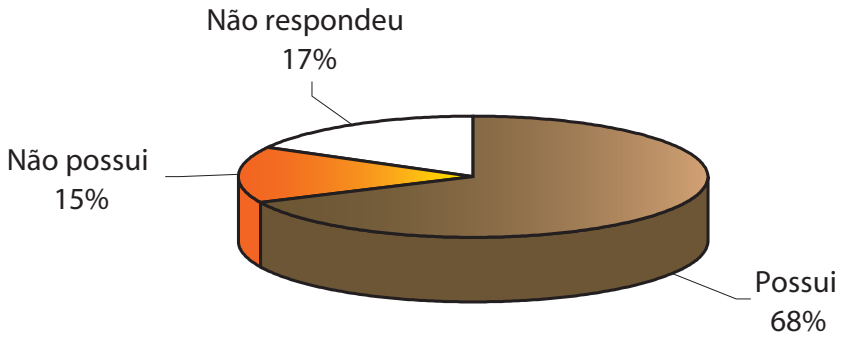
7.4 PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS SOCIAIS

A participação em movimentos sociais é um dado importante para se avaliar o potencial de participação da sociedade no controle social, por meio dos conselhos de saúde. Cabe destacar 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, a ser anexado às fichas de inscrição. Entretanto, na Região Serrana, das 63 fichas de inscrição analisadas, 41 apresentam o questionário em anexo.

Assim, com relação à experiência em movimentos sociais, pode-se observar pelo gráfico a seguir que a maioria dos conselheiros (68%) 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 uma melhor apreensão da realidade e articulação política com outros segmentos da sociedade civil. Nesse

sentido, os conselheiros com essa experiência de participação tendem a apresentar maior ressonância dos seus debates e ações no Conselho, contribuindo para a construção de alianças, já que seus espaços organizados se refletem significativamente nestes espaços.

Gráfico 9. Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais



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

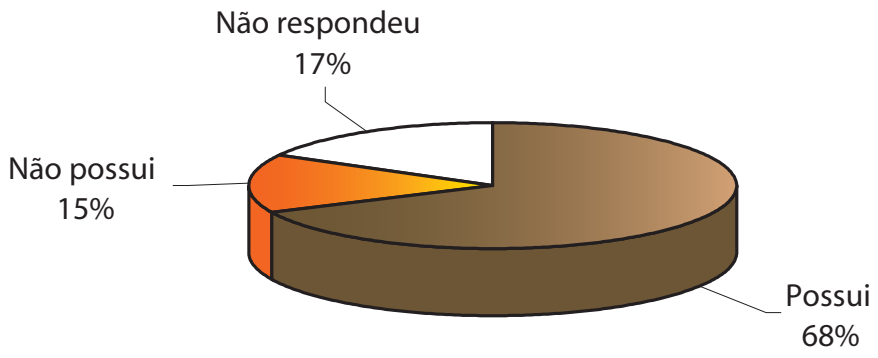
Quanto aos movimentos sociais nos quais os conselheiros possuem experiência de participação, verifica-se no gráfico a seguir que a maioria está relacionada com movimentos populares (49%, dos quais 32% apenas no movimento popular, 12% no movimentos popular e partidário e 5% no movimento popular, sindical e partidário). Verifica-se um número significativo de conselheiros com experiência em movimentos partidários (34%, dos quais 2,5% apenas movimento partidário, 12% movimento partidário e popular, 14,5% movimento partidário e sindical, e 5% movimento partidário, sindical e popular).

Quadro 33. Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência

	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Popular	13	32
Sindical	1	2,5
Partidário	1	2,5
Popular + partidário	5	12
Sindical + partidário	6	14,5
Popular + sindical + partidário	2	5
Não possui	6	14,5
Não respondeu	7	17
Total	**41**	**100**

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

Gráfico 10. 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, analisa-se a amostra inicial, de 76 fichas de inscrição.

Observa-se no quadro a seguir que, no segmento dos usuários, a maioria é composta por associações de moradores (27,5%) e sindicatos (9%). Entretanto, identificam-se distorções na composição do conselho, pois entidades representativas do segmento dos profissionais de saúde (sindicatos e conselhos profissionais, juntos 12%) e prestadores de serviços (associações de pais e alunos dos excepcionais, clubes de serviços, juntos 6%) vêm ocupando vagas no segmento dos usuários. Além disso, há que se destacar o grande número de outras entidades (30,5%), em sua maioria com perfil de prestadores de serviços, que ocupam assento no conselho, neste segmento.

Já no segmento dos trabalhadores de saúde, observa-se que a maioria é composta pela secretaria municipal de saúde (35%) e sindicatos e conselhos profissionais (juntos 24%). Há se destacar 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 representativa do segmento dos gestores.

Há que se destacar que distorções na composição dos conselhos consistem em 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 34. Entidades Representativas dos Usuários e Trabalhadores de Saúde

	Usuário	Porcentagem (%)	Profissional	Porcentagem (%)
Associação de moradores	9	27,5	-	-
Sindicato	3	9	2	12
Igreja	2	6	-	-
Conselho comunitário	1	3	-	-
APAE	1	3	-	-
Conselho profissional	1	3	2	12
Secretaria municipal de saúde	-	-	6	35
Hospital privado/filantrópico	-	-	1	6
Clubes de serviços	1	3	-	-
Outras	10	30,5	1	6
Não respondeu	5	15	5	29
Total	**33**	**100**	**17**	**100**

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

7.5 ALGUMAS REFLEXÕES

O perfil dos conselheiros de saúde dos municípios da região Noroeste possibilita algumas reflexões.

Entre os itens pesquisados, encontra-se a faixa etária, onde se pode constatar que há uma renovação pequena de quadros nos conselhos. A maioria dos conselheiros (36,5%) possui entre 41 e 50 anos. Porém, em comparação com outras regiões, como a Metropolitana do Rio de Janeiro[6], a Região Noroeste apresenta uma maior renovação de seus quadros, já que há um número significativo de conselheiros entre 21 e 40 anos (28,5%). Ainda assim considera-se importante mobilizar mais os jovens para se inserirem na luta pela saúde. Algumas estratégias já foram citadas quando foi apresentado o perfil dos conselheiros da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, a saber: sensibilizar estudantes universitários para esta participação por meio de suas entidades, por exemplo, os centro acadêmicos e as executivas de cursos da área da Saúde, bem como mobilizar os profissionais de saúde recém-admitidos nas unidades de saúde como também criar comissão de jovens nas associações de moradores.

Outro aspecto ao qual se pode refletir está relacionado à participação dos conselheiros em movimentos sociais. Na Região Noroeste constatou-se que 68% dos conselheiros têm experiência em movimentos sociais. No movimento popular, onde 49% dos con-

[6] A pesquisa sobre o perfil dos conselheiros da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, realizada pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde, será publicada no Caderno Metropolitano Especial atualmente em versão preliminar.

selheiros apontam ter tido experiência, pode-se destacar as associações de moradores como entidade com maior representação. A participação dos conselheiros em partidos políticos (34%) é um fator importante e positivo pois demonstra que sua perspectiva política não se restringe à saúde mas a um projeto societário mais amplo o que qualifica o debate desses conselheiros. Porém o universo de conselheiros com participação em movimento sindical (22%) é relativamente pequena o que pode apontar uma fragilidade em particular no segmento de profissionais de saúde.

Outro dado importante é a relação entre o segmento do conselheiro e a entidade que representa no Conselho que, conforme já exposto no decorrer do trabalho, pode implicar em distorções na paridade, visto que alguns clubes de serviço encontraram-se inseridos no segmento de usuários, enquanto deveriam estar no segmento gestor, já que são prestadores de serviço. Enfim, isso pode ser decorrente de compreensões equivocadas do papel de algumas entidades na área de Saúde.

8 ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL[1]

Maria Inês Souza Bravo
Juliana Souza Bravo de Menezes
Adriana Lúcia da Silva
Adriana Pereira da Fonseca
Elaine Junger Pelaez

Os principais problemas de saúde identificados nos municípios da Região Noroeste Fluminense são decorrentes da falta de investimento público na política de saúde. A Lei n.º 8.080/90 estabelece que o setor privado deve funcionar de forma complementar a rede pública, porém os dados apresentados neste trabalho indicam a hegemonia do setor privado.

A afirmação sobre a hegemonia do setor privado na região se confirma, ao se observar a predominância do setor na prestação dos serviços hospitalares, detendo 87% da oferta. O mesmo se aplica aos leitos hospitalares, nos quais o setor privado detém 95%.

Outro aspecto que cabe ressaltar é que, apesar da alta cobertura da atenção básica na região, em 76,5% da população, no ano de 2004, persiste a alta incidência de doenças infecto-contagiosas consideradas erradicadas e/ou controladas.

No que se refere ao controle social na área da Saúde, verifica-se que todos os municípios possuem conselhos de saúde, com caráter deliberativo, criados, em sua maioria, entre os anos de 1991 e 1993, ano da publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Em alguns municípios os conselhos foram criados tardiamente, como exemplo Itaperuna que foi criado em 2000.

A maioria dos conselhos analisados, o que corresponde a 93%, cumpre a legislação básica do SUS (Lei n.° 8.142/90), no que concerne à paridade entre os segmentos que os compõem. Somente um município, Santo Antônio de Pádua, não tem paridade em relação aos usuários. Quanto à Resolução n.º 333/03 do CNS, apenas 36% – cinco conselhos, Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Natividade e São José de Ubá – seguem esta resolução.

Os dados verificados na análise da composição dos conselhos municipais de saúde do Noroeste Fluminense indicam uma certa fragilidade do controle social na região estudada, uma vez que o descumprimento 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, 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.

---

[1] Estas reflexões estão baseadas nas investigações realizadas pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde, apresentadas nos itens anteriores. O referido projeto é coordenado pela Profa. Maria Inês Souza Bravo e financiado pelo CNPq, Faperj e UERJ.

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 é uma importante bandeira a ser defendida pelos conselhos de saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Destaca-se, ainda, que para o fortalecimento da gestão democrática da política de saúde, os conselhos da região que participaram da Oficina "Políticas Públicas de DST/AIDS e Controle Social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo a sustentabilidade das respostas frente à AIDS", realizada pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Abia) e pela Assessoria de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), no ano de 2004, e apresentaram as propostas nos seguintes eixos: Recursos Humanos, Financiamento e Controle Social.

Com relação à Política de Recursos Humanos:

- Estabelecer instrumentos de pressão para fortalecer uma política de revalorização profissional.
- Utilizar recursos do fundo de participação do estado e contratar mais profissionais para o Programa Saúde da Família (ampliação das equipes).
- Acompanhar a contratação dos profissionais e o cumprimento da carga horária.
- Articulação com as universidades para a capacitação continuada dos profissionais de saúde.

Com relação ao financiamento:

- Ter participação na elaboração do orçamento (audiências públicas).
- Garantir no orçamento municipal dotação orçamentária para os conselhos.
- Os conselheiros devem conhecer as pactuações e os repasses para o Fundo Municipal de Saúde e acompanhá-los desde a formulação até a implementação da política de saúde.
- No caso de problemas no gerenciamento dos recursos, informar ao órgão repassador por meio do relatório do conselho. Não resolvendo, recorrer ao Ministério Público e à mídia.

Com relação à dinâmica dos conselhos:

- Garantir o conhecimento prévio das pautas das reuniões dos conselhos.
- Publicizar as discussões do Conselho.
- Incentivar a participação da população no espaço dos conselhos pelos meios de comunicação, oficinas de sensibilização, entre outros.
- Elaborar um manual básico informativo (Manual do Conselheiro de Saúde), de acordo com a realidade de cada município.

- Criar fórum de articulação regional.
- Realizar pré-conferências (preparação para conferências, discussão sobre saúde e escolha dos conselheiros).
- Cursos de capacitação continuada ampliados para todos os segmentos envolvidos/interessados.
- Articular com as universidades para a realização dos cursos de capacitação.
- Assessoria técnica.
- Planejamento estratégico para ações do conselho municipal de saúde (anual) com a participação da população.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde, por meio de eventos realizados com os conselhos de saúde, sistematizou as seguintes propostas para o fortalecimento do controle social:

- Garantir a paridade, segundo a Resolução n.º 333/03 do CNS, em todos os conselhos.
- Criar mecanismos para a garantia do cumprimento das leis que regulamentam o funcionamento dos conselhos.
- Necessidade de soluções jurídicas mais ágeis, quanto à necessidade de enfrentamento com o Executivo.
- Criar Conselhos Gestores de Unidade.
- Garantir que os relatórios financeiros sejam apresentados com tempo hábil para a aprovação dos conselhos.
- Buscar o cumprimento das políticas de saúde por meio da luta política, e não somente por ações individualizadas no Ministério Público.
- Fortalecer os sujeitos coletivos, entidades e demais movimentos organizados, em detrimento do individualismo.
- Capacitar os conselheiros e não-conselheiros de forma crítica e propositiva.
- Criar mecanismos para garantia do cumprimento das deliberações dos conselhos pelo poder público, bem como viabilizar as propostas tiradas nas conferências de saúde.
- Criar mecanismos para melhoria da comunicação entre os conselhos, os movimentos sociais, a sociedade civil e o Ministério Público.
- Viabilizar recursos para comunicação/divulgação dos conselhos (jornais, informativos e outros).
- Criar mecanismos para simplificar a linguagem técnica com relação à prestação de contas.
- Organizar palestras junto às comunidades e unidades de saúde sobre a importância dos conselhos de saúde e controle social para gerar diretrizes de integração social e políticas de saúde.

- Garantir definição orçamentária para o funcionamento dos conselhos com o propósito de viabilizar recursos para melhoria da infra-estrutura e garantir a presença dos conselheiros em outros espaços de participação.

9 CARTA-COMPROMISSO DA REGIÃO NOROESTE FLUMINENSE

Os participantes do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Noroeste Fluminense, realizado em 8 de outubro de 2005, em Natividade, com a presença de 82 participantes representando os conselhos municipais de saúde dos municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cardoso Moreira, Italva, Itaperuna, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai; o Conselho Estadual de Saúde; as secretarias municipais de saúde de Natividade e Cardoso Moreira; a secretaria estadual de saúde e o Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ, caracterizaram como principais questões de saúde na região:

- Falta de investimento no setor público nos municípios que a compõem.
- Rede hospitalar hegemonizada pelo setor privado.
- Modelo assistencial pautado na doença.
- Precarização dos recursos humanos.
- Falta de concurso público.
- Alta rotatividade dos profissionais de saúde do Programa Saúde da Família.
- Não-Cumprimento da carga horária dos médicos do Programa Saúde da Família.
- Falta de infra-estrutura nos conselhos.
- Existência de conselhos de saúde não-paritários e sem autonomia.
- Utilização do espaço dos conselhos para política partidária.
- Ausência de conselheiros nas reuniões.
- Pouca participação dos sindicatos nos conselhos.
- Falta de transparência na administração/gestão dos recursos.

A partir dos problemas identificados, são apresentadas as seguintes propostas:

- Garantia o financiamento para o setor público, bem como a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e Lei de Responsabilidade Sanitária.
- Fiscalização direta das ações do Estado.
- Garantia do cumprimento da Deliberação n.º 001, de 10 de março de 2005, do Conselho Nacional de Saúde, contrária à terceirização dos recursos humanos.
- Regulamentação do acesso por meio de protocolos, garantindo a integralidade das ações.
- Realização de concurso público, a fim de superar a precarização do trabalho em saúde.
- Qualificação para os profissionais de saúde.

- Adequação do piso salarial dos profissionais de saúde na Região Noroeste.
- Luta pela implantação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos trabalhadores do SUS.
- Transparência na contratação dos agentes comunitários para evitar indicação política.
- Estabelecimento de contratos com os prestadores de serviços conveniados, garantindo a transparência nas contratações.
- Criação do Fórum de Conselhos da Região Noroeste Fluminense.
- Participação dos articuladores regionais do conselho estadual de saúde nas reuniões do fórum de saúde que será organizado na região.
- Criação de conselhos gestores nas unidades do PSF.
- Garantia de que os conselheiros repassem as informações do conselho para suas bases e das bases para o conselho.
- Estímulo à participação dos sindicatos nos conselhos e nas conferências.
- Criação de mecanismos para melhoria da comunicação entre os conselhos, os movimentos sociais e a sociedade civil.
- Agregação de outras entidades aos conselhos.
- Garantia da participação de representantes do Ministério Público e do Legislativo nas reuniões dos conselhos.
- Capacitação permanente para os conselheiros municipais de saúde.
- Participação do controle social no Consórcio Intermunicipal da Região Noroeste.
- Garantia de dotação orçamentária para todos os conselhos da Região com o intuito de viabilizar recursos para melhoria da infra-estrutura e garantir a presença dos conselheiros em outros espaços de participação.
- Garantia da paridade, segundo a Resolução n.º 333, do Conselho Nacional de Saúde, de 2003, em todos os conselhos da região.
- 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.
- Referendo das propostas elaboradas pelos secretários municipais de saúde da região, reunidos em 17/8/05, em Porciúncula, constantes na Carta do Noroeste, com o acréscimo, entretanto, da participação de representantes dos conselhos municipais de saúde da região nas comissões indicadas.
- Apresentação da Carta do Noroeste na agenda nos conselhos municipais de saúde da região.

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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. 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.

_____. Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília,* 28 jul. 1993.

_____. 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, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. *Norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, e Regulamentação complementar)* Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *Saúde da Família:* panorama, avaliação e desafios. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *[Site oficial do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)].* Brasília, 2005b. 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, 2001a.

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

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

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

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>.

MENEZES, J. S. B. et al. *Região Noroeste Fluminense:* situação de saúde e controle social. Rio de Janeiro, 2005. Mimeografado.

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

_____. Centro de Informações e Dados do Estado 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. *Questionário do Projeto de Regionalização das Ações do CES/RJ:* municípios de Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Itaperuna, Itaocara, Miracema, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua e São José de Ubá. Rio de Janeiro, [200-?].

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

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização – 2001/2004:* Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2001-2004. Rio de Janeiro, [200-?].

_____. Secretaria de Estado de Saúde. *Projeto Políticas Públicas de Saúde:* questionário aplicado pelo projeto no Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Rio de Janeiro, 2003b.

_____. 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>.

SANTOS, M. R. M. *Conselhos Municipais:* a participação cívica na gestão das políticas públicas. Rio de Janeiro: FASE, 2002.

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 e acabamento)
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, maio de 2007
OS 0091/2007