

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão  
Estratégica e Participativa

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

## Região da Baía da Ilha Grande

Série D. Reuniões e Conferências  
Série Cadernos Regionais



Brasília – DF  
2007

© 2007 Ministério da Saúde.

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

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

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

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser 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  
E-mail: [gestaoparticipativa@saude.gov.br](mailto:gestaoparticipativa@saude.gov.br)

*Organização:*

*Projeto Mobilização Social para a  
Gestão Participativa/SGP/MS*  
Coordenadora: Lucia Regina Florentino Souto  
Equipe: Rosemberg de Araújo Pinheiro  
Valéria do Sul Martins  
*Projeto "Conselhos de Saúde e Reforma Sanitária"*  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Serviço Social

*Colaboração:*

Fernando Rodrigues Cunha(SGEP/MS)

*Promoção:*

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

*Coordenação:*

Maria Inês Souza Bravo

*Equipe responsável:*

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

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

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

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

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

ISBN 978-85-334-1340-5

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

NLM WA 540

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0094

*Títulos para indexação:*

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

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

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](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

*Equipe editorial:*

Normalização: Karla Gentil  
Revisão: Ângela Nogueira e Lilian Assunção  
Editoração: Alisson Albuquerque

# SUMÁRIO

Lista de figuras, gráficos, tabelas e quadros . . . . .	5
Apresentação . . . . .	7
1 Mesa-redonda: participação e controle social no SUS . . . . .	11
2 Caracterização geral do Estado do Rio de Janeiro e da Região da Baía da Ilha Grande . . . . .	25
3 Panorama sanitário da Região da Baía da Ilha Grande – RJ . . . . .	29
3.1 Principais problemas de saúde . . . . .	29
3.2 Indicadores de Natalidade e Mortalidade . . . . .	33
3.2.1 Natalidade. . . . .	33
3.2.2 Tipo de parto . . . . .	35
3.2.3 Índices de mortalidade (geral e infantil) . . . . .	35
4 Rede de serviços da Baía da Ilha Grande – RJ . . . . .	39
4.1 Microrregiões . . . . .	39
4.2 Rede hospitalar . . . . .	40
4.3 Rede ambulatorial . . . . .	41
5 Controle social na saúde na Região da Baía da Ilha Grande . . . . .	43
5.1 Considerações iniciais. . . . .	43
5.2 Panorama dos conselhos de saúde da Região da Baía da Ilha Grande – RJ. . . . .	44
5.2.1 Ano de formação . . . . .	44
5.2.2 Prestação de contas do FMS e participação do CMS . . . . .	44
5.2.3 Organização interna e dinâmica de funcionamento . . . . .	45
5.2.4 Composição. . . . .	46
5.2.5 Conferências de saúde . . . . .	47
5.3 Perfil dos conselheiros de saúde da Região da Baía da Ilha Grande – RJ . . . . .	48
5.3.1 Dados institucionais da amostra. . . . .	49
5.3.2 Dados pessoais dos conselheiros . . . . .	50
5.3.3 Entidades representadas pelos conselheiros . . . . .	52

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

6 2.ª Mesa-Redonda: O controle social nas Regiões Centro-Sul, Baía da Ilha Grande e Médio-Paraíba . . . . .	53
7 Financiamento da saúde. . . . .	57
8 Algumas reflexões relacionadas à situação de saúde e controle social da Região da Baía da Ilha Grande . . . . .	63
9 Carta-Compromisso das regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro. . . . .	67
10 Referências Bibliográficas . . . . .	69
Anexos . . . . .	71
Anexo A – Síntese das reuniões de organização do Seminário de Gestão Participativa nas Regiões Centro-Sul, Baía da ilha Grande e Médio-Paraíba . . . . .	71
Anexo B – Tabulação das fichas de inscrição da região da Baía da Ilha Grande . . . . .	73
Anexo C – Principais problemas e propostas da região da Baía da Ilha Grande. . . . .	74

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

<b>Figura 1</b> – Mapa do Estado do Rio de Janeiro dividido por regiões .....	25
<b>Figura 2</b> – Mapa da Região da Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro .....	26
<b>Tabela 1</b> – População da Baía da Ilha Grande .....	27
<b>Tabela 2</b> – Principais problemas de saúde da região .....	30
<b>Tabela 3</b> – Taxa bruta de natalidade da Baía da Ilha Grande .....	34
<b>Tabela 4</b> – Nascidos vivos na Região da Baía de Ilha Grande (1994-2002) .....	34
<b>Tabela 5</b> – Nascidos vivos por tipo de parto na Região da Baía da Ilha Grande .....	35
<b>Tabela 6</b> – Taxa bruta de mortalidade da Baía da Ilha Grande. ....	35
<b>Tabela 7</b> – Óbitos na Região da Baía da Ilha Grande .....	36
<b>Tabela 8</b> – Razão de sexo para a mortalidade segundo regiões – Estado do Rio de Janeiro – 2000 .....	36
<b>Tabela 9</b> – Taxa de mortalidade infantil na Região da Baía da Ilha Grande/RJ – 1991- 1998 .....	37
<b>Tabela 10</b> – Principais causas de óbitos na Região da Baía da Ilha Grande .....	38
<b>Tabela 11</b> – Casos notificados das principais doenças da Região da Baía da Ilha Grande (2001) .....	38
<b>Tabela 12</b> – Número de hospitais credenciados por natureza da Região da Baía da Ilha Grande (2002) .....	40
<b>Tabela 13</b> – Leitos por natureza da Região da Baía da Ilha Grande (2002) .....	41
<b>Tabela 14</b> – Número de leitos hospitalares por especialidade da Região da Baía da Ilha Grande (2002) .....	41
<b>Tabela 15</b> – Número de unidades ambulatoriais da Região da Baía da Ilha Grande (2001) .....	42
<b>Quadro 1</b> – Leis de criação/alteração do CMS .....	44
<b>Quadro 2</b> – <i>Quorum</i> mínimo e periodicidade das reuniões .....	46
<b>Quadro 3</b> – Composição dos CMS por representatividade .....	46
<b>Quadro 4</b> – Paridade dos CMS .....	47
<b>Quadro 5</b> – Periodicidade das conferências de saúde na Região da Baía da Ilha Grande .....	47
<b>Quadro 6</b> – Conselheiros distribuídos por segmento .....	49
<b>Gráfico 1</b> – Conselheiros distribuídos por condição .....	50

<b>Gráfico 2</b> – Conselheiros distribuídos por idade .....	51
<b>Gráfico 3</b> – Conselheiros distribuídos por nível de escolaridade.....	51
<b>Gráfico 4</b> – Conselheiros distribuídos por sexo .....	52
<b>Quadro 7</b> – Entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde .....	52
<b>Quadro 8</b> – Arrecadação da seguridade social – principais fontes de receitas. Brasil, 1996 (Valores em milhões US\$) .....	58
<b>Quadro 9</b> – Programas sociais questionados como ações e serviços de saúde de acordo com a EC 29/00 – Levantamento feito em 20/10/05 no Siafem.....	60

## APRESENTAÇÃO

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

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

O 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Centro-Sul, Médio-Paraíba e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro objetivou situar, discutir e avaliar os problemas prioritários e as demandas da população relativas à saúde, com vistas a propor soluções que sejam viáveis, por meio da mobilização dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde dessas regiões.

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

Utilizamos a metodologia participativa, de forma que os sujeitos sociais da região foram envolvidos no processo de construção, execução e avaliação deste encontro, para que os seminários de gestão participativa pudessem refletir a dinâmica e a realidade das localidades.

A programação e a organização do seminário foram construídas coletivamente em cinco reuniões preparatórias:<sup>1</sup> uma na Região Médio-Paraíba, no dia 9/9, no auditório da Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda; uma na Região da Baía da Ilha Grande, no dia 16/9, no auditório da Fundação de Saúde de Angra dos Reis; e três na Região Centro-Sul, nos dias 17/9, 23/9 e 6/10/2005, que ocorreram, respectivamente, no auditório da SMS de Paraíba do Sul, em Vassouras e no auditório da SMS de Paraíba do Sul.

O seminário teve a participação de 76 pessoas distribuídas<sup>2</sup> da seguinte forma: 42 conselheiros de saúde (22 da Região Centro-Sul, 14 do Médio-Paraíba e seis da Baía da Ilha Grande); e 15 não conselheiros de saúde (3 da Região Centro-Sul, 10 do Médio-Paraíba e dois da Baía da Ilha Grande), referentes aos coordenadores de DST/Aids e organizações não-governamentais convidadas; e 20 convidados, entre palestrantes e representantes das três regiões no Cosems, Ministério da Saúde e membros da Comissão Orga-

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

<sup>2</sup> Vide anexo B: Tabulação das fichas de inscrição no Seminário.

nizadora (professores, alunos e profissionais da UERJ; representação da coordenação da assessoria de DST/Aids da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e integrantes da associação brasileira interdisciplinar de Aids). Então, foram 25 participantes da Região Centro-Sul, 23 do Médio-Paraíba e oito da Baía da Ilha Grande.

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

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

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

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

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

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

Neste item, a metodologia utilizada pautou-se na coleta e análise de dados primários e secundários resultantes de pesquisa empírica e documental de diferentes registros e fontes oficiais de informação. As principais fontes de dados foram o regimento interno e a lei municipal de criação dos conselhos municipais da Região Médio-Paraíba do Estado do Rio de Janeiro.

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



O sétimo item retrata a mesa participação e controle social nas três regiões, que caracteriza a situação do controle social nos municípios das regiões a partir da perspectiva da universidade e dos próprios conselheiros de cada uma das regiões (segmento de trabalhadores e de usuários).

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

Em anexo encontra-se a síntese das reuniões de organização do seminário de gestão participativa; a tabulação das fichas de inscrição, e os principais problemas e propostas do seminário de gestão participativa da Região Médio-Paraíba.

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



# 1 MESA DE ABERTURA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

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

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

As mudanças que ocorreram ao longo do tempo no Brasil, em que a política neoliberal ganha força, principalmente a partir da década de 1990, faz com que os direitos reivindicados e garantidos, na Carta Constitucional de 1988, sejam rediscutidos, ocasionando em uma universalização excludente vinculado a um projeto privatista voltado para o mercado. Portanto, para se contrapor a esta situação, é preciso que se aprofunde a defesa e a garantia dos princípios da Reforma Sanitária, e uma das bandeiras dessa luta é o fortalecimento da participação popular que precisa ser aprofundado pelos conselhos de saúde.

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

Ela ressalta que dentro dos conselhos de saúde existe tensão entre aqueles que defendem concepções privatistas para o setor e aqueles que defendem a Reforma Sanitária. Lembrou aos presentes que o conselho não tem a função de executar políticas, mas sim de elaborá-las, pois cabe às secretarias de saúde a execução e ao conselho a formulação e fiscalização das políticas.

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

A professora Maria Inês ressalta que, em um determinado momento, se pensou que o conselho iria resolver todos os problemas, mas é preciso que se esclareça que o conselho não substitui o movimento social organizado. Aponta ainda para a necessidade da intersetorialidade nas políticas públicas: saúde, assistência e previdência social que conformam a Seguridade Social. Alerta que embora se tenha colocado ao apontar essa necessidade, na Constituição de 88, na prática a mesma não foi viabilizada. Por isso, a importância de se rearticular o conselho de Seguridade Social, que articulava essas três políticas, e que foi extinto no Governo de Fernando Henrique Cardoso.

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

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

Um problema que deve ser superado é o desconhecimento por parte da sociedade sobre a existência dos conselhos e que as reuniões do mesmo devem ser abertas, divulgadas, pois a gestão democrática será fortalecida com a presença de um maior número de entidades, defendendo a saúde como direito de todos e dever do Estado.

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

Em seguida apresentou dados populacionais das regiões (CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002). A Região Médio-Paraíba possui 804.323 habitantes (5,5% da população do estado), a região Centro-Sul possui 254.103 habitantes (2% da população do estado) e a Região da Baía da Ilha Grande possui 173.691 habitantes (1,2% da população do estado), as três regiões representam cerca de 9% da população total do estado.

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

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

• **Região Médio-Paraíba**

- 1 - insuficiência gerencial do SUS;
- 2 - sistema de informação deficiente;
- 3 - baixa cobertura do PSF (12%);
- 4 - recursos humanos: precarização do trabalho;
- 5 - Noas incompatível com o SUS;

6 - financiamento, recursos insuficientes, dificuldades no repasse e compra de serviços na atenção básica.

• **Região Centro-Sul**

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

• **Região da Baía da Ilha Grande**

- 1 - deficiência na atenção materno-infantil;
- 2 - insuficiência de atividades de promoção;

- 3 - deficiência no sistema de informação;
- 4 - deficiência no controle da tuberculose;
- 5 - estrangulamento no acesso à média e alta complexidade.

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

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

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

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

A Dra. **Lúcia Souto**, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, saudou a todos dizendo da sua satisfação em estar num espaço como este, em que se constrói uma república brasileira, pois as políticas públicas devem estar sendo decididas dessa forma, ou seja, com a participação de todos. Ela retoma as considerações

feitas pela professora Maria Inês ao afirmar que todo este ideário do sistema de saúde vem sendo gerado desde a 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, provando que a união das pessoas dá certo, pois multiplica o potencial de luta. Ela aponta que o setor Saúde vem resistindo ao desmonte que vem ocorrendo nas políticas sociais devido à base pluralista e suprapartidária que sustenta esse setor.

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

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

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

A representante do Ministério da Saúde ressalta que a atenção básica é um elemento descentralizador da política, dando ênfase também à família. A idéia de articulação inter-setorial, muito mais cooperativa e não competitiva, aprimora a idéia de cooperação entre municípios, citando como exemplos a cooperação que existe entre as regiões Centro-Sul e Médio-Paraíba, e ressaltando ainda que a cooperação agrega a participação popular. Cita a lei, já aprovada, que regulamenta os consórcios no SUS, o que faz com que os municípios e seus cidadãos possam canalizar recursos para onde precisam, dando ênfase às prioridades.

Lúcia Souto finaliza suas considerações ressaltando que este momento é muito importante, pois pode ingressar-se em uma maioria política, onde se vê a participação como um direito fundamental, um desafio na construção republicana e pede que se reflita sobre isso.

O conselheiro estadual, **Elias José da Silva**, articulador da Região Médio-Paraíba e presidente do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda/RJ, ressalta que a atitude do conselho estadual por muito tempo era centrada somente no Município do Rio de Janeiro, ficando os demais municípios e seus respectivos conselhos do estado sem uma

atenção devida. Hoje, o conselho estadual vem mudando essa atitude, pois já tem a iniciativa de ir aos conselhos dos municípios, e a relação que se procura estabelecer com esses conselhos é de parceria e não de fiscalização ou de punição.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Segundo o secretário, ao se falar sobre o SUS, deve-se falar em recursos, hoje se perdeu 30 bilhões de reais, que é um recurso parco, portanto deve-se gerir bem o dinheiro. A melhor utilização dos recursos é o Programa Saúde da Família, mas faz a ressalva de que a transição para um modelo assistencial como este não é fácil. Um dos principais problemas para a implementação do programa no município é a sua manutenção, e cita como exemplo disso a inviabilidade financeira de se manter um médico no programa durante oito horas diárias. Ele conta a experiência da sua secretaria que implantou um PSF na zona rural do seu município sem nenhuma verba vinda do Ministério da Saúde. Ele aponta ainda que a ampliação do PSF depende de um aumento dos recursos, e que a única forma em que encontra solução para isso é por meio das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público<sup>3</sup> (Oscip), pois somente dessa forma pode-se pagar um salário melhor

<sup>3</sup> As Oscip<sub>s</sub> são Organizações Não-Governamentais (ONGs) criadas pela iniciativa privada, que obtêm um certificado emitido pelo poder público federal, ao comprovar o cumprimento de certos requisitos. Trata-se, assim, de uma entidade privada com finalidade pública. Uma organização dessas não substitui o Estado – apenas complementa suas ações e o auxilia a resolver problemas sociais.

para os profissionais, pois não entra na lei de responsabilidade fiscal, pelo fato de a Oscip ser considerada prestação de serviços.

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

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

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

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

A Secretária Municipal de Saúde de Mangaratiba e representante da Região da Baía da Ilha Grande no Cosems, **Vera Lúcia Ferreira Vieira**, iniciou sua fala apontando os principais parâmetros que os conselhos devem seguir para a construção do SUS. Um deles é a importância em relação ao retorno efetivo, por parte dos conselheiros, à sua base de todas as discussões que ocorrem nos conselhos. O que acontece, muitas vezes, é que ser conselheiro é somente se ter um título, pois não existe uma representação de fato. A secretária conclui, ainda, que só haverá mudança no SUS por meio do poder de deliberação das efetivas representações da sociedade civil.

---

A figura jurídica em que se enquadram as Oscip<sub>s</sub> é relativamente nova; a Lei que as regulamenta é a n.º 9.790, de 23 de março de 1999. Essa lei permite que pessoas jurídicas (grupos de pessoas ou profissionais), de direito privado sem fins lucrativos, sejam qualificadas, pelo poder público, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip).

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

- Debate em Plenária

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

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

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

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

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

Lúcia Souto, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, ao tratar dos principais problemas a serem enfrentados na Saúde, cita o problema que, em muitos municípios, a administração da verba da Saúde é feita pela secretarias de fazenda, e explica que isso geralmente ocorre pelo fato de os secretários de saúde não saberem administrar os recursos devido à falta de informação sobre saúde pública, por isso não tem condições de elaborar planos de saúde para os seus municípios. Ela citou que alguns gestores procuram superar essa dificuldade buscando uma formação em saúde pública e que cabe ao conselho exigir que os gestores sejam mais capacitados nesta área.

Ela citou a precarização do trabalho como um dos grandes nós críticos do SUS, por isso que o Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) está em discussão, entretanto, ou-

tras determinações entram nesse debate, como, por exemplo, a Lei de Responsabilidade Fiscal. Uma das alternativas para superação desse problema é a experiência que se passou no Estado do Ceará que foi a de um concurso regional de base local. Essa experiência é interessante para os municípios se espelharem.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

médico talvez seja uma ação mais assistencial. Já na saúde dentro da família, a ação é multidisciplinar.

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

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

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

O conselheiro estadual e articulador da Região Médio-Paraíba, Elias Silva, fala que o conselho estadual deveria acompanhar os conselhos nas eleições. Existem secretários que montam o conselho por eles mesmos. Cita o Município de Nova Friburgo, onde o conselho estadual atuou para convocar uma plenária com o objetivo de montar um novo conselho, pois recebeu uma denúncia de que o conselho havia sido desmontado. Afirmou que os conselhos que quiserem ajuda podem solicitar. Diz que no Médio-Paraíba não vê dificuldades.

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

Niterói, e que tem que passar por uma série de conselhos para aprovar os projetos. Tem garantia da relação entre município e entidades.

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



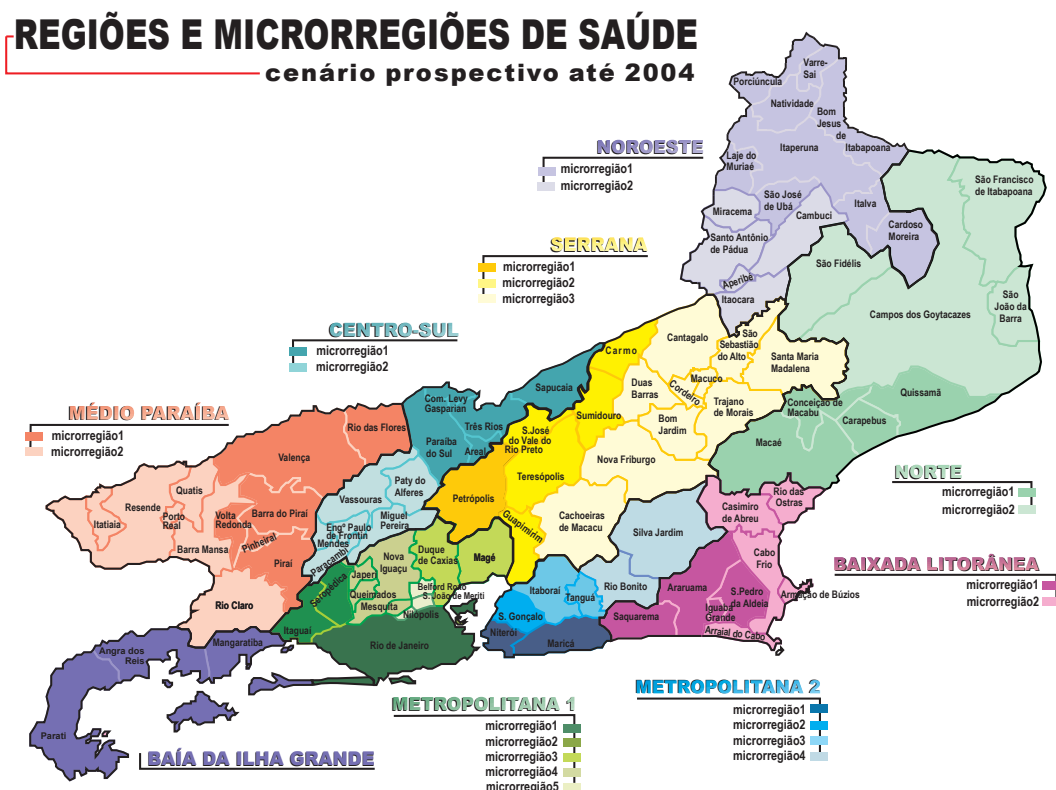
## 2 CARACTERIZAÇÃO GERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E DA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE<sup>4</sup>

Maria Inês Souza Bravo  
Débora de Sales Pereira

O Estado do Rio de Janeiro, com uma área de 43.864,3km<sup>2</sup>, está dividido em 92 municípios, segundo o censo demográfico 2000 (IBGE) e apresenta uma população de 14.367.083 habitantes.

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

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

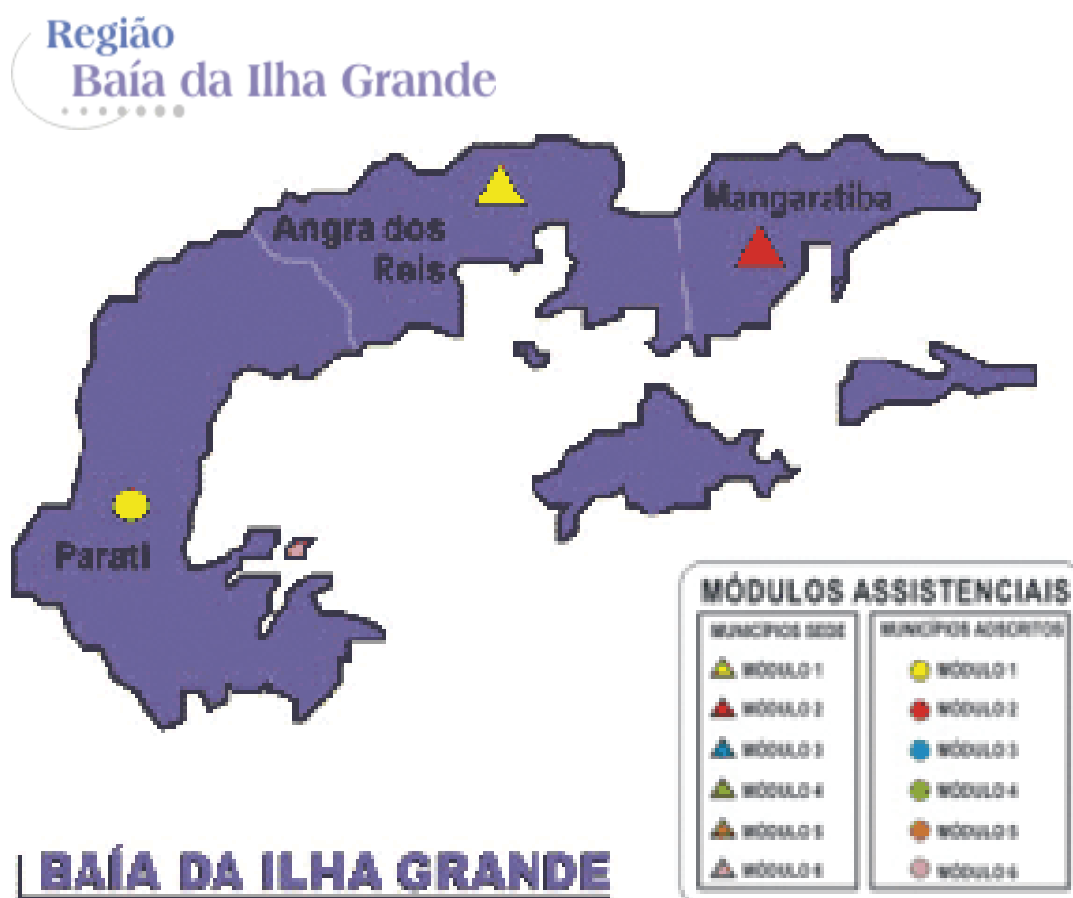


Fonte: SES/RJ

<sup>4</sup> Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Rosimere Valentim de Souza, Gysele Fonseca, Raquel de A. Paulino e Tássya Moura.

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2001b), a Região da Baía da Ilha Grande, localizada ao sul do estado, no limite com o Estado de São Paulo possui um território situado entre o mar e a montanha que lhe confere um potencial natural de rara beleza, valorizado ainda mais pela presença de um marcante patrimônio histórico-cultural. Além deste grande potencial paisagístico, essa região destaca-se, no contexto estadual, pela presença da indústria de construção naval e das usinas de energia nuclear, em contraponto com a atividade agrícola, praticada em moldes tradicionais, principalmente a cultura da banana, assim como as colônias de pescadores espalhadas ao longo do litoral.

Figura 2. Mapa da Região da Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro, 2005 (<http://www.saude.rj.gov.br/gestor/regilhag.shtml>).

A Baía da Ilha Grande está situada no litoral sul do Estado do Rio de Janeiro, engloba os três municípios da Costa Verde: Mangaratiba, Angra dos Reis e Parati. Apresenta uma entrada a leste, entre a Ponta de Castelhanos e a Ilha da Marambaia, e outra a oeste, entre Ponta dos Meros e a Ponta de Juatinga. O acesso à região é hidroviário, partindo do cais de Santa Luzia, porém, a navegação é proibida entre a Ponta Fina e a Ponta Grande, no

distrito de Cunambebe, e no Saco Dois Rios, localizado também na Ilha Grande, entre a Ponta das Palmeiras e a Ponta do Cavalinho.

A abertura da BR 101, nos anos 70, ao mesmo tempo em que viabilizou as atividades industriais na região, permitiu, em função do seu patrimônio natural e cultural, o desenvolvimento turístico como importante atividade dinamizadora do comércio e dos serviços na região, resgatando uma potência econômica que a região já vivenciara anteriormente, nos ciclos do ouro e do café.

A região guarda vestígios significativos do período colonial, destacando-se o Município de Parati, cujo bairro histórico preservado constitui um conjunto arquitetônico dos mais significativos desta fase da história do país. Em função desse representativo patrimônio, afluem à região turistas de diversas origens, consolidando uma grande diversidade de oferta de serviços de hospedagem e alimentação. Esta é a única região do Estado do Rio de Janeiro que possui índios em seu território.

Nesta região estão também localizados importantes sítios arqueológicos, tais como o Sítio do Joaquim e o Sítio Cunhambebe, na Ilha Caieira; o Sítio da Ilha Pequena, na Enseada de Japuíba; e o Sítio Aranda, na Ilha do Jorge.

A vocação turística dessa região oferece ótimas condições para lazer e prática de esportes náuticos, tanto de superfície como de mergulho, sobretudo em função da qualidade de suas águas. Os costões e as pontas que adentram pelo mar formam belíssimas praias e enseadas comuns a toda a região. São mais de 100 praias e 190 quilômetros quadrados recobertos de matas irrigadas por dezenas de riachos e cachoeiras, sendo 365 ilhas e ilhotas localizadas principalmente em Angra dos Reis.

A Região Baía da Ilha Grande é composta por três municípios: Angra dos Reis, Parati e Mangaratiba, totalizando 173.691 habitantes, o que representa 1,20% da população total do Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 1. População da Baía da Ilha Grande

Municípios	População Residente (Cide, 2002)	População Estimada para 2005*	Densidade Demográfica (Cide, 2002)
Estado do Rio de Janeiro	14.392.133	15.383.422	327,5 hab/km <sup>2</sup>
Angra dos Reis	119.250	140.342	145,4 hab/km <sup>2</sup>
Mangaratiba	24.905	29.273	68,7 hab/km <sup>2</sup>
Parati	29.536	33.059	31,6 hab/km <sup>2</sup>
Total da Baía da Ilha Grande	173.691	202.674	84,8 hab/km <sup>2</sup>

Fonte: IBGE\* – Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SES/DATASUS, 2005.



## 3 PANORAMA SANITÁRIO DA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE – RJ<sup>5</sup>

Maria Inês Souza Bravo

Débora de Sales Pereira

Esta região, por possuir apenas três municípios, não foi subdividida em microrregiões, sendo composta, então, por dois módulos assistenciais.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização (RIO DE JANEIRO, 2001a), o município de referência para procedimentos de alta complexidade, como terapia renal substitutiva, hemoterapia, urgência e emergência, maternidade de alto risco e tomografia computadorizada, deverá ser Angra dos Reis. Pelas características de capacidade instalada e de produção de procedimentos de saúde, este município também deverá ser pólo para procedimentos de Média Complexidade II da região, atendendo tanto os pacientes provenientes de Parati quanto de Mangaratiba. Os procedimentos de Média Complexidade III não realizados nos municípios da região deverão ser encaminhados para outras regiões, de acordo com a pactuação da assistência (PPI).

As prioridades estratégicas de intervenção nesta região incluem a assistência farmacêutica, o sistema de informação para a gestão, a atenção materno-infantil, a integração com os municípios na área de Saúde, o Saúde da Família, a promoção da saúde e a vigilância em saúde.

O primeiro Módulo Assistencial é o BIG I – Angra dos Reis (Esta região será habilitada como uma microrregião). Esse módulo assistencial é formado por dois municípios: Angra dos Reis (sede) e Parati. O segundo é o Módulo Assistencial BIG II – Mangaratiba.

### 3.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Os principais problemas e desafios identificados na área da Saúde nesta região foram chamados de “macroproblema”, e de “descritores” os fatores que indicam a sua existência, contribuindo também para a sua persistência. Esses dados foram retirados do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2001b), e o diagnóstico descrito (problemas e causas) foi elaborado a partir da realização de “oficinas de planejamento estratégico” com gestores e técnicos. Vide tabela a seguir:

<sup>5</sup> Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Rosimere Valentim de Souza, Gysele Fonseca, Raquel de A. Paulino e Tássya Moura.

Tabela 2. Principais Problemas de Saúde da Região

Macroproblemas	Descritores
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiência na atenção materno-infantil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>elevado índice de cesarianas e laqueaduras;</li> <li>concentração da demanda na rede hospitalar conveniada;</li> <li>número insuficiente de leitos nas unidades de tratamento intensivo para neonatais; e</li> <li>dificuldade para referenciar gestantes de alto risco.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiência de atividades de promoção da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pouca articulação do setor Saúde com os demais setores da administração pública e da sociedade.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiência no sistema de informação em saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fluxo de informação deficiente;</li> <li>demora na articulação dos dados;</li> <li>pequenos números de unidades de saúde com rede informatizada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Baixa cobertura pelo Programa de Saúde da Família (PSF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>cobertura de 32,40% na Região Baía de Ilha Grande.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiência na organização das ações de controle da tuberculose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>elevada taxa de desistência do tratamento de tuberculose;</li> <li>baixa captação de pacientes;</li> <li>insuficiência nas atividades de busca ativa de pacientes que abandonam o tratamento.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrangulamento no acesso aos serviços e procedimentos de média e alta complexidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>inexistência de mecanismos (protocolos, programação, fluxograma, etc.) para procedimentos de média e alta complexidade;</li> <li>baixa cobertura nas ações hemoterápicas;</li> <li>oferta insuficiente de um elenco mínimo de procedimentos de média complexidade pelos municípios;</li> <li>controle insuficiente da Porta de Entrada em Saúde Mental;</li> <li>pouca oferta de serviços por parte dos hospitais municipais e regionais;</li> <li>falta de credenciamento de unidade de tratamento intensivo neonatal.</li> </ul>

Fonte: Fonte: SES/RJ, Plano Estadual de Saúde, 2001 (RIO DE JANEIRO, 2001b). Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>.

No Plano de Ação do Plano Estadual de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2001b) encontram-se programas estratégicos da SES/RJ para ação no âmbito da Região Baía da Ilha Grande, Como pode-se observar a seguir:

√ Programa: Sistema de Informação para a Gestão

- Informatizar a rede de saúde na região:
  - implementar, em cada município, uma rede interna de informações;
  - organizar grupo de trabalho para discutir a informatização na região;
  - integrar as unidades e programas via intranet e internet;
  - elaborar, em parceria com os municípios da região, um plano de investimento em infra-estrutura (aquisição de equipamentos de informática);
  - levantar fontes de recursos (Fust).

√ Programa: Assistência Farmacêutica

- Unificar a grade de medicamento na região:
  - promover campanhas de estímulo ao uso do medicamento genérico;
  - produzir material publicitário com a lista básica regional;
  - usar a grade da SES/RJ como base e acrescentar novos medicamentos, conforme necessidade regional.
- Implementar um Programa Regional de Fitoterapia:
  - elaborar um plano de ação conjunta.

√ Programa: Atenção Materno-Infantil

- Implantar um sistema de indicadores que permitam a avaliação do pré-natal e da assistência ao parto:
  - avaliar as informações existentes;
  - propor a criação de um sistema estadual de avaliação das ações materno-infantis;
  - rever os termos de adesão ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento.
- Implantar consórcio regional de saúde:
  - realizar pacto para atendimento ao pré-natal de risco;
  - avaliar o fluxo de gestantes na região;

- realizar pactuação para realização de exames laboratoriais na região;
- levantar as necessidades de exames e consultas para gestação de alto risco.
- Ampliar as funções da comissão de óbito materno para materno-infantil:
  - solicitar e analisar sistematicamente os relatórios de avaliação dos partos cesáreos e morte materno-infantil.
- √ Programa: Integração com os municípios na área de Saúde
- Garantir a gestão do Fundo Municipal de Saúde pelas secretarias municipais de saúde:
- Implantar consórcio regional de saúde:
  - implantar um centro de imagens regional.
- Implantar um sistema de avaliação de exames de média e alta complexidade na região:
  - criar câmara técnica para avaliar referência e exames nos municípios;
  - implantar o Cacon I.
- Definir papel de cada unidade hospitalar do SUS (perfil) e reorganizar a capacidade instalada hospitalar.
  - formar grupo técnico de apoio à reestruturação da atenção hospitalar na região;
  - identificar prioridades de ampliação de serviços e investimentos em cada hospital, para áreas estratégicas da atenção;
  - classificar os hospitais por nível de hierarquia, de acordo com a proposta do Ministério da Saúde;
  - definir protocolos e fluxos para encaminhamento de pacientes na região.
- Implantar central de regulação de leitos regional.

√ Programa: Programa Saúde da Família

- Unificar estratégias de ação do Programa Saúde da Família na região:
  - elaborar projeto regional para o Saúde da Família com participação dos demais programas de Atenção Básica e submetê-lo ao controle social;
  - realizar oficina de trabalho para formular projeto;
  - liberar profissionais de saúde dos procedimentos burocráticos;



- contratar profissionais para desempenhar atividades administrativas, liberando os profissionais para as atividades fins (atender à população);
- organizar um núcleo de integração regional para o PSF.

√ Programa: Promoção e Vigilância em Saúde

- Realizar busca ativa de faltosos para tratamento de tuberculose e hanseníase:
  - realizar treinamento das equipes do PSF para realização de busca ativa.
- Descentralizar os programas de tuberculose e hanseníase para a rede de unidades municipais de saúde e de saúde da família:
  - criar protocolos de tratamento e notificação para a região;
  - criar, para estes programas, um sistema de vigilância por amostragem;
  - implantar sistema de avaliação dos programas.
- Definir fluxo de referência para garantir atendimento integral:
  - integrar atenção básica e assistência de média e alta complexidades.
- Implantar o Centro Odontológico de Referência Regional.
- Avaliar necessidade de exames regional.
- Integrar as ações de combate à DST/aids.
  - organizar núcleo de integração regional para DST/aids.
- Melhorar a qualidade das informações para saúde indígena.
- Apoiar a criação do Centro de Saúde Indígena:
  - definir local para construção do centro de saúde.

É fundamental o conhecimento desse plano para que ele possa nortear as ações do controle social e dos gestores na implementação da política de saúde da Região da Baía da Ilha Grande.

## **3.2 INDICADORES DE NATALIDADE E MORTALIDADE**

### **3.2.1 NATALIDADE**

A taxa de natalidade refere-se ao número de nascimentos a cada ano. Ela expressa o número de crianças nascidas vivas para cada grupo de mil habitantes. Vale a pena comentar que as taxas de natalidade variam de um país para outro e refletem as condições de vida de suas populações.

Os dados a seguir foram retirados do Cide (2002) e apresentam as taxas de natalidade nos municípios que compõe a Região da Baía de Ilha Grande.

Tabela 3. Taxa Bruta de Natalidade da Baía da Ilha Grande

ESTADO DO RIO DE JANEIRO – 1991 a 1998								
Regiões de governo e municípios	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Estado	20	20	20	20	20	20	19	19
Região da Baía da Ilha Grande	23	23	24	24	24	24	24	24
Angra dos Reis	24	24	24	24	24	25	24	25
Mangaratiba	21	19	20	21	23	22	21	21
Parati	20	21	23	23	24	23	21	20

Fonte: CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002 (Obs.: As taxas foram aproximadas).

Verifica-se na Baía da Ilha Grande um leve aumento na taxa de natalidade entre os anos de 1992 a 1993 e que vem se mantendo estável até 1998.

Para dar prosseguimento à análise, pode-se observar os dados a seguir que foram retirados do DATASUS (2002) e apresenta o número de nascidos vivos no período de 1994 a 2002.

Tabela 4. Nascidos Vivos na Região da Baía de Ilha Grande (1994-2002)

Nível de governo	Nascimentos								
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Estado</b>	268.173	266.463	268.549	268.968	258.284	268.213	259.118	242.360	232.232
Municípios									
Angra dos Reis	2.306	2.455	2.491	2.720	2.635	2.985	2.732	2.503	2.575
Mangaratiba	435	473	507	448	472	554	610	533	514
Parati	638	598	626	654	453	648	611	561	538
<b>Total Baía de Ilha Grande</b>	<b>3.379</b>	<b>3.526</b>	<b>3.624</b>	<b>3.822</b>	<b>3.560</b>	<b>4.187</b>	<b>3.953</b>	<b>3.597</b>	<b>3.627</b>

Fonte: DATASUS, 2002. (MS/SVS/Dasis – Sistemas de Informações para Nascidos Vivos – Sinasc)

De uma forma geral, todos os municípios da região tiveram um aumento no número de nascimentos nesse período, sendo que de 1998 a 1999 teve um aumento considerá-

vel, mas que decaiu um pouco de 2000 a 2002. Analisando de 1994 a 2002, Angra e Mangaratiba vêm aumentando e Parati vêm reduzindo o número de nascimentos.

### 3.2.2 Tipo de parto

A tabela abaixo nos mostra o tipo de parto registrado, no ano de 2002, da Região da Baía da Ilha Grande.

Tabela 5. Nascidos Vivos por Tipo de Parto na Região da Baía da Ilha Grande

Nível de Governo	Tipo de Parto			
	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total
<b>Estado</b>	<b>131.196</b>	<b>127.292</b>	<b>692</b>	<b>259.180</b>
Municípios				
Angra dos Reis	1.353	1.220	2	2.575
Mangaratiba	233	281	-	514
Parati	289	249	-	538
<b>Total Baía de Ilha Grande</b>	<b>1.875</b>	<b>1.750</b>	<b>2</b>	<b>3.627</b>

Fonte: DATASUS, 2002 (MS/SVS/Dasis – Sistemas de Informações para Nascidos Vivos – Sinasc).

Os municípios de Angra e Parati têm índices maiores de partos vaginais do que cesários. Esses resultados não contrariam a recomendação da Organização Mundial da Saúde de os partos cesáreos não ultrapassarem 15% do total de nascimentos.

### 3.2.3 Índices de Mortalidade (Geral e Infantil)

A taxa de mortalidade corresponde ao número de mortes ocorridas em um ano, em relação ao total da população. Assim como ocorre com as taxas de natalidade, a de mortalidade também é expressa em grupos de mil pessoas.

Tabela 6. Taxa Bruta de Mortalidade da Baía da Ilha Grande

Estado do Rio de Janeiro – 1991 a 1998								
Regiões de governo	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Estado	8	8	8	8	9	9	8	8
Região da Baía da Ilha Grande	6	6	6	6	6	6	5	5
Mangaratiba	8	8	8	8	7	8	8	8
Angra dos Reis	6	6	6	6	6	6	6	5
Parati	6	6	5	5	5	5	5	5

Fonte: CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002. (OBS: As taxas foram aproximadas).

Verificamos na Baía da Ilha Grande um pequeno declínio na taxa de mortalidade nos anos de 1997 e 1998. Mas, se compararmos com a tabela de óbitos retirada do DATASUS (2002), a região apresenta, como podemos verificar na tabela 7, que o número de óbitos aumentou consideravelmente entre os anos de 1998 a 2002, tanto na Região da Baía de Ilha Grande (principalmente no Município de Angra dos Reis) quanto no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 7. Óbitos na Região da Baía da Ilha Grande

Municípios	1998	2002
Estado	114.851	116.228
Região da Baía da Ilha Grande	1.582	1.708
Angra dos Reis	595	728
Mangaratiba	198	201
Parati	125	149

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, Centro de Informações de Saúde (Cisa), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Segundo o Plano Estadual de Saúde, a Taxa de Mortalidade Geral (TMG), calculada para 100.000 habitantes do Estado do Rio de Janeiro, em 2000, foi de 825,2 óbitos. A Região da Baía da Ilha Grande foi a que apresentou a menor TMG, de 614,78 por 100.000 habitantes.

Na tabela 8 está apresentada a razão de sexo para a mortalidade. No Estado do Rio, para cada 133 óbitos de sexo masculino ocorreram 100 óbitos de mulheres. A maior razão pode ser observada na Baía da Ilha Grande.

Tabela 8. Razão de Sexo para a Mortalidade segundo  
Regiões – Estado do Rio de Janeiro, 2000

Região	Razão de Sexo
Baía da Ilha Grande	162,0
Baixada Litorânea	156,1
Centro-Sul Fluminense	136,6
Médio-Paraíba	141,6
Metropolitana I	128,9
Metropolitana II	141,9
Noroeste Fluminense	137,9
Norte Fluminense	143,9
Serrana	137,9
Estado do Rio de Janeiro	133,2

\*dados passíveis de revisão  
Fonte: DDV/Cisa/SES-RJ

A análise da mortalidade proporcional por idade e sexo para o Estado do Rio de Janeiro mostra que, no ano 2000, os homens morreram em idades mais jovens em relação às mulheres. A proporção de óbitos de mulheres acima de 60 anos foi de 67,4% em relação a todas as outras idades, enquanto que para os homens essa proporção foi de 50,4%. Na idade de 15 a 19 anos, a proporção de óbitos é três vezes maior no sexo masculino em comparação ao feminino. Na Baía da Ilha Grande observou-se a menor proporção de óbitos acima de 60 anos, tanto para mulheres como para homens. A maior proporção de óbitos de menores de 1 ano também foi observada nesta região, com cerca de 10,1% do total de óbitos do sexo feminino. (Fonte: DDV/Cisa/SPD/SES-RJ).

Com relação à taxa de mortalidade infantil – que o seu coeficiente é a relação entre o número de óbitos de crianças menores de 1 ano e o número de nascidos vivos em determinado local, e calculado na base de mil nascidos vivos – podemos observar que tanto no Estado, quanto na Região da Baía de Ilha Grande do Rio de Janeiro, houve uma queda, se observarmos o intervalo analisado (Tabela 9).

Tabela 9. Taxa de Mortalidade Infantil na Região da Baía da Ilha Grande/RJ – 1991 a 1998

Regiões de governo e municípios	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Estado	30	29	30	29	28	26	24	22
Região da Baía da Ilha Grande	26	29	28	24	23	24	24	21
Mangaratiba	20	30	31	25	18	19	19	18
Angra dos Reis	32	32	30	30	31	29	27	24
Parati	26	24	22	19	21	23	27	21

Fonte: CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002. (OBS: As taxas foram aproximadas).

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

A tabela 10 mostra as principais causas de óbito no estado e na Região da Baía da Ilha Grande. O estado tem como principal causa de morte as doenças do aparelho circulatório (cerca de 28%), que têm relação direta com os problemas de hipertensão e suas consequências, como infarto, isquemias e doenças cerebrovasculares.

Tabela 10. Principais Causas de Óbitos na Região da Baía da Ilha Grande

Nível de governo	Óbitos por Grupos de Causa						
	Total	Doenças infecciosas/parasitárias	Neoplasias (tumores)	Doenças do aparelho circu-	Doenças do aparelho respi-	Sintomas mal definidos	Causas externas
<b>Estado</b>	<b>95.009</b>	<b>5.705</b>	<b>14.218</b>	<b>34.133</b>	<b>12.655</b>	<b>12.614</b>	<b>15.684</b>
Angra dos Reis	596	35	106	204	50	15	186
Mangaratiba	158	8	17	61	13	34	25
Parati	122	3	22	43	12	10	32
Região da Baía da Ilha Grande	<b>876</b>	<b>46</b>	<b>145</b>	<b>308</b>	<b>75</b>	<b>59</b>	<b>243</b>

Fonte: CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002.

Também a Região da Baía da Ilha Grande apresenta alto índice de doenças do aparelho circulatório, a segunda principal causa de morte na Região são as chamadas causas externas, que estão relacionadas ao crescimento da violência social (acidentes de trânsito, de trabalho e homicídios), e, em terceiro lugar, as neoplasias ou tumores (câncer).

Tabela 11. Casos Notificados das Principais Doenças da Região da Baía da Ilha Grande (2001)

Município	Meningite	Hanseníase	Dengue	Tuberculose	Leptospirose
Região da Baía da Ilha Grande	12	36	738	169	12
Angra dos Reis	7	17	611	115	9
Mangaratiba	2	7	120	32	1
Parati	3	12	7	22	2

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

A tabela 11 revela uma predominância de mortalidade/morbidade associada a problemas econômico-sociais, à precariedade dos serviços de saúde e à violência urbana. Além disso, ocorre a persistência de doenças consideradas erradicadas e/ou controladas em outros municípios, como a dengue, que representou cerca de 77% das principais doenças da região, e a tuberculose, segundo lugar entre as principais doenças com índice de 17%, revelando problemas como a desnutrição e a pobreza da população. Esses dados reforçam a necessidade da ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica.

## 4 REDE DE SERVIÇOS DA BAÍA DA ILHA GRANDE – RJ<sup>6</sup>

Maria Inês Souza Bravo

Débora de Sales Pereira

### 4.1 MICRORREGIÕES

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado do Rio de Janeiro, do período de 2001 a 2004, a Região Baía da Ilha Grande possui dois módulos assistenciais. O primeiro é formado pelos municípios de Angra dos Reis e Parati.

#### • Módulo Assistencial BIG I – Angra dos Reis

Esta região será habilitada como uma microrregião e este módulo assistencial é formado por dois municípios: Angra dos Reis (sede) e Parati. O primeiro conta com uma população de 119.250 habitantes (CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002) e 233 leitos credenciados ao Sistema Único de Saúde. Esses leitos estão distribuídos nas várias especialidades, sendo que 12,79% pertencem à Clínica Cirúrgica, 38,81% à Clínica Médica, 13,24% à Clínica Obstétrica, 18,72% à Clínica Pediátrica, 2,74% à Clínica Psiquiátrica e 13,70% a leitos existentes em hospitais psiquiátricos.

Atualmente, Angra dos Reis referencia alguns procedimentos de alta complexidade para Rio de Janeiro e Petrópolis, e de média complexidade para Niterói e Rio de Janeiro. Esse município é referência para os seguintes procedimentos de alta complexidade: tomografias e terapia renal substitutiva. Serve de referência para os seguintes procedimentos de média complexidade: mamografia bilateral, ultra-sonografia, ecocardiografia, beta HCG, EEG, potencial de acuidade visual, *checkup* de glaucoma e laringoscopia direta. Pelas características de capacidade instalada e de produção de serviços de saúde, Angra dos Reis tornou-se também o pólo para procedimentos de média complexidade II da região, atendendo a pacientes provenientes tanto de Parati quanto de Mangaratiba. Os procedimentos de média complexidade III não realizados nos municípios da região são encaminhados para outras regiões do estado, de acordo com a pactuação da assistência, isto é, a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O Município de Parati possui 29.536 habitantes (CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002) e tem 48 leitos credenciados, distribuídos pelas especialidades básicas. Parati referencia procedimentos de alta e média complexidade para Rio de Janeiro e Angra dos Reis. O município deverá referenciar os procedimentos de média complexidade I que não realiza para o Município de Angra dos Reis,

<sup>6</sup> Este item contou com a colaboração das seguintes pessoas para a coleta de dados: Rosimere Valentim de Souza, Gysele Fonseca, Raquel de A. Paulino e Tássya Moura.

sede do módulo. No total, o Módulo Assistencial BIG I possui 148.786 habitantes e 281 leitos credenciados pelo SUS.

#### • Módulo Assistencial BIG II – Mangaratiba

O Módulo Assistencial BIG II é composto pelo Município de Mangaratiba, o qual possui 24.905 habitantes (CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2002) e conta com 57 leitos credenciados ao SUS. Esses leitos estão assim distribuídos: 52,63% na Clínica Médica, 21,05% na Clínica Pediátrica, 17,54% na Clínica Obstétrica e 8,77% na Clínica Cirúrgica. Mangaratiba referencia procedimentos de alta e média complexidades para o Rio de Janeiro. Os procedimentos de média complexidade I deverão ser integralmente realizados por este município. Já os procedimentos de média complexidade II terão como referência na região o Município de Angra dos Reis, definido como pólo para este tipo de procedimentos (Fonte: <<http://www.saude.rj.gov.br>>).

Para que possamos visualizar como está estruturada essa distribuição de leitos por natureza e por especialidade de cada município, como foi apresentado nesse item, aprofundaremos esses dados no próximo item.

## 4.2 REDE HOSPITALAR

A rede hospitalar da região é composta por um hospital contratado, um filantrópico e três municipais. Vide tabela 12 a seguir. Observa-se que pelo menos em cada município da região tem um hospital municipal.

Tabela 12. Número de Hospitais Credenciados por  
Natureza da Região da Baía da Ilha Grande (2002)

Município	Contratado	Municipal	Filantrópico	Total
Região da Região da Baía da Ilha Grande	1	3	1	5
Angra dos Reis	1	1	1	3
Mangaratiba	0	1	0	1
Parati	0	1	0	1

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Na tabela 13, é possível identificar que a oferta de leitos é reduzida, pois corresponde a cerca de 0,2% da população (338 leitos para 173.691 habitantes), com predominância do setor privado (52% dos leitos), mais especificamente no caso de Angra dos Reis, pois Mangaratiba e Parati nem têm leitos privados.



Tabela 13. Leitos por Natureza da Região da Baía da Ilha Grande (2002)

Município	Contratado	Municipal	Filantropico	Total
Estado	22.408	9.702	9.504	56.092
Região da Baía de Ilha Grande	22	161	155	338
Angra dos Reis	22	56	155	233
Mangaratiba	0	57	0	57
Parati	0	48	0	48

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Podemos observar a partir dessas duas tabelas (13 e 14) que as especialidades com maior número de leitos contratados em hospitais credenciados são, respectivamente: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Clínica Obstétrica, Pediatria, Psiquiatria, Crônicos e FTP, e outros.

Tabela 14. Número de Leitos Hospitalares por Especialidade da Região da Baía da Ilha Grande (2002)

Município	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica	Clínica Ob- stétrica	Pediatria	Psiquiatria	Crônicos e FTP	Outros	Total
Região da Baía da Ilha Grande	39	143	52	66	7	1	30	338
Angra dos Reis	28	92	33	44	6	0	30	233
Mangaratiba	5	30	10	12	0	0	0	57
Parati	6	21	9	10	1	1	0	48

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Esses dados revelam que é preciso investir mais na rede pública de serviços de saúde da região para que o atendimento seja voltado aos principais problemas de saúde da população, e para que seja viabilizada a universalização do acesso aos serviços de saúde.

#### 4.3 REDE AMBULATORIAL

A rede ambulatorial conta com 90 unidades, conforme tabela 15, das quais a maior oferta de serviços de saúde na região como um todo ocorre por meio de centros de saúde e de outras unidades.

Tabela 15. Número de Unidades Ambulatoriais da  
Região da Baía da Ilha Grande (2001)

Município	Posto de Saúde	Centro de Saúde	Policlínica	Ambulatório de Hospital Geral	Clínica Especializada	Outras Unidades	Total
Região da Baía da Ilha Grande	13	23	2	2	1	49	90
Angra dos Reis	0	13	2	1	1	37	54
Mangaratiba	2	9	0	1	0	3	15
Parati	11	1	0	0	0	9	21

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Porém, ao analisarmos isoladamente cada município, percebemos que, em Angra, a maior oferta é de outras unidades, não possuindo nenhum posto de saúde. Em Parati, a maioria é posto de saúde. Em Mangaratiba, a maior parte da rede ambulatorial é de centros de saúde.

# 5 CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE NA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE

Maria Inês Souza Bravo

Débora de Sales Pereira

## 5.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS<sup>7</sup>

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

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

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

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

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

A participação é concebida como a gestão nas políticas por meio do planejamento e da fiscalização pela sociedade civil organizada. Ou seja, é 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 com o estado e a sociedade.

Historicamente, a categoria “controle social” foi entendida apenas como controle do estado ou do empresariado sob as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Essa última

---

<sup>7</sup> Texto elaborado por Bravo (2001b).

concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira, com o aprofundamento do debate referente à democracia.

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

## 5.2 PANORAMA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE – RJ<sup>8</sup>

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

### 5.2.1 Ano de Formação

Os conselhos municipais de saúde da Baía da Ilha Grande surgiram no início da década de 90. Em Mangaratiba, a criação do conselho de saúde antecedeu à publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB), feita em 1991 e 1993. No caso dos municípios de Angra dos Reis e Paraty, a regulamentação dos conselhos de saúde coincide com a época da publicação dessas NOB, que condiciona o repasse de verbas do Governo Federal à criação dos conselhos de saúde. Identifica-se que a criação de alguns conselhos, em todo o Estado do Rio de Janeiro, fora motivada pelo cumprimento de uma exigência legal.

Quadro 1. Leis de Criação/Alteração do CMS

Municípios	Lei de Criação do CMS	Lei de Alteração
Angra dos Reis	Lei n.º 176/92	Lei n.º 527/05
Paraty	Lei n.º 862/91	Lei n.º 1.435/04
Mangaratiba	Lei n.º 14/90	Lei n.º 68/98

Fonte: Entrevista realizada a um dos conselheiros de cada município.

### 5.2.2 Prestação de Contas do FMS e Participação do CMS

A administração do Fundo Municipal de Saúde de Angra dos Reis cabe conjuntamente aos secretários de saúde e de fazenda. No tocante ao exercício financeiro de 2000 do FMS, vale referir que o CMS não recebeu nenhuma prestação de contas, porém, até a data

<sup>8</sup> Este item está baseado na pesquisa relativa aos conselhos de saúde do Rio de Janeiro, realizada pelo Projeto Políticas públicas de saúde, coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo e financiado por CNPq, Faperj, UERJ e Ministério da Saúde.

da coleta desses dados (26 de março de 2002), os conselheiros informaram que estavam sendo providenciados os relatórios de prestação de contas referentes ao ano de 2001. Cabe ainda esclarecer que a legislação municipal em vigor prevê prestação de contas trimestrais do FMS, conforme regulamenta a Lei n.º 8.689/93 do Artigo 12 da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

Embora o Conselho Municipal de Saúde de Angra dos Reis tenha participado da elaboração e aprovação do plano municipal de saúde, o mesmo não vem sendo utilizado para orientar as ações em saúde. Os conselheiros do CMS de Angra dos Reis informaram também que não realizaram o acompanhamento de diversos programas de saúde em funcionamento no município, tais como o Saúde da Família, o de Assistência Farmacêutica Básica e o Saúde Mental.

O Fundo Municipal de Saúde de Parati é administrado pela secretaria municipal de fazenda. Os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Parati informaram que o FMS não é instituído por lei porque ainda se encontra em fase de estruturação, e foi por essa razão que no ano de 2001 não houve prestação de contas do FMS ao conselho municipal de saúde. O relatório de gestão apresentado ao conselho, referente ao exercício financeiro do mesmo ano, fora considerado insuficiente pelos conselheiros, que decidiram solicitar maiores informações ao gestor, as quais até a data de 4 de março de 2002 ainda não haviam sido prestadas.

O Conselho Municipal de Saúde de Parati não participou da elaboração do plano de saúde, que também não fora submetido à apreciação do conselho após sua conclusão. Quanto aos programas de saúde implementados no Município de Parati, o CMS acompanha apenas o Programa Saúde da Família.

O Fundo Municipal de Saúde de Mangaratiba é administrado pela secretaria municipal de fazenda. Com relação à prestação de contas do fundo, vale referir que os exercícios financeiros de 2000 e 2001 não foram apresentados em relatório ao CMS, aliás, os próprios conselheiros informaram na data de 11 de março de 2002 que a legislação do Município de Mangaratiba não estipula qualquer prestação de contas dos recursos destinados à saúde.

O Conselho Municipal de Saúde de Mangaratiba discutiu e aprovou o atual plano municipal de saúde, contudo, a proposta orçamentária da Secretaria Municipal de Saúde não foi submetida à apreciação do conselho.

Os programas de saúde em execução no Município de Mangaratiba que estão sendo acompanhados pelo CMS são: Programação Pactuada e Integrada, Programa de Controle de Doenças e Epidemias, Programa de Humanização do Parto, Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, e Plano Estadual de Assistência em Saúde Mental.

### **5.2.3 Organização Interna e Dinâmica de Funcionamento**

Os conselhos formulam e deliberam sobre as políticas de saúde, por isso é fundamental a organização e sistematização de ações que garantam as discussões pertinentes ao

exercício do controle social na Saúde. Essas ações vão desde a garantia da periodicidade das reuniões até o *quorum* mínimo de conselheiros presentes nessas reuniões, para que as discussões tenham continuidade e os seus conteúdos sejam instrumentos de reivindicação nesses fóruns.

No aspecto da periodicidade das reuniões, como podemos observar no quadro 2, todos os conselhos da Região da Baía de Ilha Grande realizam suas reuniões mensalmente.

Quadro 2. *Quorum* Mínimo e Periodicidade das Reuniões

Municípios	<i>Quorum</i> para Reunião	Periodicidade das Reuniões
Angra dos Reis	1/3 dos conselheiros	mensal
Parati	1/3 dos conselheiros	mensal
Mangaratiba	50%+1 dos conselheiros	mensal

Fonte: Regimentos Internos, Leis de Criação e Entrevistas aos conselheiros da região.

Na análise do *quorum* mínimo para deliberação, cabe ressaltar que a recomendação da Resolução n.º 333/03 é de 50%+1 para que se delibere sobre qualquer assunto.

Como podemos observar no quadro anterior, somente o Conselho Municipal de Mangaratiba segue a recomendação dessa resolução, exigindo o *quorum* de 50%+1 dos conselheiros para abertura das reuniões, assim como para votação das matérias da pauta e deliberação das matérias colocadas em votação. Para os municípios de Angra dos Reis e Parati, essas exigências são de 1/3 dos conselheiros.

O estabelecimento de um *quorum* baixo nas reuniões dos conselhos pode significar um enfraquecimento na representatividade da sociedade, o que pode ameaçar a defesa dos interesses dos segmentos representados neste espaço.

#### 5.2.4 Composição

Para análise da composição dos conselhos da região centro-sul, será tomada como referência a Resolução n.º 333/03 (BRASIL, 2003), do Conselho Nacional de Saúde. Essa resolução, que substituiu a Resolução n.º 33/92, define que as vagas dos conselhos sejam divididas da seguinte forma: 50% ocupadas por representantes dos usuários; 25% por representantes dos profissionais de saúde; e 25% por representantes dos gestores e prestadores de serviços públicos e privados.

Quadro 3. Composição dos CMS por Representatividade

Municípios	Usuário	Profissionais de Saúde	Prestadores de Serviço	Governo Municipal	Total
Angra dos Reis	12	6	4	2	24
Parati	6	3	–	3	12
Mangaratiba	4	1*	–	2	7

Fonte: Regimento Interno dos Conselhos Municipais de Saúde – Entrevista com alguns conselheiros.

\* No Conselho Municipal de Mangaratiba não há paridade entre gestores e trabalhadores de saúde devido à desistência de um conselheiro que representava este último segmento, fazendo com que o Conselho não

seja paritário de acordo com a Resolução n.º 333/03. O Conselho está aguardando a regulamentação da Lei n.º 358/05, que foi aprovada na câmara dos vereadores. Esta Lei atualiza a última Lei do Conselho (Lei n.º 68/98) assim como o Regimento Interno. Com essa Lei, a composição total passará a ser de 12 conselheiros.

Quadro 4. Paridade dos CMS

Município	Paridade	
	Lei N.º 8.142/90	Resolução N.º 333/03
Angra dos Reis	Sim	Sim
Parati	Sim	Sim
Mangaratiba	Sim	Não

Fonte: Regimentos Internos, Leis de Criação e Entrevistas aos conselheiros da região.

Observa-se que todos os conselhos são paritários, mas pautam-se em legislações diferentes. O que temos considerado é a paridade a partir da Resolução n.º 333/03. Nesses termos, os conselhos de Angra dos Reis e de Parati são paritários.

#### 5.2.5 Conferências de Saúde

As conferências de saúde, espaços de controle social garantidos na Lei Orgânica da Saúde (LOS), são eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a política de saúde em cada esfera de governo e propor diretrizes de ação. As deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação da política de saúde, devendo influenciar as discussões travadas nos conselhos de saúde.

No âmbito municipal, as conferências são espaços importantes de discussão para formulação e aprovação do plano municipal de saúde, pois prevê a participação da sociedade e, conseqüentemente, a publicização de suas demandas. Portanto as deliberações das conferências devem ser entendidas enquanto norteadoras da implantação da política de saúde, devendo influenciar, assim, as discussões travadas nos conselhos de saúde (BRAVO, 2001a, p. 48).

Quadro 5. Periodicidade das Conferências de Saúde na Região da Baía da Ilha Grande

Município	Última conferência Realizada	Periodicidade das Conferências Municipais
Angra dos Reis	2003	2 anos
Parati	2003	4 anos
Mangaratiba	2002	2 anos

Fonte: Regimentos Internos, Leis de Criação e Entrevistas aos conselheiros da região.

Os conselhos de Angra dos Reis e Mangaratiba estabelecem o prazo de dois anos para a realização das conferências, enquanto o de Parati estabelece o prazo de quatro anos. A última conferência realizada no Município de Mangaratiba foi em 2002, logo com atraso de mais de um ano. A luta no conselho é que a mesma se realize ainda neste ano.

### **5.3 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE/RJ<sup>9</sup>**

Este texto visa apresentar o perfil dos conselheiros de saúde da Região da Baía da Ilha Grande, do Estado do Rio de Janeiro, a partir da análise das fichas de inscrição dos conselheiros que participaram do Curso Nacional de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde<sup>10</sup>.

A importância de conhecer o perfil dos conselheiros de saúde reside em buscar elementos que apontem para 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 importantes na democratização da gestão por meio do controle social, objetivando alcançar universalidade na Saúde de acordo com os princípios da Reforma Sanitária brasileira.

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 (gestores e prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários).

Pode-se observar, por meio dos dados institucionais da amostra, como foi a participação dos conselheiros de saúde distribuídos pelos respectivos segmentos (usuário, trabalhador de saúde, gestor/prestador de serviços) no curso de capacitação, determinando assim, a inserção nos conselhos por segmento, perspectiva pela qual a pesquisa foi realizada.

Também serão apresentados os dados pessoais dos conselheiros, sua distribuição por idade e por sexo, assim como a participação em movimentos sociais<sup>11</sup> e entidades representados pelos três segmentos.

<sup>9</sup> Este também é um dos produtos do Projeto Políticas Públicas de Saúde, coordenado pela professora Maria Inês Souza Bravo.

<sup>10</sup> 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, UFMG. O principal objetivo do mesmo 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, como elemento fundamental na participação da sociedade no processo de implementação do SUS.

<sup>11</sup> Cabe destacar que a Região da Baía da Ilha Grande não possui dados acerca da participação dos conselheiros em movimentos sociais, pois o questionário que indagava esses dados não foi aplicado por questões operacionais.



Na Região da Baía da Ilha Grande, foi formada uma turma em 2003, capacitando um total de 22 conselheiros dos municípios de Angra dos Reis (sede), Parati e Mangaratiba. Desse universo iremos analisar dados das fichas de inscrição de 20 conselheiros, isto é, 91% dos conselheiros que participaram do curso de capacitação<sup>12</sup>. Esse quantitativo representa 46,5% do total de conselheiros titulares da Região da Baía da Ilha Grande<sup>13</sup>.

### 5.3.1 Dados Institucionais da Amostra

No quadro a seguir, verifica-se que o segmento dos usuários teve uma participação significativa em relação aos outros segmentos, o que demonstra maior mobilização desse segmento para ampliação dos seus conhecimentos sobre o controle social, a fim de qualificar seu trabalho e intervenção junto aos conselhos de saúde. Dos 20 conselheiros capacitados nos municípios da Região da Baía da Ilha Grande, dez correspondem ao segmento dos usuários, três trabalhadores de saúde e quatro prestadores de serviço. Ressalta-se que não houve a participação de gestores.

Quadro 6. Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	10	50%
Trabalhador de saúde	3	15%
Prestador de serviço	4	20%
Não informou	3	15%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

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

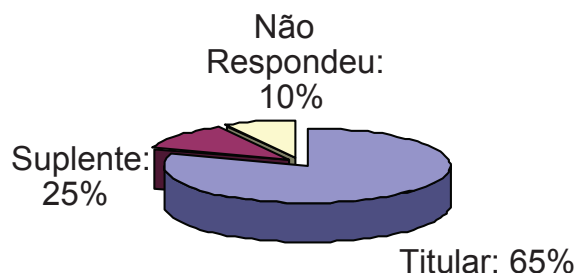
Analisando a participação dos conselheiros de acordo com o segmento que representa, pautando-se no princípio da paridade, os conselhos devem ser compostos por 50% de usuários e 50% de prestadores de serviços de saúde e trabalhadores de saúde. Em 1992, o Conselho Nacional de Saúde, publicou a resolução n.º 33<sup>14</sup>, onde diz que os 50% relativos aos prestadores de serviços de saúde e trabalhadores devem ser divididos entre 25% para os gestores e prestadores de serviço da saúde e 25% para os trabalhadores de saúde. O quadro anterior demonstra que 50% dos conselheiros capacitados eram do segmento de usuários, enquanto o segmento dos trabalhadores de saúde representou 15% dos conselheiros capacitados, pouco abaixo da sua proporção nos conselhos. Os prestadores tiveram a participação em 20%.

<sup>12</sup> As 20 fichas de inscrição analisadas foram aquelas recolhidas pelos monitores nas respectivas turmas. A diferença entre o número de conselheiros capacitados e de fichas analisadas refere-se a algumas dificuldades operacionais do curso.

<sup>13</sup> Os conselheiros titulares na Região da Baía da Ilha Grande (Total: 43) estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 24 em Angra dos Reis; 12 em Parati e 7 em Mangaratiba.

<sup>14</sup> Esta resolução foi substituída pela Resolução n.º 333, em 2003, pelo Conselho Nacional de Saúde.

Gráfico 1. Conselheiros Distribuídos por Condição



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

De acordo com o gráfico 1, observamos que a maioria dos conselheiros que participaram do curso de capacitação está na condição de titular, representando um total de 65%, enquanto 25% está na condição de suplente. Este é um fato positivo, já que a proposta nacional de capacitação tinha como objetivo capacitar 50% dos conselheiros de saúde de cada região do Brasil.

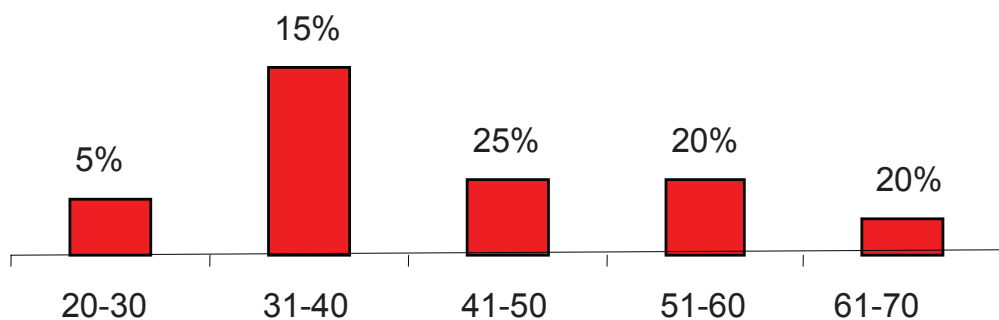
### 5.3.2 Dados Pessoais dos Conselheiros

A partir da análise dos dados pessoais dos conselheiros, podemos verificar que, com relação à idade (gráfico 2), mais da metade possui idade superior a 40 anos, representando um total de 65%, sendo que 25% deste total são conselheiros com idades entre 41 e 50 anos. Esse dado revela que ocorre uma maior atuação, no espaço dos conselhos de saúde, de pessoas que provavelmente participaram do movimento da Reforma Sanitária e de todos os embates daquele período, que preconizavam uma política de saúde universal e de qualidade, verificando, assim, o compromisso dessas pessoas com o fortalecimento do controle social.

Outro fato que vem confirmar essa hipótese é a participação ainda reduzida de conselheiros com idade inferior a 40 anos, uma vez que, dentro do universo pesquisado, apenas 15% dos conselheiros têm idade entre 30 e 40 anos e 5% possui idade entre 20 e 30 anos. Na tentativa de explicar a razão para esse fato, elencamos o avanço do neoliberalismo econômico a partir da década de 90 que, conseqüentemente, contribui para a difusão do individualismo e para o refluxo dos movimentos sociais.

Essa realidade pode estar determinando o surgimento de uma geração sem perspectiva de participação social e ação coletiva para a garantia de direitos. Por outro lado, uma reflexão importante é o pouco investimento dos sujeitos sociais envolvidos com a luta pela Reforma Sanitária na formação de quadros, ou seja, a mobilização de jovens para a luta pela saúde.

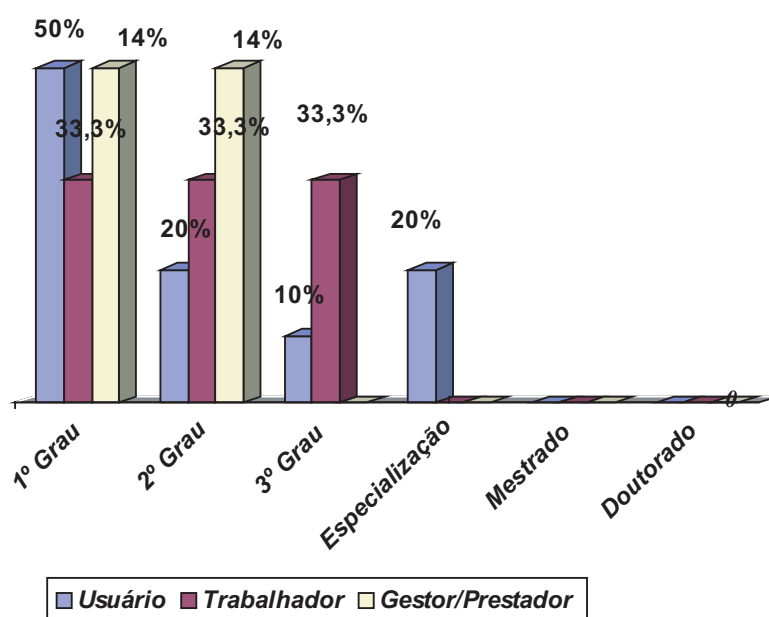
Gráfico 2. Conselheiros Distribuídos por Idade



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

A análise dos dados referentes à escolaridade (gráfico 3) revela que, no segmento dos usuários, a maioria possui apenas o primeiro grau (50%), seguido por um grupo significativo de conselheiros que possui o segundo grau (20%), terceiro grau (10%) e especialização (20%). No segmento dos trabalhadores, os conselheiros têm a mesma porcentagem que possui 1.º, 2.º e 3.º graus (33,3% cada), nenhum deles possui especialização, mestrado ou doutorado. No segmento dos prestadores de serviços, 50% possui o 1.º grau e 50% possui o segundo grau.

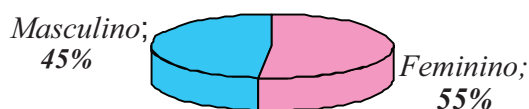
Gráfico 3. Conselheiros Distribuídos por Escolaridade



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

Com relação à participação dos conselheiros, de acordo com o sexo (gráfico 4), não há uma diferença considerável na presença de homens e mulheres nos conselhos. A representatividade feminina (55%) é um pouco maior.

Gráfico 4. Conselheiros Distribuídos por Sexo



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

### 5.3.3 Entidades Representadas pelos Conselheiros

Com relação às principais entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde nos conselhos (quadro 7), observamos que, no segmento dos usuários, a maioria é composta por conselhos (40%), seguido do segmento associações de moradores (10%) e religioso/filantrópico (10%). Já no segmento dos trabalhadores de saúde, observamos que a maioria é composta por sindicatos (66,6%), seguido por conselho profissional (33,4%).

Quadro 7. Entidades Representadas pelos Usuários e Trabalhadores de Saúde

Entidades	Usuários	Porcentagem (%)	Trabalhadores	Porcentagem (%)
Associação de moradores	1	10%	-	-
Sindicatos	-	-	2	66,6%
Movimento religioso/filantrópico	1	10%	-	-
Conselhos	4	40%	-	-
Conselho profissional	-	-	1	33,4%
Associação de aposentados e pensionistas	2	20%	-	-
Não informou	2	20%	-	-
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

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

## 6 2.<sup>a</sup> MESA-REDONDA: O CONTROLE SOCIAL NAS REGIÕES CENTRO-SUL, BAÍA DA ILHA GRANDE E MÉDIO-PARAÍBA

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

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

A professora **Maria Inês Souza Bravo** inicia sua apresentação solicitando que todos peguem os mapeamentos nas pastas. Coloca que abordará questões como: caracterização geral dos conselhos das regiões Médio-Paraíba<sup>15</sup>, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande (data de criação e composição); perfil dos conselheiros de saúde<sup>16</sup> das três regiões; e proposições para o fortalecimento do controle social<sup>17</sup>.

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

- desarticulação dos municípios;
- pouca participação de alguns municípios;
- falta de comunicação entre os conselhos;
- burocratização dos conselhos;

<sup>15</sup> Essa apresentação refere-se ao item 5 desse Caderno Regional.

<sup>16</sup> Vide item 5.3 desse Caderno Regional.

<sup>17</sup> Vide item 8 desse Caderno Regional.

- falta de integração dos conselhos da região;
- falta de capacitação dos conselheiros;
- necessidade de retorno às bases;
- falta de envolvimento de outros movimentos;
- desconhecimento da população sobre o papel do conselho; o poder público não tem respeitado as leis e os acordos estabelecidos;
- conselho como espaço de denúncias e de discussão;
- falta de entendimento dos conselheiros sobre financiamento;
- utilização da dotação orçamentária do conselho para assessoria técnica;
- falta de entendimento do conselheiro quanto ao seu papel;
- o consórcio (gestores) tem que priorizar as reais necessidades dos municípios;
- participação do controle social no consórcio intermunicipal;
- divulgação do trabalho do conselho; facilitar o acesso às informações referentes aos conselhos;
- criação de conselhos gestores nos bairros;
- palestras e divulgação de material (ex.: cartilhas), para dar embasamento aos conselheiros novos;
- preocupação com o atendimento de pré-natal na região;
- problema com a central de regulação (ex.: falta de leitos para gravidez de risco e de UTI neonatal);
- distribuição desigual de ambulâncias entre os municípios;
- construção do comitê de mortalidade materna e neonatal do Centro-Sul 1;
- estruturação do comitê de morbidade infantil no Centro-Sul;
- projeto nascer e maternidade (governabilidade).

Acrescentou, ainda, que a comunidade vem se organizando nos últimos anos, por meio de conselhos municipais e comitês populares que abrangem os mais variados setores sociais, como transporte coletivo, saúde, e participação na gestão do orçamento municipal, deixando para o poder público apenas a função de mediar e fiscalizar as relações entre o público e o privado, a fim de garantir meios de proporcionar melhor qualidade de vida à população. A conselheira colocou algumas reflexões do grupo do Centro-Sul; que a comunidade organizada e solidária exerce importantes meios de controle social, como

o direito à informação, à reivindicação de conselhos comunitários, à democratização do processo decisório (como o orçamento participativo), entre outras ferramentas capazes de oferecer maior transparência à gestão pública e que contribuem para melhor qualidade dos serviços oferecidos à comunidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## 7 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Deputada Estadual Cida Diogo

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

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

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

Explicita, ainda, que ocorreu a regulamentação do sistema, por meio das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, que dispõem sobre as regras de participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais. Destaca o artigo 195 da Constituição (BRASIL, 1988), que garante que a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

- I – Dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro.
- II – Dos trabalhadores.
- III – Sobre a receita de concursos de prognósticos.

De todas as fontes citadas, a seguridade social representa 70% do orçamento do setor Saúde, sendo que a contribuição sobre a folha salarial corresponde 50% desse montante, conforme demonstra o quadro 8:

Quadro 8. Arrecadação da Seguridade Social – Principais Fontes de Receitas.  
Brasil, 1996 (Valores em Milhões US\$)

<b>Contribuição sobre Folha Salarial</b>	<b>39.651</b>	<b>51,85%</b>
Cofins	16.334	21.36%
PIS/Pasep	6.702	8,76%
Contribuição sobre lucro líquido	7.771	10.16%
CPMF	6.000	7.84%
<b>Total</b>	<b>76.458</b>	<b>100,00%</b>

Fonte DPS/Ipea.

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

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

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

O cálculo previsto na EC n.º 29 (BRASIL, 2000a) é o seguinte:

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

b) para os quatro anos seguintes, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Isso significa, para a União, um aumento

de recursos para a Saúde equivalente ao aumento real do PIB mais a inflação do ano, visando manter a proporção de gastos federais em saúde em relação ao PIB;

c) para os estados e municípios, os percentuais de vinculação estabelecidos são 12% e 15%, respectivamente, de sua receita de impostos e de transferências recebidas, deduzindo-se, para o cálculo da base vinculável dos primeiros, as transferências realizadas para os municípios;

d) a previsão foi garantir um aumento gradual. Com isso, os estados começariam com um percentual de 7% no ano de 2000, chegando a 12% em 2004, e os municípios teriam que começar com um investimento mínimo no valor de 7% até 15% em 2004.

Em seguida, a palestrante discorre sobre as dificuldades na operacionalização da NOB 01/03, destacando que antes de 1993 o Governo Federal comprava as ações e os serviços de saúde por meio do Inamps. Dessa forma, as instituições de saúde estaduais e municipais eram tratadas como meras prestadoras de serviços (consultas e procedimentos cobertos pelo Inamps). Essa postura incentivou a cultura da produtividade, cuja preocupação era produzir o maior número de procedimentos médicos sem considerar a qualidade e a resolutividade do serviço para a população. A lógica predominante foi a mercadológica. A implantação da NOB proporcionou a gestão municipalizada do setor Saúde, criando a seguinte qualificação para os municípios: incipiente, parcial e semiplena. Os municípios habilitados passaram a dispor de tetos financeiros definidos a serem repassados pelo Governo Federal e autonomia na gestão de todas as unidades de abrangência municipal e regional (dependendo do porte do município). Apesar dos reconhecidos avanços, algumas dificuldades foram encontradas. A descentralização dos recursos fundo a fundo foi mais lenta do que o esperado, atingindo somente 144 municípios e nenhum estado. A transferência fundo a fundo limitou-se à área da assistência (as demais continuaram sendo de convênios). A avaliação do desempenho na utilização dos recursos ficou restrita ao quantitativo de procedimentos efetuados, não representando nenhum salto de qualidade na consolidação do SUS e na existência de uma tabela de pagamento nacional única.

Para superar os limites da NOB 01/93, foi aprovada a NOB 01/96, que cria alguns instrumentos de ação e garante maior autonomia aos estados e municípios. Estabeleceu-se o Piso de Assistência Básica (PAB), que prevê o custeio de procedimentos e ações de atenção básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse piso é definido pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município, segundo o IBGE, sendo transferido automaticamente fundo a fundo. Caso o município não tenha fundo implantado, é depositado numa conta especial. O valor *per capita* nacional é de R\$10,00/habitante/ano. Os procedimentos adotados na PAB e o seu valor *per capita* são definidos pela Comissão Intergestora Tripartite e votados no Conselho Nacional de Saúde.

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

- a) gestão plena da atenção básica; e
- b) gestão plena do sistema municipal.

A primeira condição, sobretudo quando se trata de municípios de pequeno porte, propõe aumento de autonomia do município na assistência de atenção básica no seu território, privilegiando a promoção da saúde. A segunda, além de conter o propósito da primeira, permite aos municípios, especialmente os de grande porte, ser responsável pela referência microrregional ou regional, organizar de forma integrada e pactuada os vários níveis de assistência à saúde.

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

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

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

Quadro 9. Programas Sociais Questionados como Ações e Serviços de Saúde de Acordo com a EC 29/00 – Levantamento feito em 20/10/05 no Siafem

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

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



## 8 ALGUMAS REFLEXÕES RELACIONADAS À SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL NA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE

Maria Inês Souza Bravo  
Débora de Sales Pereira

Os problemas de saúde considerados como prioritários na Região da Baía da Ilha Grande são a deficiência na atenção materno-infantil, a insuficiência de atividades de promoção da saúde, a elevada taxa de desistência do tratamento de tuberculose e baixa captação de pacientes, e o estrangulamento no acesso aos serviços e procedimentos de média e alta complexidades.

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

Um outro dado preocupante é que a rede hospitalar da região é composta por um hospital contratado, um filantrópico e três municipais. Com relação à rede de serviços destaca-se que a oferta de leitos é reduzida, correspondendo a 0,2% da população, ou seja, 338 leitos para 173.691 habitantes, com predominância do setor privado (52% dos leitos), mais especificamente no caso de Angra dos Reis, pois Mangaratiba e Parati não possui leitos privados.

Com relação ao controle social, os conselhos municipais de saúde da Região da Baía da Ilha Grande surgiram durante a década de 90. Em Mangaratiba a criação do conselho de saúde antecedeu à publicação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), feita entre 1991 e 1993. No caso dos municípios de Angra dos Reis e Parati, a regulamentação dos conselhos de saúde coincide com a época da publicação dessas NOBs, que condiciona o repasse de verbas do Governo Federal à criação dos conselhos de saúde. Identifica-se que a criação de alguns conselhos, em todo o Estado do Rio de Janeiro, fora motivada pelo cumprimento de uma exigência legal.

Observa-se que todos os conselhos são paritários, mas pautam-se em legislações diferentes. O que temos considerado é a paridade a partir da Resolução n.º 333. Nesses termos, os conselhos de Angra dos Reis e Parati são paritários. Todos os municípios cumprem a legislação básica do SUS, no tocante à paridade entre os segmentos na composição dos conselhos. Mas, com relação a Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde, apenas o Município de Mangaratiba não segue a sua orientação. O cumprimento da legislação, no tocante à representação dos segmentos nos conselhos, por si só não

garante o pleno exercício do controle social, entretanto, significa um importante passo nesta direção.

Atualmente, grande parte dos conselhos nesta região enfrenta alguns problemas relacionados ao acesso a informações e dados necessários para a proposição de políticas de saúde; à ausência de prestação de contas dos fundos municipais de saúde e ao descaso do Executivo com as deliberações dos conselhos e das conferências de saúde.

Do ponto de vista do potencial dos conselhos, acerca dos limites e das possibilidades de atuação dos seus atores no espaço local, é possível destacar a dependência que os conselhos têm dos secretários municipais, o que estaria relacionado com um caráter mais reivindicativo, assumido pelos mesmos, do que deliberativo. Como limite de atuação, identifica-se que os conselheiros têm cumprido um papel mais administrativo do que político.

A partir das evidências, ressalta-se algumas questões que precisam ser enfrentadas:

- os trabalhadores de saúde têm participado pouco dos conselhos;
- o poder público, em muitos municípios, não tem respeitado as deliberações dos conselhos;
- o funcionamento dos mesmos tem priorizado a burocratização das ações;
- a dinâmica dos conselhos precisa ser repensada para maior envolvimento dos sujeitos participantes.

Para o aprimoramento da gestão democrática e garantia de melhores condições de saúde, os conselheiros de saúde da região apresentaram como propostas na 8.ª Oficina do Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde, realizada em 2002<sup>18</sup>, a seguinte agenda:

- capacitação permanente para os conselhos municipais de saúde;
- garantia de infra-estrutura dos conselhos municipais de saúde (sala de trabalho, telefone exclusivo, internet, etc.);
- organização da dinâmica das reuniões:
  - marcação prévia de reuniões;
  - planejamento coletivo da pauta das reuniões, com divulgação prévia;
  - criação de comissões de trabalho.
- ampliar a participação na definição do plano de aplicação e dotação orçamentária;

---

<sup>18</sup> Síntese elaborada pelas assistentes sociais Débora de Sales Pereira, Mariana Maciel do N. Oliveira e Michelle Rodrigues de Moraes, em dezembro de 2002, sob a orientação da professora Maria Inês Souza Bravo.



- produção de boletins para divulgação das informações relativas aos conselhos municipais de saúde e à política de saúde;
- organização de banco de dados da rede sobre legislação do SUS;
- cobrança de prestação de contas da gestão municipal acerca das informações relativas aos planos de ação e aos relatórios de gestão;
- revisão do regimento interno;
- estimular a criação de conselhos gestores de unidade e conselhos distritais;
- estabelecimento de parcerias dos conselhos municipais de saúde com outros conselhos, Ministério Público, entidades que trabalham pelo interesse do SUS e a comissão de saúde da câmara.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde apresentou, no Seminário de Gestão Participativa em Saúde, outras propostas para o fortalecimento do controle social nas regiões Médio-Paraíba, Centro-Sul e Baía da Ilha Grande.

#### √ **Infra-Estrutura, Divulgação, Dinâmica das Reuniões, Dotação Orçamentária**

- Garantia de infra-estrutura dos conselhos municipais de saúde (sala de trabalho, telefone exclusivo, internet, etc.).
- Produção de boletins para divulgação das informações relativas aos conselhos municipais de saúde e à política de saúde.
- Organização da dinâmica das reuniões: marcação prévia de reuniões; planejamento coletivo da pauta das reuniões, com divulgação prévia; criação de comissões de trabalho.
- Garantia de definição orçamentária para o funcionamento dos conselhos de forma a: viabilizar recursos para melhoria da infra-estrutura e garantir a presença dos conselheiros em outros espaços de participação.

#### √ **Informações Necessárias para os Conselheiros**

- Organização de banco de dados sobre a rede de saúde e sobre a legislação do SUS.
- Disponibilização dos relatórios financeiros com tempo hábil para a aprovação dos conselhos.
- A linguagem técnica com relação à prestação de contas deve ser de fácil entendimento.
- Prestação de contas da gestão municipal acerca das informações relativas aos planos de ação e relatórios de gestão.
- Ter quadro de metas e debatê-lo em reuniões convocadas para este fim.

- Acompanhamento do orçamento para garantir a efetividade das ações.
- Ter o relatório de gestão anual e relatórios parciais para os meses subsequentes.
- Análise do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) com divulgação do mesmo.

#### √ **Ampliação da Participação**

- Estimular a criação de conselhos gestores de unidade e conselhos distritais;
- Estabelecimento de parcerias dos conselhos municipais de saúde com outros conselhos, Ministério Público, entidades que trabalham pelo interesse do SUS e a comissão de saúde da câmara.
- Ampliar a participação dos conselhos na definição do plano de aplicação e dotação orçamentária.
- Promover reuniões de articulação dos conselheiros não-governamentais e destes com a entidade-base representada, inclusive com debate das pautas das reuniões.

#### √ **Outras Ações**

- Capacitação permanente para os conselhos municipais de saúde.
- Revisão dos regimentos internos dos conselhos municipais de saúde.

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

### Agenda Pública em Saúde

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

- falta de investimento do setor público nos municípios que a compõem;
- rede hospitalar hegemônica pelo setor privado;
- terceirização dos recursos humanos;
- consórcio intermunicipal nas regiões Médio-Paraíba e Centro-Sul sem a participação do controle social;
- existência de conselhos municipais de saúde não-paritários, sem autonomia e infra-estrutura;
- falta de articulação, capacitação e planejamento nos conselhos;
- falta de prestação de contas do poder público aos conselhos;
- falta de divulgação e comunicação das atividades dos conselhos municipais de saúde e retorno dos conselheiros para suas entidades.

A partir dos problemas identificados, apresentaram como propostas:

- garantia do financiamento para o setor público, bem como a regulamentação da Emenda Constitucional 29;
- rediscussão dos consórcios de saúde das regiões Médio-Paraíba e Centro-Sul, uma vez que o controle social não está presente nas deliberações das ações de saúde regionalmente implementadas;

- garantia do cumprimento da Resolução n.º 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde;
- promoção das ações de mobilização para renovação dos quadros dos conselhos; posicionamento contrário ao Ato Médico;
- construção de planos regionais de saúde nas três regiões, com ampla participação da sociedade civil organizada e dos conselhos municipais de saúde para reorganizar o SUS nas regiões, com ênfase na atenção básica, garantindo referência e contra-referência, com a finalidade de assegurar o efetivo direito à saúde.
- criação dos fóruns de conselhos nas três regiões.

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

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 dez. 2003.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional n.º 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 167, e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 jul. 1993.

BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001a.

\_\_\_\_\_. (Coord.). *Síntese do mapeamento dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana III do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2000b.

\_\_\_\_\_. (Coord.). *O controle social na saúde no Município do Rio de Janeiro: síntese*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1999.

\_\_\_\_\_. (Coord.). *Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos na região metropolitana: glossário da política de saúde*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1998.

\_\_\_\_\_. (Coord.). *Síntese do mapeamento dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana II do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2000c.

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

BRAVO, M. I. S. 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/DEPEXT/NAPE, 2001b.

CENTRO DE INFORMAÇÕES DE DADOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

*Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2002

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa de informações básicas municipais*: 2001. Rio de Janeiro, 2002.

RIO DE JANEIRO (Estado). Câmara Municipal de Parati. Lei n.º 862, de 28 de junho de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Paraty: [s.n.], 1991.

\_\_\_\_\_. Câmara Municipal de Parati. Lei n.º 1.173, de 20 de março de 2000. Altera a lei n.º 862/91 que institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. Parati: [s.n.], 2000.

RIO DE JANEIRO (Estado). Município de Angra dos Reis. Lei n.º 172/92. Instaura sindicância, para fato ocorrido no pronto-socorro municipal com o paciente Ivan Cesar Marinho. Angra dos Reis: [s.n.], 1992.

\_\_\_\_\_. Município de Angra dos Reis. Lei n.º 177, de 24 de janeiro de 1992. Cria o Fundo Municipal de Saúde e dá outras providências. Angra dos Reis: [s.n.], 1992.

\_\_\_\_\_. Município de Mangaratiba. Lei n.º 14, de 3 de agosto de 1990. Mangaratiba: [s.n.], 1990.

\_\_\_\_\_. Município de Mangaratiba. Lei n.º 68, de 2 de julho de 1998. Mangaratiba: [s.n.], 1998.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde (SES/RJ). *Indicadores e informações em Saúde – Informe ao Gestor – Regionalização*. Rio de Janeiro, 2001a. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/Informacoes.shtml>>.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ). *Indicadores e informações em Saúde – Informe ao Gestor – Plano Estadual de Saúde, 2001 a 2004*. Rio de Janeiro, 2001b. Disponível em: <[http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano\\_estadual](http://www.saude.rj.gov.br/gestor/Plano_estadual)>.

## ANEXOS

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

Coordenação das Reuniões: Débora Sales, Mariana Maciel e Michelle Moraes\*.

#### **Região da Baía da Ilha Grande**

**Data:** 16/9/2005

**Local:** Auditório da Fundação de Saúde de Angra dos Reis

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

**Municípios Presentes** (100% – 11 pessoas)

Angra dos Reis, Mangaratiba e Parati.

Conselho Estadual de Saúde: Paulo Tavares (articulador)

#### **Principais pontos de discussão:**

- ⇒ papel da universidade e financiamento do projeto;
- ⇒ ampliar a discussão dos problemas em DST/aids pensando em prevenção, promoção e combate;
- ⇒ necessidade de ampliação da discussão sobre financiamento (3.º dia);
- ⇒ sugestão de nomes para a mesa de financiamento;
- ⇒ necessidade de articulação dos conselhos municipais de saúde da região;
- ⇒ construção do Fórum Regional de Conselhos;
- ⇒ necessidade de envolvimento das três esferas de governo;
- ⇒ proposta de discussão da necessidade de um PAM regional.

---

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

**Deliberações:**

- ⇒ reunião de desdobramento para escolha do representante da Região da Baía da Ilha Grande no dia 23/9;
- ⇒ relato da situação dos conselhos de saúde de cada município.

**Reunião de desdobramento:**

23/9 – Local: Fundação de Saúde de Angra dos Reis.



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

### REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE

Total de participantes: **8**

**Municípios:** Angra dos Reis (4), Mangaratiba (4)

*Total de municípios da Região da Baía da Ilha Grande presentes no Seminário: 2 de 3*

#### Conselheiro de Saúde

Sim	06	75%
Não	02	25%
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100%</b>

De acordo com o documento “REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE: Situação de Saúde e Controle Social”, na região há **43** conselheiros de saúde titulares. Dos **nove** conselheiros convidados (dois usuários e um trabalhador de saúde<sup>1</sup>) apenas **seis** compareceram ao seminário, ou seja, **75%** do total. Isso demonstra também a dificuldade de mobilização desses conselheiros.

#### Conselhos presentes:

CMS de Angra dos Reis e CMS de Mangaratiba

#### Segmento dos Convidados:

Usuário	04	50%
Profissional de Saúde	01	12,5%
Gestor <sup>2</sup>	03	37,5%
<b>Total</b>	<b>08</b>	<b>100%</b>

<sup>1</sup> Foram convidados dois usuários e um trabalhador para garantir a paridade na participação, já que os coordenadores de DST/aids dos municípios (segmento gestor/prestador de serviços) já estavam convidados a participar, pois a proposta do seminário era coordenar a discussão DST/aids com controle social na Saúde.

<sup>2</sup> Este dado refere-se aos coordenadores de DST/aids e organizações não-governamentais convidadas e ao Secretário Municipal de Saúde de Miguel Pereira, representante do Cosems regional.

## **ANEXO C – PRINCIPAIS PROBLEMAS E PROPOSTAS DA REGIÃO DA BAÍA DA ILHA GRANDE**

Os participantes da Região da Baía da Ilha Grande, representados pelos municípios Angra dos Reis e Mangaratiba, discutiram em grupo os principais problemas provenientes de saúde da região e elaboraram propostas para a melhoria da situação de saúde e o fortalecimento do controle social, no Seminário de Gestão Participativa, ocorrido em Vassouras, nos dias 20, 21 e 22 de outubro de 2005.

✓ Principais problemas apresentados:

- Falta da prestação de contas financeira e de apresentação dos planos de gestão pelos gestores aos conselhos;
- Falta de divulgação das atividades dos conselhos municipais de saúde e retorno pelos conselheiros para suas entidades
- Falta de capacitação dos conselheiros, ausência de estrutura física e financeira, e ausência de legislação adequada.
- Desrespeito do gestor em relação às atividades do Conselho Municipal de Saúde, e coação na votação de matérias de seu interesse.

✓ Principais propostas apresentadas:

- a. promoção de capacitação continuada;
- b. reformulação da legislação dos Conselhos Municipais de Saúde não paritário;
- c. criação do Fórum Regional Permanente de controle social;
- d. criação de ouvidoria pelo Conselho Municipal de Saúde.



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

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

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

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



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

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

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

*E-mail:* [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

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

Brasília – DF, junho de 2007

OS 0094/2007