

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão  
Estratégica e Participativa

1.º Seminário de Gestão  
Participativa em Saúde da

# Região Norte

do Rio de Janeiro

Série D. Reuniões e Conferências  
Série Cadernos Regionais



Brasília -DF  
2007

CADERNOS REGIONAIS

© 2007 Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 600 exemplares

Série D. Reuniões e Conferências

Série Cadernos Regionais

*Edição, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 410

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3616/3315-3326

Fax: (61) 3322-8377/3321-1935

E-mail: [gestaoparticipativa@saude.gov.br](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

*Promoção:*

UERJ / Proext – Projeto Políticas Públicas de Saúde

Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa / Ministério da Saúde

Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Conselhos Municipais de Saúde da

Região Norte do Rio de Janeiro

*Coordenação:*

Maria Inês Souza Bravo

*Equipe Responsável:*

Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS/UERJ

Dácia Cristina Teles – Assistente Social

Débora de Sales Pereira – Assistente Social

Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social

Mariana Maciel do N. Oliveira – Assistente Social

Rose Santos Pedreira – Assistente Social

Silvia Cristina Guimarães Ladeira – Assistente Social

Adriana Pereira da Fonseca – Graduanda FSS/UERJ

Elaine Junger Pelaez – Graduanda FSS/UERJ

Larissa Rodrigues Pinheiro – Graduanda FSS/UERJ

Naiara Conceição da C. Pereira – Graduanda FSS/UERJ

Sheila Barreiros Pereira Metz – Graduanda FSS/UERJ

*Colaboração:*

Fernando Rodrigues Cunha – SGEP/MS

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

#### Ficha Catalográfica

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

1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

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

ISBN 978-85-334-1326-9

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 2007/0190

*Títulos para indexação:*

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

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

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

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

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

*Equipe Editorial:*

Normalização: Vanessa Kelly Leitão

Revisão: Angela Nogueira e Vania Lucas

Editoração: Leomar Peixoto

# SUMÁRIO

Lista de Figuras, Tabelas, Gráficos, Quadros . . . . .	5
Apresentação . . . . .	7
1 Mesa de Abertura . . . . .	9
2 Breve Caracterização da Região Norte do Rio de Janeiro . . . . .	13
2.1 O Estado do Rio de Janeiro. . . . .	13
2.2 Dados Gerais da Região Norte Fluminense . . . . .	14
2.3 População . . . . .	15
3 Panorama Sanitário da Região Norte Fluminense . . . . .	17
3.1 Principais Problemas de Saúde . . . . .	17
3.2 Natalidade . . . . .	18
3.2.1 Tipo de Parto . . . . .	19
3.3 Índices de Mortalidade . . . . .	19
3.4 Morbidade . . . . .	22
4 Características da Rede de Atendimento à Saúde . . . . .	25
4.1 Microrregiões e Módulos Assistenciais . . . . .	25
4.2 Atenção Básica . . . . .	27
4.3 Organização da Rede de Serviços . . . . .	28
5 Financiamento . . . . .	33
6 Controle Social na Região Norte do Rio de Janeiro . . . . .	41
6.1 Os Conselhos de Saúde na Região . . . . .	41
6.2 Ano de Formação . . . . .	41
6.3 Composição . . . . .	42
6.4 Organização Interna e Dinâmica de Funcionamento . . . . .	43
6.5 Conferências de Saúde . . . . .	45
6.6 Existência de Outros Conselhos de Políticas e/ou de Direitos na Região Norte Fluminense . . . . .	46
7 Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região Norte Fluminense . . . . .	47
7.1 Dados Institucionais da Amostra . . . . .	48
7.2 Dados Pessoais dos Conselheiros. . . . .	49

7.3 Participação em Movimentos Sociais . . . . .	52
7.4 Algumas Reflexões . . . . .	55
8 Mesa-Redonda – Participação, Movimentos Sociais e Controle Social na Região Norte . . . . .	57
8.1 Os Movimentos Sociais . . . . .	57
8.1.1 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem terra . . . . .	57
8.1.2 Movimento de Mulheres . . . . .	61
8.2 Os Conselhos de Saúde . . . . .	62
8.2.1 Representante dos Usuários . . . . .	62
8.2.2 Representante dos Gestores . . . . .	64
8.2.3 Pelo Trabalhador de Saúde . . . . .	65
8.3 A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS . . . . .	67
9 Algumas Reflexões Relacionadas à Situação de Saúde e Controle Social na Região Norte Fluminense . . . . .	69
10 Carta-Compromisso da Região Norte Fluminense . . . . .	73
Referências Bibliográficas . . . . .	75

# LISTA DE FIGURAS, TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

<b>Figura 1</b> – Mapa do Estado do Rio de Janeiro Dividido por Regiões. . . . .	13
<b>Figura 2</b> – Mapa da Região Norte Fluminense . . . . .	14
<b>Tabela 1</b> – População Residente Estimada da Região Norte Fluminense do Rio de Janeiro por município (2000 a 2005) . . . . .	15
<b>Tabela 2</b> – Principais Problemas de Saúde da Região Norte Fluminense. . . . .	17
<b>Tabela 3</b> – Nascidos Vivos da Região Norte Fluminense – 1993-2002. . . . .	18
<b>Tabela 4</b> – Nascidos Vivos por Tipo de Parto na Região Norte Fluminense (2002) . . . . .	19
<b>Tabela 5</b> – Taxa Bruta de Mortalidade da Região Norte Fluminense – 1998-2002 . . . . .	20
<b>Tabela 6</b> – Óbitos da Região Norte Fluminense por Município (1994-2002). . . . .	20
<b>Tabela 7</b> – Óbitos por Grupos de Causa da Região Norte Fluminense – 2002. . . . .	21
<b>Tabela 8</b> – Taxa de Mortalidade Infantil da Região Norte Fluminense – 1998-2002 . . . . .	22
<b>Tabela 9</b> – Principais Doenças (2002) . . . . .	23
<b>Tabela 10</b> – Casos de Diabetes, Hipertensão, Tuberculose, Hanseníase Cadastrados segundo Município (Ago/2005) . . . . .	23
<b>Tabela 11</b> – Modelo de Atenção Básica e % de População Coberta pelo Programa no Período de 2000-2004 – Municípios da Região Norte/RJ . . . . .	27
<b>Tabela 12</b> – Hospitais por Natureza segundo Município (2003) . . . . .	29
<b>Tabela 13</b> – Leitos Hospitalares por Natureza segundo Município (2003) . . . . .	30
<b>Tabela 14</b> – Internações por Natureza segundo Município (2003) . . . . .	30
<b>Tabela 15</b> – Unidades Ambulatoriais por Tipo de Unidade segundo Município (2003). . . . .	31
<b>Gráfico 1</b> – A Dívida Pública no Orçamento da União Federal – 1999 a 2005 . . . . .	34
<b>Tabela 16</b> – Superávit Primário – 1999 a 2005 . . . . .	35
<b>Tabela 17</b> – Desvinculação de Recursos da União. Menos Recursos para a Área Social . . . . .	37
<b>Tabela 18</b> – Ludibriando o Cálculo do Mínimo Investido na Saúde. . . . .	39
<b>Tabela 19</b> – Recursos da Saúde do Estado do Rio de Janeiro Destinados para a Secretaria da Área Social. . . . .	39
<b>Tabela 20</b> – Leis e Ano de Criação do CMS . . . . .	41
<b>Tabela 21</b> – Composição dos CMS por Representatividade . . . . .	42
<b>Tabela 22</b> – Características dos Conselhos com Relação à Paridade. . . . .	42
<b>Gráfico 2</b> – Paridade . . . . .	43

<b>Tabela 23</b> – Caráter dos Conselhos . . . . .	44
<b>Tabela 24</b> – Dinâmica de Funcionamento . . . . .	45
<b>Tabela 25</b> – Periodicidade das Conferências . . . . .	45
<b>Tabela 26</b> – Conselhos de Políticas e Direitos da Região Norte. . . . .	46
<b>Quadro 1</b> – Conselheiros Distribuídos por Segmento . . . . .	48
<b>Gráfico 3</b> – Conselheiros Distribuídos por Segmento. . . . .	48
<b>Quadro 2</b> – Conselheiros Distribuídos por Condição . . . . .	49
<b>Gráfico 4</b> – Conselheiros Distribuídos por Condição . . . . .	49
<b>Quadro 3</b> – Conselheiros Distribuídos por Idade . . . . .	50
<b>Gráfico 5</b> – Conselheiros Distribuídos por Idade . . . . .	50
<b>Quadro 4</b> – Conselheiros Distribuídos por Sexo . . . . .	51
<b>Gráfico 6</b> – Conselheiros Distribuídos por Sexo . . . . .	51
<b>Quadro 5</b> – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade . . . . .	51
<b>Gráfico 7</b> – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento . . . . .	52
<b>Gráfico 8</b> – Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais. . . . .	53
<b>Quadro 6</b> – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência . . . . .	53
<b>Gráfico 9</b> – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência . . . . .	53
<b>Quadro 7</b> – Entidades Representativas dos Usuários e Trabalhadores de Saúde. . . . .	54

## APRESENTAÇÃO

Este caderno tem por objetivo socializar as atividades desenvolvidas pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde na organização e realização do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte Fluminense do Rio de Janeiro realizado no dia 12 de novembro de 2005, no auditório do Centro Federal de Educação Tecnológica de Campos dos Goytacazes.

Os cadernos regionais compõem uma série que sistematiza todo o processo de organização, realização e 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), pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde.

O 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte pretendeu situar, discutir e avaliar os problemas prioritários e as demandas da população relativas à saúde, com vistas a propor soluções viáveis, por meio da mobilização dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde na Região Norte Fluminense. Assim, objetivou potencializar a participação e gestão das políticas públicas de Saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais da região, na perspectiva de ampliar a democracia participativa e organizar o fórum de conselhos da Região Norte Fluminense.

A programação do evento foi feita coletivamente em uma reunião preparatória, no dia 14 de outubro de 2005, no auditório do Conselho Municipal de Saúde de Campos. Nesta reunião, houve: representação dos conselhos de saúde dos municípios de Campos, Carapebus, Quissamã e São João da Barra; representantes do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e da equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde: o potencial dos conselhos do Rio de Janeiro, da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O seminário contou, com a participação de 65 pessoas inscritas (excluindo-se os 10 membros da equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde/ UERJ) distribuídas da seguinte forma: 21 (32%) conselheiros de saúde e 44 (68%) não conselheiros (26 trabalhadores de saúde, 13 estudantes e 26 não especificaram).

Com relação aos conselheiros de saúde, 10 (48%) pertenciam ao segmento dos usuários, 8 (38%) do gestor/prestador de serviço e 3 (14%) dos trabalhadores de saúde. Estes representantes eram dos conselhos: São Francisco de Itabapoana (8); Campos dos Goytacazes (5); Macaé (3); São Fidélis (3); Seropédica (1) e do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (1).

As instituições presentes foram as seguintes:

- Arco-Íris de Luz/São Francisco de Itabapoana;
- Associação de Moradores Santa Clara/São Francisco de Itabapoana;
- Associação de Portadores de Patologia (Associação dos Pacientes Renais) Campos;
- Associação de Pais e Amigos de Excepcionais/São Francisco de Itabapoana;

- Associação de Produtores de Boa Esperança/São Fidélis;
- Colégio Estadual São Francisco de Paula/São Francisco de Itabapoana;
- Correio/Campos;
- Cress/ 7.ª Região – Delegacia de Campos;
- Hospitais e fundações de saúde (Hospital Travessão/Campos, Hospital Municipal Manoel Calosa/São Francisco de Itabapoana, HGG/Campos, Hospital Municipal Ana Moreira/Campos, Unimed/Campos, Hospital Uruai/Campos, Fundação de Saúde de Campos);
- MCPCN/Campos dos Goytacazes;
- Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST);
- Niam/Campos;
- Prefeituras de Campos dos Goytacazes, Bom Jesus de Itabapoana e de São José de Ubá;
- Secretaria Municipal de Meio Ambiente de São Francisco de Itabapoana;
- Secretarias municipais de saúde de São Francisco de Itabapoana, de Macaé, de Campos dos Goytacazes e de São Fidélis;
- Sindicato dos Comerciantes/Campos;
- Tribuna Sanjoanense – Campos;
- Universidades, faculdades e escolas técnicas (UERJ; UFF/Campos; Universo/Campos; Estácio de Sá/Campos; Faculdade de Odontologia – FOC/Campos; CEFET/Campos).

No seminário marcou-se uma reunião de desdobramento para o dia 12 de janeiro de 2006, em Campos, com o objetivo de iniciar a construção do Fórum de Conselhos da Região Norte Fluminense.

Cabe destacar a necessidade de fortalecer o controle social e os movimentos sociais para que possa ser cobrada do gestor a implementação das políticas sociais, sendo necessário envolver sujeitos coletivos, combativos e politizados nesses espaços. Quanto ao envolvimento de atores, esse seminário teve a presença de um representante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), que abordou algumas questões fundamentais como o papel do conselheiro, a representação, o retorno das discussões para as bases e a cooptação de conselheiros por gestores.

É importante ressaltar que os conselhos são espaços contraditórios, tensos e de disputa de diferentes projetos. Neste sentido, é importante identificar os seus limites, suas possibilidades e potencialidades no processo de análise, elaboração e fiscalização das políticas sociais. Outro aspecto relevante é que os conselhos não substituem os movimentos sociais. Quanto mais forte forem as entidades e os movimentos sociais, maior o potencial político dos conselhos.

Por fim, é importante reafirmar que a proposta desse caderno é trazer uma síntese das discussões ocorridas no seminário, cujo eixo foram as questões relativas à realidade da saúde e do controle social nesses municípios do Estado do Rio de Janeiro, com a finalidade de apresentar propostas concretas para fazer o SUS acontecer na região.



# 1 MESA DE ABERTURA

A abertura do seminário contou com a presença de representantes dos seus organizadores: Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ, Secretaria Municipal de Saúde de Campos, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Cosems, Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte e Conselho Regional de Serviço Social/seccional Norte.

A representante da Secretaria Municipal de Campos, **Maria das Graças**, deu boas vindas a todos os participantes da mesa, que segundo ela, é composta por antigos companheiros que estão lutando a mais de quinze anos para que haja a consolidação do SUS no estado. Justificou a ausência do Secretário de Saúde de Campos e disse estar honrada por representá-lo, já que também faz parte desse grupo que luta para que tudo dê certo e que, para a cada dia, haja mais exercício do controle social em todas as políticas de saúde. “[...] é uma caminhada, é uma história longa, desde 1990 estamos nesta estrada e os conselhos municipais de saúde vêm engatinhando, mas sempre contou com um grupo de pessoas que acredita no futuro, na consolidação desta base e que não desiste de lutar”<sup>1</sup>. Reforçou que a gestão participativa não é nada mais, nada menos do que uma porta de acesso para que todos nós, trabalhadores da saúde, usuários do SUS, técnicos, professores e doutores, estejamos com interesse na mesma causa. Agradeceu e parabenizou a participação de todos os presentes no seminário e desejou um bom trabalho.

Representando a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, a **Doutora Lúcia Souto** saudou a todos e reafirmou a importância da participação da sociedade, ressaltando que o SUS é uma política pública construída desde seu marco inicial, com a participação muito consistente da sociedade. Segundo a Dra. Lúcia, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados, foi a responsável pela elaboração das diretrizes do SUS. Ela reportou que na época da conferência havia pessoas que diziam para o Sérgio Arouca, que a presidiu que aquilo era uma verdadeira loucura, convocar cinco mil delegados, nunca daria certo. Porém, a conferência foi altamente produtiva, resultando nas diretrizes do SUS e também na legislação, por meio de uma emenda popular com mais de cem mil assinaturas, encaminhada à Constituinte Brasileira, sendo a única área de política pública formulada dessa forma. Salienta que o SUS é uma política pública de distribuição de renda, para assegurar direitos, de acordo com o que está escrito na constituição brasileira. Para ela, o desafio hoje é o encontro das três esferas de governo. Enfatizou a presença das secretarias municipais e dos conselhos municipais que fazem parte da construção desse processo da saúde, como um direito efetivo e não como uma intenção de direito. Relata que o Ministério da Saúde quando criou a Secretaria de Gestão Participativa foi no sentido de dar um passo

---

<sup>1</sup> Informação fornecida por Maria das Graças no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte do Rio de Janeiro, realizado em Campos, no dia 12 de novembro de 2005.

adiante para fomentar, estimular, ajudar e colaborar com prática cotidiana na construção de uma agenda pública de saúde em cada região, e também para reorganizar o SUS a partir das reais necessidades da população, não só a partir da média e alta complexidade, mas da atenção básica que é o grande desafio hoje no SUS. Sintetiza o empenho do MS que hoje tem como ministro o Dr. Saraiva Felipe, mas que, na verdade, é um ministério de continuidade do Governo Lula e tem como prioridade a questão da participação e a permeabilidade das ações a esse diálogo com a sociedade como um todo. Agradeceu a participação e desejou um bom trabalho.

O representante do Cosems, **Claudionor de Souza Alves**, saudou a plenária, dizendo-se orgulhoso por estar no evento enquanto representante do Cosems. Ele ressaltou que a grande preocupação dos conselhos é a construção em conjunto, dizendo que, se assim não for, não se chegará a lugar nenhum. Enalteceu o SUS, qualificando-o como um sistema fantástico, fabuloso. Disse ainda que a distribuição de renda e o acesso ao sistema é muito bom, e que esse caminho só será alcançado com conquistas. Ele pontua a importância da participação de toda a sociedade de forma ativa, não esperando as decisões que vêm de cima, pois assim o processo não se constrói. Ele fala da ciência que os conselhos possuem acerca das dificuldades da população e do papel importantíssimo que os mesmos têm na tomada de decisões. Descreve São Francisco de Itabapoana como um município carente, mas que possui um conselho que estabelece uma boa parceria nos eventos, sempre participando e ajudando no enfrentamento das dificuldades locais para uma melhor atuação em conjunto. Exalta a importância de todo secretário assumir o compromisso de participar de eventos como esse, e aqueles que não têm, devem ser cobrados, porque, segundo ele, somente atuando junto aos conselhos, se alcançará algum sucesso. Desejou a todos um bom dia de trabalho e agradeceu.

O articulador da região, **William de Moraes Ricardo**, cumprimentou as pessoas e apresentou-se como membro do Conselho de Saúde de Campos, representando o segmento de usuário e também do conselho estadual de saúde. Inicialmente, agradeceu a todos os participantes, principalmente aqueles que vieram de outros municípios para prestigiar a região. Elogiou o trabalho da Dra. Maria Inês Bravo e sua equipe técnica pela realização desse seminário e de todos os outros realizados nas demais regiões, apesar de todas as barreiras e dificuldades enfrentadas para este intento. Disse que esses eventos ajudam na luta pela reconstrução do SUS, que é garantido pela legislação, mas que ainda está em construção, devido a sua complexidade. Agradeceu a professora pelo seu esforço e dedicação, aproveitando o ensejo para agradecer também à Secretária-Executiva do Conselho de Campos, Rocélia Munhoz, a quem pediu uma salva de palmas. Saudou o Secretário Claudiomar, seus colegas do conselho estadual e o articulador nacional, agradecendo sua presença. Agradeceu, também, a Deputada Lúcia Souto, por considerá-la um dos maiores expoentes na construção do SUS, tendo tido o prazer de acompanhar seu trabalho. Solicitou as pessoas que não saíssem até o término do evento por terem muito a ganhar, principalmente os conselheiros que realmente estavam ali com o desejo de aprender, se capacitar e crescer, pois nesse evento havia pessoas que lutam por um ideal. Homenageou Sérgio Arouca, pela sua dedicação e luta pela convocação do con-

trole social da sociedade civil organizada, chefiando a luta contra um sistema que até hoje não permite a implementação e efetivação dessa legislação. Enalteceu a condição atual dos sujeitos envolvidos na luta, ressaltando a união de todos. Fez referência a VIII Conferência, quando compareceram cinco mil delegados, chegando a um ponto que não conseguiam lugar para tanta gente, representando o país de norte a sul, de leste a oeste, pessoas realmente interessadas na implementação do SUS, em efetivar essa construção. Disse que todos os presentes tinham muito a aprender ali, uns com os outros, com suas experiências de vida e profissional.

O representante do conselho estadual de saúde, **Íris da Conceição**, saudou a todos e falou do prazer de estar presente. Começou falando do processo de construção e consolidação do SUS como objetivo de todos, que é o grande plano de saúde e que todos estavam ali com o intuito de fortalecê-lo. Agradeceu a região por ter sido eleito também por ela, para representar o estado e ser articulador em nível nacional. Disse que seu objetivo enquanto articulador nacional é o de compartilhar as informações no país, levando e trazendo as discussões para que aconteça a consolidação do sistema. Falou dos fóruns e das articulações da Região Metropolitana I e da importância dessa expansão para todo o estado, por meio de outros seminários que existirão no futuro. Segundo ele, a união das regiões é condição para a consolidação do SUS no Estado do Rio. Ressaltou a grande importância de um seminário que junte todas as regiões do estado. Disse que esse fato os fortalece enquanto representantes do Estado do Rio de Janeiro para que se possa fortalecer o SUS, na perspectiva de se constituir como um grande plano nacional de saúde. Agradeceu e desejou a todos um bom trabalho.

Representando os Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte, a Conselheira **Vera Lúcia Coutinho**, do Município de Campos dos Goytacazes, inicialmente cumprimentou a todos os participantes, visitantes, à Dra. Maria Inês e sua equipe técnica. Falou da situação difícil na questão do entendimento da saúde no município de Campos e da luta do movimento popular. Disse que toda a região tem dificuldades, mas procura entender essa problemática como relacionada à situação do nosso país. Afirmou que o SUS ainda será um plano de saúde efetivo e que todos ali precisam desta construção. Ressaltou que os conselheiros da Região Norte sabem de todas as dificuldades e que muitas vezes querem uma resposta, entretanto vem da luta e da articulação das três esferas. Falou ainda da falta de verbas para os atendimentos, ocasionando no fechamento de hospitais e da importância de se estar atento para essa questão. Sinalizou a necessidade de se arregaçar as mangas e não cruzar os braços diante das dificuldades e que sozinhos nada é possível fazer. É preciso a união, como naquele momento, com outras regiões que tiveram ou têm as mesmas dificuldades.

A professora **Maria Inês Souza Bravo**, da Faculdade de Serviço Social/UERJ, saudou a todos os participantes do evento. Disse que é muito gratificante terminar uma etapa de realização de 11 seminários que ocorreram em todas as regiões do Estado do Rio de Janeiro. Convocou a todos para o seminário estadual do dia 16 de dezembro, com o objetivo de fazer uma síntese e um balanço do que já tinha acontecido e traçar estratégias de lutas. Ressaltou a importância da participação efetiva da população, dos conselhos e

dos movimentos sociais, para efetivar o SUS. Destacou que o SUS de hoje ainda não é o defendido pelo projeto de reforma sanitária, tendo muito o que fazer para sua consolidação. Enfatizou que só haverá avanço no direito à saúde se houver articulação, união e a participação efetiva da população. Nesse processo, considera importante a inserção da universidade. Uma universidade que não fica isolada, mas que se comprometa com as questões da sociedade, incentivando os professores e os alunos a pesquisarem a realidade e devolverem os conhecimentos produzidos para a população. Essa é a universidade que defendemos. Ressaltou a importância de um novo projeto de universidade, como também de um novo projeto de país, que tenha distribuição de renda efetiva, maior igualdade, sem injustiça, nem barbárie. Para o alcance deste objetivo a organização e a mobilização da população é fundamental. Finalizou afirmando que um outro Brasil é possível, vai depender da luta que será efetivada.

A Representante do Conselho Regional de Serviço Social, (Cress) – 7.ª Região, **Gisele Pereira**, cumprimentou a todos e agradeceu à comissão organizadora pelo convite ao Cress para participar do evento. Em nome da diretoria, agradeceu a presença dos assistentes sociais e dos alunos de serviço social que estavam participando. Desejou que fosse um dia de debates, de troca de informação, pelo fato do tema central ser de extrema importância para a profissão, sabendo do caminho a ser percorrido nessa construção. Desejou um bom dia a todos e que fosse um dia de bastante trabalho.

## 2 BREVE CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE DO RIO DE JANEIRO

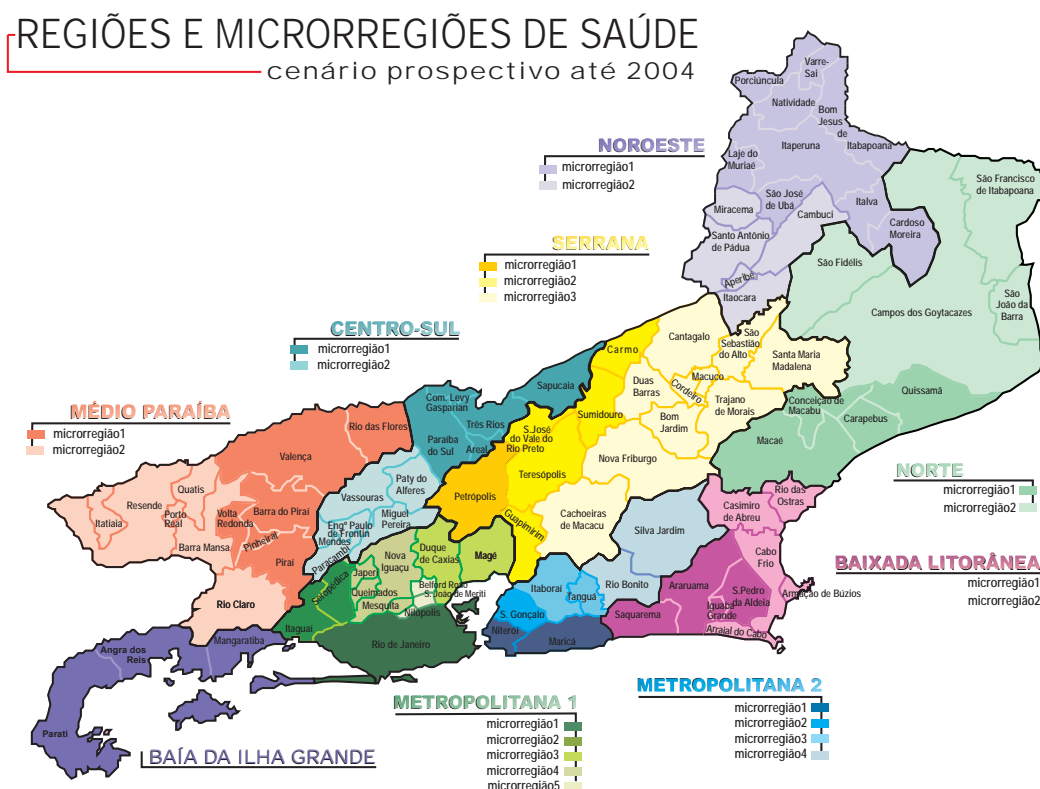
Maria Inês Souza Bravo  
 Débora Sales Pereira  
 Juliana Souza Bravo de Menezes  
 Rose Santos Pedreira  
 Elaine Junger Pelaez  
 Sílvia Cristina Guimarães Ladeira

### 2.1 O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Estado do Rio de Janeiro é formado por noventa e dois municípios, segundo o Censo Demográfico 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000), apresentando uma população de 14.367.083 habitantes.

Os municípios por sua vez, estão distribuídos em nove regiões geográficas: Região Metropolitana (dividida em Região Metropolitana I e Região Metropolitana II); Baía de Ilha Grande; Baixada Litorânea; Centro-Sul; Médio-Paraíba; Noroeste e Serrana, segundo o Projeto de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

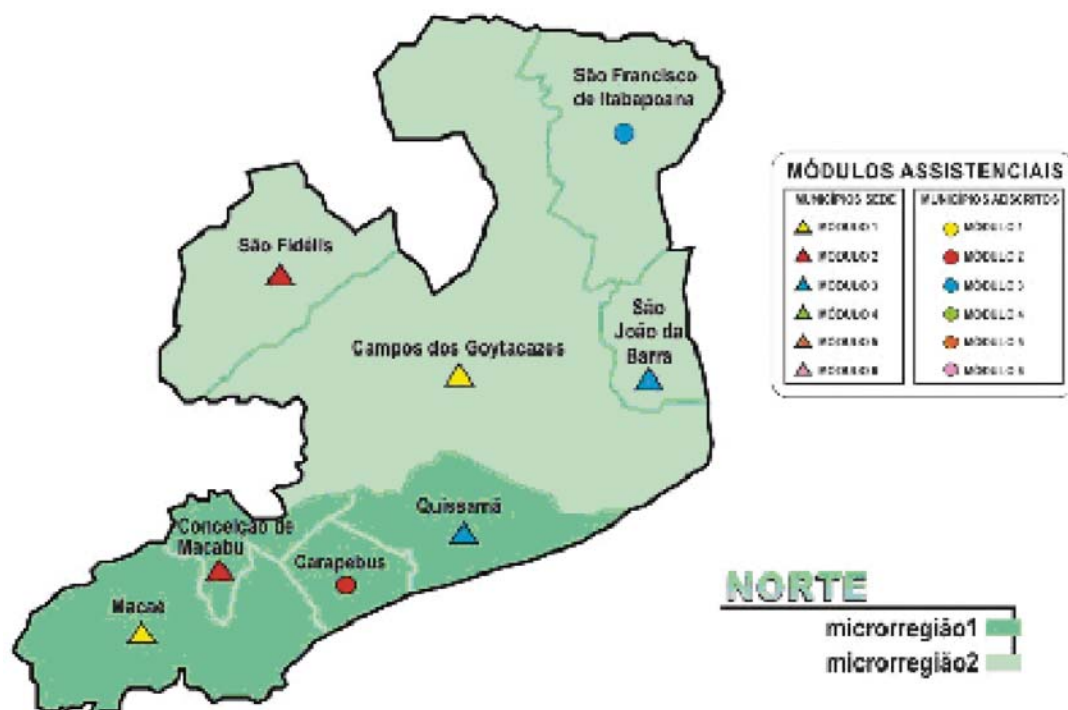
Figura 1. Mapa do Estado do Rio de Janeiro Dividido por Regiões



## 2.2 DADOS GERAIS DA REGIÃO NORTE FLUMINENSE

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2001-2004), a Região Norte Fluminense é composta por oito municípios: Campos de Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. A região está subdividida em duas microrregiões: Norte I (NI) que compreende os municípios de Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã e Norte II (N II) com os municípios de Campos, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra.

Figura 2. Mapa da Região Norte Fluminense



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2005.

Segundo o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2001), o desenvolvimento do Norte Fluminense baseou-se na indústria açucareira e do álcool, que no momento atravessa grave crise, mas que ainda se constitui em importante suporte da economia regional. Em consequência, verifica-se um processo de redução da população mantida permanentemente pela agricultura e pela lavoura de subsistência, fazendo crescer o setor informal e a migração.

Nos últimos anos, outras atividades têm se destacado, como a produção do petróleo e o gás natural na Bacia de Campos, tendo como base de apoio o município de Macaé, que hoje, vive um processo acelerado de crescimento de malha urbana, com proliferação de submoradias.

A agroindústria, a fruticultura, a indústria de vestuário e a indústria de cerâmica são setores em crescente destaque, bem como o centro acadêmico da Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF, sediado no município de Campos, com cursos de graduação, pós-graduação e atividades de pesquisa, voltadas para as vocações regionais.

## 2.3 POPULAÇÃO

A população total destes municípios é de 742.959, habitantes conforme indicado pelo DATASUS (BRASIL, 2005). O quadro a seguir nos fornece dados sobre o crescimento populacional da região.

Tabela 1. População Residente Estimada da Região Norte Fluminense do Rio de Janeiro por Município (2000 a 2005)

Município	2000	2001*	2002*	2003*	2004*	2005*
Campos dos Goytacazes	401.214	410.220	413.445	416.441	422.731	426.212
Carapebus	9.318	8.882	9.365	9.554	9.951	10.170
Conceição de Macabu	19.284	18.920	18.926	19.101	19.469	19.674
Macaé	129.576	136.145	140.466	144.207	152.063	156.410
Quissamã	14.118	14.061	14.349	14.662	15.319	15.683
São Fidélis	38.105	37.043	37.254	37.469	37.922	38.172
São Francisco de Itabapoana	38.015	41.990	42.783	43.544	45.140	46.024
São João da Barra	29.861	27.663	27.993	28.138	28.441	28.609
<b>Total</b>	<b>681.491</b>	<b>696.925</b>	<b>706.583</b>	<b>715.119</b>	<b>733.040</b>	<b>742.959</b>

\* Projeções e estimativas demográficas segundo o DATASUS (2005).

Fonte: DATASUS, 2005.

Podemos observar que os municípios de Campos dos Goytacazes (426.212 habitantes) e Macaé (156.410 habitantes) são municípios que estão com um aumento crescente da população por ano e o município menos populoso é Carapebus, com 10.170 habitantes.

O Município de Campos dos Goytacazes se localiza na Região do Norte Fluminense, sendo Campos a sua cidade-sede. Compõe-se dos distritos de Campos, Santo Amaro, São Sebastião, Mussurepe, Travessão, Morangaba, Ibitioca, Dolores de Macabu, Morro do Coco, Santo Eduardo, Serrinha, Tocos, Santa Maria e Vila Nova.

O Município de Campos dos Goytacazes foi criado por meio do Ato de 2/9/1673, porém sua instalação tem data posterior a maio de 1676. Teve sua origem no Município de Cabo Frio. Nas duas últimas décadas o álcool e o petróleo têm impulsionado a economia da Região Norte. Em Campos dos Goytacazes predominam a cultura e indústria de cana-de-açúcar e a pesca.

Na área de saúde, Campos se caracteriza como um centro de referência para a Região Norte Fluminense, no que se refere a atendimentos mais complexos.

O Município de Macaé foi criado por meio do Alvará de 29/6/1813 ou 29/7/1813, porém sua instalação tem data posterior à 25/1/1814. Teve sua origem nos municípios de Cabo Frio e Campos dos Goytacazes. Compõe-se dos distritos de Macaé, Barra de Macaé, Córrego do Ouro, Cachoeiros de Macaé, Glicério e Sana. Ao lado dos municípios de Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã constitui uma das duas microrregiões da Região Norte Fluminense. A sede municipal está situada a 190 km de distância da capital do estado, o Município do Rio de Janeiro. Em Macaé as principais atividades econômicas estão ligadas à extração do petróleo, à pecuária, à cana-de-açúcar e à pesca.



## 3 PANORAMA SANITÁRIO DA REGIÃO NORTE FLUMINENSE

Maria Inês Souza Bravo  
 Débora Sales Pereira  
 Juliana Souza Bravo de Menezes  
 Rose Santos Pedreira  
 Elaine Junger Pelaez  
 Sílvia Cristina Guimarães Ladeira

O panorama sanitário da região foi apresentado pela equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde e faz parte da investigação realizada pelo mesmo e democratizado no seminário. (É um dos produtos do Projeto Políticas Públicas de Saúde da Faculdade de Serviço Social/UERJ e coordenado pela Dra. Maria Inês Souza Bravo).

### 3.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Estes dados foram retirados do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2001-2004). O diagnóstico descrito a seguir foi elaborado a partir da realização de oficinas de planejamento estratégico, no qual foram listados os principais problemas e desafios da região, e também seus descritores, que são os fatores que indicam sua existência e contribuem para sua persistência.

Tabela 2. Principais Problemas de Saúde da Região Norte Fluminense

Macroproblema	Descritores
Distribuição inadequada de medicamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de compra e entrega de medicamentos lento, em nível municipal e estadual;</li> <li>• Carência de medicamentos para o usuário.</li> </ul>
Baixa cobertura do PSF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de 17,70%.</li> </ul>
Inadequada política de recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistência de plano de cargos carreiras e salários em todos os municípios.</li> </ul>
Insuficiência das atividades de promoção à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração dos programas e atividades de Promoção à Saúde ainda deficiente;</li> <li>• Inexistência de núcleo de educação em saúde regional.</li> </ul>
Para a região, a microrregionalização proposta apresenta problemas para o acesso ao mínimo da média.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teto financeiro insuficiente para exames/procedimentos interligados às atividades do Cacon;</li> <li>• Alguns municípios não utilizam recursos da PPI-ECD e do PAB na sua totalidade;</li> <li>• Lógica inadequada de financiamento para o mínimo da média proposta pela Noas;</li> <li>• Falta de gerenciamento pelo secretário de saúde do fundo municipal de saúde em alguns municípios.</li> </ul>

Macroproblema	Descritores
Dificuldade em garantir acesso a serviços de terapia intensiva neonatal.	.Insuficiência de leitos de UTI neonatal;
	.Falta de controle das UTI particulares pelo estado;
	.Baixa disponibilidade de leitos de UTI neonatal na rede pública;
	.Dificuldade de vagas nas transferências de urgência/emergência para recém-nascidos de alto risco.
Pouca oferta de serviços de saúde mental extra-hospitalares (Caps, Naps, Hospital Dia, Cala Lar).	.Deficiência de RH capacitados em saúde mental;
	.Falta de leitos para internação de urgência em saúde mental;
	.Ausência de uma melhor distribuição de RH na área de saúde mental.

Fonte: SES – Plano Estadual de Saúde, 2001.

No plano estadual são definidas como prioridades estratégicas para a região: atenção materno-infantil, integração com os municípios na área de saúde, saúde da família, modernização da gestão de unidades de saúde, promoção e vigilância em saúde e auditoria, acompanhamento e avaliação da qualidade SUS/RJ.

### 3.2 NATALIDADE

Tabela 3. Nascidos Vivos da Região Norte Fluminense – 1993-2002

Região e Municípios	Nascidos Vivos								
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Região Norte Fluminense	15.143	14.717	13.812	14.194	13.393	13.023	13.387	12.995	12.707
Campos dos Goytacazes	9.641	9.408	8.839	8.831	8.586	7.786	8.075	7.801	7.741
Carapebus	-	-	-	108	133	134	136	126	108
Conceição de Macabu	405	462	370	378	376	362	369	330	306
Macaé	2.802	2.679	2.634	2.573	2.497	2.562	2.635	2.615	2.474
Quissamã	277	249	216	290	281	302	259	306	281
São Fidélis	655	601	523	555	494	623	557	476	515
São Francisco de Itabapoana	-	-	-	647	336	705	645	690	658
São João da Barra	1.195	1.145	1.060	649	519	378	523	472	446

Fonte: DATASUS, 2005.

O número de nascidos vivos na região vem se mantendo equilibrado. De 1999 a 2000, em quase todos os municípios aumentou o número de nascidos vivos (com destaque, principalmente, para Campos, Macaé e São João da Barra), exceção para Quissamã, São Fidélis e São Francisco de Itabapoana, que diminuíram o número.

### 3.2.1 Tipo de Parto

Na tabela a seguir, o número de nascidos vivos é separado por tipo de parto, no ano de 2002.

Tabela 4. Nascidos Vivos por Tipo de Parto na Região Norte Fluminense (2002)

Município	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total
Região Norte Fluminense	6.886	5.811	10	12.707
Campos dos Goytacazes	4.491	3.244	6	7.741
Carapebus	38	70	-	108
Conceição de Macabu	148	158	-	306
Macaé	1.108	1.364	2	2.474
Quissamã	149	132	-	281
São Fidélis	214	301	-	515
São Francisco de Itabapoana	425	232	1	658
São João da Barra	241	204	1	446

Fonte: DATASUS, 2005.

O que podemos observar é que um pouco mais da metade dos partos na Região Norte Fluminense são vaginais, o equivalente a 54%. Porém, esse dado encontra-se maior do que o cesário, porque no Município de Campos, que é o mais populoso da região, predomina o parto vaginal. Na verdade, na metade dos municípios dessa região os partos são cesários (45%), com exceção de Campos, Quissamã, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. Este dado é preocupante, visto que o parto do tipo cesário é mais prejudicial à saúde da mulher e também mais oneroso para os serviços de saúde.

### 3.3 ÍNDICES DE MORTALIDADE

As taxas de mortalidade, ou seja, o número de pessoas que morrem a cada 1.000 habitantes, nos municípios que compõem a Região Norte são do período de 1998 à 2002.

Tabela 5. Taxa Bruta de Mortalidade da Região Norte Fluminense – 1998-2002

Nível de Governo	Taxa bruta de mortalidade (por 1000 hab.)				
	1998	1999	2000	2001	2002
Estado do RJ	8,1	8,0	7,8	7,8	7,8
Região Norte	7,0	6,7	6,9	6,6	6,5
Campos de Goytacazes	8.3	8.3	7.6	7.5	7.4
Carapeus	7.7	5.8	8.5	8.8	8.6
Conceição de Macabu	6.0	7.1	6.3	6.6	6.5
Macaé	5.8	5.2	5.2	6.1	5.9
Quissamã	7.4	6.5	7.6	5.3	5.2
São Francisco de Itabapoana	6.7	6.0	5.6	5.8	5.7
São Fidélis	7.7	7.7	8.4	6.9	6.9
São João da Barra	7.1	7.4	6.2	6.1	6.0

Fonte: DATASUS, 2005.

Observa-se, que os municípios com maior taxa de mortalidade, no ano de 2002, são Campos do Goytacazes e Carapebus. Cabe ressaltar que há um aumento na taxa dos municípios Carapebus, Conceição de Macabu e Macaé. No entanto, percebe-se um pequeno declínio desse índice nessa região, sendo inferior a média da taxa de mortalidade do Estado do Rio de Janeiro.

Na tabela a seguir, nota-se que na Região Norte Fluminense, o número de óbitos registrados foi de 5.150, em 2002.

Tabela 6. Óbitos da Região Norte Fluminense por Município (1994-2002)

Região e Municípios	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Região Norte Fluminense	4.973	4.903	4.984	4.716	5.112	5.054	4.894	4.940	5.150
Campos dos Goytacazes	3.295	3.288	3.268	3.097	3.286	3.295	3.091	3.069	3.165
Carapebus	-	-	-	45	67	52	74	78	58
Conceição de Macabu	110	122	131	117	113	135	119	124	145
Macaé	697	649	715	620	708	649	690	836	831
Quissamã	62	95	88	82	99	89	104	75	85
São Fidélis	285	262	286	319	288	289	308	257	276
São Francisco de Itabapoana	-	-	-	170	247	225	231	244	274
São João da Barra	416	390	407	164	207	218	171	168	220

Fonte: DATASUS, 2005.

Pode-se analisar, pela tabela acima, uma queda dos óbitos entre 2001 e 2002 nos municípios de Campos, Carapebus e Macaé. Vale ressaltar que o número elevado de óbitos em Campos dá-se porque é um município populoso.

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

Tabela 7. Óbitos por Grupos de Causa da Região Norte Fluminense – 2002

Região e Municípios	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>171</b>	<b>623</b>	<b>1.379</b>	<b>488</b>	<b>179</b>	<b>9</b>	<b>191</b>	<b>783</b>
Campos dos Goytacazes	96	371	824	293	118	6	134	437
Carapebus	3	9	19	5	0	0	2	7
Conceição de Macabu	7	11	29	15	8	0	8	22
Macaé	28	111	245	77	24	0	18	208
Quissamã	2	17	22	7	2	0	1	12
São Fidélis	15	29	67	42	9	0	5	30
São Francisco de Itabapoana	15	31	76	23	9	1	12	40
São João da Barra	2	29	68	21	6	1	6	16

Legenda: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias; III. Doenças do aparelho circulatório; IV. Doenças do aparelho respiratório; V. Doenças do aparelho digestivo; VI. Gravidez parto e puerpério; VII. Algumas afecções originadas no período perinatal; VIII. Causas externas de morbidade e de mortalidade. Fonte: DATASUS, 2005.

A maior causa de mortes na região é originada de doenças do aparelho circulatório e cardíaco, com 1.379 registros.

A segunda causa de óbitos se dá por causas externas, ou seja, mortes por causas violentas como, por exemplo, acidentes de trânsito e homicídios. Segue como terceira principal causa de morte: as neoplasias.

Tabela 8. Taxa de Mortalidade Infantil da Região Norte Fluminense – 1998-2002

Região e Municípios	Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **				
	1998	1999	2000	2001	2002
Estado	22,56	21,28	19,74	18,25	17,94
Região Norte Fluminense	22	21,9	19,3	17,9	17,7
Campos dos Goytacazes	36.1	37.9	27.9	26.0	25.4
Carapebus	-	-	-	-	-
Conceição de Macabu	13.3	16.6	21.7	42.4	35.9
Macaé	16.4	13.3	14.4	18.7	12.1
Quissamã	17.8	19.9	30.9	13.1	3.6
São Fidélis	18.2	16.1	14.4	10.5	17.5
São Francisco de Itabapoana	47.6	21.3	26.4	20.3	27.4
São João da Barra	27.0	50.3	19.1	12.7	20.2

\*\* Considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC.

Fonte: DATASUS, 2005.

Constata-se que os municípios de Campos, Conceição de Macabu, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra apresentam, cada um, uma taxa de mortalidade infantil superior à taxa referente ao estado. Observa-se nos municípios supracitados que esses possuem a taxa de mortalidade infantil elevadíssima. Em contraposição, Quissamã possui a menor taxa de mortalidade infantil (3,6).

### 3.4 MORBIDADE

Os dados de morbidade, ou seja, as principais doenças que atingem a região, demonstram que há alta incidência de dengue, denotando uma epidemia da doença nessa região. Destacam-se os municípios de Campos, São Fidélis e Macaé como os mais afetados pela doença, cujo alto índice pode ser explicado pela epidemia ocorrida no Estado do Rio de Janeiro, em 2002.

O número de casos de tuberculose é bastante grande em Campos e Macaé, porém, nos demais municípios, o índice dessa doença não é tão alto.

Com relação à hanseníase, a terceira principal doença da região, o número de casos registrados em Campos é exorbitante se comparado aos demais. Identifica-se um número bem reduzido dessa doença nos municípios de Conceição de Macabu e Quissamã.

Os casos de meningite, em geral, são pequenos nessa região, entretanto, os municípios de Campos e Macaé apresentam índices altos. Quanto a casos de leptospirose são quase inexistentes nessa região, somente Campos apresentou a incidência dessa doença.

Tabela 9. Principais Doenças (2002)

Regiões de Governo e Municípios	Casos registrados das principais doenças - 2002				
	Hanseníase	Dengue	Tuberculose	Leptospirose	Meningites em geral
<b>Estado</b>	<b>3.922</b>	<b>288.315</b>	<b>13.930</b>	<b>762</b>	<b>2.147</b>
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>172</b>	<b>4.176</b>	<b>368</b>	<b>15</b>	<b>65</b>
Campos dos Goytacazes	115	1.802	214	15	51
Carapebus	-	27	-	-	-
Conceição de Macabu	2	261	22	-	-
Macaé	22	896	110	-	13
Quissamã	2	95	8	-	-
São Fidélis	12	916	6	-	1
São Francisco de Itabapoana	-	-	-	-	-
São João da Barra	11	149	3	-	-

Fonte: DATASUS, 2005.

Segundo dados retirados do DATASUS (BRASIL, 2005), há um alto índice de casos de hipertensão e diabetes registrados na região. Novamente, destaca-se o município de Campos, que aparece como o que possui maior número de casos de hipertensão e diabetes.

Tabela 10. Casos de Diabetes, Hipertensão, Tuberculose e Hanseníase Cadastrados segundo Município (Ago/2005)

Município	Diabetes	Hipertensão	Tuberculose	Hanseníase
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>8.098</b>	<b>39.324</b>	<b>59</b>	<b>78</b>
Campos dos Goytacazes	5.137	24.537	33	47
Carapebus	118	796	0	2
Conceição de Macabu	351	2.230	7	0
Macaé	1.389	6.257	12	15
Quissamã	296	1.519	3	3
São Fidélis	455	2.458	2	6
São Francisco de Itabapoana	262	1.107	0	0
São João da Barra	90	420	2	5

Fonte: DATASUS, 2005.

Vale destacar que a alta incidência dessas doenças na região pode ser sanada com programas públicos específicos de prevenção.



## 4 CARACTERÍSTICAS DA REDE DE ATENDIMENTO À SAÚDE

Maria Inês Souza Bravo  
Débora Sales Pereira  
Juliana Souza Bravo de Menezes  
Rose Santos Pedreira  
Elaine Junger Pelaez  
Sílvia Cristina Guimarães Ladeira

### 4.1 MICRORREGIÕES E MÓDULOS ASSISTENCIAIS

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde/RJ (2001-2004), a Região Norte Fluminense subdivide-se em duas microrregiões: Norte I (NI) e Norte II (NII). Como prioridades de intervenção estão a atenção materno-infantil, a integração com os municípios na área de saúde, a saúde da família, a modernização da gestão de unidades de saúde, a promoção e a vigilância em saúde e auditoria e o acompanhamento e avaliação da qualidade SUS/RJ. É importante destacar que a central de regulação e a referência especializada encontram-se sediadas em Campos (oncologia, Terapia Renal Substitutiva – TRS e hemoterapia).

- **Microrregião Norte I (NI)**

A microrregião Norte I é composta pelos Municípios de Macaé, Carapebus, Conceição de Macabu e Quissamã que totalizam 172.575 habitantes, que formam três módulos assistenciais. As referências para a alta e média complexidade nessa microrregião são Macaé, Conceição de Macabu e Quissamã.

*Módulo assistencial N I.1 - Macaé*

Este primeiro módulo assistencial é composto pelo município de Macaé, que referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacazes e Petrópolis e de média complexidade para Campos dos Goytacazes, Niterói e Rio de Janeiro.

*Módulo assistencial N I.2 - Conceição de Macabu*

O segundo módulo assistencial compreende os municípios de Conceição de Macabu, que é o município sede, e Carapebus. Esse último referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacazes e de média complexidade para Campos dos Goytacazes e Quissamã. Já o município de Conceição de Macabu referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacazes e de média complexidade para Campos dos Goytacazes e Rio de Janeiro.

### *Módulo assistencial N I.3 - Quissamã*

O terceiro módulo é composto apenas pelo município de Quissamã, que referencia procedimentos de alta e média complexidade para Campos dos Goytacazes.

### • **Microrregião Norte II (N II)**

A microrregião Norte II é formada pelos municípios de Campos dos Goytacazes, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana e São João da Barra e está subdividida em três módulos assistenciais:

#### *Módulo assistencial N II.1 - Campos dos Goytacazes*

Este módulo assistencial é composto apenas pelo Município de Campos dos Goytacazes, que referencia procedimentos de alta complexidade e média complexidade para o Rio de Janeiro.

Esse município é referência para os seguintes procedimentos de média complexidade: Exame anatomo-patológico de peça cirúrgica, exame citopatológico cervico-vaginal, campimetria, microscopia especular de córnea, potencial de acuidade visual, *checkup* de glaucoma, mamografia, estradiol, prova de esforço, ultra-sonografias, ecografias, EEG, potencial evocado visual, pielografia, rubéola anticorpos IGG, anti HBS, sistema holter 24 hs, plegias, procedimentos de fisioterapia, anti HBS, criocauterização, eletrocoagulação de colo de útero e testes cutâneos de leitura imediata; e referência dos seguintes procedimentos de alta complexidade: facectomia, tomografia, estudo do metabolismo do miocárdio, transplante de córnea, cintilografia, arteriografia, aortografia, portografia e cateterismo de câmaras cardíacas.

#### *Módulo assistencial N II.2 - São Fidélis*

O segundo módulo assistencial é formado somente pelo Município de São Fidélis, que referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacazes e de média complexidade para Campos dos Goytacazes e Rio de Janeiro.

#### *Módulo assistencial N II.3 - São João da Barra*

O terceiro módulo tem dois municípios: São Francisco do Itabapoana e São João da Barra, sendo esse último a sede do módulo. O município de São Francisco de Itabapoana referencia procedimentos de alta e média complexidade para Campos dos Goytacases. Enquanto que São João da Barra referencia procedimentos de alta complexidade para Campos dos Goytacases e de média complexidade para Campos dos Goytacazes e Rio de Janeiro.

## 4.2 ATENÇÃO BÁSICA

Os programas de atenção básica – Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa Saúde da Família (PSF) – são criados na década de 1990. O Programa Agentes Comunitários de Saúde surge, em nível nacional, a partir de 1991. A Estratégia de Saúde da Família – denominação utilizada hoje pelo Ministério da Saúde – tem sua origem em 1997, quando, a partir de experiências municipais exitosas, iniciou-se, na esfera federal, o Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa tem como objetivos: prestar um atendimento de qualidade integral e humano em unidades básicas municipais, garantindo acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, de forma a garantir o acesso à assistência e à prevenção em todo o sistema de saúde, a satisfazer as necessidades da população; reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios; garantir a equidade no acesso à atenção em saúde, de forma a satisfazer as necessidades da população do município. Atualmente, o PSF é um programa disseminado em todo país. No Estado do Rio de Janeiro, o programa existe em 90 municípios e há 1.835 equipes (BRAVO et al., 2005).

Com relação à Região Norte Fluminense, os dados abaixo apontam o modelo de atenção básica e o percentual da população coberta pelos programas, no período de 2000 a 2004. De acordo com o quadro a seguir, percebe-se que há uma tendência no Estado do Rio de Janeiro e na Região Norte de ampliação da cobertura da população pelos programas de atenção básica, tanto com relação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), que passou de 17,9 em 2000 para 30,4 em 2004, quanto ao Programa de Saúde da Família (PSF), que saltou de 13,2 para 34,4 nos mesmos anos.

No ano de 2004, os municípios com maior percentual de população coberta pelos programas de atenção básica na região são: Carapebus (106,5), Conceição de Macabu (96,5) e Quissamã (83,4). Cabe destacar que os municípios de São Fidélis e São João da Barra não têm o programa saúde da família, enquanto o município de Quissamã tem apenas o programa saúde da família. Com relação ao município de São Francisco não temos informações.

Tabela 11. Modelo de Atenção Básica e % de População Coberta pelo Programa no Período de 2000-2004 – Municípios da Região Norte/ RJ

Nível de Governo	2000	2001	2002	2003	2004
Estado RJ	PACS – 3,8	PACS – 4,5	PACS – 5,2	PACS – 5,3	PACS – 5,9
	PSF – 4,6	PSF – 8,4	PSF – 12,9	PSF – 14,5	PSF – 16,2
	Outros – 0,5	Outros – 0,5	Outros – 0,6	Outros – 0,7	Outros – 0,8
	Total – 8,9	Total – 13,4	Total – 18,6	Total – 20,5	Total – 23,0
Região Norte Fluminense	PACS – 17,9	PACS – 17,1	PACS – 17,2	PACS – 29,8	PACS – 30,4
	PSF – 13,2	PSF – 21,1	PSF – 26,3	PSF – 29,8	PSF – 34,4
	Outros – -	Outros – -	Outros – -	Outros – -	Outros – -
	Total – 31,1	Total – 38,2	Total – 43,5	Total – 59,6	Total – 64,8

Nível de Governo	2000	2001	2002	2003	2004
Campos de Goytacazes	PACS – 15,2 PSF – 20,9 Total – 36,1	PACS – 18,2 PSF – 24,5 Total – 42,7	PACS – 18,2 PSF – 29,4 Total – 47,6	PACS – 22,8 PSF – 34,4 Total – 57,2	PACS – 23,5 PSF – 38,3 Total – 61,8
Carapebus	PACS – 45,4 PSF – 56,2 Total – 101,6	PACS – 44,1 PSF – 56,1 Total – 100,2	PACS – 45,3 PSF – 57,1 Total – 102,5	PACS – 44,5 PSF – 57,3 Total – 101,9	PACS – 46,0 PSF – 60,4 Total – 106,5
Conceição de Macabu	PACS – PSF – Total –	PACS – PSF – Total –	PACS – PSF – 13,4 Total – 13,4	PACS – 79,8 PSF – 14,1 Total – 93,9	PACS – 81,6 PSF – 14,6 Total – 96,5
Macaé	PACS – 10,8 PSF – 15,9 Total – 26,8	PACS – 1,0 PSF – 29,3 Total – 30,3	PACS – 1,8 PSF – 31,6 Total – 33,4	PACS – 1,8 PSF – 37,6 Total – 38,9	PACS – 2,6 PSF – 44,5 Total – 47,2
Quissamã	PACS – PSF – Total –	PACS – PSF – 38,2 Total – 38,2	PACS – PSF – 53,0 Total – 53,0	PACS – PSF – 65,4 Total – 65,4	PACS – PSF – 83,4 Total – 83,4
São Francisco de Itabapoana	<i>Sem Informação</i>	<i>Sem Informação</i>	<i>Sem Informação</i>	<i>Sem Informação</i>	<i>Sem Informação</i>
São Fidélis	PACS – 31,9 PSF – Total – 31,9	PACS – 33,4 PSF – Total – 33,4	PACS – 32,4 PSF – –Total – 32,4	PACS – 32,5 PSF – Total – 32,5	PACS – 32,3 PSF Total – 32,3
São João da Barra	PACS – 22,0 PSF – Total – 22,0	PACS – 23,0 PSF – Total – 23,0	PACS – 22,7 PSF – Total – 22,7	PACS – 27,2 PSF – Total – 27,2	PACS – 27,2 PSF – Total – 27,2

Fonte: DATASUS, 2005.

### 4.3 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

A partir dos dados retirados do DATASUS (BRASIL, 2005), na região em análise, verifica-se a existência de cinco hospitais municipais, oito filantrópicos, três contratados e um universitário. Nota-se a inexistência de hospitais federais e estaduais na região, além da ausência de hospitais municipais em quatro municípios: Carapebus, Macaé, São Fidélis e São João da Barra.

O Município de Campos se destaca por possuir o maior número de hospitais, dentre eles: dois contratados, dois municipais, quatro filantrópicos e um universitário. Por isso, esse município é o centro de referência dessa região. É importante destacar que Carapebus não possui nenhum hospital e Macaé, São Fidélis e São João da Barra só possuem hospitais contratados e/ou filantrópicos, sem ao menos existir um hospital municipal (ou melhor, não tem hospitais públicos).

Verificamos que os hospitais de caráter privado correspondem à maior parte da rede hospitalar da Região Norte Fluminense e não funcionam de forma complementar ao SUS, conforme estabelece a Lei n.º 8.080, de 1990, o que evidencia a falta de investimentos públicos na rede de saúde.

Tabela 12. Hospitais por Natureza segundo Município (2003)

Região e Municípios	Contratado	Municipal	Fil.isento total	Univ.Ensino	Total
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>17</b>
Campos dos Goytacazes	2	2	4	1	9
Carapebus	-	-	-	-	-
Conceição de Macabu	-	1	-	-	1
Macaé	-	-	2	-	2
Quissamã	-	1	-	-	1
São Fidélis	1	-	1	-	2
São Francisco de Itabapoana	-	1	-	-	1
São João da Barra	-	-	1	-	1

Fonte: DATASUS, 2005.

Vamos observar agora, a questão da natureza dos leitos hospitalares na região em análise. A opção de trabalhar com os dados disponíveis no DATASUS (BRASIL, 2005) por natureza da unidade reflete a preocupação de se ter um diagnóstico, mínimo que seja, da proporção de leitos privados (filantrópicos e contratados) credenciados ao SUS em comparação com a rede sob gestão pública, incluindo a rede própria dos municípios.

Segundo os dados disponíveis, podemos apontar que a Região Norte Fluminense do estado é a que possui um alto índice de leitos privados contratados, tendo: 81% de leitos privados, incluindo os 11% de leitos vinculados ao Hospital Universitário do Município de Campos, estando apenas 19% dos leitos sob gestão pública, respectiva à rede municipal.

Analisando a natureza dos leitos hospitalares na região em questão, verificamos a hegemonia do setor privado, responsável pelos leitos contratados e filantrópicos, tendo em vista o número reduzido de leitos de natureza municipal, ou seja, pertencentes à rede pública. Destacamos que o mesmo foi verificado no presente estudo com relação à natureza dos hospitais existentes na região.

Tabela 13. Leitos Hospitalares por Natureza segundo Município (2003)

Região e Municípios	Contratado	Municipal	Fil.isento total	Univ. Ensino	Total
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>254</b>	<b>443</b>	<b>1.385</b>	<b>252</b>	<b>2.334</b>
Campos dos Goytacazes	200	289	941	252	1.682
Carapebus	-	-	-	-	-
Conceição de Macabu	-	71	-	-	71
Macaé	-	-	224	-	224
Quissamã	-	40	-	-	40
São Fidélis	54	-	130	-	184
São Francisco de Itabapoana	-	43	-	-	43
São João da Barra	-	-	90	-	90

OBS: Não consta informação sobre Carapebus.

Fonte: DATASUS, 2005.

A seguir temos duas tabelas: uma com dados sobre internações e outra com dados das unidades ambulatoriais existentes, que servirão para finalizar o panorama da organização das redes de serviços de saúde da região em questão.

Tabela 14. Internações por Natureza segundo Município (2003)

Região e Municípios	Contratado	Contr. isento	Municipal	Filantróp.	Fil.isento total	Total
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>268</b>	<b>543</b>	<b>407</b>	<b>999</b>	<b>1.233</b>	<b>3.450</b>
Campos dos Goytacazes	226	543	157	999	540	2.465
Carapebus	-	-	-	-	-	-
Conceição de Macabu	-	-	89	-	-	89
Macaé	-	-	-	-	444	444
Quissamã	-	-	86	-	-	86
São Fidélis	42	-	-	-	184	226
São Francisco de Itabapoana	-	-	75	-	-	75
São João da Barra	-	-	-	-	65	65

OBS: Não consta informação sobre Carapebus.

Fonte: DATASUS, 2005.

É preciso ressaltar nessa tabela que na região o hospital responsável pelo maior número de internações é de natureza filantrópica, o que mais uma vez contraria o princípio

do SUS que prevê a complementaridade do setor privado, conforme estabelecido na Lei n.º 8.080/1990.

Tabela 15. Unidades Ambulatoriais, por tipo Unidade segundo Município (2003)

Região e Municípios	Posto de Saúde	Centro de Saúde	Policlínica	Ambulatório Hospital Geral	Pronto Socorro Geral	Consultório	Unidade de Saúde da Família	Unidades de Vigilância Sanitária
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>20</b>	<b>76</b>	<b>82</b>	<b>12</b>	<b>3</b>	<b>34</b>	<b>57</b>	<b>5</b>
Campos dos Goytacazes	1	10	71	4	1	22	32	1
Carapebus	-	4	-	-	-	-	-	-
Conceição de Macabu	11	1	-	1	-	1	-	1
Macaé	-	19	7	2	2	5	20	1
Quissamã	-	5	1	1	-	-	5	1
São Fidélis	5	7	1	2	-	5	-	-
São Francisco de Itabapoana	-	17	-	1	-	-	-	-
São João da Barra	-	8	1	1	-	1	-	-

Fonte: DATASUS, 2005.

A rede ambulatorial da Região Norte Fluminense é composta por 289 unidades, sendo: 82 policlínicas; 76 centros de saúde; 57 unidades de saúde da família; 34 consultórios; 20 postos de saúde; 12 ambulatórios de hospital geral; 5 unidades de vigilância sanitária e 3 unidades de pronto socorro geral.

A partir da tabela 15 percebemos que existe uma grande deficiência de postos de saúde na região, tendo em vista a ausência dos mesmos na maior parte dos municípios, apresentando uma concentração no Município de Conceição de Macabu. Outra unidade referente à atenção básica diz respeito às unidades de saúde da família, as quais estão concentradas em apenas dois municípios, Campos dos Goytacazes e Macaé, o que pode ter relação com a carência de postos de saúde nesses municípios. Outro destaque se refere às policlínicas, que estão concentradas no Município de Campos dos Goytacazes, que conta com 71, das 82 policlínicas existentes na Região Norte Fluminense.

Ao analisar a tabela, em comparação com a população residente em cada um dos municípios da região (tabela 1) no ano de 2005, constata-se que a rede ambulatorial não está distribuída de acordo com o número de habitantes verificado.



## 5 FINANCIAMENTO

Silvia Cristina Guimarães Ladeira

A apresentação sobre financiamento foi realizada por Silvia Ladeira, ex-estagiária de Serviço Social do Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ, que acompanha por meio do projeto a discussão do controle social na saúde no Rio de Janeiro. Agradeceu ao projeto a oportunidade de estar no evento e contribuir com o debate. Explica que sua experiência sobre financiamento decorre também de uma outra inserção na UERJ, no Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social (Gopss), coordenado pela Profa. Elaine Behring, na qualidade de bolsista de iniciação científica pela FAPERJ. O Grupo vem travando uma discussão sobre o fundo público e as implicações para a área social, principalmente para a seguridade social.

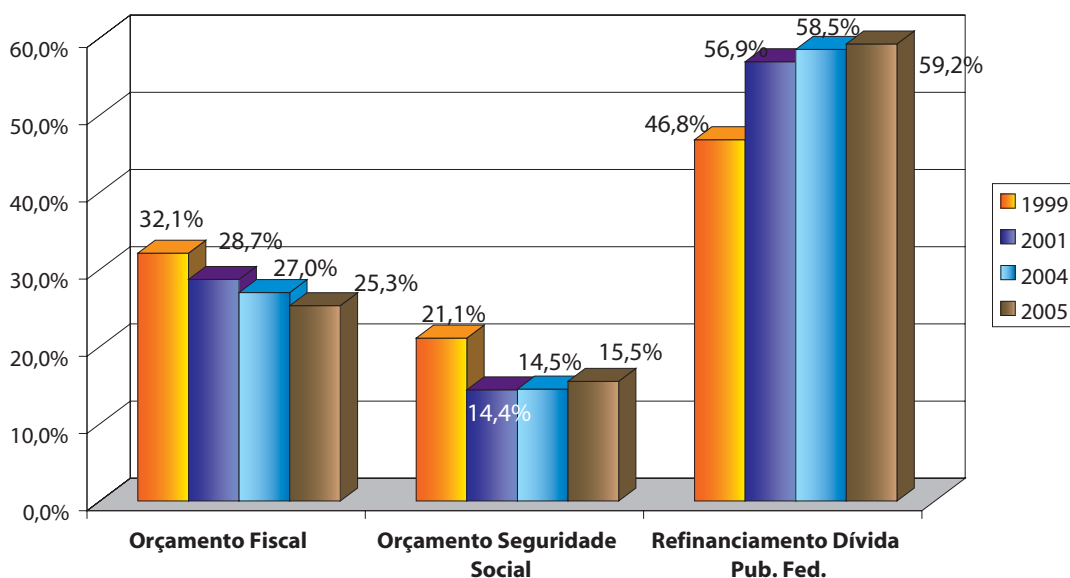
Pensar no orçamento público hoje se torna imprescindível, na medida em que depende dele a viabilização de políticas públicas; e, principalmente, porque vivenciamos uma conjuntura de restrições cada vez maiores do investimento público. A Constituição de 88 foi marcada por importantes avanços na ampliação dos direitos sociais e também no que diz respeito ao orçamento, uma vez que garantiu uma maior consistência no processo orçamentário, ao se configurar uma associação entre planejamento e orçamento, com a criação do ciclo orçamentário que envolve as peças orçamentárias do Plano Pluri Anual (PPA), da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), da Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Prestação de Contas (Grupo de Estudos e Pesquisas do Orçamento Público e da Seguridade Social, 2005). Também foi assegurado um orçamento específico para a seguridade social, com a determinação de receitas (Art. 195), sendo as principais: Cofins, CSLL, CPMF e a arrecadação previdenciária líquida. Entretanto, observamos que estas conquistas sofreram sucessivas perdas ao longo da década de 90, sendo necessário pensarmos as razões que levam às restrições para a área social. A argumentação principal é de que esta onera demasiadamente o estado, provocando o engessamento do mesmo, sendo necessário que houvesse uma diminuição dos gastos sociais, de modo que fossem compatíveis com a capacidade do orçamento público.

Acompanhamos nesse período a implementação do projeto neoliberal e suas políticas regressivas para os trabalhadores. Diferente do que é apresentado por esse discurso ideológico, percebemos que essa minimização do estado para as políticas sociais é acompanhada pela maximização do mesmo para o processo de acumulação do capital. A exemplo da participação direta e indireta do estado neste processo de valorização, que vai desde a compra de serviços no mercado (indireta), e outras tantas intervenções do estado, como: a responsabilização pelos setores não-rentáveis, mas importantes para garantir a infra-estrutura para a produção; o controle de empresas capitalistas em dificuldades, socializando as perdas, a exemplo do Programa de Estímulo à Reestruturação e ao Sistema Financeiro Nacional (Proer), no caso dos bancos; o subsídio direto, pela via das isenções e renúncias fiscais; a socialização dos riscos dos investimentos privados, a exemplo das Parceria Público Privada (PPP), que prevê dentre outras deliberações: a vin-

culação de receitas; a criação de um fundo com recursos públicos que não será controlado pelo Tribunal de Contas da União (TCU); além do estado poder assumir até 80% dos contratos; a privatização de empresas públicas lucrativas e saneadas, que muitas vezes são retomadas pelo estado, como informam recentes reportagens dos jornais. (PAULO NETTO, 1992).

Essa relação visceral do estado com o setor privado também pode ser identificada pela sua capacidade extrativa, que ampliou a carga tributária de 29,7% em 1994 para 34,2% em 2001, e hoje gira em torno de 37,5% do PIB, Unafisco, Sindicato Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal. Este aumento demonstra que, além de não ocorrer uma diminuição do estado, não ocorre também a destinação de parte deste acréscimo para a área social, como podemos verificar abaixo.

Grafico 1. A Dívida Pública no Orçamento da União Federal – 1999 a 2005



Por meio do gráfico acima, que apesar do crescimento da arrecadação tributária, sinalizado anteriormente, não observamos a mesma trajetória no orçamento da seguridade social, que sofreu uma expressiva redução no ano de 1999, apresentando em seguida apenas um crescimento vegetativo. É importante destacar que 1999 foi o ano do acordo do Brasil com o Fundo Monetário Internacional (FMI), e do aprofundamento da política macroeconômica do Governo FHC, que resultou em penúria para a área social. Outro dado interessante que podemos identificar nesse gráfico diz respeito à destinação de recursos para o pagamento da dívida pública. Ao mesmo tempo em que ocorrem cortes nas despesas sociais, os gastos com o refinanciamento da dívida pública são incrementados de forma exorbitante, o que evidencia o compromisso do governo com este gasto e o crescimento da mesma, principalmente, em virtude da política de juros altos; e em que pese a implementação de medidas que restringem os investimentos na área social,

e que ao contrário do propósito, não tem conseguido estabilizar a dívida, a exemplo dos contingenciamentos, superávit primário, Desvinculação de Receitas da União (DRU) e Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), esta última criada para assegurar o cumprimento das metas fiscais.

Tabela 16. Superávit Primário – 1999 a 2005

R\$ bilhões

	% do PIB	Retenção de Recursos em Valores Correntes Superávit Primário	Retenção de Recursos em Valores Constantes Superávit Primário	IGP-DI
1999	3,19	31	54,7	178,454
2001	3,64	43,6	64	214,535
2003	4,32	66,1	70,9	293,793
2005*	6,1	86,5		

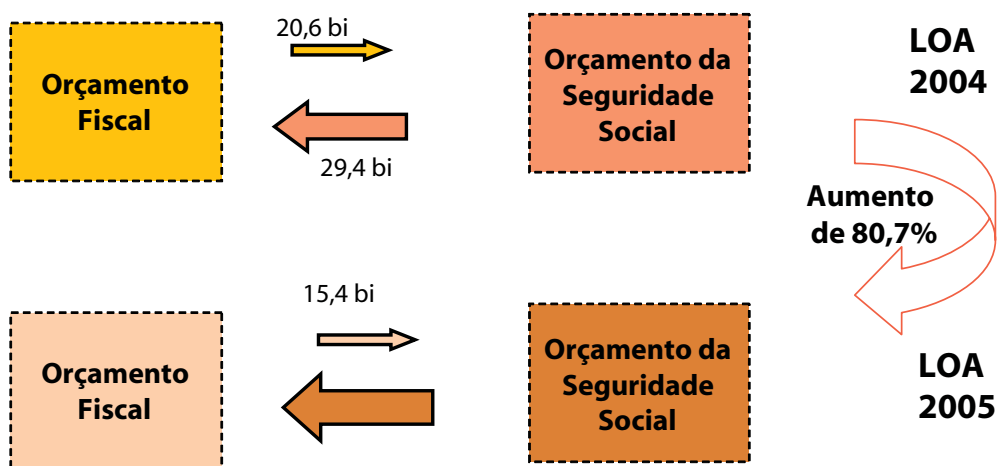
Fonte: FBO, 2004; MPOG e Jornal Folha de São Paulo.

Obs: \*Valores estimados até setembro/2005.

Valores Constantes calculados pelos GOPSS. Foi considerado o ano de 2004 como base para efeito de cálculo.

A tabela acima mostra a retenção de recursos realizada a partir da política de superávit primário, que tem ao longo dos anos superado, inclusive as metas estabelecidas nas respectivas Leis Orçamentárias Anuais (Loa), como podemos observar ao compararmos os valores da tabela e as metas para os anos, a saber: 1999: 2,25% do PIB; 2001: 2,75%; 2003: 3,25%, 2005: 4,25% do PIB. Desta forma, esta política compromete a viabilização de políticas sociais com o objetivo de assegurar recursos para o pagamento da dívida, sem, no entanto, conseguir interferir no seu crescimento contínuo. Cabendo ressaltar que a implementação do superávit primário interfere diretamente nas possibilidades de efetivação de políticas públicas nos estados e municípios, na medida em que estes também contribuem com parcela do superávit acumulado.

A DRU configura-se como outro mecanismo de penalização da área social, pois desvincula 20% do orçamento da União, a princípio para serem destinados prioritariamente para saúde e educação, mas que na prática tem sido revertido para a dívida. Contrariando, desta forma, o previsto pela Constituição, que preconiza que o orçamento da seguridade seja utilizado para custear apenas ações relacionadas às políticas de saúde, assistência social e Previdência Social. Os quadros abaixo mostram que este instrumento, criado em 1994, é mantido na atual gestão do Governo Lula, havendo um aprofundamento de sua incidência de 2004 para 2005, em que foram destinados mais recursos do orçamento da seguridade para o fiscal do que o caminho inverso. É importante destacar também que está em discussão no Congresso a ampliação do percentual de incidência da DRU, com a proposta de passar de 20% para 40%, o que tende a resultar numa maior precarização das políticas sociais.



Toda esta discussão é importante para o entendimento que temos do orçamento público como uma peça política, que é sujeita às pressões e disputa pelo capital e pelos trabalhadores e seus segmentos, se contrapondo, a qualquer perspectiva que classifique o orçamento como uma peça exclusivamente técnica, ou que seja definida por elementos naturais da economia.

#### **Um breve mergulho sobre a política de saúde no âmbito da União**

Ao nos determos melhor sobre o financiamento da política de saúde pela União e no Estado do Rio de Janeiro, é importante problematizarmos algumas questões:

1.º) a regulamentação da EC 29/2000. Esta emenda constitucional, que trata do financiamento da saúde, foi uma conquista para os movimentos da área na medida em que garantiu uma percentagem para esta política nos orçamentos dos estados e municípios, de forma que gradualmente chegassem a 2005 com percentuais de alocação de recursos para a saúde de 12% e 15%, respectivamente. Entretanto, esta não avançou no que diz respeito à União, na medida em que não foi efetivado um percentual para este ente, como era proposto na PEC 169/1993, que indicava a vinculação de 10% dos recursos da União para a saúde. Este encaminhamento significou uma sobrecarga de responsabilidade para os estados e municípios, em detrimento da União, a qual detém cerca de 68,8% da carga tributária, o que chega a 59% após as transferências constitucionais (CASTRO; CARDOSO, 2005), o que mostra uma fortíssima concentração de recursos na União, enquanto as responsabilidades são compartilhadas. Isto poderia ser revisto, no ano de 2005, com a aprovação de uma lei complementar que definiria os valores permanentes para a aplicação de recursos mínimos em ações de saúde, nas três esferas de Governo. Esta lei complementar ainda não foi aprovada no Congresso, o que pode resultar na continuidade das resoluções constantes na EC 29/2000. De acordo com o acompanhamento na câmara, existem propostas de regulamentação da EC 29, como o projeto de lei do Deputado Roberto Gouveia e um substitutivo do Deputado Guilherme Menezes. Entretanto, o processo de votação no Congresso tem sido travancado, de modo que o projeto de lei do Deputado Roberto Gouveia encontra-se, desde 2003, em tramitação, sendo importante ressaltar que neste projeto consta a proposta de vincular 11,5% dos recursos

da União para a saúde, calculados “sobre o total de receita de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais” (GOUVEIA, 2003), e impede o pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida com recursos da saúde. O substitutivo apresentado pelo Deputado Guilherme Menezes propõe 10% de vinculação das receitas correntes brutas. Este substitutivo também se detém sobre a definição de quais são as ações e serviços públicos de saúde. É importante que o movimento em defesa da saúde pública acompanhe e pressione para uma resolução do Congresso Nacional sobre o financiamento da saúde pela União, principalmente pela atual situação do Congresso, hoje paralisado pelas CPIs e pouco atento às demandas públicas; balcanizado por interesses particularistas, terminando por não priorizar matéria tão importante.

2.º) outro obstáculo que acompanhamos na alocação de recursos para a política de saúde no âmbito da União diz respeito à tentativa de “ludibriar” a EC 29, de modo a empregar menos recursos que os devidos, é o questionamento em relação à abrangência do termo “ações e serviços públicos de saúde”. No ano de 2004, o Governo Lula transferiu para a Saúde ações que estavam ou deveriam ser alocadas sob responsabilidade de outras funções, e até de outros ministérios, com o objetivo de alcançar o mínimo exigido pela EC n.º 29/2000, sem ampliar efetivamente os recursos. Encontram-se nesses casos, programas relacionados ao saneamento e à transferência de renda. Em decorrência da repercussão negativa que a inclusão desse último gerou, o Governo preferiu recuar e alocar o programa e seus recursos no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Outra medida desfavorável da Gestão Lula diz respeito ao veto do presidente Lula na LDO 2004, parágrafo segundo do artigo 57, que definia quais dotações comporiam o mínimo exigido. Neste caso, o Presidente conseguiu incluir no cálculo do mínimo as ações financiadas com recursos do fundo de combate e erradicação da pobreza, que até 2003 não podiam ser consideradas para efeito de cumprimento da EC n.º 29/2000. O resultado de tal iniciativa é a perda de recursos para o Ministério da Saúde, visto que sem o veto, os recursos advindos do referido fundo seriam acrescidos ao piso mínimo. Já com o veto, estes recursos irão compor o orçamento mínimo da Saúde.

Tabela 17. Desvinculação de Recursos da União. Menos Recursos para a Área Social

R\$ milhões

Interpretações	Aplicação Mínima	FCEP*	Aplicação Efetiva
LDO 2004	32.364	5.500**	32.364
LDO 2003	30.290	5.500	35.790
Diferença	2.074		- 3.462

\* Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

\*\* Este o valor é referente à totalidade do FCEP, no entanto o mesmo não os aplica de forma integral na saúde.

Fonte: Ministério da Saúde e a EC n.º 29/2000.

Estas também são ações que colocam em xeque o discurso democrático-popular do Governo Lula, uma vez que adota medidas que restringem recursos para a política de

saúde, atingindo diretamente grande parte da população usuária dos já falidos serviços públicos de saúde. Cabe aqui o destaque para a justificativa do veto apresentado pelo presidente, que responsabiliza a escassez de recursos e a dificuldade de alcançar o equilíbrio orçamentário que seria gerada pela medida. A questão não é a falta ou escassez de recursos, mas como os mesmos são alocados, a exemplo do pagamento de juros, encargos e amortizações da dívida pública, processo que reflete o projeto político do governo (LADEIRA, 2005).

#### **Saúde no Estado do Rio de Janeiro: pouco fôlego**

A tentativa de burlar a EC 29 pode ser observada também no Estado do Rio de Janeiro, que por meio de legislações estaduais introduziu medidas que não são configuradas como ações de saúde a serem financiadas pelo Fundo Estadual de Saúde, como pode ser verificado pelas Leis n.º 4.167, que dispõe sobre Programas de Trabalho e n.º 4.179, que dispõe sobre Programa Estadual de Acesso a Alimentação (PEAA). De acordo com a Lei n.º 4.167, são incorporados os seguintes programas a serem financiados com a verba da saúde: Farmácia Popular, Suplementação Alimentar e Cheque Cidadão, ações melhor identificadas com a política de assistência social. O mesmo se repete na Lei n.º 4.179, em que identificamos uma tentativa de justificar a inclusão de diversos programas a partir do conceito ampliado de saúde, quando percebemos o que a Lei explicita: “a segurança alimentar e nutricional [é] base de uma ação preventiva na área de saúde” (RIO DE JANEIRO, 2003a), incorporando em seguida as diversas modalidades de Cheque Cidadão, Restaurante Popular, Sopa Cidadania e até mesmo Merenda Escolar. Dessa forma, o conceito ampliado de saúde conquistado no âmbito do movimento pela reforma sanitária é apropriado perversamente para retirar recursos da saúde. Esses programas, na verdade, deveriam ser elaborados de forma conjunta com as demais ações de assistência social, de acordo com as diretrizes da política de assistência social, e utilizar do orçamento destinado para esta função, até para que haja maior pressão política pelo crescimento do financiamento para as diferentes políticas sociais.

Apresentamos também alguns dados sobre o financiamento da Saúde no Estado do Rio de Janeiro, que demonstram a diminuição de recursos alocados na secretaria de saúde ao longo dos anos, com expressiva redução no ano de 2004, a qual fazemos correlação com as leis sinalizadas anteriormente, tendo em vista que a tabela que cruza os dados por órgãos e função evidencia grande montante de recursos da saúde sendo destinados para a secretaria de ação social. A tabela mostra que apenas 0,2% dos recursos da Saúde foram alocados na própria secretaria, enquanto que 3,4% foram destinados para a secretaria de ação social, uma diferença significativa e que aponta para o comprometimento da execução de ações de Saúde.

Tabela 18. Ludibriando o Cálculo do Mínimo Investido na Saúde

Secretaria de Estado de Saúde		
	Despesa Realizada	% Orçamento
97	416.216	3,41
99	414.334	2,47
2001	206.621	2,03
2004	420	e*

Fonte: Contas de Gestão do Estado do Rio de Janeiro nos exercícios 97, 99, 00 e 01.

Cálculo da porcentagem realizado pelo GOPSS.

\*Valor insignificante.

Tabela 19. Recursos da Saúde do Estado do Rio de Janeiro Destinados para a Secretaria da Área Social

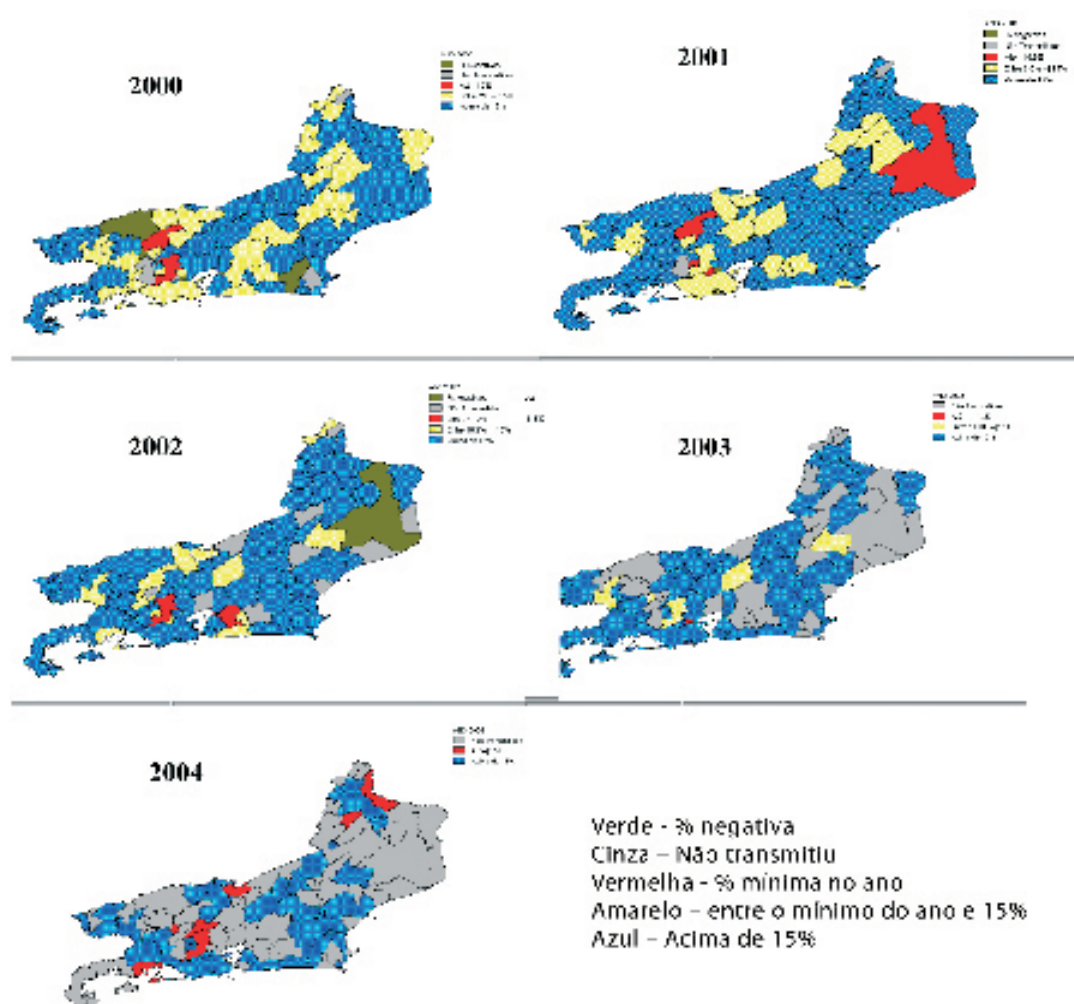
R\$ bilhões

Órgão/Funções	Assistência Social	%	Saúde	%
Secretaria de Estado de Saúde	0	0	420	0,2
Secretaria de Estado de Ação Social	8.462	47,9	7.751	3,4
Total Geral	17.648	100	226.842	100

Fonte: Contas de Gestão do Estado do Rio de Janeiro no exercício de 2004.

Cálculo da Variação realizado pelo GOPSS.

Por último, apresentamos dados do Ministério da Saúde em que podemos verificar o cumprimento da EC 29 pelos municípios do Estado do Rio, com uma tendência no estado de aumento de municípios que não enviam informações para o Ministério, o que se verifica também na Região Norte, fato que pode colocar em dúvida o cumprimento da EC por esses municípios.



Como podemos observar o financiamento das políticas sociais tem sofrido restrições decorrentes da política econômica adotada pelos governos e que são agravadas por ações que contrariam perspectivas progressistas para a área social. Estas limitações têm impacto direto no cotidiano da maioria da população, sujeita a hospitais em situação precária, a baixa cobertura de proteção social, entre outras lacunas das políticas sociais. Além de sofrer o impacto dessa política, outro conjunto de constrangimentos às finanças sociais brasileiras está relacionado à estrutura tributária regressiva do país (CASTRO; CARDOSO, 2005), que tem se caracterizado pela concentração de tributos sobre bens e serviços, com pouca incidência sobre a renda. Desta forma, a carga tributária mostra-se extremamente regressiva, penalizando a camada da população mais empobrecida, usuária do sistema público que financia e é alvo das restrições governamentais.

É importante para que compreendamos que o orçamento é uma peça política, sujeita às pressões e que os conselhos podem e devem ser parte deste processo, até pelas suas atribuições legais, desde a formulação, e também no monitoramento da execução do orçamento, tendo em vista que neste momento ocorrem muitas distorções, seja com o impacto da política econômica em curso no país, seja com as divergências de concepção em relação ao que são de fato ações de Saúde.



## 6 CONTROLE SOCIAL NA REGIÃO NORTE DO RIO DE JANEIRO<sup>1</sup>

Maria Inês Souza Bravo  
 Débora Sales Pereira  
 Juliana Souza Bravo de Menezes  
 Rose Santos Pedreira  
 Elaine Junger Pelaez  
 Sílvia Cristina Guimarães Ladeira

### 6.1 OS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO

Os Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte Fluminense surgiram na década de 90. A regulamentação dos conselhos de saúde coincide com a época da publicação da Norma Operacional Básica (Noa), feita em 1991, que condiciona o repasse de verbas do Governo Federal à criação dos conselhos de saúde, de modo que a criação de alguns conselhos, em todo o estado, fora motivada pelo cumprimento de uma exigência legal.

Antes dos dados abaixo serem observados, é importante ressaltar que não havia nenhum documento referente ao município de São Francisco de Itabapoana no Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ), local onde estas informações foram coletadas.

### 6.2 ANO DE FORMAÇÃO

Tabela 20. Leis e Ano de Criação do CMS

Municípios	Lei de Criação do CMS	Data
Campos dos Goytacazes	Lei n.º 5.195/91	9/9/1991
Carapebus	Lei n.º 38/97	27/6/1997
Conceição de Macabu	Lei n.º 109/91	31/12/1991
Macaé	Lei n.º 1.594/95 alt. p/ n.º 1.859/98	24/3/1995
Quissamã	Lei n.º 76/91	26/4/1991
São Fidélis	Lei n.º 475/93 alt. p/ n.º 598/96	13/5/1993
São Francisco de Itabapoana	Lei n.º 1.397/ 97	12/5/1997
São João da Barra	Lei n.º 29/91	1991

Fonte: Leis de Criação dos Conselhos Municipais de Saúde.

<sup>1</sup> Os dados contidos neste item são resultados da investigação realizada pelo projeto Políticas Públicas de Saúde da UERJ, coordenado pela Dra. Maria Inês Souza Bravo e financiado pelo CNPQ, FAPERJ, UERJ e Ministério da Saúde.

Como podemos perceber, apesar da Lei n.º 8.142 formalizar os conselhos em 1990, os municípios Carapebus, Macaé e São Francisco de Itabapoana criaram seus conselhos tardiamente. Embora, de acordo com os dados, metade tenha sido criado em 1991, não se sabe exatamente o início de seu funcionamento.

### 6.3 COMPOSIÇÃO

A Lei n.º 8.142/90 estipula que a representação dos usuários nos conselhos deve ser paritária, ou seja, estes devem ocupar 50% das vagas. Segundo a Resolução n.º 33/92, consolidada pela Resolução n.º 333, de 2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a paridade do conselho deve ser a seguinte: 50% usuários e os outros 50 % devem ser divididos entre profissionais de saúde (25%) e prestadores de serviço (25%). Destaca-se que dentre os conselhos de políticas sociais e de direitos, apenas o conselho de saúde garante uma cota para os trabalhadores da área, no caso os trabalhadores da saúde.

Tabela 21. Composição dos CMS por Representatividade

Municípios	Titulares	Usuário	Profissionais de Saúde	Gestores	
				Prestadores Privados de Serviço	Governo Municipal
Campos dos Goytacazes *	40	20	10	05	05
Carapebus	12	06	02	01	03
Conceição de Macabu	18	09	05	02	02
Macaé	26	13	04	04	05
Quissamã	24	12	06	Não existe	06
São Fidélis **	20	10	05	02	03
São Francisco de Itabapoana	12	06	02	02	02
São João da Barra	12	06	02	01	03

\* Possui 5 vagas para Instituições Formadoras de RH.

\*\* Possui 1 vaga para Formação de RH para a área da saúde.

Fonte: Informações colhidas junto aos conselheiros e Regimento Interno dos Conselhos Municipais de Saúde.

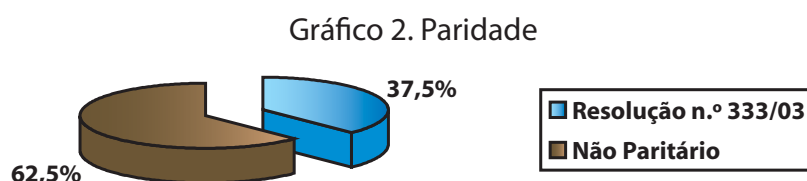
Tabela 22. Características dos Conselhos com Relação à Paridade

Municípios	Lei n.º 8.142/90	Resolução n.º 333/03
Campos dos Goytacazes	Paritário	Paritário
Carapebus	Paritário	Não Paritário
Conceição de Macabu	Paritário	Não Paritário

Municípios	Lei n.º 8.142/90	Resolução n.º 333/03
Macaé	Paritário	Não Paritário
Quissamã	Paritário	Paritário
São Fidélis	Paritário	Paritário
São Francisco de Itabapoana	Paritário	Não Paritário
São João da Barra	Paritário	Não Paritário

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2005.

O gráfico, a seguir, demonstra a paridade dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte Fluminense.



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde, 2005.

A paridade pode ser considerada como um termômetro da correlação de forças entre o poder público e a sociedade civil organizada. Analisando os conselhos da Região Norte, contata-se que todos os municípios são paritários de acordo com a Lei n.º 8.142/90, segundo a qual o número de usuários deve corresponder a 50% do total de conselheiros, independente da divisão da outra metade dos representantes dos segmentos.

Cabe destacar que três municípios: Campos, Quissamã e São Fidélis são paritários segundo a Resolução n.º 333/03 CNS.

É importante observar que, entre os conselhos que não são paritários, um fere a paridade em relação aos gestores. Os demais conselhos não paritários desrespeitam a Resolução n.º 333/03 no tocante à cota dos trabalhadores de saúde. Ao analisar a composição dos conselhos percebe-se que os gestores estão ocupando o espaço dos trabalhadores de saúde. Este dado merece uma reflexão, por que os trabalhadores de saúde estão perdendo sua vaga nos Conselhos de Saúde da Região Norte Fluminense?

Algumas pesquisas realizadas mostram que há pouco envolvimento dos trabalhadores de saúde nos conselhos de saúde. Além disso, deve-se levar em consideração as condições trabalhistas precarizadas, a perseguição política dentro das unidades e o refluxo das entidades dos trabalhadores de saúde, a partir da década de 90.

#### 6.4 ORGANIZAÇÃO INTERNA E DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO

A análise da atribuição dos conselhos é fundamental, pois neste quesito perceberemos qual a relevância que eles assumem nas decisões do Governo. Sobre o fato dos conselhos serem consultivo ou deliberativo, Santos (2002) argumenta que:

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

De acordo com a Lei n.º 8.142, os conselhos de saúde possuem caráter deliberativo. Esta característica é fundamental para que se garanta uma gestão realmente participativa e que caminhe para o processo de democratização da esfera pública. Somente com o poder de deliberação será assegurado que as discussões travadas nos conselhos, que tendem a tornar as questões mais complexas, em virtude da inclusão de novos sujeitos no debate, sejam referendadas pelos chefes de governo.

O caráter consultivo, portanto, retira dos conselhos a possibilidade de intervenção direta da sociedade nas políticas públicas, sendo retrato de uma distorção dos objetivos dos conselhos, além de ferir os princípios da Lei n.º 8.142. Assim, como podemos ver na tabela 19, todos os conselhos de saúde da Região Norte possuem caráter deliberativo.

Tabela 23. Caráter dos Conselhos

Conselhos Municipais de Saúde	Caráter
Campos dos Goytacazes	Deliberativo
Carapebus	Deliberativo
Conceição de Macabu	Deliberativo
Macaé	Deliberativo
Quissamã	Deliberativo
São Fidélis	Deliberativo
São Francisco de Itabapoana	Deliberativo
São João da Barra	Deliberativo

Fonte: Regimento Interno dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte Fluminense.

De acordo com o regimento interno dos municípios pesquisados (exceto o de São Francisco de Itabapoana), o *quorum* para a abertura das reuniões, tanto ordinárias como extraordinárias, é de 50%+1 (cinquenta por cento mais um) dos conselheiros, ou seja, a maioria absoluta. A condição para votação das matérias da pauta e a deliberação de políticas é a presença da maioria simples do conselho, ou seja, 2/3 (dois terços) dos conselheiros, pois basta este *quorum* de maioria simples para aprovar as deliberações, que corresponde a 50%+1 (cinquenta por cento mais um) dos presentes.

A Resolução n.º 333/03 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomenda que as decisões dos conselhos sejam adotadas mediante o *quorum* mínimo de metade mais um de seus integrantes.

A periodicidade das reuniões ordinárias dos CMS desses municípios pesquisados é mensal. Esses dados podem ser visualizados na tabela 20.

Tabela 24. Dinâmica de Funcionamento

Municípios	Quorum p/ deliberação	Periodicidade das reuniões	Existência de Comissão Executiva	Existência de Comissão Permanente
Campos dos Goytacazes	50% + 1	Mensal	S/I	S/I
Carapebus	50% + 1	Mensal	Tem intersetoriais e técnicas	S/I
Conceição de Macabu	50% + 1	Mensal	S/I	S/I
Macaé	50% + 1	Mensal	Tem intersetoriais e técnicas	S/I
Quissamã	50% + 1	Mensal	Não	Não
São Fidélis	50% + 1	Mensal	Não	Não
São Francisco de Itabapoana	50% + 1	Mensal	S/I	S/I
São João da Barra	50% + 1	Mensal	S/I	S/I

Fonte: Regimento Interno dos Conselhos Municipais de Saúde da Região Norte Fluminense.

## 6.5 CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

As conferências de saúde, espaços de controle social garantidos na Lei Orgânica de 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, assim, as discussões travadas nos conselhos de saúde (BRAVO, 2001).

Tabela 25. Periodicidade das Conferências

Conselhos Municipais de Saúde	Periodicidade das Conferências
Campos dos Goytacazes	4 em 4 anos
Carapebus	Sem informação
Conceição de Macabu	Sem informação
Macaé	2 em 2 anos
Quissamã	Sem informação

Conselhos Municipais de Saúde	Periodicidade das Conferências
São Fidélis	3 em 3 anos
São Francisco de Itabapoana	2 em 2 anos
São João da Barra	Sem informação

Fonte: Informações colhidas junto aos conselheiros de saúde da Região Norte Fluminense.

## 6.6 EXISTÊNCIA DE OUTROS CONSELHOS DE POLÍTICAS E/OU DE DIREITOS NA REGIÃO NORTE FLUMINENSE

A tabela abaixo nos dá um panorama da existência ou não de alguns conselhos de política (Assistência Social, Saúde e Educação) e de Direitos (Da Criança e do Adolescente), além do Conselho Tutelar. Esses conselhos foram priorizados nessa pesquisa, o que não significa que não existam outros conselhos nesses municípios.

Tabela 26. Conselhos de Políticas e Direitos da Região Norte

Municípios	CMAS	CMS	CME	CMDCA	Conselho Tutelar
Campos dos Goytacazes	Existe	Existe	Existe	Existe	Existe
Carapebus	Existe	Existe	Existe	Não existe	Existe
Conceição de Macabu	Existe	Existe	Existe	Existe	Existência ignorada
Macaé	Não existe	Existe	Existe	Existe	Existe
Quissamã	Existe	Existe	Existe	Existe	Existe
São Fidélis	Existe	Existe	Existe	Existe	Existe
São Francisco de Itabapoana	Existe	Existe	Existe	Existe	Existe
São João da Barra	Existe	Existe	Existe	Existe	Existe

Legenda: CMAS - Conselho Municipal de Assistência Social; CMS – Conselho Municipal de Saúde; CME – Conselho Municipal de Educação; CMDCA – Conselho Municipal de Criança e Adolescente.

Fonte: IBGE, Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2001.

Segundo os dados do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2001), percebemos que a maioria dos municípios possui quase todos os conselhos priorizados aqui, com exceção de Carapebus que não tem Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e de Macaé que não tem Conselho Municipal de Assistência Social. Além disso, tem Conceição de Macabu cuja existência de Conselho Tutelar é ignorada.

## 7 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO NORTE FLUMINENSE<sup>1</sup>

Maria Inês Souza Bravo  
Juliana Souza Bravo de Menezes  
Elaine Junger Pelaez

Este texto apresenta o perfil dos conselheiros de saúde da Região Norte Fluminense, 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>2</sup>.

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

Na Região Norte Fluminense, o curso de capacitação foi realizado em 2003, com a formação de duas turmas. No total o curso promoveu a capacitação de 48 conselheiros municipais. Os cursos tiveram como sede os municípios de Macaé e Campos.

Deste universo iremos analisar dados das fichas de inscrição de 47 conselheiros<sup>3</sup>. Este quantitativo representa 98% do total de conselheiros da Região Norte, entre titulares e suplentes<sup>4</sup>.

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

---

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

<sup>2</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 e 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.

<sup>3</sup> As 47 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>4</sup> Os conselheiros titulares e suplentes na Região Norte (Total: 304) estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 80 em Campos dos Goytacazes, 24 em Carapebus, 36 em Conceição de Macabu, 52 em Macaé, 48 em Quissamã, 40 em São Fidélis, 24 em São João da Barra. Não temos informação sobre o número dos conselheiros do seguinte município: São Francisco de Itabapoana.

## 7.1 DADOS INSTITUCIONAIS DA AMOSTRA

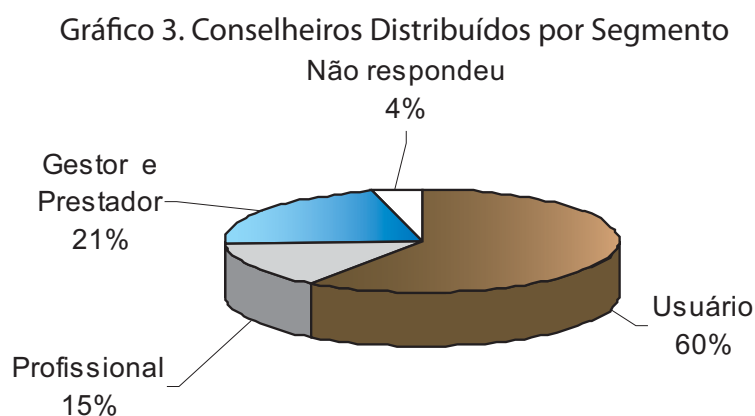
A partir da análise dos dados a seguir, podemos observar como foi a participação dos conselheiros no curso de capacitação, em cada um dos segmentos que compõem o conselho (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços).

O quadro abaixo demonstra que a maioria dos conselheiros capacitados (60%) pertence ao segmento de usuários. Este dado demonstra uma maior mobilização deste segmento para ampliação dos seus conhecimentos sobre controle social, a fim de qualificar seu trabalho e intervenção junto aos conselhos de saúde. O segmento dos gestores e prestadores teve 21% dos conselheiros capacitados, seguido pelos profissionais de saúde, com 15%.

Quadro 1. Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	28	60
Gestor/ Prestador	10	21
Profissional	7	15
Não respondeu	2	4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

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



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

No tocante à participação dos conselheiros de acordo com a sua condição, o quadro abaixo demonstra que a maioria dos conselheiros está na condição de titular (64%). Este é um fato positivo, já que a proposta nacional de capacitação, tinha como objetivo capacitar 50% dos conselheiros de saúde titulares, em cada região do Brasil.

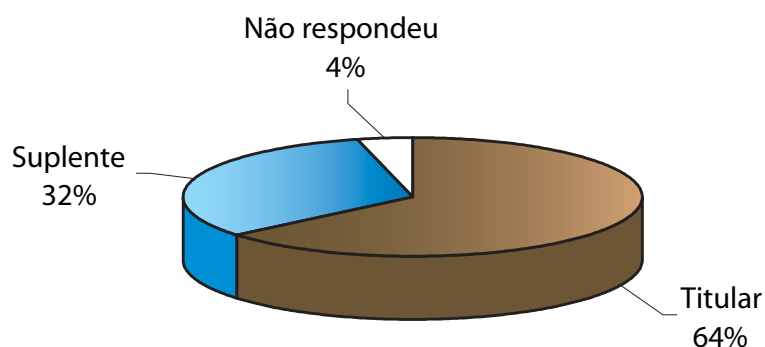


Quadro 2. Conselheiros Distribuídos por Condição

Condição	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Titular	30	64
Suplente	15	32
Não respondeu	2	4
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

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

Gráfico 4. Conselheiros Distribuídos por Condição



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

## 7.2 DADOS PESSOAIS DOS CONSELHEIROS

Com relação à idade, pode-se verificar que a maioria dos conselheiros de saúde está concentrada na faixa de 41 a 60 anos (55,5%), sendo que nesse intervalo destaca-se a participação de conselheiros com idade entre 41 e 50 anos (32%). Este é um dado importante, pois demonstra que a maior atuação nos conselhos de saúde é de pessoas que, provavelmente, participaram do movimento de reforma sanitária, em defesa de uma política de saúde universal e de qualidade. Este fato pode ter contribuído para a formação de sujeitos comprometidos com o fortalecimento do controle social.

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

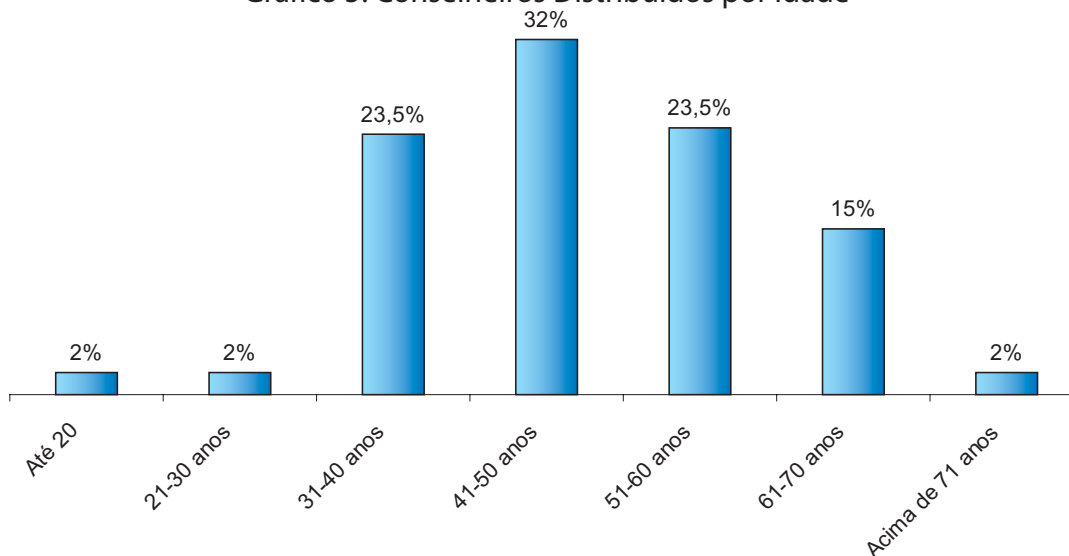
Por outro lado, uma reflexão importante é a pouca preocupação dos sujeitos sociais envolvidos na luta pela reforma sanitária com a formação de quadros, ou seja, a mobilização dos jovens para a luta pela saúde.

Quadro 3. Conselheiros Distribuídos por Idade

Idade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Até 20	1	2
21-30	1	2
31-40	11	23,5
41-50	15	32
51-60	11	23,5
61-70	7	15
Acima de 71	1	2
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

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

Gráfico 5. Conselheiros Distribuídos por Idade



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

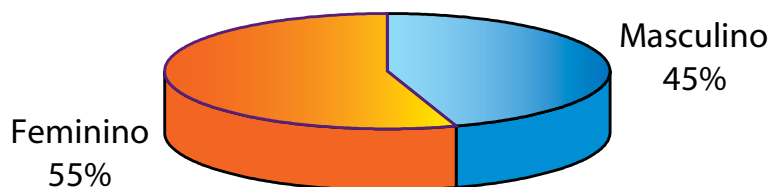
Com relação ao sexo, verifica-se que a maioria (55%) dos conselheiros é do sexo feminino. Entretanto, há que se destacar que a diferença entre a participação de homens e mulheres no conselho de saúde é bem pequena, o que consiste em um dado bastante positivo, pois aponta para uma possível superação da histórica posição de subalternidade da mulher na sociedade.

Quadro 4. Conselheiros Distribuídos por Sexo

Sexo	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Feminino	26	55
Masculino	21	45
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

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

Gráfico 6. Conselheiros Distribuídos por Sexo



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

Quanto à escolaridade verifica-se a partir, do quadro abaixo, que a maioria dos conselheiros (42%) possui o 2.º e 3.º graus, dos quais 25% possui o 2.º grau e 17% possui o 3.º grau, além de um número significativo de conselheiros com especialização (30%). Estes dados demonstram um nível elevado da escolaridade dos conselheiros da região.

Quadro 5. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade

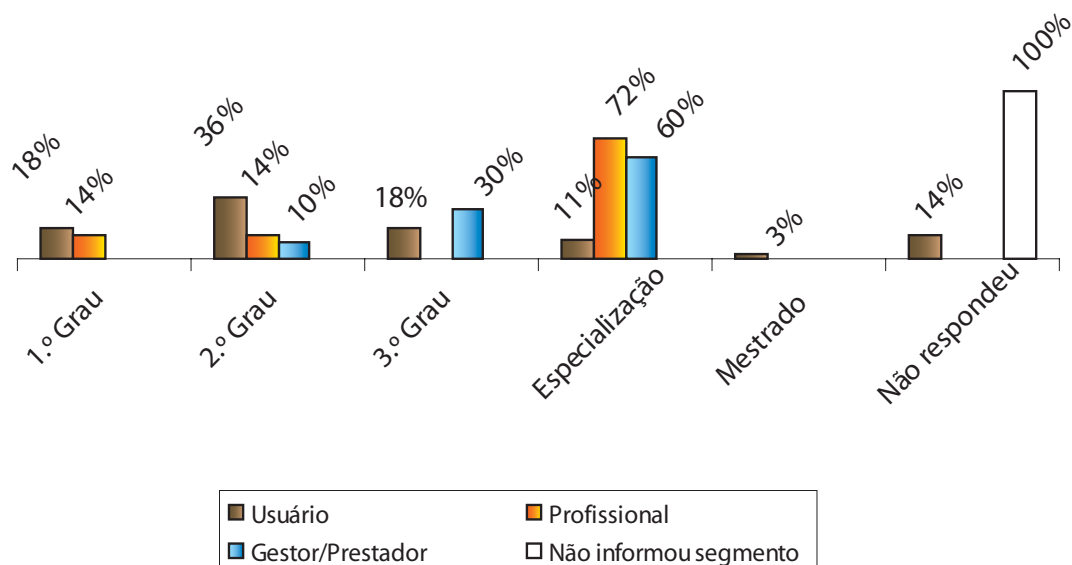
Escolaridade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
1.º Grau	6	13
2.º Grau	12	25
3.º Grau	8	17
Especialização	14	30
Mestrado	1	2
Não respondeu	6	13
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

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

O gráfico abaixo, vai ressaltar a escolaridade por segmento. Verifica-se que, no segmento dos usuários, a maioria dos conselheiros possui 2.º grau (36%), seguido de 1.º e 3.º grau (18% cada), com destaque para um número significativo (14%) com especialização ou mestrado. No segmento dos profissionais de saúde, a maioria dos conselheiros possui especialização (72%), seguido de um número significativo que possui apenas o 1.º e 2.º

grau (14% cada). E, no segmento dos gestores e prestadores de serviços, a maioria dos conselheiros possui especialização (60%) e qualificação em nível de 3.º grau (30%), seguido de conselheiros neste segmento que possui apenas o 2.º grau (10%).

Gráfico 7. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento



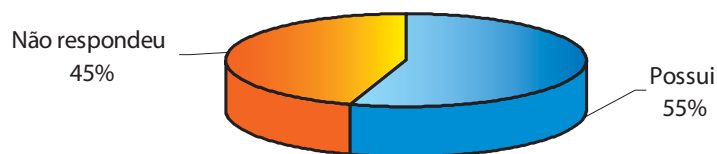
Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2005

### 7.3 PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS SOCIAIS

A participação em movimentos sociais é um dado importante para avaliar o potencial de participação da sociedade no controle social, por meio dos conselhos de saúde. Cabe destacar que na ficha oficial do curso de capacitação não havia perguntas relativas a este eixo. Assim, durante a realização dos cursos foi distribuído pelo Projeto Políticas Públicas de Saúde um questionário específico sobre participação em movimentos, a ser anexado às fichas de inscrição. Entretanto, na Região Norte Fluminense, das 47 fichas de inscrição analisadas, apenas 26 responderam o questionário em anexo.

Assim, com relação à experiência em movimentos sociais, observa-se, pelo gráfico abaixo, que a maioria dos conselheiros (55%) participou ou participa de alguma organização política da sociedade civil. Sem desprezar a capacidade de mobilização e interlocução dos conselheiros com os movimentos sociais, consideramos que a inserção deles nas organizações políticas da sociedade contribui para uma melhor apreensão da realidade e articulação política com outros segmentos da sociedade civil. Neste sentido, os conselheiros com esta experiência de participação tendem a apresentar maior ressonância dos seus debates e ações, contribuindo para a construção de alianças, já que seus espaços organizados se refletem significativamente nos conselhos.

Gráfico 8. Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais



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

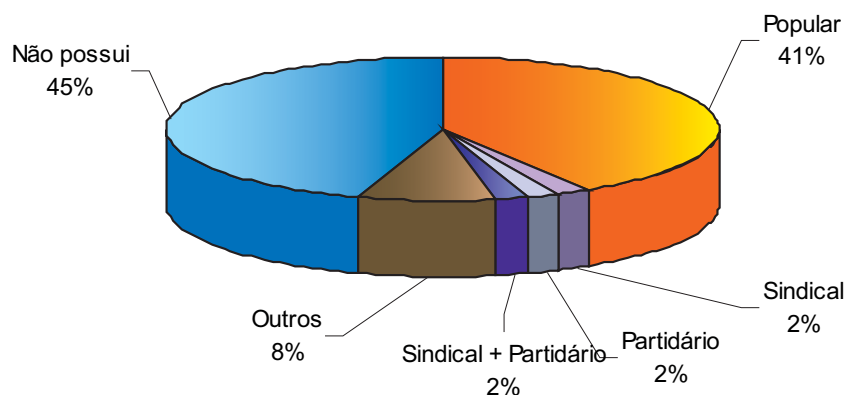
Quanto aos movimentos sociais nos quais os conselheiros possuem experiência de participação, verifica-se que a maioria está relacionada com movimentos populares (41%). Identificamos pouca participação dos conselheiros em movimento sindical e partidário (6%). Verificamos um número significativo de conselheiros com experiência em outros movimentos (8%). Um número expressivo dos conselheiros não respondeu ou não informou se participa ou participou de movimentos sociais (45%).

Quadro 6. Movimentos Sociais nos Quais Possuem Experiência

	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Movimento popular	19	41
Movimento sindical	1	2
Movimento partidário	1	2
Movimento sindical + partidário	1	2
Outros	4	8
Não respondeu	21	45
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

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

Gráfico 9 – Movimentos Sociais nos Quais Possuem Experiência



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

Com relação às principais entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde, observa-se no segmento dos usuários que a maioria é composta por associações de moradores (47%). Entretanto, identifica-se distorções na composição do conselho, pois entidades representativas do segmento dos profissionais de saúde (associação de agentes comunitários 3,5%) e prestadores de serviços (pastoral da criança – 3,5%) vêm ocupando vagas no segmento dos usuários.

Já no segmento dos trabalhadores de saúde, observa-se que a maioria é composta por conselhos profissionais (57%) e pelas secretarias municipais de saúde e assistência social (29%) e 14% por ONGs. Ressalta-se também que a presença de trabalhadores indicados pelas unidades de saúde para ocuparem o conselho e representando ONGs, consiste em um sério equívoco, pois sua presença deve ser respaldada pelas entidades representativas dos profissionais de saúde, e não por entidades representativas do segmento dos gestores.

Destaca-se que distorções na composição dos conselhos consistem um problema para a garantia da paridade entre os segmentos, na medida em que os interesses das entidades representadas acabam não sendo compatíveis com os interesses do segmento no qual se encontram.

Quadro 7. Entidades Representativas dos Usuários e Trabalhadores de Saúde

	Usuário	Porcentagem (%)	Profissional	Porcentagem (%)
Associação comercial	2	7	-	-
Associação de agentes comunitários	1	3,5	-	-
Associação de aposentados	1	3,5	-	-
Associação de moradores	13	47	-	-
Associação de mulheres	3	11	-	-
Associação de portadores de patologias	1	3,5	-	-
Associação de produtores rurais	2	7	-	-
Associação de servidores públicos	1	3,5	-	-
Banda musical	1	3,5	-	-
Conselho profissional	-	-	4	57
ONG	-	-	1	14
Pastoral da criança	1	3,5	-	-

	Usuário	Porcentagem (%)	Profissional	Porcentagem (%)
Secretarias (saúde e assistência social)	-	-	2	29
Sindicato	1	3,5	-	-
Não respondeu	1	3,5	-	-
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>

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

#### 7.4 ALGUMAS REFLEXÕES

O perfil dos conselheiros municipais de saúde da Região Norte Fluminense, nos possibilita algumas reflexões acerca dos dados apresentados.

Dentre os itens pesquisados encontra-se a faixa etária, onde podemos constatar que não há uma renovação de quadros nos conselhos. A maioria dos conselheiros da Região Norte Fluminense (79%) têm entre 31 e 60 anos. O quantitativo de conselheiros na faixa de até 30 anos ainda é muito reduzido em toda região (4%). A partir desta evidência, considera-se importante mobilizar os jovens para se inserirem na luta pela saúde.

Outro aspecto de importante relevância é relacionado ao nível de escolaridade, onde (42%) possuem 2.º ou 3.º grau, sendo que deste percentual podemos apontar que 25% possuem o 2.º grau e 17% possuem o 3.º grau. Dentre os que possuem 3.º grau, cabe ressaltar que 30% possuem alguma especialização, o que nos leva a considerar o alto nível de escolaridade dos conselheiros da região.

Um aspecto ao qual deve-se refletir é relacionado à participação dos conselheiros em movimentos sociais. A maioria (41%) participou ou participa de movimentos populares e identificou-se um número reduzido (6%) de conselheiros com experiência em movimentos sindical e partidário. No movimento popular pode-se destacar como principal entidade as associações de moradores. A pouca participação dos conselheiros em partidos políticos e sindicatos é um fator relevante, pois demonstra que a perspectiva política dos conselheiros pode estar restrita somente à saúde, e não a um projeto societário mais amplo, o que poderia qualificar o debate desses conselheiros e potencializar maior participação popular.

Fator que também merece atenção é a entidade a qual o conselheiro representa que, conforme já exposto, pode implicar em distorções na paridade. Foi identificado que entidades representativas do segmento dos profissionais de saúde e prestadores de serviços vêm ocupando vagas no segmento dos usuários. Com relação aos trabalhadores de saúde, é importante destacar que a sua participação nos conselhos deve ser respaldada

pelas entidades representativas dos profissionais de saúde, e não por entidades representativas do segmento dos gestores. A compreensão equivocada da inserção de algumas entidades na composição do conselho pode fragilizar o potencial político dos mesmos.

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



## 8 MESA-REDONDA – PARTICIPAÇÃO, MOVIMENTOS SOCIAIS E CONTROLE SOCIAL NA REGIÃO NORTE

### 8.1 OS MOVIMENTOS SOCIAIS

#### 8.1.1 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

O representante do movimento dos sem terra, Leopoldo Oliveira, inicia com um resgate do surgimento deste movimento social e disse que, para isso, é preciso se entender como se deu todo processo de concentração de terras no país e como, ao longo da história, a classe trabalhadora do campo vem se organizando, para se contrapor a essa concentração de terra. Sabe-se que no Brasil, antes da colonização as terras não eram privadas, eram sociais, todos tinham acesso, mas com a vinda da coroa portuguesa para cá, essas terras passaram a pertencer à monarquia e aí as pessoas não tinham mais acesso a elas e toda a produção era voltada para a exportação. Com o regime de escravidão, começaram as lutas internacionais pelo fim da mesma. Em 1850, teve o primeiro momento na história do Brasil em que seria possível ser feita a Reforma Agrária, que se chamou de Lei de Terras. Quando essa lei foi criada, a questão escravagista já tinha expressão internacional, então haviam várias leis de libertação e os monarquistas receavam de que as terras pudessem ser ocupadas por essa população que já estava liberta. Por isto, criaram esse mecanismo que se chama Lei de Terras, onde só teria direito à terra quem pagasse por ela. Esse foi o primeiro passo para a instituição da terra privada, ou seja, só pertencia a quem por ela pudesse pagar.

No final do século XIX, com a república, é passado todas as terras que pertenciam à monarquia para os estados da federação e aí estes passam a legislar essas terras da maneira que eles quisessem, seja vendendo ou doando. Na maioria das vezes era por meio da doação para que eles estivessem mais próximos da república, do estado, da federação.

Um pouco mais à frente, no século XX, no período pós-guerra, quando o mundo estava pensando no que fazer com os materiais que ficaram da 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial, sejam as armas químicas, sejam os campos de guerra utilizados. Estes foram adaptados para a agricultura, ou seja, os produtos químicos e as armas químicas foram desdobradas para servir de agrotóxicos para o controle das pragas. Os tanques de guerra foram convertidos para serem usados como tratores. Este processo foi chamado de “Revolução Verde”, ou seja, todo um pacote que foi feito com os produtos destinados ao período pós-guerra e adaptados para a agricultura. Além disso, fez-se um melhoramento genético, que foram sementes híbridas altamente produtivas, uma vez que se colocasse o adubo químico e se usasse os agrotóxicos, que eram chamados “defensivos agrícolas”. Observa-se todo um

processo que foi realizado para a desqualificação da agricultura, que excluía a pequena propriedade, ou seja, os pequenos proprietários de terras porque não tinham como pagar. Isso fez com que muitos deles perdessem suas terras e viessem para a cidade, para ingressar na evolução de pobreza, das cidades e das favelas.

Dentro do Regime Militar tem o período de modernização da agricultura, com grandes incentivos fiscais e subsídios para a agricultura. O resultado econômico para o estado é negativo, isto porque ele subsidiava a agricultura das grandes propriedades e as pequenas não tinham acesso a tais incentivos. Entretanto, os produtores que recebiam o crédito não pagavam, fazendo crescer a dívida com o estado.

Tem-se agora o agronegócio que também é uma modernização. Há tentativas de se passar que a pequena propriedade privada pode se modernizar por meio do agro-negócio que é um outro pacote tecnológico a que muitos não têm acesso. Esse foi o processo que gerou essa concentração de terras, ou seja, com a tecnificação muito alta, muitos não tinham como pagar.

E agora, como que a população vem se organizando ao longo dessa história? Segundo ele, um exemplo clássico é a comunidade negra, no final da escravidão, que formava os seus quilombos, com milhares de pessoas que ali habitavam, onde criaram uma cidade e um movimento social organizado. Tem-se o exemplo de Belmonte e de Canudos, que foi uma outra forma de organização social, se contrapondo ao modelo que estava sendo colocado. Como também a Guerra do Contestado, em Santa Catarina, Paraná (Região Sul), que foi uma forma de organização social da comunidade, onde foi implementada uma grande ferrovia, que no final da construção, os benefícios que seriam para os trabalhadores que ali estiveram e não foram contemplados. Eles se organizaram para registrar os seus direitos, houve desta forma uma guerra mesmo, que se chamou de Contestado, onde armas e aviões foram usados para combater a forma de organização da comunidade daquela época. Teve também as ligas camponesas que surgiram na década de 40 muito mais intensiva e forte na Região Nordeste do país, também tem no final dos anos 50, a união dos trabalhadores da agricultura, que em 1963 tirou vantagem por ter representação sindical, mas que a contraposição maior e mais organizada foram as Ligas Camponesas, só que naquela época não podia se sindicalizar, não se criava sindicatos, então nasceram essas ligas, que foram muito mais ativas à presença PCB na época, que estava acompanhando a criação delas, e isso tomou uma proporção muito grande, inclusive no primeiro congresso que foi feito com os trabalhadores em 1960, em que foi tirado naquele congresso, já contando com a Reforma Agrária, que seria na lei ou na marra, ou seja, desde aquela época, já tinha a questão da reforma agrária muito mais discutida. O Governo, vendo isso como uma preocupação, libera a criação dos sindicatos, como uma forma de desmoralizar as ligas camponesas, para deixá-las menos fortes do que eram e realmente isso aconteceu. Com a oficialização dos sindicatos, a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura (Contag) passa a ter uma força muito maior de representação, inclusive, em todos os estados da federação e virou mais uma forma de organização, não política, que luta pela terra, mas sim, uma questão mais trabalhista, que virou

luta pelos direitos trabalhistas e não uma briga de uma maneira geral pela questão das terras. Naquele mesmo ano, antes do golpe militar, o Governo cria a Superintendência de Reforma Agrária. O palestrante citou um trecho que dizia que “a Reforma Agrária seria realizada nas áreas em que o sistema de propriedade da terra constituía obstáculo ou aumento de produtividade e a melhoria de condições do trabalhador rural”. Aquelas terras onde não se podia produzir eram destinadas para a Reforma Agrária. Essa foi a política feita em 1960 e que hoje também é realizada. Na reforma agrária tem-se destinado as áreas que foram ao longo do tempo, na Região de Campos, exploradas pela cana-de-açúcar, altamente degradada e isso causou dentro do movimento uma forma de organização dos trabalhadores. Com o golpe militar, essa organização entra na clandestinidade e se tem uma atuação um pouco reduzida desses sindicatos. Mas, com esse projeto do Regime Militar no final dos anos 70, há uma participação muito grande da Pastoral da Terra, que foi criada em 1975, com uma parte da igreja católica que inicia um trabalho de base dentro dessas comunidades rurais, tem também a questão da volta da organização sindical em todo país, que no final do Regime Militar, as ligas camponesas de forma isolada, continuaram. Esse conjunto contribuiu para que em 1984 se consolidasse a criação do Movimento Sem Terra (MST), que não foi criado de uma hora para outra; há todo um processo histórico que explica essa falta de organização do MST e de outros movimentos sociais. Nada é por acaso, tudo tem uma explicação, pois de lá para cá sempre se faz uma discussão em torno do modelo agrícola do país que é voltado para essa questão do financiamento, para uma agricultura que não se sustenta, que se acompanha no final dos anos 90, e até mesmo nesse ano, que é chamado de “tratorasso”, onde grandes proprietários de terras vão para Brasília pedindo o perdão da dívida porque a agricultura que eles têm e vendem não se sustenta sem a ajuda do poder público e sem o Governo.

O movimento hoje está reivindicando e brigando por um modelo de agricultura que respeite o trabalhador, a agricultura familiar é um modelo agroecológico, não agrotóxico. Porque até hoje esta questão da produção orgânica foi apropriada pelo capital, que diz que um produto não agrotóxico, mas orgânico, tem que ser recompensado com um valor mais caro no mercado, isso restringe ainda mais o acesso a esses produtos ditos de qualidade. Então, a gente rebate na produção ecológica, com produtos naturais, saudáveis, sem a utilização de agrotóxicos, mas que também não utilize esse pacote tecnológico da produção orgânica, ou seja, a substituição de um tipo de pacote por outro. Por isso, o movimento é contrário, por ser a favor da ecologia. Hoje em dia na Região de Campos e no país toda essa questão da agroecologia, dos produtos livres de agrotóxicos é uma forma de se garantir a segurança alimentar destas famílias, sabendo que estão consumindo um produto que é seguro, ou seja, que não tem nenhum produto químico que vai fazer mal para a saúde. Essa é uma forma que se está adotando na área da agricultura.

Além da segurança alimentar, existe a questão da soberania alimentar. Hoje os transgênicos que já foram liberados pelo Governo, são sementes feitas em laboratório e distribuídas para a população, mas são pagas e o produtor não tem controle sobre isso. A semente que antes podia ser produzida e guardada para plantar tem um gene que quando dá um fruto, não é plantada, não gera uma planta produtiva e com isso você fica sempre

na dependência de comprar a semente. Esse é um debate, onde as sementes estão sendo produzidas pelos próprios agricultores.

Na década de 90 o MST foi muito criticado por degradar o ambiente, mas na avaliação do movimento essa degradação não parte do movimento, as áreas que estavam destinadas para a reforma agrária já eram degradadas por todo esse processo de monocultura, da cana, do gado e que compacta muito a terra. O movimento cria a Fonte Nacional do Meio Ambiente que trata essa questão da agroecologia e do meio ambiente como um todo.

O representante do MST diz poder contribuir pouco na questão da saúde, principalmente na parte técnica, mas o que discutem hoje referente à questão da saúde dentro do MST é a saúde preventiva, a questão do consumo de alimentos saudáveis sem agrotóxicos. Quando cria-se os assentamentos há muitas coisas que dependem do próprio movimento, mas outras que dependem do poder público e uma delas é o saneamento básico. Nenhum assentamento da região tem água tratada e esgoto. Segundo Leopoldo, os assentamentos da Baixada Campista são de uma área muito mais baixa do que o lençol freático, que é altíssimo, chegando até 30cm, pois cavando 30cm já se encontra água, isso viabiliza até a construção de fossas na região. Então, como é que vai se manter um ambiente saudável se não se pode construir uma fossa pelo poder público? Na Região de São Francisco, que tem assentamento, o movimento tem uma água imprópria para o consumo. Não tem a construção de fossas profundas, onde se consegue encontrar água mais saudável e nem tratamento de esgoto. O Movimento questiona como vai manter uma população saudável sem esses requisitos básicos, que é a questão do saneamento. Investindo no saneamento básico e numa alimentação mais saudável, haverá menos problemas para frente, com um custo muito menor, é melhor prevenir do que remediar.

Em relação aos conselhos, o movimento tem uma política de evitar participar destes por não entender, nem compreender a questão da representatividade, que não se faz presente nos conselhos, ou seja, tem uma representação do poder público muito maior. Hoje, discute-se muito a questão da paridade, mas sabe-se que dentro da sociedade civil também não há discussão fechada, ou seja, tem representantes de associação de moradores que é ligado ao vereador tal, ao prefeito, ou a oposição e ali tem influência política. A sociedade civil acaba não se organizando frente ao poder público.

Para o MST existe uma representação muito maior do poder público do que da sociedade civil e o primeiro se fecha para impor o que eles querem, na realidade o conselho fica composto por atores coadjuvantes que não têm muita participação porque as decisões já vêm fechadas e na hora de chegar na votação não consegue fazer valer a sua posição. Leopoldo deu exemplo do Conselho do Meio Ambiente, que estava discutindo o plano gestor em Campos e tem representação de dez conselheiros da sociedade civil e dez conselheiros do poder público, só que no poder público entram também as universidades e outras instituições. Segundo ele o poder público deixa claro que dentro da sua representação só vai entrar o executivo, e questiona como é que a opinião da sociedade civil é considerada se na hora de dividir essa proporção, ela é sempre do poder público? Que participação é essa? Ela é participativa ou não? Na hora da representação essas divi-

sões não se fazem presentes, muito pelo contrário, toda essa discussão de movimentos sociais tem que buscar entender o porquê daquele movimento social, procurar na história porque a história sempre explica.

Por que hoje tem Movimento Sem Teto na sociedade? Sem Teto, MPA, movimentos atingidos pelas barragens que são movimentos construídos, formados. Todo aquele conjunto da população que tem as suas terras derrubadas por grandes barragens, eles discutem. Formaram um movimento para fazer essa discussão. Tem o movimento das mulheres camponesas e outros ligados à cidade: o sindicato e o movimento do direito das mulheres. Existem várias formas para a gente se organizar dentro desse modelo econômico voltado para o superávit primário, ou seja, tudo que se paga de imposto vai para dívida externa e nada está destinado a um fundo para ser beneficiado por aquilo que é de direito.

Leopoldo termina questionando o pagamento de IPVA, mas ele não vai para a reforma de estradas, vai para o fundo único do Governo que paga a dívida externa. O movimento vem tentando compreender como esse Governo econômico está sendo colocado, onde, segundo ele é altamente excludente e tudo que hoje a gente ganha de riqueza vai para pagar a dívida externa.

### **8.1.2 Movimento de Mulheres**

Vera Lúcia Coutinho, do Movimento de Mulheres de Campos, explicou que a princípio o MMC estava voltado para dentro de um partido político, onde a discussão para fortalecer o controle social não existia. A mulher não trabalhava nos seus interesses e direitos de cidadania. Em 1998, por meio de um programa de rádio, pertencente ao marido de Vera Lúcia, que sempre teve participação no programa por meio do quadro "A Palavra da Mulher", contemplando as mulheres para falar sobre seu lado profissional e divulgar o seu trabalho.

Em 1998, no programa de rádio, alguém passou para Vera a questão das mulheres dentro do partido político, que até então não estava voltada para essa questão. Após algumas conversas surgiu o fato de que existia uma associação de mulheres em Campos, que só funcionou por um ano porque o objetivo dessas mulheres era se movimentar para a geração de renda e para criação de uma cooperativa, mas isso não aconteceu. Foram feitas reuniões durante três meses convidando várias mulheres da comunidade e a mulher trabalhadora. Discutiu-se a questão da necessidade delas garantirem o seu direito de cidadã: direito à vida, à saúde, ao trabalho, ao lazer e à sua cidadania. Detectou-se que as mulheres tinham grandes problemas de saúde porque não discutiam os seus direitos, quando iam para o hospital já estavam em trabalho de parto, chegavam na hora e não tinham vagas para a internação, o SUS não atendia e essas mulheres se calavam, voltavam, dando à luz muitas vezes dentro de viaturas.

Segundo a representante do Movimento de Mulheres, a mulher tinha ressentimento de gritar. Em 1970 teve um grande movimento onde as mulheres fizeram protestos que foram crescendo. Não é o feminismo, é o movimento feminista, na verdade as mulhe-

res queriam dar seu grito de independência, quando em 8 de março as mulheres foram queimadas, mortas dentro de uma fábrica de tecido, elas estavam reivindicando os seus direitos, direito à vida, à amamentação e creche para os filhos. No Brasil, ainda tem muita discriminação, a mulher negra e os movimentos negros estão aí para provar. Os movimentos necessitam ser respeitado.

Em Campos começou-se a fazer um movimento de igualdade, para mostrar os direitos das mulheres e hoje temos o Movimento de Mulheres da Associação Comunitária de Mulheres. Existem associações de bairros com mulheres à frente da diretoria. A mulher hoje já conquistou o direito de ir e vir sem ser tão discriminada como a algum tempo atrás. A discriminação contra a mulher não era só no mercado de trabalho, mas na saúde e na educação. Uma das conquistas obtidas pela associação de mulheres é o Núcleo Integrado de Atendimento à Mulher Vítima de Violência, pois esta é uma questão de saúde pública. A associação de mulheres trabalha com uma revista da Rede Saúde de 1999, que coloca as garantias e os direitos da mulher vítima de violência dentro da Saúde. A mulher que sofre um estupro, tem garantido na área de Saúde todo seu atendimento, sem se questionar o porquê daquela mulher sofrer aquela violência.

As mulheres também estão dentro dos conselhos, em Campos, existe o conselho do direito da mulher que não trata só da violência, mas também da questão social. Dentro do conselho de saúde faz-se a defesa da garantia dos direitos das mulheres. Porém, a mulher da periferia não tem esse tipo de informação dos seus direitos. Cabe às associações e ao movimento social divulgar.

Destaca que a luta do movimento de mulheres precisa ser mais organizada, ligada às bases. É uma luta longa, há poucas mulheres na política, nas bancadas, nas câmaras e é preciso lutar pelo seu espaço e garanti-lo. É uma luta que as conselheiras têm que divulgar, o conselho tem acima de tudo que capacitar para não voltar a estaca zero, as mulheres fazem uma dupla jornada sem o direito de reivindicar. Hoje muitas leis dão o direito à estabilidade do servidor público, essa é uma questão que se deve valorizar, e dentro desse contexto, realizar concurso público. Muitas mulheres são autônomas, sem carteira assinada, com muitas dificuldades, e no campo não é diferente. No Município de Campos, segundo Vera Lúcia as mulheres correm com seus filhos, levando-os para os hospitais e aí fica aquela pergunta: aonde recorrer, o que fazer?

O Movimento de Mulheres Campista está situado em um município onde o eleitorado é em sua maioria feminino. A luta do movimento é uma só, é a luta pela dignidade do direito da mulher que é um direito de cidadania.

## **8.2 OS CONSELHOS DE SAÚDE**

### **8.2.1 Representante dos usuários**

O representante do segmento dos usuários do Conselho Municipal de Campos, Sr. Willian de Moraes Ricardo, falou do papel do usuário no conselho de saúde, do controle social. Lembrou que um filósofo ao falar de democracia a definia como um governo do

povo, pelo povo e para o povo. Designava como participação popular, a palavra assembléia, ou seja, o povo era chamado para fora de suas casas para deliberar nas ruas, nas praças, os seus problemas. Então, segundo Willian, o controle social é o povo participando das decisões do Governo em relação à saúde. Quando fala em controle social, Willian diz pensar que o povo é que deve governar. Na questão da saúde, em relação ao gestor, este deve realizar tudo aquilo que for deliberado pelos conselheiros nos conselhos e nas conferências, onde são tiradas diretrizes que devem ser adotadas. O conselho tem poder efetivo para deliberar, definir e determinar por meio de resoluções o que o gestor tem que realizar na saúde, porque a lei maior diz que saúde é um direito do cidadão e dever do estado. Nada mais é do que nós, enquanto cidadãos, cobrarmos do poder público o direito de ter acesso à saúde.

As propostas apresentadas pela professora Maria Inês realmente nasceram desses fóruns, desses encontros de conselhos, com a participação e auxílio de políticos interessados em ajudar, construir, fazer crescer esse SUS e que ajudaram a ter uma compreensão melhor do papel de conselheiro. Tem sido difícil o trabalho, o controle social não tem exercido a sua função, o povo não tem trabalhado como deve trabalhar e há um equívoco muito grande por parte de pessoas que estão nos conselhos representando o movimento social, pois se a associação de moradores foi eleita para ter uma representação no conselho, tem a obrigação de ser representante como um todo, ou seja, enquanto conselheiro de saúde, ele pode ser nesse espaço representante de usuário, todavia ele é conselheiro e vai trabalhar para a efetivação do controle social, para o usuário, para o trabalhador de saúde, para o gestor e assim por diante e vice-versa.

O que se tem visto no Conselho de Campos é que alguns vivem sob as sombras do poder público, não representam a comunidade, mas representam a si mesmos, são individualistas e buscam o benefício do poder público para se auto favorecerem e não desempenham o seu papel, ficando o segmento ao qual representam desamparado e os demais também. O profissional de saúde também não está tendo muita representatividade e faz um alerta para que cada um comece no seu município.

O grande problema do profissional de saúde é o PCCS (Plano de Cargos de Carreira e Salários), que enquanto não for implementado, enquanto o profissional não tiver garantida a sua estabilidade, sua capacitação, seu reconhecimento não só por parte do gestor, da população, mas de si. Os trabalhadores têm que começar a trabalhar, porque talvez seja o segmento mais prejudicado, o profissional de saúde trabalha sob a ótica do gestor e qualquer coisa que realize contrário a ele estará na rua, pois não tem garantia e/ou segurança.

Segundo Wilian, existem conselheiros nomeados pelo gestor para defender seu lado e esquecem que são conselheiros de saúde. O conselheiro tem que ter uma visão ampla e universal do que é conselho de saúde, hoje podem representar o segmento do usuário, mas amanhã poderá ser o do gestor. Disse que para crescer e fortalecer o controle social é preciso que se lute pelo segmento, busque um objetivo para a categoria que é a implantação da estabilidade não só profissional, mas também salarial, efetivando a participação dentro do seg-

mento que representa e também trabalhar pelo coletivo, pelo todo e não individualmente. A região tem muito que ganhar, mas para isso é preciso união e não devem brigar entre si.

Para Wilian o inimigo maior é o gestor que não quer cumprir a lei, as determinações legais, o que tem que se fazer é trabalharem juntos para obter uma melhoria na qualidade de vida dos profissionais, dos usuários e realmente contribuir para o engrandecimento do SUS. Finalizou dizendo ter certeza de que daqui a algum tempo diremos que temos um SUS da maneira que nós construímos.

### **8.2.2 Representante dos Gestores**

O Secretário de Saúde do Município de São Fidélis, Dr. Ivan Pinheiro, representante do movimento de gestores, disse que desconhecia os conselhos de saúde até ser nomeado secretário. Ressalta a importância dos conselheiros estarem em contato com suas bases, conta sua experiência na criação do conselho comunitário de desenvolvimento rural e a resistência dos gestores contra a criação do mesmo.

Conta que se tornou presidente do conselho de saúde compulsoriamente devido ao fato de ser secretário de saúde e que entrou sem conhecer a realidade do conselho, conseguindo democratizar um pouco a elaboração das políticas de saúde por meio da criação do Plano Municipal de Saúde.

Ressaltou que é preciso ter elementos para que o controle seja feito. Exemplificou falando da Emenda 29 e que só quem está nos conselhos a conhece, quando isto é fácil de divulgar, encontra-se na internet, está colocada à disposição, bem como o relatório da gestão, que explicita o que se aplicou, o que se gastou. Os recursos que vêm de Brasília para a cidade estão na internet.

Colocou que há uma peça que é muito difícil, seja para conselheiro ou gestor, que é a peça orçamentária, que é muito técnica. Teve a oportunidade em 2003, de aprender a trabalhar relatório de gestão com o pessoal da UERJ. Os gestores precisam estar motivados a frequentar esses espaços de debate para aprender e acumular informação. Em sua gestão não tem se furtado a levar elementos, a pedir participação na construção, criaram uma comissão de acompanhamento para a prestação de contas dos recursos.

O secretário diz que os recursos repassados pelo Ministério são ínfimos comparados às necessidades. Relatou a experiência de realização de pré-conferências de saúde:

Conseguimos realizar pré-conferências municipais de saúde. Fomos para a sede de um distrito chamado Boa Esperança. Também fizemos uma pré-conferência só para os trabalhadores de saúde em que compareceu um terço dos funcionários de saúde. Foi um momento em que estivemos mais próximo das bases<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Informação fornecida por Dr. Ivan Pinheiro no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte do Rio de Janeiro, realizado em Campos, no dia 12 de novembro de 2005.



Refere que muitos conselheiros levam seus interesses pessoais para o conselho e não os interesses da sociedade. Segundo ele, isto dificulta ainda mais o trabalho para o secretário de saúde, já que existem questões políticas. Algumas pessoas tentam se inserir nos conselhos por interesses pessoais. Em relação ao financiamento explica que ao contrário do que a população pensa não há recursos para tudo. Vários tratamentos não podem ser realizados. Diz que há um déficit em todo o estado.

Fala sobre os problemas comuns em cidades pequenas, como a falta não só de rede própria de saúde como também de municípios vizinhos que sirvam de referência, já que todos têm dificuldades. Diz que é procurado em sua própria casa por representantes de movimentos sociais para resolver situações emergenciais para as quais não tem recursos. Dificultando, ainda mais, a tarefa de ser secretário em cidades que só têm atenção básica. Diz que o fórum é um espaço de luta, mas precisa ser também um espaço de compreensão da realidade.

### **8.2.3 Pelo trabalhador de Saúde**

Representando o segmento dos trabalhadores, Maria Cléia, do Município de Campos, apresentou uma pesquisa sobre a gestão do conselho municipal, no período de 1998 a 2000. Fala que fechou o trabalho com o intuito de conhecer melhor esse espaço contraditório, tenso e rico de participação plural.

Coloca que os dados apresentados no seminário sobre a situação dos conselhos da região são semelhantes ao que ela observou no conselho que estudou, o que era de se esperar e afirma que os dados ainda são atuais.

Faz um resgate da história da participação da sociedade no Município de Campos no que diz respeito à política de saúde. Apresenta que o conselho de saúde surge em 1991 no município, mas muito antes de sua criação enquanto dispositivo legal, já havia uma comissão chamada Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS). Essas comissões representavam basicamente as propostas dos gestores, neste caso o executivo, com nenhuma presença da sociedade. Isto foi no início da década de 80 e funcionou assim por muito tempo, decidindo a política de saúde local sem consultar a população. Esta tomava conhecimento na medida em que precisava usar esses serviços que eram então pensados e discutidos pelas CIMS.

Em meados de 1980, a CIMS recebeu o primeiro confronto da população, que foi a criação do Conselho Comunitário de Saúde de Campos. Foi uma resposta da sociedade para também fazer valer a sua voz, a sua avaliação sobre que políticas de saúde gostariam de ter no município. Era um modelo que tinha um pouco do conceito dos conselhos de saúde de hoje. Não foi simples esse conselho conseguir uma vaga, um lugar de articulação na CIMS, foi preciso bastante enfrentamento para que esse conselho conseguisse seu espaço. Por volta de 1986, o conselho conseguiu uma cadeira na comissão.

Em 1989, acabou essa representação na comissão porque havia uma nova proposta de intervenção da sociedade, que já era a proposta de criação dos conselhos municipais de saúde. Em 1991, aconteceu a primeira conferência municipal de saúde para a constru-

ção do conselho municipal. Acrescenta que mesmo já estando a participação social garantida em lei houve grandes dificuldades para a implantação dos conselhos, justificando os dados de criação dos conselhos que demonstram certa distância da criação das leis.

Apresenta um depoimento de um participante da comissão e do início do conselho, já que seu objetivo na pesquisa era entender a idéia que a sociedade tinha dos conselhos. O depoimento comenta a questão das comissões serem formadas por pessoas convidadas pelo secretário de saúde e de que a comunidade só foi representada com a criação do conselho comunitário. Diz ainda que haviam conflitos entre os prestadores de serviços nas reuniões e briga pelos recursos. A preocupação da comissão não era a qualidade das políticas de saúde. A expositora comenta que nesses jogos de interesses, que ainda estão presentes, a política de saúde fica em segundo plano, e que as reivindicações não mudaram muito de lá para cá.

Maria Cléia alerta para a necessidade de refletir sobre espaços, que são tensos e contraditórios, mas são espaços em alguns momentos de consenso, em outros de dissenso e às vezes até bastante autoritário, mesmo que não gostemos. É preciso encarar os conselhos de saúde dentro da sua real existência, nem supervalorizando esse espaço de confronto e decisão e nem subestimando esse espaço de construção.

Fala sobre a importância de criação de estratégias de enfrentamento do poder público. Visto que quando este recusa as propostas do conselho está exercendo seu papel de acordo com a política que adotou, ou seja, não há a intenção do poder público de ser democrático. Sem a criação de estratégias novas, os conselhos não irão alcançar seus objetivos.

Apresenta alguns dados sobre o perfil dos conselheiros de saúde de Campos como:

- maior participação de mulheres;
- idade mediana dos conselheiros;
- escolaridade elevada;
- postura dos conselheiros em relação ao conselho;
- desconhecimento do regimento interno e da lei de criação do conselho;
- falta de revisão do regimento interno;
- como pensam que são escolhidas as instituições para participar do conselho;
- postura em relação ao poder público.

De acordo com a representante dos trabalhadores existem muitos riscos, constrangimentos e dificuldades na construção desse espaço, mas existem muitas possibilidades e maneiras de se construir essa política. Uma política que não vai ser para agora, mas que será para amanhã e depois, a política que queremos que a sociedade vivencie e que os que virão também possam vivenciar. Os conselhos precisam repensar essas estratégias e pensar como podemos fazer para dar maior visibilidade a esse espaço plural. Os canais de comunicação que podem ser utilizados para dar visibilidade às ações dos conselhos não estão sendo plenamente utilizados. As decisões dos conselhos não saem dali. E deixa a seguinte questão: como transformar um conselho num espaço de disputa política se ele não sair de suas quatro paredes?

### 8.3 A SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA / MS

A Dra. Lúcia Souto, representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, diz que o país vive um momento de reforma democrática recente, da qual faz parte a Reforma Sanitária, que apesar de não ter sido ainda totalmente implantada é um exemplo de democratização. Afirmo que apesar de grandes parcelas da população estarem descobertas dos serviços médicos, a saúde é uma política de inclusão e distributiva fundamental.

Fala sobre a importância da regulamentação da Emenda 29. Afirmo que o próprio Ministério da Saúde reconhece essa necessidade, mas que é preciso que haja luta política para que seja alcançada.

Questiona como a gente repensa a organização do SUS para que essa participação não seja uma participação caótica e possa ser substantiva. Como é que vamos ter na área social uma clareza maior de metas sociais? Não podemos em políticas sociais trabalhar na lógica da produção, uma produção caótica. Produz-se consulta, internação numa visão fragmentada e produtivista, segundo Lúcia é uma lógica predominante e hegemônica no Sistema Único de Saúde hoje, onde se cria uma lógica de produzir mais consulta e internação completamente desvinculada de impacto sobre os indicadores sanitários de uma região, um município. Isto tem que mudar, deve se começar a introduzir na Saúde o conceito de responsabilidade sanitária, seja em lei ou não.

Por meio dos seminários de gestão participativa, tem-se buscado conhecer melhor a realidade. Entendendo qual é o perfil e o que está acontecendo. Hoje duas doenças que são gravíssimas no Estado do Rio de Janeiro, que se sabe o diagnóstico, são a hanseníase e a tuberculose. O Rio é o primeiro estado brasileiro no *Ranking* da tuberculose; é a maior incidência e mortalidade no país inteiro. Então temos um indicador de gestão importante que é saber quanto tempo demora a ter o resultado de um exame para diagnóstico da doença. Em alguns lugares em meia hora tem o resultado, demora em outros lugares 60, 80 dias e em outros ainda nem chega. A representante do Ministério questiona se isso não seria então uma prioridade.

Estão comprando exames e contratando serviços desnecessários quando o necessário está faltando. Isto também é uma questão de qualificação e modernização de gestão.

Fala da necessidade da organização do sistema a partir da atenção básica. A continuidade dos tratamentos, mesmo quando esses envolvem cirurgias e procedimentos complexos devem ser dados nas unidades de atenção básica e até em casa, por meio das equipes de saúde da família. Para isso, é preciso que haja uma capacitação em massa dos profissionais de saúde. Segundo ela não deve ser necessário o atendimento de um infectologista, por exemplo, para tratar a tuberculose, todos os profissionais da equipe devem estar capacitados para isto. Os especialistas devem dar respaldo às equipes de atenção básica.

Discorre sobre a ocorrência de rotatividade dos profissionais que têm contratos precários. Explica que foi criada pelo Ministério da Saúde uma comissão metropolitana tri-

<sup>1</sup> Elaborado pela equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ, coordenado pela Dra. Maria Inês Souza Bravo.

partite, envolvendo governo federal, estadual e as 20 cidades da Região Metropolitana do Rio de Janeiro para o solucionamento dos problemas de saúde da região.

Conta a experiência de Belo Horizonte, onde 80% da capital está coberta por equipes de saúde da família concursadas. Sobre a necessidade do estabelecimento de metas, coloca que deve-se planejar para não ocorrerem mortes no parto ou de bebês no nascimento. Isto porque basta o acompanhamento de pré-natal para impedir estes incidentes. É preciso ter metas sanitárias para saber onde canalizar o dinheiro. É uma reorganização do SUS por meio do conceito de responsabilidade sanitária.

Dra. Lúcia fala da importância do PSF como base da atenção básica, mas afirma que é necessário acabar com a fragmentação do atendimento. Porque muitas vezes os pacientes são atingidos por diferentes problemas de saúde e por isso tratados por vários médicos sem que haja uma articulação desses atendimentos.

Afirma que hoje se tem na saúde individual e na coletiva uma fragmentação monumental. Da maneira que estamos organizados, o indivíduo já chega ao hospital devastado pela doença. O diabético só entra no SUS quando já é o chamado "pé podre", para fazer amputação de coxa. E isto ainda é considerado uma melhoria de consultas, porque cortei, por exemplo, quatro vezes mais pernas do que no ano passado. Para a expositora é uma medida de desastre, de fracasso completo e essas mudanças simples precisam ser realizadas.

Volta a falar da importância do estabelecimento de metas. Acha que hoje um grande desafio é a implantação do conselho regional, para ir construindo uma cultura da região de saúde. Segundo ela uma ferramenta como o consórcio é para estabelecer uma parceria. Primeiramente deve-se haver um pacto entre a região para o estabelecimento de metas sanitárias.

Informou que, talvez até o final de novembro de 2005, deverá ser assinado pelo Ministério, pelo Conass e pelo Conasems um Pacto Nacional de Gestão. Acha que isto pode ter, politicamente, uma expressão em nível de cada região de saúde do Brasil. Este pacto deverá ser bastante democrático para todo mundo se apropriar dessa decisão política. Pois quando se pactua alguma coisa é porque foi exaustivamente discutida e debatida até chegar a esse resultado.

Reforça que essa idéia de região de saúde é fundamental, citando como exemplo à própria Região Norte, que é uma região muito rica, com exceção de duas cidades, mas uma região com um potencial arrecadatório imenso. Enfatiza que esse potencial pode estar solidariamente sendo trabalhado regionalmente em torno de uma compreensão, de que esse consórcio regional deve ter controle social e ser democratizado. Até porque, a regulamentação do Ministério da Saúde diz que os consórcios devem seguir as diretrizes do SUS e uma das diretrizes é o controle social. O consórcio deve ser um mecanismo articulador de uma política na média e na alta complexidade, com relação às metas sanitárias da região e até fazendo com que aquilo que há de menos para um município possa ser muito para a região como um todo.

## 9 ALGUMAS REFLEXÕES RELACIONADAS À SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL NA REGIÃO NORTE FLUMINENSE<sup>1</sup>

Maria Inês Souza Bravo  
Débora Sales Pereira  
Juliana Souza Bravo de Menezes  
Rose Santos Pedreira  
Elaine Junger Pelaez  
Sílvia Cristina Guimarães Ladeira

A partir do presente trabalho, pode-se constatar a precariedade da saúde na Região Norte Fluminense, a qual possui uma rede hospitalar insuficiente e mal distribuída, além da alta incidência de doenças, tais como: a hanseníase, a tuberculose e a dengue, as quais poderiam ser contidas por meio da realização de programas públicos de saúde de prevenção.

Em relação ao controle social, a maioria dos conselhos de saúde da região, foram criados entre os anos 1991 e 1993, no mesmo período em que foram publicadas as NOB 91 e 93 e estas NOB colocam como critério para a transferência de recursos a constituição dos conselhos, principalmente a de 1993.

Todos os conselhos de saúde são deliberativos, reúnem-se mensalmente e têm, como *quorum* mínimo para a deliberação de 50% + 1 dos seus integrantes.

Ainda há conselhos municipais de saúde na região, ou seja, 62,5% que têm desrespeitado a paridade, demonstrando a fragilidade do controle social.

Ao analisar a composição dos conselhos de saúde da Região Norte Fluminense, percebe-se que os gestores estão ocupando as vagas dos trabalhadores de saúde. Identifica-se também algumas distorções no que diz respeito à representatividade dos conselheiros, tanto do segmento dos usuários quanto do segmento dos trabalhadores de saúde.

No segmento dos trabalhadores de saúde percebe-se que estes têm sido, muitas vezes, indicados diretamente pela unidade de saúde e não pelas suas entidades. Em relação ao segmento dos usuários encontram-se entidades prestadoras de serviços, tais como Lyons e Rotary Club; presença de vereadores, entidades que recebem recursos financeiros das Prefeituras, como por exemplo: pastoral da criança, banda musical e funcionários do poder municipal representando usuários.

O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990, foi fruto do projeto de reforma sanitária onde se defende a saúde como direito de todos e dever do estado. Seus princípios são a universalização, a integralidade das ações, a hierarquização, a equidade

---

<sup>1</sup> Elaborado pela equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde/UERJ, coordenado pela Dra. Maria Inês Souza Bravo.

de, a descentralização e o controle social. No entanto, no Brasil, a partir da década de 90, período de regulamentação do SUS, há adoção das políticas de ajuste, pautadas no neoliberalismo, que prevê a contenção de gastos públicos. Dessa forma, o estado tem procurado prover os serviços apenas para os que não podem pagar. Constatou-se, nesse período, dois projetos distintos em disputa: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária. A defesa do Projeto de Reforma Sanitária é fundamental para a conquista dos direitos à saúde.

Os conselhos de saúde representam um avanço significativo no que tange à ampliação da cidadania, tendo em vista a participação efetiva da sociedade civil nas instâncias decisórias do poder público, por meio da discussão e elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para o atendimento das demandas reais da população. Entretanto, a grande maioria desses conselhos enfrenta ainda alguns problemas relacionados ao acesso às informações e dados necessários para a proposição de políticas de saúde; a 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.

Quanto à falta de acesso à informação, os prejuízos mais graves estão relacionados à dificuldade em cumprir suas atribuições, principalmente no tocante às decisões que envolvem orçamento e financiamento do setor saúde. Outro, não menos importante, corresponde ao desrespeito por parte do poder executivo, que, em geral, dificulta ou impede a implementação das deliberações dos conselhos.

Destaca-se, ainda, que para o fortalecimento da gestão democrática da política de saúde, os conselhos da região que participaram da oficina de políticas públicas de DST/ Aids e Controle Social no Estado do Rio de Janeiro: capacitando lideranças e promovendo à sustentabilidade das respostas frente à Aids, realizada pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), pela Assessoria de DST/ Aids da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/ RJ), com a participação do Projeto Políticas Públicas de Saúde da UERJ, no ano de 2004, apresentaram propostas nos seguintes eixos: recursos humanos, financiamento e controle social.

Com relação à política de recursos humanos:

- estabelecer instrumentos de pressão para fortalecer uma política de revalorização profissional;
- utilizar recursos do fundo de participação do estado e contratar mais profissionais para o programa saúde da família (ampliação das equipes);
- acompanhar a contratação dos profissionais e o cumprimento da carga horária;
- articular com as universidades a capacitação continuada dos profissionais de saúde.

Com relação ao financiamento:

- ter participação na elaboração do orçamento (audiências públicas);
- garantir no orçamento municipal dotação orçamentária para os conselhos;

- os conselheiros devem ter conhecimento das pactuações e dos repasses para o fundo municipal de saúde e acompanhar desde a formulação até a implementação da política de saúde;
- há problemas no gerenciamento dos recursos. os conselhos devem informar ao órgão repassador por meio de relatório. Não resolvendo o problema, recorrer ao Ministério Público e à mídia.

Com relação à dinâmica dos conselhos:

- garantir o conhecimento prévio das pautas das reuniões dos conselhos;
- publicização das discussões do conselho;
- incentivar a participação da população no espaço dos conselhos através dos meios de comunicação, oficinas de sensibilização, entre outros;
- elaboração de um manual básico informativo (manual do conselheiro de saúde) de acordo com a realidade de cada município;
- criação do fórum regional dos conselhos para maior articulação e fortalecimento do controle social;
- realização de pré-conferências (preparação para conferências, discussão sobre saúde e escolha dos conselheiros);
- realização de cursos de capacitação de forma permanente, ampliado para todos os segmentos envolvidos/ interessados;
- articulação com as universidades para a realização dos cursos de capacitação;
- solicitar assessoria técnica nos assuntos centrais, por exemplo, a prestação de contas;
- planejamento estratégico para ações do conselho municipal de saúde (anual) com a participação da população.

O Projeto Políticas Públicas de Saúde, por meio de eventos realizados com os conselhos de saúde, sistematizou como propostas para o fortalecimento do controle social além das especificadas acima:

- garantir a paridade, segundo a Resolução n.º 333/03 do CNS, em todos os conselhos;
- criar mecanismos para a garantia do cumprimento das leis que regulamentam o funcionamento dos conselhos;
- necessidade de soluções jurídicas mais ágeis, quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo;
- criação dos conselhos gestores de unidade;
- garantir que os relatórios financeiros sejam apresentados em tempo hábil para a aprovação dos conselhos;
- buscar o cumprimento das políticas de saúde por meio da luta política, e não somente por ações individualizadas no Ministério Público;
- fortalecer os sujeitos coletivos, entidades e demais movimentos organizados, em detrimento do individualismo;

- criar mecanismos para a garantia do cumprimento das deliberações dos conselhos pelo poder público bem como viabilizar as propostas tiradas nas conferências de saúde;
- viabilizar recursos para comunicação / divulgação dos conselhos (jornais, informativos e outros);
- criar mecanismos para simplificar a linguagem técnica com relação à prestação de contas;
- organizar palestras junto às comunidades e unidades de saúde sobre a importância dos conselhos de saúde e controle social para divulgar a existência dos mesmos e motivar a população para participar;
- garantir definição orçamentária para o funcionamento dos conselhos para: viabilizar recursos para a melhoria da infra-estrutura e garantir a presença dos conselheiros em outros espaços de participação.



## 10 CARTA-COMPROMISSO DA REGIÃO NORTE FLUMINENSE

Os participantes do 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região Norte Fluminense realizado, em 12 de novembro de 2005, em Campos dos Goytacazes, com a presença de 75 participantes representando os conselhos municipais de saúde dos municípios de Campos dos Goytacazes, Conceição de Macabu, Macaé, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana; o Conselho Estadual de Saúde; as Secretarias Municipais de Saúde de Campos dos Goytacazes, São Fidélis e São Francisco de Itabapoana; a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e o Projeto Políticas Públicas de Saúde/ UERJ, caracterizaram como as principais questões de saúde na região:

- falta de investimento do setor público nos municípios que a compõem o que decorre do não cumprimento da Emenda Constitucional 29 (percentual dos municípios 15% e do governo estadual 12%). Com relação ao financiamento é ressaltado a falta de planejamento na administração dos recursos existentes e a baixa execução dos recursos autorizados para a política de saúde;
- falta de articulação da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS): relação entre a atenção básica e a média e alta complexidade;
- rede hospitalar hegemônica pelo setor privado;
- recursos humanos terceirizados, com precárias condições de trabalho, sem uma política efetiva de gestão do trabalho;
- fragilidade do controle social na região: falta de capacitação dos conselheiros de saúde, falta de articulação entre os conselhos municipais e o conselho estadual de saúde, não respeito à paridade segundo a Resolução n.º 333/ 2003 do Conselho Nacional de Saúde, entre outras.

A partir dos problemas identificados apresentam como propostas:

- Com relação à reorganização do SUS:
  - mudança no modelo de atenção com ênfase na integralidade;
  - necessidade de reorganizar o SUS na região com ênfase na atenção básica;
  - garantir uma política de medicamentos básico e excepcional (renal crônico), que venha diretamente do Governo Federal;
  - maior articulação entre as secretarias municipais de saúde e a secretaria estadual.
- Com relação ao Financiamento:
  - garantir a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (percentual dos municípios e do estado) e que seja definido um percentual mínimo para a União;
  - garantir a prestação de contas e sua discussão nos conselhos de saúde;

- monitorar a execução do orçamento para assegurar a aplicação da totalidade dos recursos alocados na saúde.
- Com relação aos recursos humanos:
  - repensar e viabilizar a política de recursos humanos (planos de cargos, carreiras e salários, educação permanente dos profissionais, garantir melhores condições de trabalho);
  - criação de critérios para escolha dos cargos de confiança (com qualificação e compromisso);
  - realização de concurso público de base local para os trabalhadores de saúde em geral e os vinculados ao Programa de Saúde da Família (PSF).
- Com relação ao Controle Social:
  - realização de curso de capacitação permanente para os conselheiros de saúde;
  - maior articulação entre os conselhos municipais de saúde e o conselho estadual;
  - Criação do Fórum Regional de Conselhos da Região Norte (marcou-se uma reunião de organização do Fórum de Conselhos da Região Norte Fluminense para o dia 12 de janeiro de 2006, às 9h30, em Campos dos Goytacazes);
  - realização da I Conferência de Saúde da Região Norte;
  - capacitação dos gestores para a administração pública;
  - garantir o respeito à paridade nos conselhos de saúde;
  - realização de planejamento estratégico para garantir as deliberações aprovadas nas conferências de saúde;
  - divulgação da pauta e resoluções dos conselhos;
  - criar uma comissão da região para acompanhar eventos estaduais (plenária estadual e seminário estadual de gestão participativa);
  - discutir nos fóruns a criação de mecanismos/ instrumentos para funcionamento da secretaria municipal de saúde (no momento de transição de Governo).
- Com relação às condições de vida:
  - garantir o saneamento básico e água tratada.

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde: guia do conselheiro*. Brasília, 2002.

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

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

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

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

CASTRO, J. A.; CARDOSO J. C. Políticas Sociais no Brasil: restrições macroeconômicas ao financiamento social no âmbito federal entre 1995 e 2002. In: QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO. Brasília: IPEA, 2005.

GOUVEIA, R. Projeto de Lei Complementar, n.º 01 (PL 01/2003). Brasília: [s.n.], 2003.

GRUPO DE ESTUDOS E PESQUISAS DO ORÇAMENTO PÚBLICO E DA SEGURIDADE SOCIAL (Gopss). Orçamento Público, Seguridade e Assistência Social. In: APOSTILA do Programa de Qualificação dos Gestores da Assistência do Estado do Rio de Janeiro - 2005. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Ação Social / FESP, 2005.

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

LADEIRA, S. C. G. *Relatório sobre a Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2004*. [S.l.: s.n.], 2003.

LADEIRA, S. C. G. et al. *Orçamento Público, Segurança e Assistência Social*: apostila do Programa de Qualificação dos Gestores e Conselheiros da Assistência Social. Rio de Janeiro: SAS/RJ, 2005.

NETTO, J. PAULO. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo: Cortez, 1992.

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

\_\_\_\_\_. Lei n.º 4179, de 29 de setembro de 2003. Dispõe sobre a instituição do Programa Estadual de Acesso à Alimentação – PEAA, e dá outras providências. [s.n.], Rio de Janeiro, 30 set. 2003.

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

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

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização – 2001/2004*. Rio de Janeiro, [200-?].

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2001/2004*. Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. Projeto Políticas Públicas de Saúde. *Região da Baixada Litorânea*: situação de saúde e controle social. Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado de Saúde. *Região Norte Fluminense*: situação de saúde e controle social. Rio de Janeiro, 2003.

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

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



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

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

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

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



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SA/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, abril de 2007

OS 0190/2007