MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

1.° Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro





Série D. Reuniões e Conferências Série 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 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: http://www.saude.gov.br/editora

Tiragem: 1.ª edição – 2007 – 600 exemplares

Série D. Reuniões e Conferências Série Cadernos Regionais

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, sala 410 CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3616 / 3315-3326 Faxes: (61) 3322-8377 / 3321-1935 *E-mail*: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Organização:

Projeto Mobilização Social para a Gestão Participativa SGP/MS

Coordenadora: Lucia Regina Florentino Souto Equipe: Rosemberg de Araújo Pinheiro

Valéria do Sul Martins

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

Faculdade de Serviço Social

Promoção:

UERJ/ Proext – Projeto Políticas Públicas de Saúde Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Conselhos Municipais de Saúde da Região da Baixada Litorânea/RJ

Coordenação:

Maria Inês Souza Bravo

Equipe Responsável:

Maria Inês Souza Bravo – Docente FSS/UERJ Mary Jane Teixeira – Docente FSS/UERJ Rose Santos Pedreira – Assistente Social Adriana Reis Soares – Graduanda FSS/UERJ Elaine Junger Pelaez – Graduanda FSS/UERJ

Maria Clara Martins Alves Assumpção – Graduanda FSS/UERJ Naiara Conceição da Costa Pereira – Graduanda FSS/UERJ Juliana Souza Bravo de Menezes – Assistente Social

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 da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

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

ISBN 978-85-334-1354-2

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

NLM WA 540

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0270

Títulos para indexação:

Em inglês: 1st Seminar on Health Participative Administration of the Rio de Janeiro Coastal Lowland Region Em espanhol: 1 Seminário de Gestión Participativa en Salud de la Región de la Bajada Costera de Rio de Janeiro

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774/2020
Fax: (61) 3233-9558 *E-mail*: editora.ms@saude.gov.br *Home page*: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe Editorial: Normalização: Vanessa Kelly Leitão Revisão: Mara Pamplona e Vânia Lucas Editoração: Leomar Peixoto Capa e Projeto Grafico: Leomar Peixoto

SUMÁRIO

Lista de Figuras, Gráficos e Tabelas
Apresentação
1 Mesa de Abertura do 1.º Seminário de Gestão Participativa da Baixada Litorânea 9
2 Considerações Iniciais: o Estado do Rio de Janeiro
2.1 População e Divisão Territorial
3 Breve Caracterização da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro 15
3.1 Dados Gerais
3.2 População
4 Situação de Saúde da Região da Baixada Litorânea
4.1 Principais Problemas de Saúde
4.2 Natalidade
4.3 Tipo de Parto
4.4 Mortalidade
4.4.1 Mortalidade Infantil
4.5 Principais Doenças na Região da Baixada Litorânea
5 Rede de Assistência
6 Atenção Básica
7 O Financiamento da Saúde e a Emenda Constitucional n.º 29 de 2000 29
7.1 Princípios do SUS – Constituição Federal de 1988
7.2 A Constituição Federal de 1988 e o Orçamento da Seguridade Social 29
7.3 Como Acompanhar e Fiscalizar o Cumprimento da Constituição? 34
7.4 O Gasto Federal
7.5 Impacto da Emenda Constitucional 29
7.6 O Gasto com Saúde no Mundo
$8\ Controle\ Social\ na\ Sa\'ude\ na\ Baixada\ Litor\^anea:\ Controle\ Social\ nas\ Pol\'iticas\ P\'ublicas.\ .\ .\ 53$
8.1 Considerações Iniciais
8.2 Panorama dos Conselhos de Saúde da Região
8.2.1 Ano de Formação
8.2.2 Organização Interna e Dinâmica do Funcionamento 55

8.2.3 Composição dos Conselhos	57
8.2.4 Conferências de Saúde	58
9 Perfil dos Conselheiros de Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro $$. $$.	61
9.1 Apresentação	61
9.2 Região Litorânea	61
9.2.1 Considerações Iniciais	61
9.2.2 Dados Institucionais da Amostra	62
9.2.3 Dados Pessoais dos Conselheiros	63
9.2.4 Participação em Movimentos Sociais	66
10 Mesa-Redonda "Participação e Controle Social"	71
10.1 A Visão de Controle Social	71
11 Algumas Reflexões Relacionadas à Situação de Saúde e Controle Social	75
12 Carta-Compromisso da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro	79
Referências	81

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 – Mapa do Estado do Rio de Janeiro Dividido por Regiões
Figura 2 – Mapa da Região da Baixada Litorânea – RJ
Tabela 1 – População da Região por Município
Tabela 2 – Principais Problemas de Saúde. 19
Tabela 3 – Natalidade
Tabela 4 – Tipo de Parto
Tabela 5 – Mortalidade
Tabela 6 – Mortalidade segundo Grupo de Risco
Tabela 7 – Mortalidade Infantil (por 1.000 Nascidos Vivos)
Tabela 8 – Principais Doenças da Região
Tabela 9 – Demonstrativo da Execução Orçamentária por Fonte em 2004 30
Tabela 10 – Demonstrativo da Execução da CPMF pelo MS – 1997-2005
Figura 3 – Acompanhamento da EC 29/2000 – Rio de Janeiro – Ano base 2000 35
Figura 4 – Acompanhamento da EC 29/2000 – Rio de Janeiro – Ano base 2001 36
Figura 5 – Acompanhamento da EC 29/2000 – Rio de Janeiro – Ano base 200236
Figura 6 – Acompanhamento da EC 29/2000 – Rio de Janeiro – Ano base 2003 37
Figura 7 – Acompanhamento da EC 29/2000 – Rio de Janeiro – Ano base 200438
Tabela 11 – Estimativa da Aplicação dos Recursos dos Governos Estaduais em Saúde 39
Tabela 12 – Indicadores Municipais em 2002 – RJ – Siops
Tabela 13 – Indicadores Municipais em 2003 – RJ – Siops
Tabela 14 – Indicadores Municipais em 2004 – RJ – Siops
Tabela 15 – Cumprimento da EC 29 pelos Municípios em 2003 – Brasil 43
Tabela 16 – Cumprimento da EC 29 pelos Municípios em 2003 – Brasil e RJ 43
Tabela 17 – Cumprimento da EC 29 pelos Municípios em 2004 – Brasil e RJ 44
Tabela 18 – 15% das Receitas de Impostos Municipais – Siops 2003
Tabela 19 – Evolução das Despesas do MS – 2000-2004 (em R\$ Milhões Corrente) 46
Tabela 20 – Transferências do MS para os Municípios do RJ (2004 Critério de Caixa) 47
Tabela 21 – Cobertura do Programa Saúde da Família (Maio/2005) 48
Tabela 22 – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde por Esfera de Governo48

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

Tabela 23 – Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde por Esfera de Governo49
Tabela 24 – Gasto com Saúde em Países Selecionados. 50
Gráfico1 – Gasto Público com Saúde em 2001 (% do PIB) Brasil e Países do G7 50
Gráfico 2 – Gasto Público com Saúde em 2001 (% do PIB) Brasil e Países Selecionados 51
Gráfico 3 – Gasto Público com Saúde em 2001 (% do PIB Países da América Latina) 52
Tabela 25 – Ano de Formação
Tabela 26 – Caráter dos Conselhos
Tabela 27 – <i>Quorum</i> e Periodicidade das Reuniões
Gráfico 4 – Paridade
Tabela 28 – Composição dos Conselhos
Tabela 29 – Periodicidade das Conferências
Tabela 30 – Conselheiros Distribuídos por Segmento 62
Gráfico 5 – Conselheiros Distribuídos por Segmento62
Tabela 31 – Conselheiros Distribuídos por Condição 63
Gráfico 6 – Conselheiros Distribuídos por Condição
Tabela 32 – Conselheiros Distribuídos por Idade 64
Gráfico 7 – Conselheiros Distribuídos por Idade
Tabela 33 – Conselheiros Distribuídos por Sexo
Gráfico 8 – Conselheiros Distribuídos por Sexo
Tabela 34 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade
Gráfico 9 – Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento 66
Gráfico 10 – Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais 67
Tabela 35 – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência 67
Gráfico 11 – Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência
Tabela 36 – Entidades Representativas dos Usuários e dos Trabalhadores de Saúde69

APRESENTAÇÃO

O 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, realizado no dia 27 de agosto de 2005, na Escola Maria Celeste em São Pedro da Aldeia, pretendeu situar, discutir e avaliar os problemas prioritários e as demandas da população relativas à saúde, com vistas a propor soluções que fossem viáveis por meio da mobilização dos usuários, trabalhadores e gestores de saúde na Região da Baixada Litorânea. Este Seminário teve também como objetivo potencializar a participação na gestão das políticas públicas de saúde, fortalecendo e articulando os conselhos municipais da região, na perspectiva de ampliar a democracia participativa e construir o Fórum de Conselhos da Baixada Litorânea.

A programação e a organização do Seminário foram construídas coletivamente em quatro reuniões – nos dias 24 de maio, 6 e 25 de junho e 23 de julho – que ocorreram na Associação Comercial (Rua Glória Lobo, n.º 360 – Centro – São Pedro da Aldeia) do Município de São Pedro da Aldeia. Participaram das reuniões representantes dos conselhos municipais de Araruama, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, Saquarema e São Pedro da Aldeia; representantes do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e a 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 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro contou com a participação de **87 pessoas inscritas** distribuídas da seguinte forma: *37 conselheiros de saúde, 37 não conselheiros* (16 trabalhadores de saúde, 7 estudantes e 4 outros) e 13 componentes da Comissão Organizadora.

Com relação aos conselheiros de saúde, 21 (28%) pertenciam ao segmento dos usuários, 6 (8,5%) dos trabalhadores de saúde e 9 (12,5%) do gestor/prestador de serviço. Estes conselheiros eram dos seguintes conselhos: Cabo Frio (4); Araruama (15); São Pedro da Aldeia (5); Iguaba Grande (1); Rio de Janeiro (2); Conselho Estadual de Saúde (2); Rio das Ostras (3); e Saquarema (6).

Também estiveram presentes no Seminário as seguintes instituições: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde; Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; Conselhos Municipais de Saúde (Araruama, Cabo Frio, Iguaba Grande, Rio de Janeiro, Rio das Ostras, Saquarema e São Pedro da Aldeia); Conselho do Idoso; Conselho de Educação, Segurança e Promoção Social; Conselho de Ação Social; Conselho da Criança e do Adolescente; Conselho Municipal de Segurança; SMS de Araruama; SMS de Cabo Frio; SMS de São Pedro da Aldeia; SMS de Saquarema; SMS de Iguaba Grande; Hospital Missão de São Pedro da Aldeia, Centro Fisioterápico Iguaba Grande; Conselho Regional de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (Crefito); Conselho Regional de Medicina Veterinária; Sindsprev (Regional do Rio de Janeiro); Sindicato dos Trabalhadores

de Saúde (intermunicipal); Associação de Moradores de Rio Mole (Saquarema); Associação Comercial Industrial e Turística de Araruama; *Rotary Club* São Pedro da Aldeia; Clema; ONG Latino-Americana; Mero (Movimento Ecológico de Rio das Ostras); Laces (Lar das Crianças Especiais); *Lyon Club* de São Pedro da Aldeia; Centro Municipal de Reabilitação (Conselho Gestor Local); Associação de Moradores (Amavas); Sindicato dos Servidores Municipais de Araruama; Associação dos Aposentados; Associação de Pastores e Líderes de Rio das Ostras; Associação de Moradores de Sabapi/Araruama; Associação de Moradores de Rio Limão (Famma); Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Cabo Frio; Associação de Agricultores de Cabo Frio; Associação do Idoso; Associação Médica; Movimento Negro Unificado; Associação Brasileira de Imprensa (ABI); Associação de Pais, Alunos e Mestres; Sindicato dos Trabalhadores Rurais; Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador; Central Única dos Trabalhadores (CUT); Associação de Atletas; Previdência Social São Pedro da Aldeia (Previspa); Movimento dos Sem Terra (MST); Maçonaria; Projeto Moleque Bom/RJ; Conselho Municipal de Saúde; Federação da Associação de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (Famerj).

Esse caderno é a síntese das discussões ocorridas no Seminário, tendo como eixo as questões relativas à realidade da saúde e do controle social na Região da Baixada Litorânea, com vistas a apresentar propostas concretas para consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) na região. Está dividido em doze itens.

O primeiro item refere-se à mesa de abertura com a saudação dos organizadores do evento. O segundo faz uma breve caracterização do Estado do Rio de Janeiro no tocante à sua população e sua divisão territorial. Em seguida, no terceiro item, far-se-á uma breve caracterização da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro.

No quarto item será apresentada a situação da saúde da Baixada Litorânea, onde serão problematizados os seguintes pontos: principais problemas de saúde; natalidade; tipo de parto; mortalidade; mortalidade infantil; e principais doenças na região. Será exposta, no quinto item, a rede de assistência da Região da Baixada Litorânea. E, em seguida, no sexto item, a Atenção Básica. O sétimo item enfatiza a discussão sobre o financiamento, que traz à tona os pontos que vão desde o Orçamento da Seguridade Social, passando pelo gasto federal e o impacto da Emenda Constitucional, até o gasto com a saúde no mundo.

Nos itens oitavo e nono, far-se-á a discussão acerca do controle social (panorama dos conselhos e perfil dos conselheiros da Região da Baixada Litorânea). No item seguinte, trata-se da mesa-redonda "Participação e Controle Social" que trata da visão sobre o controle social na perspectiva da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e dos conselheiros de saúde (usuários e trabalhadores de saúde).

Para finalizar, no décimo item, são expostas algumas reflexões relacionadas à situação da saúde e do controle social. E no item seguinte, apresenta-se a Carta Compromisso da Região da Baixada Litorânea, fruto dos grupos de trabalho e plenária final do evento. Espera-se, com esse caderno, socializar as informações sobre a realidade da saúde e do controle social na Região da Baixada Litorânea, a fim de potencializar a participação social na formulação e na gestão da Política de Saúde, com vistas à efetivação concreta do Sistema Único de Saúde.

1 MESA DE ABERTURA DO 1.º SEMINÁRIO DE GESTÃO PARTICIPATIVA DA BAIXADA LITORÂNEA

A abertura do Seminário contou com a presença dos organizadores do evento: representação dos conselhos de saúde – estadual e municipais, Faculdade de Serviço Social (FSS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e, como convidados, Antônio Pedro Pires do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), Berenice Gonçalves representando o Pólo de Educação Permanente da Baixada Litorânea e Otávio Rascão Secretário Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia.

Ana Maria Costa representando o Ministério da Saúde enfatiza a participação popular, fruto do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, para a concretização do SUS. Fala que todo arcabouço teórico-legal que protege a participação social ainda é muito frágil, no que diz respeito a uma intervenção objetiva e concreta na formulação e adesão às Políticas Públicas de Saúde.

Segundo ela, o controle social deve ser feito no cotidiano, na relação das pessoas que vivem nos espaços com gestores; portanto, iniciativas locais são extremamente bem-vindas nesse processo de consolidação do Controle Social.

[...] O Ministério da Saúde entende que para consolidar o Sistema Único de Saúde devemos trabalhar com cooperativismo entre os municípios. Naturalmente, que esse cooperativismo envolve todos os mecanismos de gestão relacionados à articulação do próprio financiamento intermunicipal da questão da complementaridade, que uma rede pode oferecer às outras, para atender as dificuldades daquela população. Da mesma forma é extremamente importante uma articulação entre aqueles que fazem o processo de Controle Social das regiões. Precisamos construir essa experiência. É extremamente importante que essa experiência seja devidamente monitorada para que possamos estendê-la ao restante do país.

É a primeira vez que conselhos de municípios vizinhos dialogam entre si. Esse diálogo é extremamente importante e há um aprendizado no processo de gestão. Entretanto, não sabemos em que isso vai desembocar, do ponto de vista do Controle Social instituído (informação verbal)¹.

Afirma ainda que, há algum tempo as plenárias de saúde vêm se constituindo em espaços de articulação dos conselhos, no entanto, estas plenárias têm tido um caráter estadual. Exalta que essa experiência intermunicipal que ocorre no Rio de Janeiro é abso-

¹ Informação fornecida por Ana Maria Costa no 1.° Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, em São Pedro da Aldeia, no dia 27 de agosto de 2005.

lutamente inovadora. Finaliza que este tipo de iniciativa deve se estender para as outras regiões do Rio de Janeiro como também para todo o país.

O Representante dos Conselhos de Saúde da Baixada Litorânea, **José Meireles**, saúda a plenária e diz que é importante que o Seminário dê bons frutos e que haja uma melhor articulação entre os conselhos de saúde da região.

Orani Francisco, representante do Conselho Estadual de Saúde, inicia sua fala justificando a ausência da conselheira estadual, articuladora da Região da Baixada Litorânea, Jurema Batista. Diz que há uma desarticulação dentro dos Conselhos entre os gestores, profissionais de saúde e usuários, sendo hoje a tarefa principal construir essa relação. Segundo, eu, o conselheiro estadual, é necessário que os conselheiros não representem a si mesmos, mas representem o voto do trabalhador, que não consegue pagar suas contas, que sofre no dia-a-dia.

[...] os Conselheiros têm o dever de levar a informação para os Conselhos Municipais, e de entender que esse processo não é apenas nosso, e sim da sociedade, porque nós fazemos parte dessa sociedade (informação verbal)².

Dr. Antônio Pedro Pires Jardim, representando o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) da Região da Baixada Litorânea, relata que existe um dimensionamento, uma ajuda entre todos os municípios da região. Então, o trabalho é de se unir cada vez mais, porque é necessário saber onde acionar e como resolver os problemas em conjunto.

Otávio Rascão, Secretário de Saúde de São Pedro da Aldeia, inicia saudando a todos os participantes do Seminário e diz que há grandes chances de sair deste Seminário com algumas soluções para a área da Saúde.

Fala do crescimento do município, que há 15 anos atrás tinha 42.000 habitantes e que está beirando os 80.000 habitantes. Assim como toda a região que nos últimos 20 anos cresceu muito, principalmente os municípios de São Pedro da Aldeia, Cabo Frio e Armação de Búzios, sem uma devida estrutura.

Nós temos problemas iguais. Se nós calcularmos a população de toda a Região dos Lagos, que deve dar mais ou menos 350.000 à 400.000 habitantes. Então, quer dizer, nós temos que trabalhar em conjunto para tentar resolver esses problemas. E como resolver esses problemas? Conversando, nos reunindo com os integrantes dos Conselhos Municipais, com os representantes do Conselho Estadual (informação verbal)³.

Ressalta a importância de um consórcio intermunicipal de saúde na Região da Baixada Litorânea e, como exemplo, cita o Consórcio Intermunicipal do Meio Ambiente da Ba-

² Informação fornecida por Orani Francisco no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, em São Pedro da Aldeia, no dia 27 de agosto de 2005.

³ Informação fornecida por Otávio Rascão Costa no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, em São Pedro da Aldeia, no dia 27 de agosto de 2005.

cia do Rio São João, que já tem verbas próprias para lutar pela sua despoluição. Ressalta a importância dos conselhos municipais de saúde que discutem os problemas de saúde dos municípios, saindo desse espaço idéias para a Secretaria Municipal de Saúde colocar em prática.

A professora **Dra. Maria Inês Souza Bravo**, representando a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, ressalta que há uma vitória em relação à articulação da Região, pois dos nove municípios existentes na Baixada Litorânea estão presentes seis municípios, o que demonstra a ampliação da participação popular e da articulação entre as diversas instâncias federais.

A professora afirmou que a universidade deve estabelecer uma relação efetiva com a sociedade, na construção do SUS, na efetivação da Reforma Sanitária e no fortalecimento da participação popular. A perspectiva é de uma nova formação profissional que seja comprometida com as necessidades regionais, estaduais, enfim, com a realidade do nosso País. É nessa perspectiva que a universidade está presente no Seminário, com o objetivo de democratizar as informações relativas à região⁴.

A professora acrescenta que:

É necessário que se fortaleça o controle social, ampliando a participação social na elaboração de políticas públicas que atendam os reais interesses da população. Nessa perspectiva, torna-se necessária uma articulação estadual, federal e municipal⁵.

Expõe que os Seminários que estão sendo realizados em todo o Estado do Rio têm tido como desdobramento a criação dos Fóruns Regionais de Conselhos. Conclui dizendo que espera que este Seminário possa contribuir para o fortalecimento da participação popular na região.

Dra. Berenice Gonçalves, representando o Pólo de Educação Permanente da Região, afirmou que a educação permanente é uma estratégia do Ministério da Saúde, que vem sendo desenvolvida há cerca de dois anos e que se constitui na articulação que busca trazer para esse movimento não só o usuário e o profissional de saúde, como também o gestor e as instâncias formadoras, tanto de nível superior quanto de nível médio.

Segundo ela, esse trabalho está se desenvolvendo na Baixada Litorânea em conjunto com a Metropolitana II, integrando dezesseis municípios, sendo nove da Baixada Litorânea e sete da Região Metropolitana.

Enfatizou que este processo foi bastante rico, em especial devido ao Curso de Facilitadores de Educação Permanente, também uma estratégia do Ministério da Saúde para estimular a articulação entre os sujeitos envolvidos com a política de saúde, no sentido

⁴ Informação fornecida por Maria Inês Souza Bravo no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, em São Pedro da Aldeia, no dia 27 de agosto de 2005.

⁵ Informação fornecida por Maria Inês Souza Bravo no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, em São Pedro da Aldeia, no dia 27 de agosto de 2005.

do fortalecimento do SUS, para que este "seja um adolescente mais saudável a partir da presença e articulação de todos".

Afirma que na Região Metropolitana II estão se desenvolvendo várias ações, a exemplo de um Seminário sobre Educação Permanente no Município de Rio das Ostras, para discutir o atendimento ao usuário na perspectiva dos princípios do SUS, respeitando a integralidade, garantindo a assistência de qualidade e o acesso ao usuário.

Finaliza afirmando que a Educação Permanente está se mostrando uma estratégia viável e complementar no processo participativo, e que espera que o SUS realmente dê certo.

2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS: O ESTADO DO RIO DE JANEIRO

2.1 POPULAÇÃO E DIVISÃO TERRITORIAL

O Estado do Rio de Janeiro é formado por noventa e dois municípios, segundo o Censo Demográfico de 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.

CENTRO SUL

microrregido 1

microrregido 2

microrregido 3

microrregido 3

microrregido 4

microrregido 3

microrregido 4

microrregido 3

microrregido 4

microrregido 4

microrregido 5

microrregido 6

microrregido 6

microrregido 7

microrregido 7

microrregido 8

microrregido 9

microrregido 1

mi

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

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 2005.

3 BREVE CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo Rose Santos Pedreira Carolina de Barros Montanha Renata Moraes Cardozo Rosane Santos de Carvalho Thatiana Dutra Alves Coelho

3.1 DADOS GERAIS

De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2001-2004), a Região da Baixada Litorânea é composta por nove municípios: Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema. A região está subdividida em duas microrregiões: Baixada Litorânea I – BL I (Araruama, Iguaba Grande, Saquarema e São Pedro da Aldeia) e Baixada Litorânea II – BL II (Arraial do Cabo, Armação dos Búzios, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras).

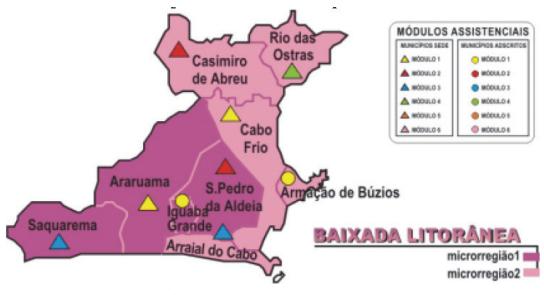


Figura 2. Mapa da Região da Baixada Litorânea - RJ

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2005.

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

A região apresenta grandes áreas de baixada e restinga, compondo, no seu litoral, um conjunto formado por vários lagos e grandes extensões de praias, um dos motivos que faz com que essa região seja um dos pontos turísticos do estado que atrai milhares de pessoas em períodos de férias, festas ou feriados prolongados.

A partir dos anos 60, com o desenvolvimento da indústria automobilística no País, a região transformou-se num grande pólo de atração de veranistas, constituindo-se num grande mercado imobiliário com uma demanda localizada principalmente na capital do Estado, o que se acentuou com a construção da Ponte Rio-Niterói. Tal impulso imobiliário provocou grandes transformações na região, que viu ampliar a sua malha urbana de forma excepcional nos últimos 30 anos, sem estar devidamente preparada para absorver os impactos desta expansão indiscriminada.

No seu interior, a região compõe-se de grandes extensões de áreas planas com potencial para a agricultura que, no entanto, vêm também sendo substituídas pelo parcelamento do solo decorrente da expansão das grandes manchas urbanas. Junto às áreas de encosta da Serra do Mar ocorre a produção olerícola e plantações de banana e nos vales dos rios São João e Una desenvolvem-se a cana-de-açúcar, a rizicultura e a bovinocultura.

O quadro natural e a localização estratégica da região se constituem num grande potencial de desenvolvimento social e econômico. No entanto, o equilíbrio ambiental encontra-se ameaçado como o principal entrave ao desenvolvimento regional sustentável, de acordo com o Planejamento da Secretaria de Estado.

3.2 POPULAÇÃO

A população total destes municípios é de 538.199, representando 3,5% da população total do estado, conforme indicado pelo DATASUS (BRASIL, 2005). O quadro a seguir nos fornece dados sobre o crescimento populacional da região.

Tabela 1. População da Região por Município

Demografia							
Município/Ano	2000	2001*	2002*	2003*	2004*	2005*	
Araruama	82.803	85.628	87.808	90.128	92.445	97.702	
Armação de Búzios	18.204	19.121	19.818	20.567	21.313	23.013	
Arraial do Cabo	23.877	24.354	24.722	25.113	25.504	26.392	
Cabo Frio	126.828	133.342	137.864	142.986	148.091	159.684	
Casimiro de Abreu	22.152	22.840	23.524	24.167	24.799	26.243	
Iguaba Grande	15.089	15.980	16.681	17.417	18.153	19.823	
Rio das Ostras	36.419	39.046	40.249	42.025	43.794	47.816	
São Pedro da Aldeia	63.227	65.474	67.496	69.475	71.453	75.934	
Saquarema	52.461	54.256	55.529	56.950	58.369	61.592	
Total	441.060	460.041	473.691	488.828	503.921	538.199	

^{*} Previsão segundo o DATASUS. Fonte: IBGE, 2000 e DATASUS, 2005.

Pode-se observar que todos os municípios apresentaram um aumento da população nos últimos cinco anos, segundo a estimativa do DATASUS (BRASIL, 2005). O município que apresentou a maior elevação da taxa demográfica foi Cabo Frio, com um aumento de 32.856 habitantes dentro do referido espaço de tempo. Já Iguaba Grande apresentou o menor índice de aumento em sua população com uma elevação de 4.734 habitantes. Ao se analisar a tabela pode-se também perceber que esta referência se repete quando se compara os municípios que possuiam o maior índice populacional em 2005, que era Cabo Frio com cerca de 159.684 habitantes e Iguaba Grande com 19.823 habitantes, município que apresenta o menor índice populacional.

4 SITUAÇÃO DE SAÚDE DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA

Maria Inês Souza Bravo Rose Santos Pedreira Carolina de Barros Montanha Renata Moraes Cardozo Rosane Santos de Carvalho Thatiana Dutra Alves Coelho

4.1 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Estes dados foram retirados do Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2001-2004). O diagnóstico que se descreve a seguir foi elaborado a partir da realização de "oficinas de planejamento estratégico", no qual foram listados os principais problemas e desafios da região, levantados e discutidos pelos gestores e técnicos presentes nas oficinas, bem como fatores que indicam sua existência e contribuem para sua persistência. Tais elementos são denominados "descritores".

Tabela 2. Principais Problemas de Saúde

Macro Problema	Descritores				
Dificuldade para referenciar pacientes para serviços de média e alta complexidade (hospitalar) e para serviços de emergência.	 Tempo de espera prolongado entre a marcação da consulta e o atendimento; Dificuldades para a marcação de consultas especializadas; Dificuldades para se conseguir internação. 				
Deficiência nas ações de saúde da área materno-infantil.	 Ausência de referência regional para pré-natal, parto e alto risco; Baixa oferta de serviços de pré-natal; Aumento de incidência de nascimento de recémnascidos de baixo peso; Baixa cobertura vacinal. 				
Ações de controle da hipertensão e diabetes mal estruturadas.	 Insuficiência de ações de promoção e educação e saúde direcionada para esta área; Inadequado sistema de informação para as doenç crônico-degenerativas; Desarticulação dos programas de controle o hipertensão e diabetes das demais ações de saúde; Ausência de um sistema de supervisão multidisciplin para o Programa. 				

continua

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

continuação

Macro Problema	Descritores
Insuficiência no abastecimento de sangue e hemoderivados.	• Falta de sangue e hemoderivados nos bancos de sangue dos hospitais.
Falta de serviço de oncologia conveniado ao SUS na região.	 Necessidade de encaminhar pacientes portadores de câncer para municípios de outras regiões.
Política inadequada de saúde mental na região.	 Excesso de internações psiquiátricas; Insuficiência de serviços de apoio terapêutico em saúde mental nos municípios; insuficiência de serviços extra-hospitalares na área.
Insuficiência de exames complementares (de média e alta complexidade) na região.	Dificuldades para garantir acesso a estes exames para toda a população que necessita.

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde.

4.2 NATALIDADE

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

Os dados a seguir foram retirados do DATASUS (BRASIL, 2005) e apresentam as taxas de natalidade nos municípios que compõem a Baixada Litorânea, do período de 1994 a 2002.

Tabela 3. Natalidade

Natalidade por 1.000 habitantes									
Município/Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Araruama	7.6	7.2	7.7	7.3	7.2	6.1	7.2	7.5	6.3
Armação dos Búzios	-	-	-	4.1	10.8	7.4	4.9	8.2	6.6
Arraial do Cabo	7.9	6.1	8.4	5.7	5.4	6.5	5.9	5.5	7.5
Cabo Frio	6.7	8.0	8.2	7.0	7.4	7.0	7.3	7.5	7.4
Casimiro de Abreu	8.0	6.6	6.4	8.4	7.0	8.1	5.7	4.5	6.3
Iguaba Grande	-	-	-	8.5	5.1	7.3	9.0	7.3	7.5
Rio das Ostras	5.4	8.2	8.6	7.2	5.4	6.4	8.7	5.7	7.2
São Pedro da Aldeia	7.4	7.0	5.7	7.1	5.5	6.7	7.4	7.8	6.8
Saquarema	9.1	7.0	7.7	6.9	8.2	7.5	6.2	7.9	5.9
Região da Baixada Litorânea	5,8	5,5	5,8	5,9	6,8	7,0	6,9	6,8	6,8

Fonte: DATASUS, 2005.

Dos nove municípios que compõem a Região da Baixada Litorânea, apenas Armação dos Búzios apresenta um pequeno aumento da taxa de natalidade. Os demais municípios apresentam uma queda nesta taxa, refletindo uma tendência nacional que é a diminuição da natalidade.

4.3 TIPO DE PARTO

A tabela a seguir nos mostra o tipo de parto registrado, no ano de 2002, da Região da Baixada Litorânea.

Tabela 4. Tipo de Parto

Tipo de Parto – 2002 (Taxa Bruta)							
Município	Vaginal	Cesáreo	Ignorado	Total			
Araruama	820	766	2	1.588			
Armação dos Búzios	189	180	2	371			
Arraial do Cabo	160	189	1	350			
Cabo Frio	1.589	1.097	9	2.695			
Casimiro de Abreu	205	244	4	453			
Iguaba Grande	123	131	-	254			
Rio das Ostras	345	373	4	722			
São Pedro da Aldeia	551	642	2	1.195			
Saquarema	463	472	-	935			
Total	4445	4094	24	8.563			

Fonte: DATASUS, 2005.

Apenas os municípios de Araruama, Armação dos Búzios e Cabo Frio têm um índice maior de parto do tipo vaginal do que cesáreo. No entanto, esse índice é ainda muito pequeno. Percebe-se um alto índice de parto cesáreo, dado preocupante, visto que este tipo de parto é mais prejudicial à saúde da mulher e também mais custoso para o serviço de saúde.

4.4 MORTALIDADE

Os dados a seguir apresentam as taxas de mortalidade, ou seja, o número de pessoas que morrem a cada 1.000 habitantes, nos municípios que compõem a Baixada Litorânea, no período de 1998 a 2002.

Tabela 5. Mortalidade

Mortalidade por 1.000 habitantes							
Município/Ano	1998	1999	2000	2001	2002		
Araruama	8,1	7,9	6,8	7,0	6,8		
Armação dos Búzios	4,3	4,8	6,1	5,0	4,8		
Arraial do Cabo	5,3	6,3	6,6	5,9	5,8		
Cabo Frio	6,5	6,5	6,4	6,1	5,9		
Casimiro de Abreu	6,6	5,7	6,0	6,0	5,8		
Iguaba Grande	7,8	8,2	7,0	6,6	6,3		
Rio das Ostras	6,0	5,2	4,9	4,8	4,6		
São Pedro da Aldeia	5,3	5,7	5,6	6,4	6,2		
Saquarema	7,4	7,8	7,3	8,3	8,1		
Total	6,3	6,4	6,3	6,2	6,0		

Fonte: DATASUS, 2005.

No ano de 2002, os municípios de Saquarema e Araruama apresentaram as maiores taxas de mortalidade na região. Contudo, observa-se um declínio na mortalidade nesta região.

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

Tabela 6. Mortalidade segundo Grupo de Risco

Mortalidade segundo Grupo de Causas – 2002								
Municípios/ Grupo de Causas	I	II	III	IV	V	VI	VII	
Araruama	3.7	12.4	39.3	8.9	3.1	15.9	16.8	
Armação dos Búzios	6.0	9.5	29.8	8.3	8.3	25.0	13.1	
Arraial do Cabo	3.9	20.3	28.1	12.4	0.7	13.1	21.6	
Cabo Frio	6.7	13.4	30.9	10.3	1.6	19.4	17.6	
Casimiro de Abreu	4.2	14.8	33.8	8.5	4.2	19.0	15.5	
Iguaba Grande	3.0	21.2	37.4	12.1	2.0	11.1	13.1	
Rio das Ostras	4.4	18.6	32.3	6.2	4.4	20.8	13.3	
São Pedro da Aldeia	5.2	14.2	28.5	9.9	3.8	19.7	18.6	
Saquarema	5.1	13.9	35.7	10.2	2.9	13.7	18.5	
Total	4,6	15,3	32,8	9,6	3,4	17,5	16,4	

Legenda: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças do aparelho circulatório; IV. Doenças do aparelho respiratório; V. Algumas afecções originadas no período perinatal; VI. Causas externas de morbidade e mortalidade; VII. Demais causas definidas.

Fonte: DATASUS, 2005.

A principal causa de morte, segundo as fontes do DATASUS (BRASIL, 2005), são as doenças relacionadas aos aparelhos circulatório e cardíaco, ou seja, doenças relacionadas ao coração.

A segunda principal causa de morte está relacionada às causas externas de morbidade e mortalidade, que são mortes por causas violentas, tais como acidente de trânsito e homicídios. Segue-se como a terceira principal causa de morte as demais causas definidas.

4.4.1 Mortalidade infantil

Tabela 7. Mortalidade Infantil (por 1.000 Nascidos Vivos)

Esferas de Governo	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Estado do RJ	29,0	27,8	25,6	23,8	22,3	20,9	19,8	18,6	17,9
Baixada Litorânea	25,7	25,9	22,0	21,4	22,0	21,8	20,2	18,0	16,6
Araruama	24,3	23,7	21,5	20,9	20,9	23,2	22,1	20,1	17,2
Armação dos Búzios	-	-	-	-	16,1	17,4	20,1	21,6	16,4
Arraial do Cabo	19,0	19,7	16,8	16,4	16,7	17,3	22,8	20,2	21,3
Cabo Frio	30,7	33,4	31,8	30,8	25,7	23,1	20,0	14,9	13,3
Casimiro de Abreu	13,8	10,3	13,5	18,5	25,1	22,1	13,6	10,0	6,9
Iguaba Grande	-	-	-	-	16,5	16,4	21,7	22,7	23,0
Rio das Ostras	23,0	19,6	17,9	16,6	17,0	16,9	14,6	14,2	14,2
São Pedro da Aldeia	21,9	20,2	16,3	14,8	16,6	21,4	24,1	22,2	21,6
Saquarema	25,3	30,2	25,3	28,2	27,6	30,7	26,3	18,6	12,1

Fonte: CIDE, 2002.

No Estado do Rio de Janeiro o índice de mortalidade infantil sofreu reduções no período de 2000-2002 em relação ao ano de 1994 (ano base: 1994=100). No ano 2000 a redução foi de 31%, em 2001 de 35% e 38% em 2002, uma média de 35% ao ano.

Na Região da Baixada Litorânea, a mortalidade infantil teve uma média de 30% de redução no índice de mortalidade infantil no período de 2000 – 2002, no entanto no ano 2000 a redução foi de 23%, em 2001 de 31% e em 2002 de 35%.

4.5 PRINCIPAIS DOENÇAS NA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA

Segundo dados retirados do DATASUS (BRASIL, 2005), verifica-se a alta incidência de dengue nos municípios, denotando uma epidemia da doença nesta região, com exceção do Município de Saquarema que apresenta um reduzido número de casos se comparado aos demais. Os municípios de Armação dos Búzios e São Pedro da Aldeia são os mais afetados pela doença.

Com relação à hanseníase, o número de casos registrados no Município de Araruama é exorbitante se comparado aos demais. Identifica-se a ausência dessa doença nos municípios de Armação dos Búzios e Arraial do Cabo.

O número de casos de tuberculose não varia muito entre esses municípios, com exceção de Cabo Frio que chega a ser 100% maior que Iguaba Grande.

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

Tabela 8. Principais Doenças da Região

Casos Notificados das Principais Doenças da Região da Baixada Litorânea – 2002									
Município	Hanseníase	nseníase Dengue Tuberculose Leptospiros		Leptospirose	Meningite				
Araruama	72	174	35	-	9				
Armação dos Búzios	-	795	18	-	6				
Arraial do Cabo	-	54	16	-	2				
Cabo Frio	10	349	105	-	13				
Casimiro de Abreu	10	339	39	-	1				
Iguaba Grande	1	133	10	-	2				
Rio das Ostras	12	370	21	-	4				
São Pedro da Aldeia	3	852	22	1	3				
Saquarema	26	17	28	-	5				
Total	134	3083	294	1	45				

Fonte: DATASUS, 2005.

5 REDE DE ASSISTÊNCIA

Naelma Monteiro da Silva¹

A Secretária Municipal de Saúde de Rio das Ostras apresentou uma pesquisa realizada a partir das informações encaminhadas por três municípios da Baixada Litorânea, que são: Rio das Ostras, Iguaba Grande e São Pedro da Aldeia, bem como a base de dados referenciada na rede, no caso dos outros seis municípios que não disponibilizaram informações. Em seguida, falou sobre a composição da rede de assistência, os principais problemas verificados e as unidades de referência para os municípios da região.

No Município de Rio das Ostras a rede de assistência é composta por um Hospital Municipal, uma Policlínica, dois Centros de Reabilitação, um Pronto-Socorro e um Laboratório Central, que configuram os níveis de atenção secundário e terciário. Destacou que o Hospital Municipal é de pequeno porte e possui 60 leitos, dos quais seis são Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) que ainda não foram inaugurados por falta de recursos. De acordo com a Secretária, tal situação é resultado da ausência de recursos provenientes do SUS para o financiamento deste hospital, somado à impossibilidade da Prefeitura de prover a totalidade dos recursos necessários para a inauguração dos leitos. A ausência de financiamento do SUS foi apontada pela Secretária como principal entrave para a garantia de assistência a todos os municípios da Baixada Litorânea.

O Pronto-Socorro dispõe de profissionais especializados em clínica geral, ortopedia e pediatria, um Laboratório próprio e um Raio X; além de um Laboratório Central, que atende o restante da rede de assistência básica. Os problemas centrais detectados em Rio das Ostras se referem ao número reduzido de leitos de UTI neonatal, pediátricos e adultos e à cirurgia ortopédica de alta complexidade. A unidade de referência para cirurgia cardiovascular é a Clínica Santa Helena, localizada em Cabo Frio. Já para sangue e hemoderivados a referência é o Hemolagos. A tráumato-ortopedia e o CTI são referenciados no Hospital Regional de Araruama.

Rio das Ostras possui uma das maiores rendas *per capita* da região embora concentre um alto índice de pobreza, com cerca de 60% dos trabalhadores auferindo uma renda mensal inferior ao salário mínimo.

Com relação ao Município de Iguaba Grande, a rede hospitalar é formada por uma Policlínica, um Pronto-Socorro e um Laboratório. Os principais problemas observados estão relacionados ao pequeno número de leitos de UTI pediátricos e adultos, à cirurgia ortopédica de alta complexidade e à neurocirurgia. A referência para cirurgia cardiovascular é a Clínica Santa Helena, conforme observado em Rio das Ostras. Para maternidade a unidade de referência é o Hospital de São Pedro d' Aldeia e nos casos de cirurgia eletiva são referências o Hospital de São Pedro d' Aldeia e o Hospital Regional de Barra de São João. Cabe destacar que cirurgia eletiva é realizada no Hospital Regional de Barra de São João

Médica, Secretária Municipal de Saúde de Rio das Ostras e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Rio das Ostras.

desde o primeiro semestre deste ano em decorrência da articulação dos Secretários de Saúde da Baixada Litorânea, que firmaram um acordo para que os municípios da região disponibilizassem profissionais de saúde para a unidade. Assim, o Hospital Regional de Barra de São João e o seu laboratório passaram a ser referências para os municípios da região que não possuem hospitais, como Búzios e Iguaba Grande.

No que diz respeito ao Município de São Pedro da Aldeia, a rede de assistência possui uma Policlínica, um Laboratório, um Pronto-Socorro e uma Maternidade. Seus principais problemas dizem respeito à neurocirurgia, ao trauma, à tomografia computadorizada e à ressonância magnética. As especialidades médicas disponíveis são ortopedia e cirurgia vascular, que fica em nível de cirurgia eletiva. A referência para o trauma é o Hospital Regional de Barra de São João.

Já o Município de Cabo Frio possui a maior população da região e uma das maiores áreas de extensão. Na sua rede de assistência constam quatro hospitais próprios, incluindo uma Maternidade, e três hospitais conveniados, que têm uma parte de seus leitos financiados pelo SUS. Assim, têm conseguido atender as suas necessidades dentro do próprio município, mas apresenta falhas com relação à referência para a tráumato-ortopedia e a alta complexidade. Já a parte cardiovascular é coberta razoavelmente pela Clínica Santa Helena, cuja quantidade de leitos e de cirurgias oferecidas são insuficientes para atender a demanda de toda a população da Baixada Litorânea, principalmente com o aumento do atendimento à população das Regiões Metropolitana I e II. Tal situação se agravou nos últimos dois anos, resultando em dificuldades para cobrir os gastos com as internações encaminhadas das regiões supracitadas. Há um *deficit* de cirurgia considerado extra-SUS, ou seja, que não podem ser financiadas com recursos provenientes do SUS.

No que tange à tráumato-ortopedia, foi acordado que o Hospital Regional de Araruama, receberá financiamento para referenciar a cirurgia ortopédica de alta complexidade. A Secretária mencionou que o referido hospital dispõe de UTI e Centro Cirúrgico especializado para o atendimento em tráumato-ortopedia, necessitando de um maior aporte de recursos por parte do estado para ser referência na região em relação à tráumato-ortopedia e à cardiologia. Recentemente os municípios conseguiram recursos do SUS para a assistência hospitalar, em virtude dos altos índices de mortalidade por acidentes automobilísticos, predominante no período de alta temporada, quando aumenta a circulação de pessoas das demais regiões do estado para a região da Baixada Litorânea. Também houve um pacto de financiamento para a erradicação da hanseníase, sendo observada a necessidade de maiores investimentos em ações de conscientização acerca da importância do tratamento e do diagnóstico da doença.

Por fim, a Secretária mencionou a existência de um alto índice de trabalhadores sem carteira assinada na região, destacando a interferência da precarização das relações de trabalho na saúde da população. Diante do quadro delineado na sua exposição, a Secretária enfatizou a responsabilidade dos gestores e conselheiros da região no que tange à viabilização de projetos que visem á melhoria das condições socioeconômicas da população, por meio do combate aos problemas referente ao saneamento e ao meio ambiente, entre outros.

6 ATENÇÃO BÁSICA

Francisco de Assis¹

Com relação à Atenção Básica, o representante dos gestores no Seminário expôs as dificuldades comuns a todos os municípios da região. Primeiramente, afirmou que a política de saúde implementada ainda está muito aquém das necessidades observadas na região. Segundo ele, atualmente todas as unidades de saúde estão funcionando, porém as verbas recebidas são ínfimas e, como agravante, verifica-se uma queda de quase 50% dos repasses fundo a fundo.

O gestor reconheceu a necessidade de garantir à população qualidade de vida na área da Saúde, enfatizando que esta não se restringe a medicamentos, atendimento e consultas, requerendo o respeito aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais destacou: eqüidade, participação popular, integralidade e descentralização.

Como exemplo da disposição em efetivar a descentralização da política de saúde na região, mencionou o Centro de Tratamento Cardiológico de Cabo Frio, localizado na Clínica Santa Helena. Segundo ele, estão trazendo para o interior do estado o atendimento que deveria ser feito no município do Rio de Janeiro, que integra a Região Metropolitana I, mas que não vem sendo realizado. Acrescentou, ainda, que há quatro anos buscam credenciar o tratamento de câncer em Cabo Frio, enquanto isso, o referido município sustenta esse serviço para os demais, ao custo de recursos que deveriam ser pagos pelo Governo Federal.

Posteriormente, falou sobre os problemas do SUS e elencou entre eles os seguintes: recursos financeiros insuficientes; pouca participação do Estado no financiamento das ações de saúde; falta de Atenção Básica; e a dificuldade de efetuar procedimentos de baixo custo, em virtude de um suposto privilégio, verificado nas tabelas, aos procedimentos de custo alto. Outros problemas que mereceram destaque dizem respeito à precarização das relações de trabalho e à diluição da Seguridade Social, cujas receitas financiam as políticas de saúde, assistência e previdência.

Posteriormente, discorreu sobre os dois tipos de gestão: a gestão plena em saúde municipal, na qual os municípios habilitados recebem todo o montante dos recursos e repassa aos prestadores; e a gestão plena em Atenção Básica, em que os entes conveniados recebem os repasses de recursos diretamente do Governo Federal. Segundo ele, a maioria dos municípios da Baixada Litorânea está habilitada nesta última gestão.

¹ Coordenador de Atenção Básica do Município de São Pedro da Aldeia.

Além disso, afirmou que o Piso da Atenção Básica (PAB) é fixo e acrescentou que na Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) de 2002, manteve-se o nível de R\$ 13,00 por habitante. Mencionou, também, a existência de transferências automáticas, a

depender do modelo de gestão no qual o município esteja credenciado, e de transferências pactuadas entre os gestores.

Entre os serviços realizados pelos municípios, elencou a assistência ambulatorial, a assistência hospitalar, a assistência farmacêutica de saúde mental e o laboratório de saúde pública, além da média e alta complexidade. Informou que são realizadas auditorias no sistema regularmente e elaborados relatórios de gestão que devem ser apresentados trimestralmente.

Por fim, afirmou seu intuito de oferecer saúde de forma integral, enfatizando que tal objetivo não será alcançado apenas através do fornecimento de remédios, da realização de consultas e exames. Finalizou afirmando que "num Seminário como esse é muito importante traçar o nosso rumo, que é o cidadão".²

² Informação fornecida por Francisco de Assis no 1.º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, em São Pedro da Aldeia, no dia 27 de agosto de 2005.

7 O FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29 DE 2000

Rodrigo Pucci de Sá e Benevides¹

7.1 PRINCÍPIOS DO SUS - CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A Constituição Federal de 1988 gerou uma mudança radical na questão do direito à saúde, universalizando o direito. A Carta Magna é o marco legal da criação do SUS, instituindo os princípios de: universalidade de acesso; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera; e rede regionalizada e hierarquizada.

A regulamentação dos princípios do SUS começou a ser feita em 1990, através da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 e 8.142). Na prática, a descentralização começou a ser feita a partir da publicação das portarias do Ministério da Saúde, das Normas Operacionais Básicas (NOBs), publicadas em 1991, 1993 e 1996. A Norma que realmente começou a operacionalizar a descentralização foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), publicada em 2001 e modificada em 2002.

7.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E O ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL

A Constituição Federal de 1988 introduz a noção de direitos sociais, ou seja, de que o direito à saúde é de todo cidadão e não só daqueles inseridos no mercado formal de trabalho, uma vez que todos contribuem pagando impostos. Ela atende a questão da estabilidade das fontes, na perspectiva de solidariedade entre Saúde, Previdência e Assistência no financiamento do SUS.

O orçamento da Seguridade Social é composto, principalmente, pela: Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade (Cofins); Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido (CSLL); e Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF).

¹ Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde.

Tabela 9. Demonstrativo da Execução Orçamentária por Fonte em 2004

Fonte	Execução 2004	% do Total
CPMF	10.741.752.344	29,4
COFIN	9.190.188.315	25,2
CSLL	11.815.065.382	32,3
OUTRAS FONTES	4.791.012.901	13,1
Total	36.538.018.942	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

A execução orçamentária do Ministério da Saúde, em 2004, foi de R\$ 36 bilhões dos quais 30% foram provenientes da CPMF. Reunindo a CPMF, Cofin e a Contribuição do Lucro Líquido temos, aproximadamente, 6% ou 7% dos recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde. Estes R\$ 36 bilhões eram todo o orçamento do Ministério da Saúde, no ano de 2003, e representava metade do Orçamento de Custeio de Capital da União. O orçamento, excluindo o pagamento de juros e a compensação da dívida, gira em torno de R\$ 150 bilhões por ano.

Numa receita de R\$ 450 bilhões que é a receita corrente do Governo Federal, cerca de 1/3 é utilizado para pagamento da dívida, do restante realiza-se o pagamento do pessoal ativo e dos aposentados, sobram R\$ 70 bilhões que é o Orçamento de Custeio de Capital da União. Destes R\$ 70 bilhões metade é da Saúde. Daí a resistência, dentro do quadro atual de *superavit* primário de 4,25% do PIB e de manutenção de compromisso com os credores, metade do orçamento que sobra vai para a Saúde. Então há resistência em se aumentar esse valor, por meio da regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que está em curso.

Tabela 10. Demonstrativo da Execução da CPMF pelo MS – 1997-2005

ltem	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 Orçam.
Arrecadação CPMF Total Gov. Federal	6.887	8.133	7.949	14.397	17.157	20.267	22.984	26.394	28.979
Despesa Empenhada MS - Fonte CPMF	5.176	6.497	4.483	7.006	7.310	10.851	9.811	10.742	12.241
% Receita CPMF destinada à Saúde	75,15	79,88	56,40	48,66	42,61	53,54	42,69	40,70	42,24
Despesa Total MS Ações e Serviços de Saúde	15.464	15.245	18.353	20.351	22.474	24.737	27.181	32.703	36.478
% CPMF / Total	33,47	42,62	24,43	34,42	32,53	43,87	36,10	32,85	33,56

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

A CPMF começou participando com 75% a 80% do orçamento do Ministério da Saúde e foi sendo reduzida, chegando a 42% atualmente.

Em 1992, o Ministério da Saúde entrou em dificuldades financeiras, recorrendo a empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), que somente será pago em 1998.

No âmbito do Conselho Nacional de Saúde tem início a discussão da questão da vinculação condicional de recursos. Foram várias propostas: 15% de receita de impostos e 5% do PIB a ser vinculado à Saúde, entre outras . Isso será consolidado com a proposta de Emenda Constitucional 82-A, e será aprovado com a Emenda Constitucional n.º 29, vinculando 12% da receita dos impostos estaduais e 15% da receita dos impostos municipais. No caso da União, a emenda constitucional vem com uma regra de transição, assim como para os estados e municípios. O percentual mínimo começou com 7%, em 2000, e há um crescimento gradual para se atingir 12% a 15% da receita dos impostos em 2004. No caso da União foi definido um montante: o que era aplicado, em 1999, acrescido de mais 5% e a partir de então com correção pela variação do grau do PIB.

União – art. 77, I:

No ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, cinco por cento.

Do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3° (AC)

§ 1º [...] os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados [no inciso] [...] III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento (AC). (BRASIL, 2000).

Foi aprovada uma emenda constitucional, mas a mesma não define o que são ações públicas de saúde, portanto, é necessário uma lei complementar para regulamentá-la e ao mesmo tempo a emenda é auto-aplicável. Ao acompanhar a aplicação da Emenda Constitucional 29 (EC 29) por parte dos estados e municípios, percebe-se a falta de um parâmetro para se definir o que são ações de saúde ou não, algumas distorções. O Estado do Paraná, em 2001, por exemplo, estava incluindo como ação de saúde a limpeza das praias. O Estado do Rio de Janeiro pagava as refeições que eram distribuídas para os presidiários e a limpeza da Baia de Guanabara nas despesas de saúde.

Realizou-se um curso, pelo Conselho Nacional de Saúde, para homogeneizar essa interpretação em torno da EC 29. Em 2001, esse documento foi elaborado pelo: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, Associação dos Membros dos Tribunais de Contas (Atricon), Ministério Público Federal e Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Esse documento surgiu a partir da necessidade de um esforço coletivo na busca de uma homogeneização das interpretações por parte dos agentes públicos responsáveis por sua aplicação.

O documento foi aperfeiçoado ao longo de mais de dois anos até que, em abril de 2002, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução n.º 316, que o ministro de Saúde da época, como presidente do Conselho Nacional de Saúde, não homologou. Em maio de 2003, com um texto exatamente igual à Resolução n.º 316, foi homologada a Resolução n.º 322 pelo então Ministro da Saúde Humberto Costa. Essa resolução vai ser o principal parâmetro para a definição do Projeto de Lei Complementar de 2003 que já foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social da Câmara e que passará por outras comissões até ser aprovado pelo plenário. Ela define, no caso da União, 10% das receitas correntes, o que representa atualmente cerca de R\$ 50 bilhões. Ou seja, a participação do Ministério da Saúde no orçamento, no capital de custeio da União, passaria de metade para quase 70%.

Sobre os critérios de definição do que são ações de saúde, devem ser:

- de acesso universal, igualitário e gratuito;
- de responsabilidade específica do setor de saúde;
- em conformidade com objetivos e metas dos planos de saúde.

Por exemplo, as despesas com plano de saúde de servidor público municipal é uma despesa com saúde, mas não é uma despesa de acesso universal. Um hospital de acesso restrito como Hospital da Polícia Militar ou Hospital dos Servidores do Estado são fontes de despesa com saúde pública, mas não entram na Emenda Constitucional 29 porque, da mesma forma, não são de acesso universal. Há uma discussão acerca da gratuidade que envolve a farmácia popular. A farmácia não é gratuita, mas tem uma resolução do Tribunal de Contas da União (TCU), do mês julho de 2005, que autoriza incluir na conta da Emenda 29 as despesas das Farmácias Populares.

As despesas com ações e serviços públicos de saúde são as seguintes:

- · Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- · Assistência farmacêutica;
- · Vigilância sanitária;
- · Vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- Vigilância nutricional;
- Educação para a saúde;
- Saúde do trabalhador;
- Capacitação de RH;
- P & D científico e tecnológico em saúde (por entidades do SUS);
- Insumos (medicamentos, sangue e hemoderivados);
- Saneamento básico e ambiental associado a controle de vetores, ações pequenas comunidades/domiciliares, Distritos Sanitários Especiais Indígenas;
- Saúde nas penitenciárias (Termo de Cooperação específico);
- · Portadores de deficiência;
- Administração do SUS.

Despesas não consideradas como ações e serviços públicos de saúde:

- · Pagamentos de aposentadorias e pensões;
- Assistência à saúde não universal (clientela fechada);
- Merenda escolar:
- Saneamento básico (com recursos de taxas e tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza);
- Limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- Preservação e correção do meio ambiente;
- Assistência social não diretamente relacionada ao SUS e não realizada pelos gestores da saúde.

Como já exposto anteriormente, é a regulamentação da Emenda Constitucional 29 que definirá o cálculo do montante mínimo a ser aplicado pela União (10% das receitas correntes brutas) e os percentuais mínimos a serem aplicados pelos Estados e pelos Municípios. Define que os recursos devem ser movimentados por meio de conta bancária sob responsabilidade do gestor de saúde. Em uma pesquisa realizada há aproximadamente cinco anos pelo IBGE, revela que em cerca de 30% a 40% dos municípios, o coordenador das despesas é o prefeito. Se for aprovada essa Lei Complementar deve haver uma modificação que também tratará do prazo do repasse dos impostos aos Fundos de Saúde.

7.3 COMO ACOMPANHAR E FISCALIZAR O CUMPRIMENTO DA CONSTITUIÇÃO?

Os instrumentos de acompanhamento são:

- Siops Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde;
- Conselhos de Saúde;
- · Auditoria de Sistema:
- · Planos de Saúde e Relatórios de Gestão;
- Relatórios da Lei de Responsabilidades Fiscal apresentados à sociedade e aos órgãos de fiscalização e controle, em especial aos Tribunais de Contas (Portaria de 2001 da STN).

Os relatórios da Lei de Responsabilidade Fiscal devem ser, no caso da comprovação das despesas com saúde, a despesa mínima com a saúde pela EC 29. Essa comprovação deve ser feita pelo Siops. Como se observará a seguir, há uma série de municípios da região que não estão tornando públicas essas informações através da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Como é que se calcula o percentual aplicado em saúde?

(Despesa Total com Saúde - Transferências para o SUS) x 100

(Receita dos Impostos + Transferências Constitucionais e Legais)

- Despesa Total com Saúde gasto direto e indireto;
- Transferências intergovernamentais;
- Receita de Impostos e TCeL impostos próprios e transferidos já deduzidas as transferências constitucionais intergovernamentais (no caso dos estados).

No caso dos municípios, calcula-se o total das despesas com a saúde, descontandose as transferências para o Sistema Único de Saúde, principalmente as transferências do Ministério da Saúde. Dessa forma, temos a despesa com recursos próprios. Dividido pela receita dos impostos temos o percentual aplicado em saúde. No caso do Estado do Rio de Janeiro, não há repasse para seus municípios.

ANO 2000

% Negativos
N\(\text{N}\) Transmitidos
Al\(\text{id}\) 17\(\text{id}\)
Entre 7\(\text{id}\) - 15\(\text{id}\)
Acima de 15\(\text{id}\)

Figura 3. Acompanhamento da EC 29/2000 Rio de Janeiro – Ano Base 2000

Fonte: Siops 28/8/2005.

Na Região da Baixada Litorânea, em 2000, apenas um município: São Pedro da Aldeia, não repassou até hoje os dados da aplicação em saúde. Araruama aplicou um percentual negativo, ou seja, teve uma despesa menor que a receita transferida pelo Ministério da Saúde.

Em 2001, todos os municípios informaram ao Siops, somente Arraial do Cabo apresentou uma aplicação um pouco menor.

ANO 2001

% Negativos
Niso Transmitidos
Até -| 8,5%
Entre 8,6% -| 15%
Acima de 15%

Figura 4. Acompanhamento da EC 29/2000 Rio de Janeiro – Ano Base 2001

Fonte: Siops 28/8/2005.

Em 2002, dos nove municípios, oito informaram ao Siops, somente Rio das Ostras está devendo as informações de 2002, 2003 e 2004.

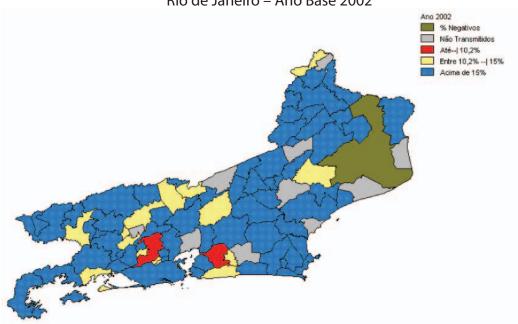


Figura 5. Acompanhamento da EC 29/2000 Rio de Janeiro – Ano Base 2002

Fonte: Siops 28/8/2005.

O Rio de Janeiro tem um dos menores índices de resposta ao Siops, mas não do País, porque tem maior índice que os estados da Região Norde e que metade dos estados da Região Nordeste. Considerando os estados do Sudeste e do Centro-Oeste, o Estado do Rio de Janeiro como um todo registra o menor índice de resposta ao Siops do País.

Dos nove municípios da região cinco informaram ao Siops em 2003, todos cumpriam a EC 29. Aliás, um dado interessante é que todos os municípios que informam os dados aplicam um percentual alto em Saúde. Búzios aplica cerca de 30% do seu percentual de impostos na Saúde. Em 2003, deviam informações ao Siops: Iguaba Grande, Arraial do Cabo, São Pedro da Aldeia e Rio das Ostras.

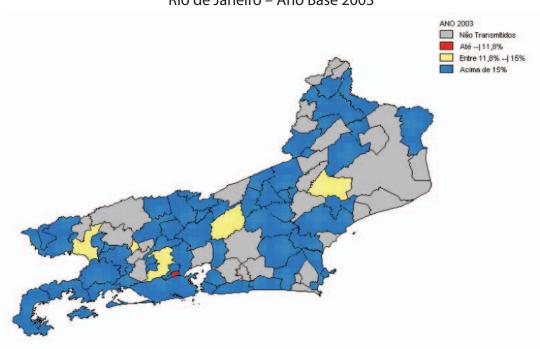


Figura 6. Acompanhamento da EC 29/2000 Rio de Janeiro – Ano Base 2003

Fonte: Siops 28/8/2005.

Em 2004, quatro municípios não informaram ao Siops e os outros cinco cumpriram a EC 29 com percentuais altos. Não informaram: Iguaba Grande, Arraial do Cabo, São Pedro da Aldeia e Rio das Ostras.

ANO 2004

Não Transmitidos

Até-I 15%

Acina de 15%

Figura 7. Acompanhamento da EC 29/2000 Rio de Janeiro – Ano Base 2004

Fonte: Siops 28/8/2005.

A tabela a seguir nos mostra os dados de todos os estados. No caso dos municípios, o índice de cumprimento da EC 29 é relativamente alto: de cada oito, seis a cumprem, um não cumpre e um não informa.

Tabela 11. Estimativa da Aplicação dos Recursos dos Governos Estaduais em Saúde

	tiva da Apli rme a EC 29						e		
UF	Receita de Impostos e TCL	Despesa c/ Recursos Próprios	Despesa Mínima	Despesa inferior ao mínimo	Despesa superior ao mínimo	%Aplicado	%Mínimo	Diferença no %	Fonte
	Α	В	C=A*G	D=B-A	E=B-A	F=B/A*100	G	H=F-G	I
AC	947,5	122,8	113,7	-	9,1	12,96	12,00	0,96	DEMONST
AM	2.462,0	631,0	295,4	-	335,5	25,63	12,00	13,63	DEMONST
AP	894,6	133,1	107,4	-	25,7	14,87	12,00	2,87	BALANÇO
PA	3.265,7	344,7	336,0	-	8,7	10,56	10,29	0,27	SIOPS
RO	1.335,7	139,3	138,0	-	1,4	10,43	10,33	0,10	DEMONST
RR	663,4	81,6	77,9	-	3,6	12,30	11,75	0,55	DEMONST
то	1.393,1	157,8	145,3	-	12,5	11,32	10,43	0,89	SIOPS
AL	1.605,7	143,8	160,6	(16,8)	-	8,96	10,00	-1,04	SIOPS
BA	6.746,5	715,8	709,1	-	6,8	10,61	10,51	0,10	SIOPS
CE	3.797,1	356,2	420,3	(64,1)	-	9,38	11,07	-1,69	SIOPS
MA	2.491,0	148,5	249,1	(100,6)	-	5,96	10,00	-4,04	SIOPS
РВ	1.928,5	151,0	192,9	(41,8)	-	7,83	10,00	-2,17	BALANÇO
PE	4.148,9	406,8	433,1	(26,4)	-	9,80	10,44	-0,64	BALANÇO
PI	1.467,6	107,8	146,8	(38,9)	-	7,35	10,00	-2,65	DEMONST
RN	1.930,7	273,3	231,7	-	41,6	14,15	12,00	2,15	BALANÇO
SE	1.552,7	156,4	155,3	-	1,2	10,07	10,00	0,07	SIOPS
ES	2.912,3	307,1	330,0	(22,9)	-	10,54	11,33	-0,79	BALANÇO
MG	10.842,9	678,6	1.084,3	(405,7)	-	6,26	10,00	-3,74	BALANÇO
RJ	10.522,0	846,3	1.052,2	(205,9)	-	8,04	10,00	-1,96	BALANÇO
SP	35.613,1	3.789,1	3.675,3	-	113,8	10,64	10,32	0,32	BALANÇO
PR	6.653,0	422,4	665,3	(242,9)	-	6,35	10,00	-3,65	BALANÇO
RS	8.646,0	507,2	864,6	(357,4)	-	5,87	10,00	-4,13	DEMONST
SC	4.403,0	464,9	470,7	(5,8)	-	10,56	10,69	-0,13	SIOPS
DF	3.745,4	418,3	439,7	(21,4)	-	11,17	11,74	-0,57	SIOPS
GO	3.728,5	345,9	412,7	(66,9)	-	9,28	11,07	-1,79	BALANÇO
MS	1.736,4	132,8	173,6	(40,8)	-	7,65	10,00	-2,35	BALANÇO
MT	2.548,9	241,8	254,9	(13,1)	-	9,49	10,00	-0,51	SIOPS
TOTAL	127.982	12.224	13.336	-1.671	560	9,55	10,42	-0,87	

Os estados em conjunto arrecadam R\$ 128 bilhões em impostos e aplicam R\$ 12.000.000.000,000 na Saúde, quando deveriam, em conjunto, aplicar R\$ 13 bilhões, o *deficit* foi de R\$ 1,6 bilhões no ano de 2003. O *deficit* com a Emenda 29 é de mais 5 bilhões. Quem cumpre a EC 29 são todos os estados da Região Norte, Bahia, Rio Grande do Norte, Sergipe e São Paulo. O Estado do Rio de Janeiro nunca cumpriu a EC 29 e aplica menos da metade do que deveria. Então a arrecadação é de R\$ 10,5 bilhões e nesse caso não é menos da metade. Corrigindo, temos uma despesa de R\$ 846 milhões, quando a despesa mínima seria de R\$ 1 bilhão e 50 milhões, a aplicação abaixo do mínimo é de R\$ 200 milhões.

Se juntarmos os estados do Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul, verificamos que eles não investem R\$ 1,3 bilhões. Isso é mais de 80% do *deficit* de todos os estados que não cumprem a EC 29, que é, principalmente, o Centro-Sul do País. A média deveria ser 9,5% da receita dos impostos mais na realidade fica em 10,4%.

Na tabela abaixo temos alguns dados do Siops dos nove municípios da Região da Baixada Litorânea.

Tabela 12. Indicadores Municipais em 2002 - RJ - Siops

Município	População	Despes a Total p/ Hab	Desp. Rec. Próprio s p/ Hab	Transf SUS p/ Hab	% Transf SUS / Desp Total	% Desp Pessoa I	% Desp Invest	% EC 29	Desp Total Saúde (R\$ Milhões)	Desp Recurso Próprio (R\$) Milhões)	Rec Imp e Tr Const (R\$ Milhões)	Transfe- rências SUS (R\$ Milhões)
Total RJ	14.305.912	163,2	79,2	83,9	51,4	48,5	3,7	16,89	2.334,2	1.133,5	6.711,0	1.200,7
Total 9 Municípios	433.442	191,9	151,8	40,2	20,9				83,2	65,8	235,5	17,4
Araruama	87.808	121,7	86,4	35,3	29,0	64,5	5,3	25,26	10,7	7,6	30,0	3,1
Armação dos Búzios	19.818	475,1	427,5	47,6	10,0	66,1	2,8	36,39	9,4	8,5	23,3	0,9
Arraial do Cabo	24.722	200,1	89,8	110,2	55,1	79,9	2,4	16,60	4,9	2,2	13,4	2,7
Cabo Frio	137.864	171,0	153,4	17,6	10,3	65,5	12,9	26,29	23,6	21,1	80,4	2,4
Casimiro de Abreu	23.524	369,4	295,5	73,9	20,0	44,7	12,0	21,82	8,7	7,0	31,9	1,7
Iguaba Grande	16.681	313,8	268,1	45,8	14,6	57,2	11,4	35,82	5,2	4,5	12,5	0,8
Rio das Ostras	Não Info	mado										
São Pedro da Aldeia	67.496	135,2	111,2	24,0	17,7	41,7	18,5	33,44	9,1	7,5	22,4	1,6
Saguarema	55.529	207,5	133,7	73,8	35,6	68,0	4,7	34,35	11,5	7,4	21,6	4,1
% 9 munic / Total RJ	3,0								3,6	5,8	3,5	1,5

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

A análise do conjunto dos municípios não pôde ser completada porque Rio das Ostras não incorporou ainda os dados de 2002. Mas a despesa total por habitante é de R\$ 192,00 sendo maior que a média do estado. Temos também uma despesa com recursos próprios que é quase o dobro da média do estado.

Em 2002, o município com maior aplicação foi Casimiro de Abreu, com R\$ 369,40 por habitante, dos quais R\$ 295,50 são recursos próprios, e R\$ 73,90 transferidos pelo Ministério.

O município que mais recebe, proporcionalmente, recursos do Ministério é Arraial do Cabo, o único município que está na Gestão Plena na região.

A tabela também nos mostra a dependência da transferência do Ministério da Saúde (vide 6.ª coluna da tabela 11). Em Saquarema, dos recursos aplicados, 35% vêm do Ministério da Saúde. Os menos dependentes são Cabo Frio e Búzios onde de cada R\$ 10,00 aplicados, R\$ 9,00 são recursos próprios e apenas R\$ 1,00 é transferido. O mais dependente, até por conta da Gestão Plena, é Arraial do Cabo. Agora que todos os estados já estão habilitados na Gestão Plena, o responsável pelo pagamento dos prestadores, no caso dos oito municípios que não têm gestão plena, é o Estado do Rio de Janeiro. O Ministério da Saúde não paga mais nenhum prestador diretamente desde o início do ano, quando foram habilitados os estados de Tocantins, Espírito Santo e Maranhão. Logo, o Estado do Rio de Janeiro recebe o teto financeiro e paga aos prestadores dos municípios não habilitados na Gestão Plena.

Sobre o percentual com despesas com pessoal o maior índice é de Arraial do Cabo, com 80% da despesa comprometido com a rubrica. O índice mais baixo é o de São Pedro da Aldeia, com 41,7%. São Pedro da Aldeia também é o município que mais investe, entre

os oito municípios foi o que mais investiu em 2002 (18% de sua despesa). O município de Búzios foi o que menos investiu.

Quando se fala em 15% da receita deveria ser 15% para todos, entretanto, alguns municípios arrecadam mais impostos que os outros. Por exemplo, a média de arrecadação de impostos municipais dos nove municípios da região é de R\$ 617,00 por habitante, dos quais 15% deveriam ser usados na Saúde. No entanto, o município de Araruama tem uma receita de impostos de R\$ 372,00 por habitante, ou seja, metade da média. Por sua vez, o município de Búzios tem uma arrecadação de R\$ 1.354,00 por habitante, ou seja, quatro vezes o valor de Araruama. A maior arrecadação de impostos na região é Casimiro de Abreu, com R\$ 1.450,00 por habitante, considerando o ano de 2003.

Há uma grande desigualdade, por exemplo, quando se comparam os dados do Maranhão e de São Paulo observa-se que as diferenças são grandes. Cada habitante de São Paulo tem uma receita disponível de impostos três vezes maior que a média do Maranhão. Quando aplicamos 15% sobre algo que é desigual mantemos a desigualdade. Essa é uma discussão feita pelo Ministério da Saúde, em torno do Pacto de Gestão e o componente de financiamento.

Como o sistema está oferecendo um teto que está baseado no faturamento passado, a média de recursos que o Ministério da Saúde transfere para os nove municípios da região é muito baixo. Os nove municípios têm em torno de meio milhão de habitantes, o equivalente a meia cidade de Nova Iguaçu, que tem quase 1 milhão de habitantes. O repasse de recursos para esses municípios equivale a mais ou menos 20% do que Nova Iguaçu recebe. Principalmente porque Nova Iguaçu está na Gestão Plena, ou seja, lá já existe uma capacidade instalada, tem um grande hospital, que é o Hospital da Posse. Na Baixada Litorânea, dos nove municípios apenas um está na Gestão Plena. Então há alguns recursos que foram aplicados na região, mas que não passaram pelo caixa municipal, pois o estado paga direto ao prestador.

A idéia da instituição do Pacto de Gestão é de incluir a questão da receita disponível pela Emenda 29 à definição, ou seja, dentro do princípio da equidade. Não podemos tratar os estados e municípios com igualdade considerando que a receita com impostos é diferenciada e o direito à saúde deve ser igual para todos.

Tabela 13. Indicadores Municipais em 2003 – RJ – Siops

Município	População	Despes a Total p/ Hab	Desp. Rec. Próprio s p/ Hab	Transf SUS p/ Hab	% Transf SUS / Desp Total	% Desp Pesso al	% Desp Invest	% EC 29	Desp Total Saúde (R\$ Milhões)	Desp Recurso Própr (R\$ Milhões)	Rec Imp e Tr Const (R\$ Milhões)	Transfe rências SUS (R\$ Milhōes)
Total RJ	13.265.026	192,6	100,8	91,8	47,7	46,5	3,9	19,99	2.554,6	1.336,7	6.687,7	1.217,8
Total 9 Municípios	334.798	243,9	192,8	51,2	21,0				81,7	64,5	206,6	17,1
Araruama	90.128	143,8	109,8	33,9	23,6	56,2	8,5	30,41	13,0	9,9	32,6	3,1
Armação dos Búzios	20.567	789,2	535,3	253,8	32,2	54,1	12,0	39,43	16,2	11,0	27,9	5,2
Arraial do Cabo	Não Informad	lo										
Cabo Frio	142.986	189,0	168,9	20,1	10,7	61,5	7,4	27,57	27,0	24,1	87,6	2,9
Casemiro de Abreu	24.167	447,9	358,6	89,3	19,9	54,0	3,9	24,71	10,8	8,7	35,1	2,2
<u>Iguaba Grande</u>	Não Informad	lo										
Rio das Ostras	Não Informad	lo										
São Pedro da Aldeia	Não Informad	lo										
Saquarema	56.950	256,7	189,8	66,9	26,1	53,0	5,0	46,06	14,6	10,8	23,5	3,8
% 9 munic / Total RJ	2,5								3,2	4,8	3,1	1,4

Como é possível observar na tabela acima, no ano de 2003, não recebemos informação de Arraial do Cabo, Iguaba Grande, Rio das Ostras e São Pedro da Aldeia. O quadro da Saúde não muda muito de 2002 a 2004.

Em relação ao cumprimento da Emenda 29, em 2003, o mínimo não era 15% estando naquele período de crescimento gradual. Saquarema aplicou 46% dos impostos na área da Saúde, Búzios chegou a quase 40%, no entanto, aplicar muito não significa boa aplicação. Em termos de cumprimento ao que determina a EC 29, todos os municípios que informaram estavam cumprindo a emenda desde 2002.

Tabela 14. Indicadores Municipais em 2004 – RJ – Siops

Município	População	Despes a Total p/ Hab	Desp. Rec. Próprio s p/ Hab	Transf SUS p/ Hab	% Transf SUS / Desp Total	% Desp Pesso al	% Desp Invest	% EC 29	Desp Total Saúde (R\$ Milhões)	Desp Recurso Própr (R\$ Milhões)	Rec Imp e Tr Const (R\$ Milhões)	Transfe rências SUS (R\$ Milhões)
Total RJ	10.547.038	213,8	112,3	101,7	47,6	47,4	4,1	19,26	2.255,0	1.184,0	6.148,5	1.072,7
Total 9 Municípios	323.704	218,1	162,4	45,6	20,9				70,6	52,6	196,2	14,8
Araruama	92.445	150,7	108,5	40,8	27,1	57,0	5,5	27,03	13,9	10,0	37,1	3,8
Armação dos Búzios	Não Informac	do										
Arraial do Cabo	Não Informac	do										
Cabo Frio	148.091	172,9	149,8	23,2	13,4	85,9	1,4	22,26	25,6	22,2	99,6	3,4
Casemiro de Abreu	24.799	553,3	435,3	115,7	20,9	56,5	7,1	31,26	13,7	10,8	34,5	2,9
Iguaba Grande	Não Informac	do										
Rio das Ostras	Não Informac	do										
São Pedro da Aldeia	Não Informac	do										
Saguarema	58.369	297,4	163,9	80,3	27,0	45,8	9,2	38,48	17,4	9,6	24,9	4,7
% 9 munic / Total RJ	3,1								3,1	4,4	3,2	1,4

Fonte: Ministério da Saúde.

De 2004 a 2005 ainda tem cinco municípios que não informaram ao Ministério da Saúde. Os que informaram têm volume inicial, geralmente, de quase o dobro do mínimo exigido.

Tabela 15. Cumprimento da EC 29 pelos Municípios em 2003 – Brasil

Situação	Número total de Municípios	% do total	Número de munic. com informação disponível	% dos municípios com informação disponível
Cumpriu a EC 29 em 2003	4.053	73	4.053	86
Não cumpriu a EC 29 em 2003	640	11	640	14
Não enviou 2003	866	16		_
Total	5.559	100	4.693	100

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Tabela 16. Cumprimento da EC 29 pelos Municípios em 2003 – Brasil e RJ

		Ano 2003								
UF	Cumpriu a EC 29	Não Cumpriu a EC 29	Não enviou	Total						
B.L. RJ	5	0	4	9						
RJ	56	3	33	92						
Brasil	4.088	657	814	5.559						

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

No quadro do País de 5.559 municípios, 16% não enviaram os dados. Na região o percentual é de 50%, metade dos municípios não informa ao Siops e a média do País é de 16%. Há mais de 4 mil municípios cumprindo a EC 29, o que corresponde a 73%. Dos que informaram os dados, 86% cumpriam a EC 29. Se compararmos com os dados do estado, 11 cumpriam a emenda, logo, o nível de cumprimento da emenda é muito inferior ao dos municípios.

Tabela 17. Cumprimento da EC 29 pelos Municípios em 2004 – Brasil e RJ

		2004		
UF	Cumpriu a EC 29	Não Cumpriu a EC 29	Não enviou	Total
B.L. RJ	4	0	5	9
RJ	25	5	62	92
Brasil	2.827	469	2.263	5.559

Nos municípios da região da Baixada Litorânea, no ano de 2004, o índice de resposta ao Siops é de 45% e a média do País é de 60%. A média do estado é inferior aos municípios da região. Do restante do estado, principalmente dos municípios do norte do estado, na região de Campos, há um grande vazio de informações.

No Estado do Rio de Janeiro os municípios de até 5.000 habitantes têm uma receita de R\$ 247,00 por habitante disponível para a saúde. Podemos perceber, pela tabela abaixo, que as menores receitas de impostos estão nos municípios de médio porte do Norte e do Nordeste do País. Os municípios do Maranhão, por exemplo, têm uma receita de impostos cinco ou seis vezes inferior a de Búzios.

Tabela 18. 15% das Receitas de Impostos Municipais – Siops 2003

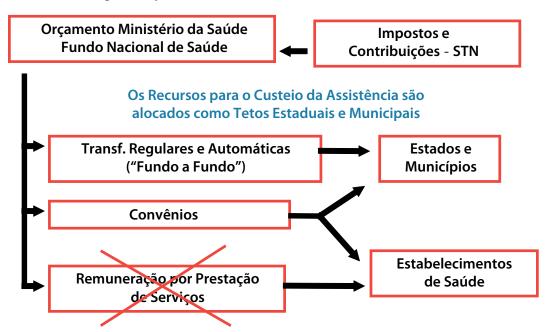
UF	Até 5.000 hab	De 5.001 a 10.000 hab	De 10.001 a 20.000 hab	De 20.001 a 50.000 hab	De 50.001 a 100.000 hab	De 100.001 a 200.000 hab	De 200.001 a 400.000 hab	Acima de 400.001	Total
RO	172	63	51	44	56	45	55	0	52
AC	95	50	47	28	27	0	65	0	54
AM	0	75	60	43	51	0	0	61	58
RR	0	42	30	38	0	0	87	0	82
PA	109	60	43	34	47	27	27	39	38
AP	66	42	34	38	31	0	47	0	43
TO	104	54	43	39	55	89	0	0	67
MA	70	48	36	27	25	19	33	61	36
PI	74	44	38	28	26	24	0	46	42
CE	100	65	49	38	31	58	30	52	44
RN	102	59	49	39	36	45	33	55	49
PB	103	56	44	37	31	34	35	56	47
PB	165	54	46	38	44	41	32	67	48
AL	102	62	46	47	29	33	0	48	46
SE	138	83	59	40	32	35	0	66	53
BA	104	61	52	51	39	65	38	46	50
MG	116	73	59	56	55		71	70	64
ES	0	83	77	62	50	65	88	0	78
RJ	247	147	120	109	56	57	113	73	74
SP	161	108	90	83	101	87	82	114	101
PR	137	90	74	63	52	103	59	84	75
SC	147	87	75	70	63	66	90	76	78
RS	155	91	81	79	64	58	63	104	80
MS	196	108	91	70	64	67	0	65	75
MT	172	116	79	78	54	68	45	66	76
G0	140	92	74	61	55	56	37	79	68
Total	134	80	63	58	59	65	66	82	71
			De R\$ 48,0 a 6				1o quartil	48,0	
			\$ 68,3 a R\$ 10 Mais de R\$ 10				2o quartil 3o quartil	68,3 102,8	
			mais de R\$ 10	∠,o (4° quano)			ου quartii	102,0	

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Estes dados são uma consolidação das despesas com serviços de educação e de saúde em 2003, considerando as esferas federal, estadual e municipal, do ponto de vista de quem financia. Na esfera federal a média é de R\$ 154,00 por habitante. O Rio de Janeiro tem um valor superior à média em função dos hospitais federais. O estado aplica relativamente pouco, comparado aos estados do Espírito Santo e São Paulo. O Estado do Rio de Janeiro nunca cumpriu a EC 29 e na média pode ser comparado aos estados do Nordeste do País. Os municípios do Rio de Janeiro aplicam o dobro do que o estado aplica, sendo inferior somente a São Paulo. Os municípios de São Paulo aplicam R\$ 123,00 reais por habitante e os do Rio de Janeiro aplicam R\$ 105,00, sendo a média do País R\$ 81,00. Em 2003, tínhamos uma despesa média por habitante no País de R\$ 300,00 pouco acima de US\$ 100,00.

7.4 O GASTO FEDERAL

Como o MS gasta hoje?



Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Os impostos arrecadados pelo Tesouro são repassados para o Fundo Nacional de Saúde, 70% dos recursos do Ministério são transferidos para os estados e municípios. Quando o município não tem Gestão Plena é o estado que recebe esta transferência. Uma pequena parcela dos recursos do Ministério, cerca de 7%, é repassado através de convênios para estados e municípios, ou diretamente para prestadores de serviços de saúde. Em torno de 20% do orçamento do Ministério é executado diretamente.

Tabela 19. Evolução das Despesas do MS – 2000-2004 (em R\$ Milhões Corrente)

Tipo de Despesa	2000	2001	2002	2003	2004
1) Procedimentos de Média e Alta Complexidade - MAC	10.138	11.347	12.208	13.770	15.807
- Serviços Produzidos	4.424	4.255	5.190	5.455	1.290
- Fundo a Fundo	5.714	7.092	7.018	8.315	14.517
Semi Plena	0	0	0	0	0
Gestão Plena	5.356	6.643	6.559	7.799	13.691
Medicamentos Excepcionais	359	450	458	516	826
2) Atenção Básica	3.075	3.698	4.228	4.760	5.997
- PAB Fixo	1.726	1.790	1.864	1.892	2.094
Piso de Atenção Básica - Fixo	1.710	1.753	1.818	1.847	2.094
Apoio à População Indígena	17	37	46	44	0
- PAB Variável	1.349	1.908	2.364	2.868	3.903
Epidemiologia e Controle de Doenças	338	535	552	615	641
Farmácia Básica	164	168	166	177	186
Incentivo a Ações Básicas Vigilância Sanitária	39	66	75	86	83
Incentivo a Ações de Combate à Carência Nutricional	152	169	102	6	11
Prog. Ag. Comunit. Saúde e Saúde da Família	656	969	1.318	1.624	2.163
Incentivo a Bolsa Alimentação	0	0	152	360	819
3) Medicamentos Estratégicos (1)	827	858	1.147	1.185	1.418
4) Saneamento Básico	159	1.199	570	101	471
4.1 - Saneamento Básico	159	127	129	101	561
4.2 - Projeto Alvorada	-	1.072	441	-	-
5) Emendas Parlamentares	383	622	439	509	753
6) Demais Ações OCK	3.139	2.122	3.170	3.522	4.447
Ações e Serviços de Saúde - Pessoal Ativo	2.631	2.628	2.974	3.336	3.810
Ações e Serviços de Saúde - OCK	17.721	19.846	21.763	23.845	28.893
Ações e Serviços de Saúde - Total	20.351	22.474	24.737	27.181	32.703
Ações e Serviços de Saúde - Pessoal Inativo	2.195	2.270	2.493	2.624	3.019
Ações e Serviços de Saúde - Dívida	153	236	370	421	486
Fundo de Combate à Pobreza	-	1.157	693	-	329
MS - Total Executado	22.699	26.136	28.293	30.226	36.538

Essa planilha representa o orçamento do Ministério da Saúde. Em despesas correntes, em 2000, há cerca de R\$ 20 trilhões e 300 milhões. Em 2004, são R\$ 32,7 trilhões. Esse crescimento pode ter sido somente nominal, ocasionado pela inflação. Descontando-se a inflação do período e atualizando os valores de 2000 para 2005, observa-se que houve um crescimento no período. Em 2003, houve uma pequena queda onde foi descumprida a EC 29, que foi compensado no ano de 2004 com a maior aplicação em Saúde, desde 1995.

Tabela 20. Transferências do MS para os Municípios do RJ (2004 Critério de Caixa)

Tipo de Transferência	Araruama	Arm. Búzios	Arraial do Cabo	Cabo Frio	Casimiro de Abreu	Iguaba Grande	Rio das Ostras	São Pedro da Aldeia	Saquarema	Total
População	90.128	20.567	25.113	142.984	24.164	17.419	42.024	69.474	56.950	488.823
PAB Fixo	959.203	217.974	268.332	1.515.741	257.105	184.175	444.358	738.596	606.281	5.191.765
Progr Saúde da Família	395.712	216.000	388.800	917.696	453.600	453.600	0	687.888	510.452	4.023.748
Epidemiologia e Controle de Doenças	543.434	142.059	225.503	373.309	137.897	168.831	189.175	227.756	399.098	2.407.062
Gestão Plena	0	0	1.714.178	0	0	0	0	0	0	1.714.178
PACS	157.440	49.200	164.000	300.880	182.200	131.200	0	210.160	161.480	1.356.560
Saúde Bucal	0	0	31.700	116.000	0	60.800	0	149.300	149.800	507.600
Farmácia Básica	87.806	19.818	24.721	137.863	23.526	16.680	40.248	67.494	55.527	473.683
HIV/AIDS - Outras DST	72.917	0	0	62.500	0	0	0	62.500	0	197.917
PAB-Vigilância	20.364	4.620	5.706	32.127	5.458	3.900	9.409	15.674	12.873	110.130
Descentralização FUNASA	0	0	0	0	0	0	102.000	0	0	102.000
Controle da Tuberculose	0	0	0	14.586	0	0	0	0	0	14.586
FAEC	0	0	7.666	0	0	0	0	0	0	7.666
Incentivo a Tuberculose	0	0	6.000	0	0	0	0	0	0	6.000
Cartão SUS	2.163	0	0	0	0	0	0	405	0	2.567
Total	2.239.038	649.672	2.836.606	3.470.701	1.059.786	1.019.186	785.189	2.159.772	1.895.511	16.115.460
Total por Habitante	25	32	113	24	44	59	19	31	33	33

Os dados acima são os da transferência do Fundo Nacional de Saúde. Em 2004, o repasse para os nove municípios da região foi de R\$ 16.115.460,00. O valor por habitante vai ser maior em Arraial do Cabo e o município que tem o valor mais baixo por habitante é Rio das Ostras. Coincidentemente, Rio das Ostras e Búzios não têm equipes de Saúde da Família implantadas, de acordo com as informações do Departamento de Atenção Básica. Destaca-se que não estamos contabilizando neste quadro aquele recurso que não passa pelo caixa do município, ou seja, o que é pago diretamente aos prestadores.

Na tabela seguinte são apresentadas as equipes de Saúde da Família implantadas até maio de 2005.

Tabela 21. Cobertura do Programa Saúde da Família (Maio/2005)

Município	Pop 2005	ESF Implantada	% Cobertura PSF
Araruama	97.702	7	26,8
Armação dos Búzios	23.013	0	0,0
Arraial do Cabo	26.392	6	82,4
Cabo Frio	159.684	17	41,0
Casimiro de Abreu	26.243	7	99,9
Iguaba Grande	19.823	7	100,0
Rio das Ostras	47.816	0	0,0
São Pedro da Aldeia	75.934	12	59,6
Saguarema	61.592	10	60,6
Total 9 municípios	538.199	66	45,0
Total RJ	15.383.422	944	21,2
Total Brasil	184.184.074	22.412	40,6

Os municípios da região têm um percentual de cobertura acima da média do Estado do Rio de Janeiro e do País. Os municípios de Casimiro de Abreu e Iguaba Grande têm 100% de cobertura, Arraial do Cabo 80%, São Pedro da Aldeia e Saquarema tem 60% e Araruama 26%. Não encontramos nenhuma equipe em Búzios e Rio das Ostras.

7.5 IMPACTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL 29

Tabela 22. Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde por Esfera de Governo

Em R\$ milhões correntes

				1 113 1111111106361	
Ano	União	Estados	Municípios	Total	Total por Habitante
2000	20.351	6.313	7.404	34.069	200
2001	22.474	8.270	9.269	40.013	232
2002	24.737	10.079	11.759	46.574	267
2003	27.181	12.224	14.219	53.624	303
Estimativa 2004*	32.703	17.222	16.423	66.349	370

^{*}A projeção foi baseada no estimativa de cresc. real de 5,2% e no IPCA médio de 6,6%. Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

Tabela 23. Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde por Esfera de Governo

Em milhões de R\$ de 2003

	=				
Ano	União	Estados	Municípios	Total	Total por Habitante
2000	27.056	8.393	9.843	45.292	266
2001	27.965	10.290	11.534	49.789	289
2002	28.382	11.564	13.492	53.438	306
2003	27.181	12.224	14.219	53.624	303
Estimativa 2004	30.881	16.263	15.509	62.653	350

Índice 2000 = 100	valores constantes

Ano	União	Estados	Municípios
2000	100,00	100,00	100,00
2001	103,36	122,60	117,18
2002	104,90	137,77	137,08
2003	100,46	145,64	144,46
2004 Estimativa	114,14	193,76	157,56

^{*}Em termos reais, entre 2000 e 2002, a despesa dos estados cresceu 38%, e a dos municípios 37%. Com o impacto da EC 29, espera-se que a despesa dos estados cresça mais 50% e a dos municípios mais 15%. Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

De 2000 até 2005, a União aplicou cerca de 14% a mais na saúde, os estados aumentaram em 45% a aplicação em saúde, mesmo descontando a inflação, e os municípios em torno de 44%. Se os estados tivessem cumprido a EC 29, em 2004, teriam dobrado sua aplicação em saúde em relação ao ano de 2000 e os municípios teriam aplicado 57% a mais. Diante disso, verificamos que a EC 29 já produziu um impacto importante para o financiamento da saúde.

7.6 O GASTO COM SAÚDE NO MUNDO

O Brasil gasta cerca de 3,4% do PIB em Saúde, outros países mais desenvolvidos gastam entre 6% e 8%. O problema de se comparar pelo PIB é quando a gente compara o nosso PIB com o dos países mais desenvolvidos. Se compararmos em dólar, no Brasil, aplicamos US\$ 100,00 por habitante, enquanto na Alemanha aplica-se US\$ 1.800. O poder de compra dos países é diferente, por exemplo, descontando-se a diferença do nível de preços, ao se comparar com a Alemanha o Brasil é dez vezes menor.

Tabela 24. Gasto com Saúde em Países Selecionados

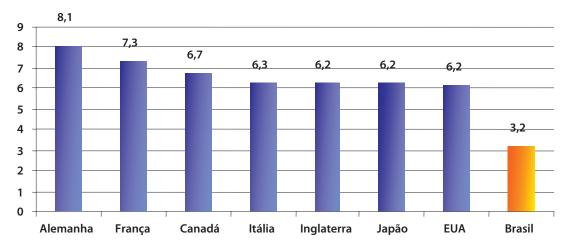
Gasto com Saúde Pública e Privada Em % do PIB e US\$ Médio 2000 – Países Selecionados

Paises	Gasto Total com Saúde - em % do PIB	Gasto Público com Saúde - em % do PIB	Gasto Privado com Saúde - em % do PIB	% do Gasto Privado	Gasto Total por Habitante - em US\$ Médio	Gasto Total por Habitante - em US\$ Internaci onal Médio	Gasto Público por Habitante - em US\$ Médio	Gasto Público por Habitante - em US\$ Internaci onal Médio
Alemanha	10,6	8,0	2,6	24,9	2.408	2.766	1.807	2.075
França	9,5	7,2	2,3	24,0	2.067	2.382	1.568	1.806
Canadá	9,1	6,5	2,6	28,9	2.102	2.580	1.490	1.828
Austrália	8,3	6,0	2,3	27,6	1.808	2.363	1.246	1.629
Portugal	8,2	6,0	2,2	26,8	938	1.512	642	1.036
Japão	7,8	6,0	1,8	23,3	2.890	2.002	2.245	1.555
Italia	8,1	6,0	2,1	26,3	1.518	2.047	1.114	1.502
EUA	13,0	5,8	7,2	55,7	4.540	4.540	2.005	2.005
Espanha	7,7	5,4	2,3	30,1	1.048	1.505	751	1.078
Uruguai	10,9	5,1	5,8	53,5	653	986	304	459
Argentina	8,6	4,7	3,9	45,0	683	1.099	377	607
Grécia	8,3	4,6	3,7	44,5	1.015	1.553	570	872
Africa do Sul	8,8	3,7	5,1	57,8	253	633	106	265
Brasil	8,3	3,4	4,9	59,2	265	556	108	227
Paraguai	7,9	3,0	4,9	61,7	112	323	43	124
México	5,4	2,5	2,9	53,6	327	501	150	229
China	5,3	1,9	3,4	63,4	45	200	17	73
índia	4,9	0,9	4,0	82,2	23	74	4	13

Fonte: The World Health Report 2002 e 2003 - OMS

O Brasil aplica cerca de metade dos países do G7.

Gráfico 1. Gasto Público com Saúde em 2001 (% do PIB) Brasil e Países do G7



Fonte: World Health Report 2002 - OMS.

Selecionamos, também, alguns países em desenvolvimento. O Brasil se situa em um patamar um pouco mais baixo que a Rússia, a Turquia, a Argélia, a Albânia e acima da Índia e da China, que são países com população acima de 2 bilhões de habitantes e muito abaixo dos países da Europa, do Leste Europeu.

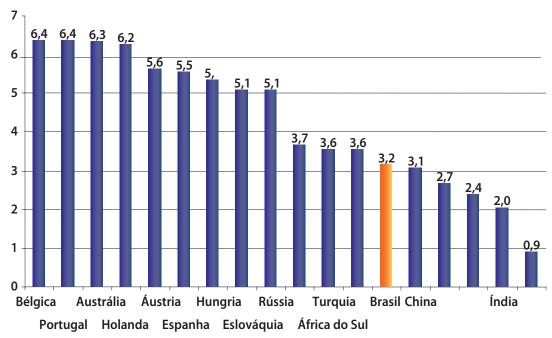
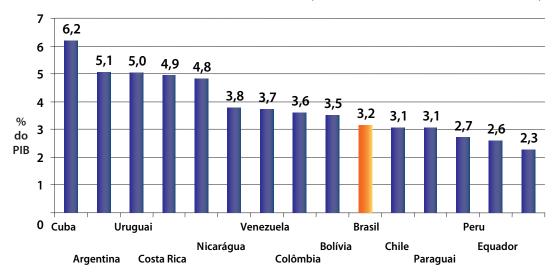


Gráfico 2. Gasto Público com Saúde em 2001 (% do PIB) Brasil e Países Selecionados

Fonte: World Health Report 2002 – OMS.

Por último, comparamos os países da América Latina. O país que mais aplica é Cuba, em torno de 6% do PIB, o dobro do Brasil. Argentina e Uruguai ficam em torno de 5%. Estamos aplicando hoje o mesmo nível da Bolívia, em torno de 3,5% do PIB. Se os estados estivessem cumprindo o disposto na EC 29, estaríamos aplicando em torno de 4,5%, como a Venezuela e a Nicarágua.

Gráfico 3. Gasto Público com Saúde em 2001 (% do PIB Países da América Latina)



Fonte: World Health Report 2002 – OMS.

8 CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE NA BAIXADA LITORÂNEA: CONTROLE SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS¹

Maria Inês Souza Bravo Rose Santos Pedreira Carolina de Barros Montanha Renata Moraes Cardozo Rosane Santos de Carvalho Thatiana Dutra Alves Coelho

8.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

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

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

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

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

A **participação** é concebida como a gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada. Ou seja, a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado, responsáveis pela elabora-

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

ção e gestão das políticas públicas na área social. Os Conselhos de Políticas Sociais e de Direitos são inovações em nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases da relação Estado – Sociedade.

Historicamente, a categoria **controle social** foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição Federal de 1988 é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Esta última concepção de controle social tem como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia.

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

Além destes espaços garantidos em lei, há alguns órgãos que devem ser parceiros na luta pela saúde, tais como: o **Ministério Público** que atua como um advogado da sociedade; o **Órgão de defesa do consumidor**, Procon, que denuncia o mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais e as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde; os **Conselhos Regionais Profissionais**, apresentando denúncias quanto ao mau atendimento – Serviço Social, Medicina, Odontologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e a **Imprensa** (oficial e alternativa).

8.2 PANORAMA DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO

A análise dos conselhos de saúde da região vai pautar-se nos seguintes eixos: processo de criação dos conselhos, composição, caráter, dinâmica de funcionamento e periodicidade das conferências municipais. As fontes utilizadas foram: leis de criação dos conselhos municipais e regimentos internos dos conselhos municipais.

8.2.1 Ano de formação

Há conselho de saúde em todos os municípios da região, foram criados, em sua maioria, nos anos de 1991, quatro e 1994, dois. É importante observar que, neste período, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) 91 e 93, que colocam a criação dos conselhos como critério para transferência de recursos pelo Governo Federal.

Tabela 25. Ano de Formação

Conselhos Municipais de Saúde	Lei e ano de criação
Araruama	Lei n.º 0813, de 25/11/1994
Armação dos Búzios	Lei n.º 011, de 23/4/1997
Arraial do Cabo	Lei n.º 0588, de 27/8/1991
Cabo Frio	Lei n.º 1.081, de 30/7/1991
Casimiro de Abreu	Lei n.º 263, de 13/10/1994
Iguaba Grande	Lei n.º 013,97, de 10/3/1997
Rio das Ostras	Lei n.º 235,97, de 22/5/1997
Saquarema	Lei n.º 49, de 22/8/1991
São Pedro da Aldeia	Lei n.º 0658, de 20/12/1991

8.2.2 Organização interna e dinâmica do funcionamento

A análise do caráter dos conselhos é fundamental, pois neste quesito percebemos sua relevância nas decisões de governo. Sobre o caráter consultivo ou deliberativo dos conselhos, 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 o 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 abaixo, todos os conselhos de saúde da Baixada Litorânea possuem caráter deliberativo.

Tabela 26. Caráter dos Conselhos

Conselhos Municipais de Saúde	Caráter
Araruama	Deliberativo
Armação dos Búzios	Deliberativo
Arraial do Cabo	Deliberativo
Cabo Frio	Deliberativo
Casimiro de Abreu	Deliberativo
Iguaba Grande	Deliberativo
Rio das Ostras	Deliberativo
Saquarema	Deliberativo
São Pedro da Aldeia	Deliberativo

Com relação ao *quorum* necessário para a realização das reuniões, cinco conselhos municipais da região garantem em seus regimentos internos a necessidade da presença e 50 % + 1 dos membros, três conselhos a necessidade de 50% e apenas um a maioria absoluta para que o conselho delibere sobre qualquer assunto. A Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), recomenda que as decisões dos conselhos sejam adotadas mediante *quorum* mínimo de metade mais um de seus integrantes.

Todos os Conselhos Municipais de Saúde da Região da Baixada Litorânea se reúnem regularmente. Destaca-se que no município de Araruama, de acordo com a Lei n.º 813 e o regimento interno do conselho, estão previstas reuniões bimensais, mas na prática as reuniões acontecem mensalmente. Considera-se que as reuniões devam ser periódicas para que o Conselho de Saúde cumpra, de fato, seu papel no controle social.

A tabela a seguir, fornece dados sobre as condições de funcionamento do CMS, conforme o regimento interno dos mesmos:

Tabela 27. Quorum e Periodicidade das Reuniões

Conselhos Municipais de Saúde	Quorum para reunião	Periodicidade das reuniões
Araruama	50% dos conselheiros	Mensal
Armação dos Búzios	50% dos conselheiros	Mensal
Arraial do Cabo	50% + 1 dos conselheiros	Mensal
Cabo Frio	50% + 1 dos conselheiros	Mensal
Casimiro de Abreu	Maioria absoluta	Mensal

Conselhos Municipais de Saúde	Quorum para reunião	Periodicidade das reuniões
Iguaba Grande	50% + 1 dos conselheiros	Mensal
Rio das Ostras	50% dos conselheiros	Mensal
Saquarema	50% + 1 dos conselheiros	Mensal
São Pedro da Aldeia	50% + 1 dos conselheiros	Mensal

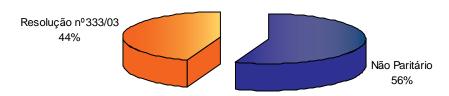
8.2.3 Composição dos conselhos

A Lei 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 333/03 do CNS, a paridade no Conselho deve ser a seguinte: 50% usuários e os outros 50% divididos entre profissionais de saúde (25%) e prestadores de serviço (25%). Destaca-se que entre 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.

A paridade pode ser considerada um "termômetro" da correlação de forças entre o poder público e a sociedade civil organizada. Dessa forma, no tocante à paridade, ou seja, os conselhos possuírem proporcionalidade entre os representantes dos segmentos (usuários, trabalhadores de saúde e gestores), dos nove conselhos pesquisados, apenas quatro o são, de acordo com a Resolução n.º 333/03.

O gráfico, a seguir, demonstra a paridade dos conselhos municipais de saúde da Baixada Litorânea.

Gráfico 4. Paridade



Fonte: BRAVO, M. I. S (Coord.). *Projeto Políticas Públicas de Saúde*: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro, 2005.

A tabela abaixo, que mostra a composição dos conselhos de saúde, demonstra que apenas quatro, dos nove conselhos analisados são paritários, a saber: Araruama, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande e Rio das Ostras.

Tabela 28. Composição dos Conselhos

		SEGMENT			
MUNICÍPIO	Usuá- rios	Trabalhadores de Saúde	Gestores/ Prestadores de Serviços	TOTAL	PARIDADE
Araruama	10	05	05	20	Paritário
Armação dos Búzios	04	04	01	09	Não Paritário
Arraial do Cabo	08	-	08	16	Não Paritário
Cabo Frio	08	02	06	16	Não Paritário
Casimiro de Abreu	06	03	03	12	Paritário
Iguaba Grande	06	03	03	12	Paritário
Rio das Ostras	06	03	03	12	Paritário
Saquarema	06	02	04	12	Não Paritário
São Pedro da Aldeia	07	01	06	14	Não Paritário

É importante observar que entre os conselhos que não são paritários, um fere a paridade em relação aos usuários e outro 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 Baixada Litorânea?

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 precárias, a perseguição política dentro das unidades e o refluxo das entidades dos trabalhadores de saúde, a partir da década de 90.

8.2.4 Conferências de saúde

As conferências de saúde, espaços de controle social garantidos na Lei Orgânica da Saúde (LOS), são eventos que devem ser realizados periodicamente para discutir a 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, 2001a).

Tabela 29. Periodicidade das Conferências

Município	Periodicidade das Conferências
Araruama	A cada 2 anos
Armação dos Búzios	Anual
Arraial do Cabo	Sem informação
Cabo Frio	Sem informação
Casimiro de Abreu	A cada 2 anos e 6 meses
Iguaba Grande	A cada 2 anos
Rio das Ostras	Sem informação
Saquarema	A cada 2 anos
São Pedro da Aldeia	A cada 2 anos

Como se pôde perceber na tabela acima, grande parte dos conselhos de saúde têm previsto a realização.

9 PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA DO RIO DE JANEIRO¹

Maria Inês Souza Bravo Daniele Brandt Juliana Fiúza Cislaghi Juliana Souza Bravo de Menezes

9.1 APRESENTAÇÃO

Este texto visa apresentar o perfil dos conselheiros de saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro, a partir da análise de suas fichas de inscrição no Curso Nacional de Capacitação para Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde².

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

9.2 REGIÃO LITORÂNEA

9.2.1 Considerações iniciais

Na Região da Baixada Litorânea, o Curso de Capacitação foi realizado em 2002, com a formação de duas turmas que tiveram como sede os municípios de Araruama e Rio das Ostras. No total, o Curso promoveu a capacitação de 50 conselheiros municipais.

Deste universo, analisaremos os dados das fichas de inscrição de 50 postulantes, quantitativo que representa 30% do total de conselheiros titulares da Região Litorânea³.

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.

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

Os conselheiros titulares e suplentes na Região Litorânea estão divididos entre os municípios da seguinte forma: 20 em Araruama, 16 em Arraial do Cabo, 06 em Búzios, 16 em Cabo Frio, 12 em Casimiro de Abreu, 30 em Iguaba Grande, 12 em Rio das Ostras, 29 em São Pedro da Aldeia, e 24 em Saquarema, totalizando 165 conselheiros.

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).

9.2.2 Dados institucionais da amostra

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

O quadro abaixo demonstra que a maioria dos conselheiros capacitados (64%) pertence ao segmento de usuários. Este dado demonstra uma maior mobilização deste segmento para a ampliação dos seus conhecimentos sobre controle social, a fim de qualificar seu trabalho e sua intervenção junto aos conselhos de saúde. O segmento dos profissionais de saúde teve 12% dos conselheiros capacitados, seguido pelos gestores e prestadores, com 22%.

Tabela 30. Conselheiros Distribuídos por Segmento

Segmento	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Usuário	32	64
Profissional	6	12
Gestor/Prestador	11	22
Não respondeu	1	2
Total	50	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2004.

Gráfico 5. Conselheiros Distribuídos por Segmento



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004.

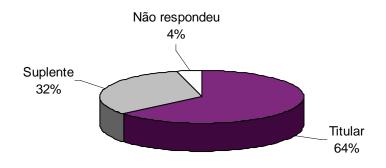
No tocante à participação dos conselheiros, de acordo com a sua **condição**, o quadro abaixo demonstra que a maioria dos conselheiros está na condição de titular (64%). Este é um fato positivo, já que a Proposta Nacional de Capacitação, tinha como objetivo capacitar 50% dos conselheiros de saúde titulares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

Tabela 31. Conselheiros Distribuídos por Condição

Condição	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Titular	32	64%
Suplente	16	32%
Não respondeu	2	4%
Total	50	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro – 2004.

Gráfico 6. Conselheiros Distribuídos por Condição



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004.

9.2.3 Dados pessoais dos conselheiros

Com relação à **idade**, verifica-se na tabela a seguir que a maioria dos conselheiros de saúde está concentrada na faixa de 41 a 60 anos (58%), sendo que nesse intervalo destaca-se a participação de conselheiros com idade entre 41 e 50 anos (34%). Este é um dado importante, pois demonstra que a maior atuação nos conselhos de saúde é de pessoas que, provavelmente, participaram do movimento da Reforma Sanitária. 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 21 a 30 anos, que chega a apenas 8%. Ao contrário daquela outra geração que experimentou a participação em um momento de democratização,

de lutas e de conquistas na área da Saúde, esta geração experimenta a participação nos conselhos já criados e regulamentados por lei. Entretanto, esta participação ocorre em uma conjuntura na qual ocorre o avanço do neoliberalismo e, conseqüentemente, o refluxo dos movimentos sociais, elementos da realidade que contribuem para a formação de uma geração sem perspectiva de participação social e de ação coletiva para a garantia de direitos sociais.

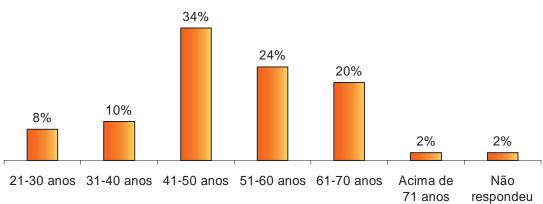
Por outro lado, uma reflexão importante é a pouca preocupação dos sujeitos sociais envolvidos na luta pela Reforma Sanitária com a formação de quadros, ou seja, a mobilização dos jovens para a luta pela saúde.

Tabela 32. Conselheiros Distribuídos por Idade

Idade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
21-30	4	8
31-40	5	10
41-50	17	34
51-60	12	24
61-70	10	20
Acima de 71	1	2
Não respondeu	1	2
Total	50	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004.

Gráfico 7. Conselheiros Distribuídos por Idade



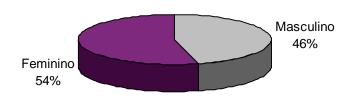
Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004.

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

Tabela 33. Conselheiros Distribuídos por Sexo

Sexo	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Masculino	23	46
Feminino	27	54
Total	50	100

Gráfico 8. Conselheiros Distribuídos por Sexo



Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004

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

Tabela 34. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade

Escolaridade	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
1.º Grau	5	10
2.º Grau	11	22
3.º Grau	17	34
Especialização	9	18
Não respondeu	8	16
Total	50	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004.

Ao se observar a **escolaridade por segmento**, verifica-se que, no **segmento dos usuários**, a maioria dos conselheiros possui 3.º grau (31%), seguido de 2.º grau (28%),

com destaque para o número significativo (9,5%) dos que possuem especialização. No **segmento dos profissionais de saúde**, a maioria dos conselheiros possui especialização (50%) e 3.º grau (31%), com destaque para um percentual considerável (16,7%) dos que possuem o 3º grau. E no **segmento dos gestores e prestadores de serviços**, a maioria dos conselheiros possui qualificação em nível de 3.º grau (46%) e de especialização (27%), seguido de um número expressivo de conselheiros que possui apenas o 2.º grau (18%).

1º Grau 2º Grau 3º Grau Especialização Não respondeu

■Usuário ■Profisional ■Gestor/Prestador □Não informou o segmento

Gráfico 9. Conselheiros Distribuídos por Nível de Escolaridade e Segmento

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004.

9.2.4 Participação em movimentos sociais

A participação em movimentos sociais é um dado importante para avaliar o potencial de participação da sociedade no controle social, através dos conselhos de saúde. Cabe destacar que na ficha oficial de inscrição ao 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 Litorânea, das 50 fichas de inscrição analisadas, apenas 23 apresentaram o questionário anexo.

Assim, com relação à **experiência em movimentos sociais**, observa-se que a maioria dos conselheiros (70%) participou ou participa de alguma organização política da sociedade civil. Sem desprezar a capacidade de mobilização e interlocução dos conselheiros com os movimentos sociais, considera-se que sua inserção nas organizações políticas da sociedade contribui para uma melhor apreensão da realidade e da articulação política com outros segmentos da sociedade civil. Neste sentido, os conselheiros com essa experiência de participação tendem a apresentar maior ressonância nos seus debates e ações no conselho, contribuindo para a construção de alianças, já que seus espaços organizados se refletem significativamente neste contexto.

Não respondeu
13%
Não possui
17%
Possui
70%

Gráfico 10. Conselheiros com Experiência em Movimentos Sociais

Quanto aos movimentos sociais nos quais os conselheiros possuem experiência de participação, verifica-se que a maioria está relacionada com movimento sindical (44%, dos quais 22%, apenas movimento sindical, 9% movimentos popular e sindical e 13% movimentos popular, sindical e partidário). Um número significativo de conselheiros tem experiência em movimentos populares (43,5%, dos quais 17% apenas movimento popular e 26,5% movimento popular associado a outros movimentos) e em movimento partidário (22%, dos quais 4,5% apenas movimento partidário e 17,5% movimento partidário associado a outros movimentos).

Tabela 35. Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência

	Quantidade (n)	Porcentagem (%)
Popular	4	17
Sindical	5	22
Partidário	1	4,5
Popular + Sindical	2	9
Popular + Partidário	1	4,5
Popular + Sindical + Partidário	3	13
Não possui	4	17
Não respondeu	3	13
Total	23	100

Fonte: Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Rio de Janeiro - 2004.

Não respondeu
13%
17%
Não possui
17%
Sindical
22%
Partidário
4,5%
Popular+Partidário
4,5%
Popular+Sindical
9%
13%

Gráfico 11. Movimentos Sociais nos quais Possuem Experiência

Com relação às principais **entidades representadas pelos usuários e trabalhadores de saúde** nos conselhos, voltaremos a analisar a amostra inicial de 50 fichas de inscrição.

No segmento dos usuários, a maioria é composta por associações de moradores (19%), clubes de serviços (16%) e associações de portadores de patologias e deficiências (13%). Entretanto, foram identificadas distorções na composição do conselho, pois entidades representativas do segmento dos profissionais de saúde (sindicatos e conselhos profissionais, juntos com 12%) vêm ocupando vagas no segmento dos usuários. Não bastasse a presença dos Clubes de Serviços (*Lions, Rotary Club* e Maçonaria), notadamente prestadores de serviços, ocupando 16% das vagas destinadas aos usuários nos conselhos, um elemento preocupante é o grande número de outras entidades (34%), em sua maioria com perfil de prestador de serviços. Este fato contribui negativamente para o exercício do controle social, uma vez que fere o princípio da paridade entre os segmentos.

Já no segmento dos trabalhadores de saúde, observa-se que a maioria é composta por conselhos profissionais (33%), seguido por sindicatos (17%) e pela secretaria municipal de saúde (17%). Destaca-se que a presença de trabalhadores indicados pelas unidades de saúde para ocupar o conselho neste segmento pode ser um equívoco, uma vez que não está claro quem indica esse profissional.

Há que se destacar 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.

Tabela 36. Entidades Representativas dos Usuários e dos Trabalhadores de Saúde

	Usuário	Porcentagem (%)	Profissional	Porcentagem (%)
Associação de Moradores	6	19		
Clubes de Serviços	5	16		
Associação de Portadores de Patologias e Deficiências	4	13		
Sindicato	3	9	1	17
Igreja	2	6		
Conselho Profissional	1	3	2	33
Secretaria Municipal de Saúde			1	17
Outras	11	34		
Não respondeu			2	33
Total	32	100	6	100

10 MESA-REDONDA "PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL"

Este item tem como objetivo apresentar as visões de controle social de gestores e usuários que foram expostas na mesa "Participação e Controle Social na Região da Baixada Litorânea". Participaram e problematizaram sobre o tema: José Meireles Lariú (Conselho Municipal de Saúde de Araruama), representando os conselheiros de saúde do segmento dos usuários; Jorge Mathias do Nascimento (Conselho Municipal de Saúde de Saquarema), representando os conselheiros de saúde do segmento dos trabalhadores de saúde; e Lúcia Souto da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

10.1 A VISÃO DE CONTROLE SOCIAL

Pelos Usuários¹

O conselheiro começa sua apresentação reforçando a necessidade de melhorar a participação social na região, onde particularmente se encontram muitas dificuldades, entre elas, a de comunicação e articulação entre os conselheiros dos municípios vizinhos.

Problematiza a distância dos municípios da região com o Rio de Janeiro, o que reflete na qualidade de atenção à saúde de sua população, visto não terem na região condições de atendimento. Para melhoria desta atenção, considera importante, portanto, a visão dos conselheiros municipais da região. Levanta a partir daí, alguns problemas concretos e emergentes, como o tratamento quimioterápico e radioterápico de combate ao câncer, e sua direta dependência do transporte municipal, acrescentando as dificuldades internas, onde algumas administrações das unidades locais não viabilizam o atendimento. O conselheiro municipal associa tais problemas também à falta do controle social local, como poder de pressão. Entende que mesmo o tratamento sendo caro, tem o outro lado da economia, como o de evitar perigo de acidentes na estrada, tendo-se registrado alguns como exemplifica com Araruama.

Concluindo, apresenta uma contradição fundamental, que precisa ser alterada, ainda se encontra na região conselheiros indicados pelo governo local. Levanta também a presença pequena dos conselheiros representantes de usuários neste seminário. Isto, para ele, demonstra a dificuldade de um trabalho coletivo em seu segmento.

Por outro lado, considera que os conselhos que funcionam relativamente bem, brigam pela implementação de programas de saúde específicos. Aspecto que tem como ponto positivo, quando implantados, cobrir as necessidades de saúde de seus munícipes, mas que também atrai usuários dos municípios vizinhos, reduzindo assim a cobertura local. Esta contradição torna-se um complicador, um desafio, pois é sabido que a saúde é

¹ José Meireles Lariú (Conselheiro Municipal de Saúde de Araruama).

um direito universal. Em suma, considera que estas dificuldades ainda não ultrapassadas pela região, talvez possam ser enfrentadas com a luta pelo consórcio local.

Pelo Trabalhador de Saúde²

O representante deste segmento social retrata a preocupação com a precarização do trabalho que hoje vem avançando no setor Saúde, violando inclusive direitos trabalhistas. Lembra que na história do Brasil, "as relações de trabalho são atravessadas pela utilização da mão-de-obra escrava, passando pelos imigrantes no final do século XIX e início do século XX. Estabelece-se assim, uma visão burguesa de espoliação da mão-de-obra trabalhadora, que se perpetua por várias épocas". Acrescenta que o Estado autoritário na década de 60, culmina com a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A seu ver, "quando os trabalhadores se organizam para conquistar direitos sociais, surge uma contra-resposta do Estado" que chama de 'movimento liberal', contra as bases, que estão engajadas na luta social.

No entanto, apesar de tais diversidades, os trabalhadores de saúde em sua luta avançam com a Reforma Sanitária até a promulgação da Constituição Cidadã de 1988, quando os servidores públicos foram contemplados com o que seria uma Política de Cargos, Carreiras e Salários do SUS, o que na verdade, ele considera, até hoje não foi implantado.

Em sua análise a Constituição Federal de 1988 foi eficiente em sua elaboração, mas a imediata "reação do projeto liberal trouxe perdas significativas. A implantação do Estado-Mínimo e a criação do Ministério da Reforma Administrativa do Estado (Mare), quando então criaram carreiras públicas do Estado, em que os profissionais de saúde (do Ministério da Saúde) não são considerados como tal, trouxe prejuízo para a categoria". Tal medida, marca a seu ver, o processo decisório da Política de Recursos Humanos do País. Essa dualidade vem se estruturando ao longo desse tempo (início da década de 90). Aponta então a história e as conquistas alcançadas no período de 1980 – início dos anos 90 –, pelos servidores públicos. Observa que no momento em que os trabalhadores de saúde pensavam terem conquistado sua dignidade enquanto tal, o neoliberalismo implantado no País introduzia a precarização no setor, incluindo as chamadas cooperativas. Algumas inclusive burlando a legislação, não contratando nem pela CLT e os governos não realizando concurso público, como previsto na Constituição Federal de 1988. Há um incentivo à criação de tais cooperativas, dando a entender que o profissional será um proprietário.

Problematiza o "ser dono" pois só tem obrigação de trabalhar, sem os direitos trabalhistas reconhecidos, sem cobertura de saúde ou previdenciária. A seu ver, não poderia existir" outra forma mais precária de relação trabalhista, foi o segmento mais atacado pela contra reforma neoliberal".

² Jorge Mathias do Nascimento (Conselheiro Municipal de Saúde de Saquarema).

Analisa que este é o "único estado que permite as empresas venderem saúde ao povo". Levanta que em sua região, conhece poucos profissionais concursados, efetivos, do Ministério da Saúde, como ele, que é funcionário antigo. Associa que as cooperativas

avançam sem inserção no setor, sendo um processo danoso, visto que o contratado, por seu próprio caráter, não cria vínculos com a população atendida. Problematizando mais, no caso específico do PSF, que é treinado pelo município, saindo depois para ganhar mais. Isto significa uma perda de investimento para o governo e um recomeçar sempre nas equipes.

Aponta outro aspecto complexo a se considerar, que é o da formação inadequada pelas faculdades. Estas preparam para as especialidades e não para a atenção básica. Recoloca, assim, a necessidade de se repensar os currículos das universidades públicas. O papel destas universidades é de formar profissionais para atender as reais necessidades de saúde da maioria da população, Somando-se à importância de terem uma visão social da profissão. Finaliza considerando que além da precarização, as condições de trabalho são muito ruins. Particularmente, ele não percebeu, nos últimos anos, avanços no setor Saúde da região da Baixada Litorânea.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Ministério da Saúde³

A representante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde inicia historiando o processo de construção do controle social, reafirmando a idéia de realização de tais Seminários, onde se possa criar "[...]uma situação que favoreça a relação Estado/sociedade, construída com base nos direitos das pessoas". Lembra ainda que a luta pela construção social ao direito à saúde no Brasil com participação da sociedade, confluiu na 8.ª Conferência de Saúde, em que se produziu uma política de saúde, onde se produziu "uma política pública na área social e se construiu o movimento da reforma sanitária". Aponta então a importância de um Estado que tenha uma relação com a sociedade em direitos e não favores. Para a representante do Ministério da Saúde, isto significa buscar, construir novos métodos e novas relações, envolvendo todos os responsáveis e coresponsáveis pelas situações encontrando um espaço público para construir essa saída.

Em seu entendimento, como o setor Saúde tem acumulado uma massa crítica para construir um novo ciclo do SUS, que seja radicalmente democrático, na sociedade brasileira. Daí a idéia de "criar um método de trabalho que trabalhe o panorama sanitário" isto é, que identifique quais os problemas de saúde que atingem as regiões. Nesse sentido, reconhece que é necessário "ter o quadro da assistência, como também do financiamento" onde estará implícita a luta pela ampliação dos recursos que cabem aos conselhos de secretários.

A partir dessa fala, a representante levanta a reflexão sobre formas do SUS responder às necessidades de saúde da população, articuladas com o conceito de responsabilidade sanitária. Enfrentar os diversos e complexos problemas de saúde em todos os segmentos

³ Lúcia Souto (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde).

sociais é o desafio que se coloca até o momento, ao SUS. Nesse sentido, ao reconhecer tal aspecto, a fala do Ministério da Saúde é a de afirmar que "favorecer a descentralização é favorecer a participação.

Outro aspecto destacado é o da importância do trabalho multiprofissional, em cujo âmbito as relações de trabalho devem refletir a qualidade da assistência, para que o processo de trabalho dos profissionais de saúde possa ser exercido em sua plenitude. Defende a idéia de quebrar a lógica atual da produtividade e da visão do usuário de serviço de saúde como consumidor de produtos e serviços. Ele deve ser visto como um cidadão, de forma que possa ter autonomia.

Retoma a importância de se definir as prioridades no investimento em saúde na região. Fala da construção do Estado brasileiro de uma forma concreta, onde os diversos agentes públicos (secretarias do trabalho, habitação e desenvolvimento social) possam trabalhar articulados. Defende, assim, a idéia de criar indicadores de gestão para qualificar a ação dos responsáveis pelos cuidados de saúde e a de trabalhar com as metas prioritárias da região.

Para finalizar, apresenta outra questão: a precarização do trabalho. Ressalta a importância da realização de concursos públicos regionais, de base local e a construção de um plano de carreira do SUS.

11 ALGUMAS REFLEXÕES RELACIONADAS À SITUAÇÃO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL¹

Pode-se constatar a partir dos dados apresentados, a precariedade da saúde na Região da Baixada Litorânea, 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 rapidamente contidas através da realização de programas públicos de saúde de combate e prevenção a estas.

Em relação ao controle social, a maioria dos conselhos de saúde da Região, foi criada entre os anos de 1991 a 1994, no mesmo período em que foram criadas as NOBs 91 e 93. Estas NOBs colocam como critério para a transferência de recursos a constituição dos conselhos.

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

Os Conselhos Municipais de Saúde existentes na região têm, em sua maioria, ou seja, 56% dos CMSs, desrespeitado a paridade, demonstrando, dessa forma, a fragilidade do controle social.

Ao analisar a composição dos Conselhos de Saúde da Região da Baixada Litorânea, percebe-se que os gestores estão ocupando as vagas dos trabalhadores de saúde. Identificam-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 indicados diretamente pela unidade de saúde e não pelas entidades que representam os trabalhadores de saúde. Em relação ao segmento dos usuários encontram-se entidades que prestam serviços, tais como *Lions e Rotary Club*; presença de vereadores, entidades que recebem recursos financeiros das prefeituras, como exemplo: Apae, *Pestalozzi*; e funcionários do poder municipal representando usuários (BRAVO, 2001a).

O Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990, foi fruto do Projeto da 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 eqüidade, a descentralização e o controle social. No entanto, a partir da década de 90, década da regulamentação do SUS, há a adoção das políticas neoliberais no Brasil, onde há a contenção de gastos públicos. Dessa forma, cabe ao Estado prover os serviços apenas para

¹ Estas reflexões foram elaboradas pela equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde: O Potencial dos Conselhos do Estado do Rio de Janeiro, coordenado pela Profa. Maria Inês Souza Bravo.

os que não podem pagar. Assim, nesse período há dois projetos distintos em disputa: o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária.

Dentro desse contexto de avanços e recuos, para o aprimoramento da gestão participativa e garantia de melhores condições de saúde, os conselheiros de saúde da região que participaram do Curso Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde² realizado em 2002, levantaram algumas propostas³ para o fortalecimento do controle social da Região:

- Envolver os outros municípios que não participaram do curso;
- Democratização das informações e do conhecimento adquirido;
- Articulação dos Conselhos da Baixada Litorânea.

Outras proposições também têm sido destacadas pela equipe do Projeto Políticas Públicas de Saúde:

- Articulação entre os diferentes sujeitos que atuam nos conselhos e fóruns, visando ao fortalecimento dos mesmos, através de fóruns de políticas sociais;
- Criação do Fórum de Conselhos de Saúde da Região da Baixada Litorânea;
- · Criação de conselhos gestores nas unidades de Saúde;
- Retorno constante e permanente dos conselheiros às suas bases;
- Garantia de prestação de contas nos conselhos, em tempo hábil e com linguagem acessível:
- Necessidade de soluções jurídicas mais ágeis, quanto à necessidade de enfrentamento com o executivo;
- Constituição de assessoria aos conselhos;
- Realização de cursos de capacitação política para conselheiros da sociedade civil;
- Organização da infra-estrutura dos conselhos municipais de saúde (telefone, sala, equipamentos, etc.) e garantia de espaço físico exclusivo para as atividades;
- Melhora da organização e funcionamento dos conselhos: definição de periodicidade dos encontros e reuniões, cronogramas, pautas definidas, secretaria-executiva, comissões de trabalho, orçamento;
- Reformulação dos regimentos internos dos conselhos para garantir a paridade;
- Controle da frequência e garantia da participação no Conselho Municipal de Saúde;

O Curso de Capacitação foi um programa nacional ocorrido de 2002 a 2004, sob a responsabilidade de um consórcio formado por instituições públicas de ensino: Fiocruz, UnB, Unicamp e UFMG. Seu principal objetivo foi o fortalecimento do Sistema Único de Saúde 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 as competências e habilidades para o exercício de suas atribuições, visando fortalecer a atuação dos mesmos.

³ Síntese elaborada pelas assistentes sociais Débora de Sales Pereira e Mariana Maciel do N. Oliveira a partir do relatório das oficinas do Curso de Capacitação de Conselheiros feito pela monitora Renata Coelho Baptista, em dezembro de 2002.

- Investimento em comunicação e informação: jornal, boletim, carro de som, rádio, rádio comunitária; televisão etc.;
- Maior reconhecimento pela rede de serviços dos conselheiros: agendamento de visitas de rotina do CMS às unidades do SUS, atendimento às denúncias, crachás de identificação do conselheiro;
- Cumprimento pelo gestor das deliberações dos conselhos.

12 CARTA-COMPROMISSO DA REGIÃO DA BAIXADA LITORÂNEA DO RIO DE JANEIRO

Os participantes do I Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea, realizado em 27 de agosto de 2005, em São Pedro da Aldeia, com a presença de 87 participantes representando os Conselhos Municipais de Saúde de Araruama, Armação dos Búzios, Cabo Frio, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Estadual de Saúde (CES), a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e o Projeto Políticas Públicas de Saúde da UERJ, caracterizam como principais questões de saúde da Região:

- Desconhecimento por parte dos profissionais de saúde das Leis nºs 8.080 e 8.142;
- Falta de um plano de saúde público na gestão governamental;
- · Falta de conselho gestor em cada unidade;
- · Lei de insalubridade: o não recebimento desse direito;
- Falta de divulgação para a comunidade das reuniões e deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde;
- Na maioria dos municípios o secretário municipal de saúde é o presidente nato do conselho;
- Falta de controle dos contratos e convênios pelos conselhos;
- O Estado está se eximindo do seu papel.

A partir dos problemas identificados foram apresentados como propostas gerais

- Efetivar o funcionamento dos dois hospitais regionais;
- Viabilizar o consórcio público com controle social efetivo para a regulação de vagas;
- Discutir a precarização dos trabalhadores de saúde e o Plano de Cargos Carreiras e Salários;
- Efetivar a educação permanente em saúde para os trabalhadores;
- Ampliar e/ou implantar o PSF nos municípios;
- Lutar para a regulamentação da Emenda Constitucional 29 e que as prefeituras respeitem esta emenda, apresentando prestação de contas aos conselhos;
- Fazer cumprir a legislação (Leis nºs 8.080 e 8.142);
- Efetivar a descentralização dos recursos e dos serviços;
- Discutir as políticas públicas de forma integral e articulada;
- Ampliar os tetos financeiros de acordo com a capacidade instalada de cada município;
- Garantir que o Estado se responsabilize pelas políticas de saúde;

 Construir um Plano Regional de Saúde com ampla participação da sociedade civil organizada e dos conselhos municipais para reorganizar o SUS na região, com ênfase na atenção básica garantindo referência e contra-referência, com a finalidade de assegurar o efetivo direito à saúde.

Propostas referentes ao controle social

- Fortalecimento das lutas sociais;
- Retorno das informações do conselho às suas bases/entidades;
- Maior articulação do conselho estadual de saúde com os conselhos municipais de saúde;
- Criação de comissões de saúde do trabalhador e articulação com o conselho estadual de saúde do trabalhador;
- Criação do fórum permanente dos conselhos de saúde da região, incluindo a participação de movimentos populares, sindicais e a comunidade em geral, contando com assessoria;
- Fazer cumprir a Resolução n.º 333/03, do Conselho Nacional de Saúde, no tocante à paridade nos conselhos;
- · Capacitação dos sujeitos do controle social;
- Fortalecimento do controle social;
- Fazer a comunidade local conhecer o espaço dos conselhos. Avisar por meio dos veículos de comunicação locais, com antecedência;
- Articulação entre os conselhos, para que todos participem das reuniões dos conselhos municipais da região;
- Eleger democraticamente o presidente do conselho, sem automatismo de ocupação de cargos;
- Que o controle social apóie os servidores em suas reivindicações (reajuste salarial anual).

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.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 set. 2000. . Ministério da Saúde. 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. 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/>. 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. Disponível em: http://www.saude.gov.br/legislacao. __. 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. Disponível em: http://www.saude.gov. br/legislacao>. BRAVO, M. I. S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: BRAVO, M. I. S.; PERREIRA, P. A. P. (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de janeiro: UERJ, 2001a. __. Participação Social e Controle Social. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C.; ARAÚJO, P. S. X. (Org.). Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/ NAPE, 2001b. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). [Site oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)]. [S.l.], 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br.

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

RIO DE JANEIRO (Estado). Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro. [Site do Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro, [200-?]. Disponível em: http://www.cide2.rj.gov.br.

______. Conselho Estadual de Saúde. Questionários do Projeto Interiorização e Regionaliz ação das Ações do CES. Rio de Janeiro, 2002.

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

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

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

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

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

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



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

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

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

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

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

Brasília – DF, julho de 2007

OS 0270/2007